

Über die Wirksamkeit von ambulant betreutem Wohnen bei psychisch kranken Menschen

Sarah Vocale, Christoph Walther

Sarah Vocale, Christoph Walther

Über die Wirksamkeit von ambulant betreutem Wohnen bei psychisch kranken Menschen

Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Sarah Vocale, Christoph Walther

Über die Wirksamkeit von ambulant betreutem Wohnen bei psychisch kranken Menschen

Coburg: ZKS-Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© 2013 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts

ISBN: 978-3-934247-04-8

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154

Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Mönchswiesenweg 12 A

96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSEG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) - Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.

Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert

- Dr. Gernot Hahn

- Prof. Dr. Helmut Pauls

Über die Wirksamkeit von ambulant betreutem Wohnen bei psychisch kranken Menschen

Sarah Vocale; Christoph Walther

Klinische Sozialarbeit hat sich in den letzten Jahren als eine Fachsozialarbeit mit zahlreichen Publikationen in Theorie, Praxis und Forschung etabliert (zuletzt z.B. Gahleitner/Hahn 2012). Es geht um einen professionellen und evidenzbasierten direkten Umgang mit Betroffenen, die in sehr belastenden und komplexen psychosozialen Problemlagen leben, die dann in einem sozialen Zusammenhang behandelt werden sollen. Eine typische Zielgruppe Klinischer Sozialarbeit sind chronisch suchtkranke, oder psychisch kranke Menschen oder Menschen mit beiden Diagnosen. Eine gängige Betreuungs- bzw. Behandlungsweise bei dieser Zielgruppe im Zeitalter nach der Enthospitalisierung ist das ambulant betreute Wohnen (beWo). Der Klinischen Sozialarbeit ist es ein wichtiges Anliegen, empirisch nachweisen zu können, ob ihre Interventionsansätze auch wirken. In diesem Artikel soll es um die Wirksamkeit des beWo bei psychisch kranken Menschen gehen.

Empirische Studien, die die Wirksamkeit von beWo bei psychisch kranken Menschen untersuchen, sind selten, schwer aufzufinden und dann auch schon relativ älteren Datums. Es gibt z.B. eine Untersuchung aus dem Rheinland aus dem Jahr 1995 (vgl. Landschaftsverband Rheinland 1997), eine Studie von 2005 in Würzburg mit geringer Grundgesamtheit (Leupold & Walther 2007) oder eine Untersuchung mit eingeschränkter Fragestellung aus dem Jahr 2009 (Jaeger, Konrad & Rosemann 2011).

In dem im vorletzten Jahr erschienenen Handbuch Betreutes Wohnen (Rosemann & Konrad 2011) wird auch die Frage nach der Wirksamkeit von beWo gestellt (Konrad & Rosemann 2011, S.28). In der Antwort wird Bezug genommen auf Enthospitalisierungsstudien, die u.a. untersuchen, welche Langzeitklienten in das beWo integriert werden können. Die Ergebnisse dieser Studien sind in der Regel die Identifikation einer Gruppe von Menschen, bei denen das nicht gelingt. Kritisch merken die Autoren dazu an, dass hier institutionelle Merkmale untersucht werden aber nicht „die Qualität der personellen Unterstützungsangebote“ (a.a.O., S.29).

Wohlwollend interpretiert, könnte man sagen, es hat sich noch keiner die Arbeit gemacht, konsequent all die Einzelstudien zu dem Thema der Qualität und Wirksamkeit von beWo zu suchen und zusammenzustellen. Realistischer scheint jedoch die Interpretation zu sein, dass tatsächlich wohl nur wenige Untersuchungen mit dieser Fragestellung überhaupt existieren.

Dieser Befund ist überraschend, denn ambulant betreutes Wohnen bei psychisch kranken Menschen erfährt seit Beginn der Enthospitalisierung in den 1980er Jahren und dann später noch einmal durch den Paradigmenwechsel in der Behindertenarbeit von der Fürsorge zum personenzentrierten Arbeiten einen massiven Ausbau, dessen Ende noch nicht erreicht ist. Ein Blick auf den Kennzahlenvergleich der überörtlichen Sozialhilfeträger in Deutschland, dem zuständigen Kostenträger für beWo, (Eingliederungshilfe) zeigt (BAGÜS, 2011), dass es in Deutschland im Jahr 1998 0,38 Leistungsberechtigte aller Behinderungsarten für ambulant betreutes Wohnen pro 1000 Einwohner gab, 2010 bereits 1,47 Leistungsberechtigte (ebd., S.87). Gut zwei Drittel (70,2%) aller Leistungsberechtigten waren 2010 psychisch kranke Menschen (ebd., S.45). Die Quote für stationäres Wohnen stieg im gleichen Zeitraum „nur“ von 1,98 auf 2,60 Leistungsberechtigte (ebd., S. 84). Der Anteil der Leistungsberechtigten, der ambulant betreutes Wohnen erhielt, lag 2000 bei ungefähr

20%, der Anteil derer, die stationäre Wohnhilfe bekam, bei 80%. Zehn Jahre später war der ambulante Anteil bereits bei 40,5% (ebd., S.52).

Zunehmend mehr Menschen mit psychischer Erkrankung werden also im ambulanten beWo begleitet, viel Personal ist dort beschäftigt und ein Großteil der Unkosten in der Eingliederungshilfe wird hier investiert. Eigentlich würde man erwarten, dass die Anbieter von beWo wegen der ständig steigenden Sozialhilfeausgaben und der schwierigen Finanzlage der Kommunen gegenüber dem überörtlichen Sozialhilfeträger unter einem hohen Nachweis- und Legitimationsdruck stünden, ob und inwiefern ihre Arbeit wirksam ist, - ein Rechtfertigungsdruck, der sich nicht nur in dem Abliefern von geduldigen Jahresberichtsahlen erschöpft, sondern der mit Studien aufzeigt, welche Arbeit geleistet wird. Es scheint aber wohl einen unausgesprochenen Grundkonsens zwischen Anbieter und Kostenträger zu geben, man habe den steigenden Bedarf so hinzunehmen, weil beWo alternativlos ist und wegen des personenzentrierten Ansatzes Mainstream ist. Dazu brauche es keine Wirksamkeitsstudien. Der Aspekt, was mit beWo erreicht wird und was es bewirkt, gerät bei dieser Haltung dann leicht in den Hintergrund.

Im Rahmen einer Bachelor-Arbeit für Soziale Arbeit (Vocale 2012) wurde genau dieser Aspekt anhand einer Selbstevaluation bei einem Anbieter von ambulant beWo (Begleitetes Einzelwohnen beim Caritasverband für den Landkreis Donau-Ries) untersucht. Es ging um die Frage, an welchen Parametern man die Wirkung von beWo festmachen kann und welche Evaluationsergebnisse sich dann (daran gemessen) feststellen lassen. Im Folgenden werden angesichts der gebotenen Kürze zentrale Vorgehensweisen und Ergebnisse dieser Selbstevaluation vorgestellt. Ausführlicheres Material kann bei den Autoren eingesehen werden.

Untersuchungsmethode und Durchführung

Es wurden 12 Klienten (acht Männer, vier Frauen) untersucht, die ambulant im Einzelwohnen betreut wurden bzw. werden. Natürlich ist die Grundgesamtheit aus statistischer Sicht sehr klein. Doch aus der Sicht dieses Einrichtungsträgers für ambulant betreutes Wohnen handelt es sich um eine komplette Evaluation der 12 Personen, die der Einrichtungsträger seit Gründung seines Dienstes 2007 bisher betreut hat bzw. z.T. noch betreut und von denen statistisch verwertbare Daten erhoben werden konnten. Diagnostisch handelt es sich um suchterkrankte Menschen (4), psychisch kranke Menschen (3) und Menschen mit einer Doppeldiagnose (5). Die Dauer der Maßnahme betrug zum Stichtag (März 2012) im Schnitt gut 22 Monate. Die Betreuungszeit pro Woche umfasste im Schnitt 2,92 Stunden pro Woche.

Bei den betreuten Menschen sollten mögliche Veränderungen im Krankheitsverlauf und in vier Lebensbereichen näher betrachtet werden, die sich grob an den Hilfebedarfskategorien im Gesamtplanverfahren nach SGB XII orientierten: Aufbau einer Tagesstruktur, soziale Kontakte, Ausmaß der Selbstversorgung und Umgang mit der Erkrankung. Zur Untersuchung wurde ein Fragebogen entwickelt, der einen Vergleich ermöglichte, wie die Situation am Anfang der Maßnahme im Vergleich zum Ende bzw. zum Untersuchungszeitpunkt eingeschätzt wurde. Ausgewertet wurde nach den Kategorien „verbessert“, „gleichgeblieben“ und „verschlechtert“. Der gleiche Fragebogen wurde sowohl einer Aktenauswertung zugrunde gelegt als auch den Klienten zum Ausfüllen gegeben. So sollte die Fremd- und Selbsteinschätzung gegenübergestellt werden können, um den Effekt einer möglicherweise zu positiven Schilderung der Situation in den Entwicklungsberichten an den Kostenträger zu kontrollieren. Die Aktenauswertung führte die ehemalige Praktikantin in der

Einrichtung anhand der Sozial- und Entwicklungsberichte, die im Rahmen des Gesamtplanverfahrens nach SGB XII erstellt werden, durch.

Zentrale Ergebnisse

1. Krankheitsverlauf

Parameter	n	Verbessert	Gleichgeblieben	verschlechtert
Anzahl der Klinikaufenthalte (Akte)	12	9	2	1
Anzahl der Klinikaufenthalte (Selbsteinschätzung)	12	7	4	1
Abstand zwischen den Klinikaufenthalten (Akte)	12	6	5	1
Abstand zwischen den Klinikaufenthalten (Selbsteinschätzung)	12	4	7	1
Abstinenz (Akte)	8	7	1	0
Abstinenz (Selbsteinschätzung)	8	8	0	0
Anzahl der Rückfälle (Akte)	8	7	0	1
Anzahl der Rückfälle (Selbsteinschätzung)	8	8	0	0
Abstand zwischen den Rückfällen (Akte)	8	6	2	0
Abstand zwischen den Rückfällen (Selbsteinschätzung)	8	6	1	1

Die einzelnen Parameter zum Krankheitsverlauf weisen eine deutliche Tendenz zur Verbesserung auf. Zudem kann auch die Kategorie „gleichgeblieben“ bei dieser Klientel durchaus auch als Therapieerfolg eingeschätzt werden: Ambulant betreutes Wohnen ermöglicht, immerhin den Status-Quo zu erhalten. Dies ist angesichts der Lebensläufe dieser Menschen tatsächlich als Fortschritt zu werten. Auffällig ist, dass bei der Selbsteinschätzung zum Thema Klinikaufenthalte die Selbsteinschätzung tendenziell schlechter als die Aktenauswertung ausfällt, wo doch Anzahl und Abstand zwischen den Klinikaufenthalten als objektive Daten gelten, also auch nachzählbar sind und eine Übereinstimmung der Einschätzungen zu erwarten wäre. Die unterschiedliche Grundgesamtheit ergibt sich daraus, dass nicht alle Befragten eine Suchtproblematik hatten.

2. Aufbau einer Tagesstruktur

Parameter	verbessert	gleichgeblieben	verschlechtert
Tagesstruktur (Akte)	7	5	0
Tagesstruktur (Selbsteinschätzung)	5	6	1
Wochenstruktur (Akte)	7	5	0
Wochenstruktur (Selbsteinschätzung)	6	5	1

Auch beim Aufbau einer Tages- und Wochenstruktur ist eine deutliche Quote der Verbesserung und der Erhaltung des Status-Quo zu verzeichnen.

3. Soziale Kontakte

Parameter	verbessert	gleichbeibehalten	verschlechtert
Anzahl natürlicher Kontaktpersonen (Akte)	1	11	0
Anzahl natürlicher Kontaktpersonen (Selbsteinschätzung)	4	6	2
Häufigkeit der Kontakte (Akte)	2	10	0
Häufigkeit der Kontakte (Selbsteinschätzung)	5	6	1
Anzahl künstlicher Kontaktpersonen (Akte)	12	0	0
Anzahl künstlicher Kontaktpersonen (Selbsteinschätzung)	11	1	0
Häufigkeit der Kontakte (Akte)	8	4	0
Häufigkeit der Kontakte (Selbsteinschätzung)	9	3	0
Regelmäßiger Kontakt zu sozialen Einrichtungen (Akte)	3	9	0
Regelmäßiger Kontakt zu sozialen Einrichtungen (Selbsteinschätzung)	6	6	0
Häufigkeit der Kontakte (Akte)	5	7	0
Häufigkeit der Kontakte (Selbsteinschätzung)	8	4	0

Im Sozialbereich konnten - gemessen an der Anzahl sozialer Kontaktpersonen und Häufigkeit der Kontakte - deutliche Verbesserungen festgestellt werden. Unter „natürlichen Kontaktpersonen“ wurden Familienangehörige oder Freunde verstanden, unter „künstlichen Kontaktpersonen“ gesetzliche Betreuer, Mitarbeiter in sozialen Einrichtungen (z.B. Suchtberatungsstelle, Sozialpsychiatrischer Dienst) oder Bekannte aus Freizeitgruppen. Auffällig ist die fast durchgängige bessere Bewertung der Kontaktsituation in der Selbsteinschätzung als nach Aktenlage. Erklärbar wäre dies damit, dass im Kontaktbereich bei einer Selbsteinschätzung auch die subjektiv gefühlte Bedeutung der Kontakte in die Bewertung einfließt, anders als bei der nüchternen Auszählung von Anzahl und Häufigkeit der Kontakte. Nicht eindeutig ist, ob eine zunehmende Kontakthäufigkeit zu sozialen Einrichtungen als Verbesserung zu werten ist oder nicht. Im Sinne der Verselbständigung kann es auch eine Verschlechterung bedeuten, im Sinne, sich Zugang zu Assistenzleistungen und Krisenintervention zu sichern, ist es als Verbesserung zu werten. In der Untersuchung wurde es im letzteren Sinne gehandhabt.

4. Ausmaß der Selbstversorgung

Parameter	Verbessert	gleichgeblieben	verschlechtert
Selbständigkeit in der Haushaltsführung (Akte)	1	10	1
Selbständigkeit in der Haushaltsführung (Selbsteinschätzung)	0	9	3
Selbständigkeit beim Einkauf (Akte)	0	12	0
Selbständigkeit beim Einkauf (Selbsteinschätzung)	1	9	2
Selbständigkeit im Umgang mit Geld (Akte)	0	10	2
Selbständigkeit im Umgang mit Geld (Selbsteinschätzung)	2	7	3
Selbständigkeit bei Behördenangelegenheiten (Akte)	0	9	3
Selbständigkeit bei Behördenangelegenheiten (Selbsteinschätzung)	1	7	4
Selbständigkeit bei Erledigung der Post (Akte)	0	9	3
Selbständigkeit bei Erledigung der Post (Selbsteinschätzung)	1	8	3

Im Bereich der Selbstversorgung blieb das Ausmaß der Selbständigkeit auf dem Ausgangsniveau zu Beginn des ambulant betreuten Wohnens sowohl in der Fremd- als auch Selbstwahrnehmung. Der Hintergrund für die Bewertung „Verschlechterung“ war oftmals die Situation, dass der Betroffene vor Beginn der Maßnahme zwar selbständig für seine Angelegenheiten zuständig doch gleichzeitig überfordert war. Im Rahmen des ambulant beWo erhielt er dann Anleitung und Unterstützung bei der Erledigung der Aufgaben. Bei drei der zwölf Untersuchten wurde im Laufe der Maßnahme der Aufgabenbereich des gesetzlichen Betreuers kleiner, doch diese Aufgaben wurden in der Regel vom Personal des beWo übernommen.

5. Umgang mit der Erkrankung

Parameter	Verbessert	gleichgeblieben	verschlechtert
Selbständigkeit bei Beschaffung und Einteilung der Medikamente (Akte)	0	10	2
Selbständigkeit bei Beschaffung und Einteilung der Medikamente (Selbsteinschätzung)	0	11	1
Selbständigkeit bei der Medikamenteneinnahme (Akte)	0	12	0
Selbständigkeit bei der Medikamenteneinnahme (Selbsteinschätzung)	0	12	0
Selbständigkeit bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen (Akte)	1	11	0
Selbständigkeit bei Beschaffung und Einteilung der Medikamente (Selbsteinschätzung)	0	11	1

Bei dem Umgang mit Medikamenten und Arztbesuchen ging es nicht nur um Psychopharmaka und die Berufsgruppe der Psychiater. Es wurden auch die Verordnungen von Hausärzten, z.B. im Rahmen der Behandlung von Diabetes eingeschlossen. Die Parameter zum Umgang mit der Erkrankung bewegen sich alle auf dem Niveau „gleichgeblieben“. Selbst- und Fremdeinschätzung stimmt dabei überein. Auf die Frage, bei wem sich die Klienten im Krisenfall Unterstützung holen, nannten nur fünf von den zwölf Befragten konkrete Anlaufstationen.

Diskussion der Ergebnisse

Das Manko dieser Untersuchung ist ihre geringe Grundgesamtheit (N=12). Was aus statistischer Sicht (zu) wenig ist, kann aus der Sicht eines Einrichtungsträgers für ambulant betreutes Wohnen viel sein: In diesem Fall umfasste die Untersuchung immerhin alle (statistisch auswertbaren) zu betreuenden Menschen, die seit Gründung des Angebotes 2007 die Maßnahme in Anspruch genommen haben. Seit der Ökonomisierung der Sozialarbeit haben wir es in der Sozialpsychiatrie vermehrt mit einer Vielzahl neuer und kleiner Einrichtungsträger zu tun. Ihre Anzahl wird eher noch zunehmen. Die Evaluierung deren Arbeit wird man nicht mit dem Hinweis zu kleiner Grundgesamtheiten unterlassen können. Natürlich muss die Datenauswertung dennoch weiterhin statistisch korrekt bleiben. Deshalb wurde im Folgenden bei der Ergebnisdiskussion auch auf Prozentangaben verzichtet. Die Diskussion kann bei dieser Grundgesamtheit lediglich nur Tendenzen aufzeigen.

Ambulant betreutes Wohnen scheint in den zentralen Bereichen „Krankheitsverlauf“, „Aufbau einer Tagesstruktur“ und „Soziale Kontakte“ deutliche Verbesserungen der Lebenssituation der Betroffenen zu erzielen. Die festgestellten Verbesserungen beim Krankheitsverlauf decken sich dem Prinzip nach mit den ebenfalls guten Ergebnissen in diesem Bereich in der Studie in Würzburg

(Leupold & Walther 2012) oder bei der Untersuchung von Jaeger, Konrad, & Rosemann (2011, S. 116f.). Mitarbeiter des ambulant betreuten Wohnens können also sehr selbstbewusst gegenüber dem Kostenträger ihre Arbeit präsentieren: sie verbrauchen nicht nur öffentliche Gelder, sie liefern für die Leistungsentgelte nachweislich inhaltlich gute Arbeit.

In den Lebensbereichen „Ausmaß der Selbständigkeit“ und „Umgang mit der Erkrankung“ wird nur ein gleichbleibendes Niveau erreicht. Das ist ein Hinweis für die Einrichtungsträger, in diesen Bereichen ihre Konzeption noch einmal genau zu überprüfen, ob und wie hier nicht auch Verbesserungen erreichbar sind. Die Ergebnisse im Umgang mit der Erkrankung und die geringe Nennung konkreter Anlaufstationen im Notfall zeigen, dass es sich in der praktischen Sozialarbeit lohnt, vor allem ein Augenmerk auf den Umgang mit Krisen zu legen.

Kritisch ist zu hinterfragen, ob nicht in den Einschätzungen von „gleichbleibend“ sowohl „Verbesserungen“ als auch „Verschlechterungen“ verborgen sind. Wie erwähnt kann „gleichbleibend“ bedeuten, den Status-Quo erhalten zu können. Dies ist auf alle Fälle als Therapieerfolg, also Verbesserung, einzuschätzen. Für manche Klienten ist ein gleichbleibendes Niveau – gemessen an ihren Ressourcen, ihren Fähigkeiten und ihrer Ausgangssituation – als Verschlechterung zu werten, wenn sie Möglichkeiten, zu denen sie eigentlich fähig wären, nicht ausschöpfen.

Selbst manches, was in der Untersuchung als Verschlechterung gesehen wurde (Steigerung der Anzahl der Klinikaufenthalte), kann bei genauem Hinsehen sogar eine Verbesserung sein: jede erfolgreiche Motivation eines suchtkranken Menschen zu einem Entzug, bedeutet auf der anderen Seite einen zusätzlichen Klinikaufenthalt. Oder eine umfangreiche Unterstützung beim Umgang mit Geld, bedeutet eine Abnahme von Selbständigkeit, ist aber u.U. die Chance, sich aus einer (chronischen) Überforderungssituation zu lösen. Die Einschätzungen lassen sich also nicht normativ gewinnen, sondern sind in Bezug zu der konkreten Lebenssituation und zu der Biographie des Betroffenen zu setzen.

Die Ergebnisse lassen keinen Rückschluss zu, ob sie auf die Betreuung oder die Wohnform zurückzuführen sind. Dazu müsste ein entsprechendes Untersuchungsdesign entwickelt werden, wie in der Literatur auch gefordert (vgl. Konrad & Rosemann 2011, S. 28). Auch sagt die Untersuchung nichts darüber aus, ob sich mit anderen Interventionsansätzen, wie z.B. ambulanter Pflege oder das klassische Beratungssetting eines Sozialpsychiatrischen Dienstes oder einer Suchtberatungsstelle, ähnliche Wirkungen erzielen lassen.

Auffällig ist die hohe Übereinstimmungsrate zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung, im Bereich der Sozialkontakte war die Selbsteinschätzung sogar optimistischer. Das kann als Hinweis für den Kostenträger gewertet werden, dass die Angaben in den Sozial- und Entwicklungsberichten im Rahmen des Gesamtplanverfahrens nach SGB XII sehr wohl realistisch wiedergegeben werden.

Für die Klinische Sozialarbeit ist festzuhalten, dass Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter mit der Komplexleistung „Ambulant betreutes Wohnen“ die Zielgruppe der psychisch kranken und suchtkranken Menschen sowie Menschen mit Doppeldiagnosen erreichen und dass die Leistung hilfreich ist sowie als hilfreich erlebt wird. Wird die Komplexleistung nach Teilbereichen aufgeschnürt

sind z.T. deutliche Unterschiede in der Wirksamkeit feststellbar. Hier ist weitere detailliertere Forschung notwendig.

Praktikerinnen und Praktiker in der Sozialen Arbeit, die ambulant betreutes Wohnen durchführen, sind aufgerufen empirische Studien über ihre konkrete Arbeit zu machen, evtl. in Kooperation mit den Hochschulen. Wie diese Studie beispielhaft zeigt, können sich die Ergebnisse sehen lassen. Das Bauchgefühl, das so gut wie alle Mitarbeitenden haben, gute Arbeit zu leisten, ließe sich so nach außen auch verifizieren. Damit könnte man auf eine professionelle Art der oft unausgesprochenen Frage „Was machen die da eigentlich im betreuten Wohnen?“ antworten.

Literatur:

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (2011): Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2010, <http://www.lwl.org/spur-download/bag/endbericht2010.pdf>

Gahleitner, G. S.; Hahn, G. (Hg.) (2012): Übergänge gestalten. Lebenskrisen begleiten. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Jaeger, J., Konrad, M. & Rosemann, M. (2011): Klinik und betreutes Wohnen – eine schwierige Beziehung. In: Rosemann, M. & Konrad, M. (2011): Handbuch Betreutes Wohnen. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 114-122.

Konrad, M. & Rosemann, M. (2011): Vom Wohnheim zur mobilen Unterstützung. In: Rosemann, M. & Konrad, M. (Hg) (2011): Handbuch Betreutes Wohnen. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 23-49.

Landschaftverband Rheinland (Hg.) (1997): Betreutes Wohnen im Rheinland – Forschungsbericht. Köln.

Leupold, M. & Walther, Ch. (2007): Krankheitsverlauf, Selbstbestimmung, Kosten: Aspekte des betreuten Wohnens. In: sozialmagazin 3/2007; S. 21-25.

Rosemann, M. & Konrad, M. (Hg) (2011): Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Vocale, S. (2012): Inwieweit fördert ambulant betreutes Wohnen die Teilhabe von Menschen mit einer seelischen Behinderung? Unveröffentlichte Bachelor-Arbeit an der Georg-Simon-Ohm-Hochschule Nürnberg, Fakultät Sozialwissenschaft.