

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Schulden und Überschuldung bei voll- und teilstationären
psychiatrischen Patient*innen in Berlin

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Sascha-Philippe Heidrich

aus Hannover

Datum der Promotion: 03.12.2021

Vorwort

Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden bereits in folgender Publikation veröffentlicht:

Schreiter S, Heidrich S, Heinz A, Rössler W, Krausz RM, Schouler-Ocak M, Bermpohl F, Gutwinski S. Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen unter Nutzer*Innen teilstationärer und stationärer psychiatrischer Behandlung in Berlin. Der Nervenarzt. 2020

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	III
TABELLENVERZEICHNIS	III
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	V
KURZFASSUNG	1
ABSTRACT	3
1. EINLEITUNG	4
1.1 Schulden und psychiatrische Erkrankungen	4
1.2 Stand der Forschung	7
1.3 Forschungsbedarf und Forschungsfragen	9
2. METHODIK	11
2.1 Studiendesign und Studieneinrichtung	11
2.2 Teilnehmer*innen	11
2.3 Einbezug der Patient*innenperspektive	14
2.4 Erhebungsinstrumente.....	14
2.5 Operationalisierung	15
2.6 Statistische Auswertung.....	17
2.7 Publikationen	17
3 ERGEBNISSE	19
3.1 Teilnehmer*innen mit Krediten, Schulden oder unbezahlten Rechnungen.....	19
3.1.1 Non-Responder-Analyse	19
3.1.2 Beschreibung der Stichprobe	22
3.1.3 Einflussfaktoren auf das Vorliegen von Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen.....	27
3.2 Subgruppe “Schulden und Substanzabhängigkeit”.....	28
3.3 Subgruppe „Überschuldet“	30
3.3.1 Beschreibung der Subgruppe	30

3.3.2 Einflussfaktoren auf das Vorliegen einer Überschuldung.....	32
4 DISKUSSION.....	33
4.1 Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen	33
4.2 Inanspruchnahme sozialer Unterstützungsangebote	35
4.3 Schulden und Substanzabhängigkeit.....	37
4.4 Überschuldung	38
4.5 Stärken	39
4.6 Limitationen.....	39
4.6.1 Biases	39
4.6.2 Repräsentativität.....	40
4.6.3 Validität.....	43
4.7 Fazit.....	44
4.7.1 Forschung	44
4.7.2 Praxis.....	45
LITERATURVERZEICHNIS	46
EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG.....	59
ANTEILSERKLÄRUNG AN ERFOLGTEN PUBLIKATIONEN.....	60
LEBENS LAUF.....	61
PUBLIKATIONS LISTE.....	63
DANKSAGUNG	64

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit aus Mielck 2005, überarbeitete Fassung (6)	5
Abbildung 2: Aufteilung aller Patient*innen bezogen auf Studienteilnahme und Angaben zur finanziellen Situation.....	13

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Längsschnittstudien zum zeitlichen Zusammenhang von Schulden und psychischer Erkrankung	6
Tabelle 2: Hauptauslöser Überschuldung 2019 gemäß der Überschuldungsstatistik 2019 des statistischen Bundesamtes (44)	8
Tabelle 3: Erhebungsinstrumente.....	14
Tabelle 4: Repräsentativitätsanalyse von Teilnehmer*innen mit ausreichenden Angaben zur Schuldsituation	20
Tabelle 5: Teilnahmerate und Geschlecht nach Behandlungsstation.....	21
Tabelle 6: Kontingenztafel psychotische Erkrankung und Zwangseinweisung sowie -unterbringung	21
Tabelle 7: Kontingenztafel Teilnahme und Zwangseinweisung sowie -unterbringung.....	21
Tabelle 8: Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder beidem, Aufteilung nach Höhe der Summe aus Schulden und Krediten, aus Schreiter et al. mit Abwandlungen (49)	22
Tabelle 9: Teilnehmer*innen mit unbezahlten Rechnungen.....	23
Tabelle 10: Soziodemographische und klinische Gruppenunterschiede zwischen Teilnehmer*innen mit und ohne Schulden, Krediten und unbezahlten Rechnungen, aus Schreiter et al. mit Ergänzungen (49).....	23
Tabelle 11: Gruppenunterschiede in der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten zwischen Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen und ohne Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen.....	25
Tabelle 12: Einflussfaktoren auf das Vorliegen von Schulden, Kredite oder unbezahlten Rechnungen: Multivariables binär logistisches Regressionsmodell, aus Schreiter et al. mit Ergänzungen (49).....	27
Tabelle 13: Soziodemographische und klinische Gruppenunterschiede sowie Unterschiede der finanziellen Situation zwischen Teilnehmer*innen mit und ohne Substanzabhängigkeit und Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen.....	28
Tabelle 14: Soziodemographische und klinische Gruppenunterschiede zwischen überschuldeten Teilnehmer*innen und Teilnehmer*innen ohne Schulden, Kredite oder unbezahlten Rechnungen	30

Tabelle 15: Einflussfaktoren auf das Vorliegen einer Überschuldung: Multivariables binär logistisches Regressionsmodell.....	32
---	----

Abkürzungsverzeichnis

BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
bez.	bezüglich
BMJ	British Medical Journal
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CMD	common mental disorders
et al.	et alii, et aliae, et alia/ und andere
ggf.	gegebenenfalls
GHQ 12	General Health Questionnaire mit 12 Items
ICD-10	International Classification of Diseases 10
IQR	interquartile range
M	mean
OR	odds ratio
p	p-Wert
s.	siehe
SD	standard deviation
SGB	Sozialgesetzbuch
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
vs.	versus
WOHIN	Wohnungsnot bei Menschen mit seelischen Erkrankungen
X ²	Chi-Quadrat
&	und

Kurzfassung

Hintergrund: Überschuldung ist häufig mit psychischen sowie körperlichen Belastungen und Erkrankungen assoziiert und betrifft in Deutschland circa 6,85 Millionen Personen. Die vorliegende Arbeit ist die erste umfassende Erhebung der finanziellen Belastungen von Patient*innen in teilstationärer und stationärer psychiatrischer Behandlung in Deutschland.

Ziel: Die Untersuchung der finanziellen Belastungen, der Inanspruchnahme von Unterstützungseinrichtungen und klinischer Faktoren von stationären und teilstationären Patient*innen der psychiatrischen Gesundheitsversorgung im Bezirk Berlin Mitte.

Methodik: Durchführung einer interviewbasierten Querschnittserhebung auf den Stationen und Tageskliniken der psychiatrischen Universitätsklinik der Charité des St. Hedwig-Krankenhauses im Jahr 2016. Die Analyse umfasste Datensätze von 488 Teilnehmer*innen. Die Auswertung erfolgte explorativ unter Verwendung von deskriptiver Statistik, Gruppenvergleichen und Regressionsmodellen. In Form von Subgruppen wurden Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen und dem Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung und überschuldete Teilnehmer*innen untersucht.

Ergebnisse: 55,1% der Teilnehmer*innen wiesen Schulden, Kredite oder unbezahlte Rechnungen auf. Der Median der Schulden- und Kredithöhe lag bei 5.000€. 50,2% der Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen hatten während der letzten 6 Monate unterschiedliche außerklinische Unterstützungsangebote genutzt im Vergleich zu 35,2% der Teilnehmer*innen ohne Schulden, Kredite oder unbezahlte Rechnungen. Im Rahmen der Regressionsanalysen stellte sich das Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung sowohl als Einflussfaktor für das Vorliegen von Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen als auch für das Vorliegen einer Überschuldung heraus.

Schlussfolgerung: Aufgrund des großen Anteils von Patient*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen sowie des Zusammenhangs zu psychischen Erkrankungen erscheint es sinnvoll, Mitarbeiter*innen mit Patientenkontakt in Einrichtungen der teilstationären und stationären psychiatrischen Versorgung für diesen Zusammenhang zu sensibilisieren und ein routinemäßiges Screening von Patient*innen auf das Vorliegen einer Überschuldungssituation und finanzieller Belastungen zu implementieren.

Zukünftige Forschungsarbeiten zur Überschuldung von Patient*innen in psychiatrischer Versorgung könnten die vorliegende Arbeit ergänzen durch die Erfassung von Haushaltseinkommen, bestehenden Vermögenswerten, der Anzahl der Gläubiger, einer

zeitlichen Dimension der finanziellen Situation und Sorgen und Ängsten bezogen auf die finanzielle Situation.

Abstract

Background: Over-indebtedness is often associated with mental and physical stress and illness and affects approximately 6.85 million people in Germany. This study is the first comprehensive survey of the financial burden of patients in inpatient and day-care psychiatric treatment in Germany.

Objective: To examine the financial burden, use of support services, and clinical factors of inpatient and day-care psychiatric patients in the Berlin Mitte district.

Methods: Implementation of an interview-based cross-sectional survey on the wards and day clinics of the Psychiatric University Hospital Charité at St. Hedwig Hospital in 2016. The analysis included data sets of 488 participants. The analysis was explorative using descriptive statistics, group comparisons and regression models. Subgroups included participants with debts, loans, or unpaid bills and the presence of a dependence disorder and over-indebted participants.

Results: 55.1% of the participants had debts, loans or unpaid bills. The median amount of debts and loans was 5,000€. 50.2% of the participants with debts, loans or unpaid bills had used different out-of-hospital support services during the last 6 months compared to 35.2% of the participants without debts, loans or unpaid bills. In the regression analyses, the presence of a dependency disorder emerged as an influential factor for both the presence of debts, loans, or unpaid bills and the presence of over-indebtedness.

Conclusion: Due to the large proportion of patients with debts, loans, or unpaid bills and the association with mental illness, it seems reasonable to sensitize staff with patient contact in inpatient and day-care mental health care settings to this association and to implement routine screening of patients for the presence of over-indebtedness and financial stress.

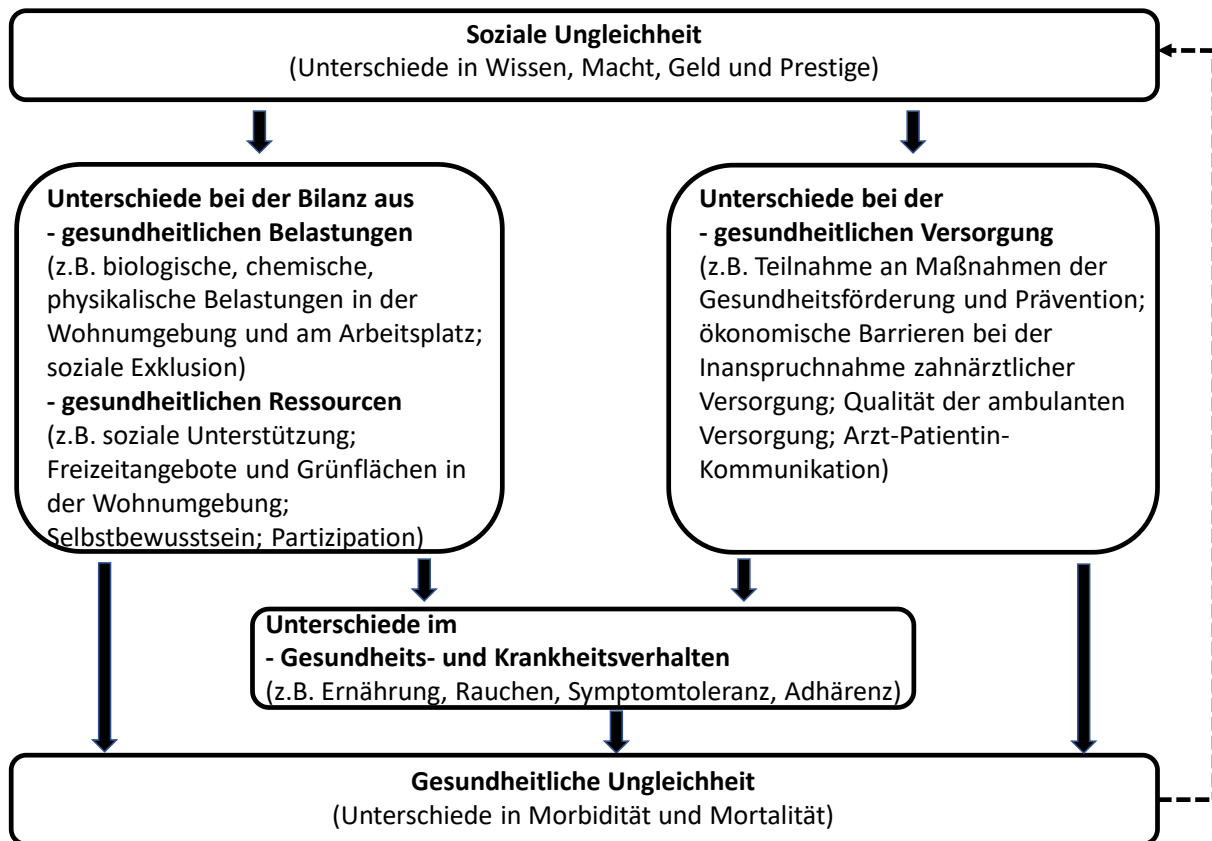
Future research on over-indebtedness of patients in psychiatric care could complement the present work by recording household income, existing assets, the number of creditors, a temporal dimension of the financial situation, and worries and fears related to the financial situation.

1. Einleitung

1.1 Schulden und psychiatrische Erkrankungen

Ein niedriger sozioökonomischer Status und insbesondere Schulden und Überschuldung sind häufig mit psychischen sowie körperlichen Belastungen und Erkrankungen assoziiert. Dies wurde in vielen Studien belegt (1-3). Insbesondere in Großbritannien wurden vor und seit der Finanzkrise 2008/9 systematisch entsprechende Studien durchgeführt und Handlungsempfehlungen erarbeitet sowie durch die Politik implementiert (4, 5). Eine Möglichkeit diesen Zusammenhang zu betrachten ist, das von Mielck entwickelte Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (s. Abbildung 1 auf S. 5) auf ihn anzuwenden (6). Demnach würden Schulden und insbesondere Überschuldung vermittelt durch gesundheitliche Belastungen - bspw. biologische, chemische oder physikalische Belastungen in der Wohnumgebung, negative Auswirkungen auf gesundheitliche Ressourcen wie z.B. Einschränkungen in der Nutzung von Freizeitangeboten, Einflüsse auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten wie etwa Ernährung und Rauchen sowie die gesundheitliche Versorgung - zu einer erhöhten psychiatrischen Morbidität führen (7-10). Und umgekehrt würden psychiatrische Erkrankungen z.B. durch eine eingeschränkte Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit, den Verlust des Arbeitsplatzes, die Ausgaben für psychotrope Substanzen oder Käufe während einer wahnhaften Phase zu Schulden und Überschuldung führen (11-15). Mielcks Modell ist für soziale Ungleichheit und Volkskrankheiten wie Diabetes und Depression ausreichend belegt, für die Anwendung auf Schulden und psychische Erkrankungen im Allgemeinen jedoch nicht (16, 17). Aufgrund der geringen Zahl geeigneter Längsschnittstudien (s. Tabelle 1 auf S. 6) ist weiterhin unklar, ob es sich bei diesem Zusammenhang um eine Kausalität handelt, ob zuerst Schulden bestehen und sich durch deren Einfluss begünstigt eine psychische Erkrankung entwickelt oder ob Menschen mit einer psychischen Erkrankung vulnerabler für das Akkumulieren von Schulden und den Eintritt einer Überschuldungssituation sind (18-21). Die Hypothese der gegenseitigen Beeinflussung beider Faktoren im Sinne einer Abwärtsspirale stellt einen weiteren Teil des Diskurses dar, der mit der derzeitigen Evidenz nicht klar belegt oder verworfen werden kann (22).

Abbildung 1: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit aus Mielck 2005, überarbeitete Fassung (6)



Eine zentrale Erkenntnis der Forschungsarbeiten ist, dass der Einfluss von Schulden auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen zu einem großen Teil durch die wahrgenommene Belastung durch die Schulden in Form von Sorgen und Stress („financial strain“) vermittelt wird und somit nicht direkt von der Höhe der Schulden abhängt (23-28).

Rüger et al. führten 2006/7 eine fragebogenbasierte Umfrage unter 666 Klient*innen der rheinland-pfälzischen Insolvenzberatungsstellen durch. Die subjektive Schuldenlast war signifikant mit der Prävalenz psychischer Erkrankungen assoziiert. Für die objektive Schuldenlast in Form der Gesamtschuldenshöhe wurde kein signifikanter Zusammenhang feststellen. Ein deutlicher Interaktionseffekt wurde im Zusammenhang mit dem monatlichen Einkommen festgestellt: So empfanden Klient*innen mit einem monatlichen Einkommen von >1.500€ eine vergleichsweise hohe objektive Schuldenlast als geringe subjektive Belastung (29).

Frank et al. untersuchten in einer fragebogenbasierten Längsschnittstudie den Einfluss finanzieller Belastungen, Sorgen und Ängste auf die physische und psychische Gesundheit (30). Dabei ermittelten sie die wahrgenommene soziale Unterstützung als vermittelnden Faktor: Der Zusammenhang zwischen finanziellen Belastungen und Symptomen einer Depression und

Angststörung war stärker ausgeprägt, wenn gleichzeitig ein geringes Maß sozialer Unterstützung angegeben wurde (30). Weitere Studien bestätigen diesen Zusammenhang (31).

Tabelle 1: Längsschnittstudien zum zeitlichen Zusammenhang von Schulden und psychischer Erkrankung

Quelle	Land	Zeitraum	n	Zeitlicher Zusammenhang von Schulden und psychischer Erkrankung
(32)	Großbritannien	1991-95	≈3.700	Verzögerung bzw. Schwierigkeiten bei der Kreditabzahlung führten signifikant häufiger im Folgejahr zu geringerer psychischer Gesundheit (+2 Einheiten im GHQ 12)
(33)	Großbritannien	1997-98	209	Nach Kontrolle für bestehende Depression zum Zeitpunkt T1 war „financial strain“ kein signifikanter Prädiktor mehr für das Auftreten einer Depression zum Zeitpunkt T2
(34)	Großbritannien	2000-02	2.406	Teilnehmer*innen mit finanziellen Schwierigkeiten ^a : OR von 2 für das Auftreten einer Depression und OR von 4 für die Persistenz einer Depression nach 18 Monaten
(35)	Niederlande	2004-11	1.250	Kein signifikanter Zusammenhang für „financial strain“ zum Zeitpunkt T1 und das Neu- oder Wiederauftreten von Depression oder Angststörungen 4 Jahre später
(30)	Kanada	2008-10	300	„Financial strain“ war ein signifikanter Prädiktor für Symptome von Depression und Angststörungen in 9 und 18 Monaten
(36)	Großbritannien	2008-13	1.052	Verzögerung der Genesung: Teilnehmer*innen mit Schulden und CMD ^b zum Zeitpunkt T1 hatten eine OR von 3 für CMD zum Zeitpunkt T2

^a Zahlungsverzug bei Rechnungen, Krediten, Kreditkarten; inoffizielles Geldleihen; Abstellen/finanziell bedingt verringerte Nutzung von Strom/Gas/Wasser/Telefon

^b Common Mental Disorders = Symptome von Depression und Angststörungen

Die Aufnahme von Schulden ist eine übliche wirtschaftliche Handlung von Privatpersonen, die meist z.B. in Form eines Immobilien- oder Verbraucherkredits auf die Verbesserung der aktuellen Lebenssituation abzielt. Am 31.12.2019 gab es laut Schufa-Datenbestand circa 18,2 Millionen laufende Ratenkredite von insgesamt circa 10,5 Millionen Privatpersonen in Deutschland. Im selben Jahr wurden 97,9% aller Ratenkredite vertragsgemäß bedient (37). Eine Voraussetzung für die Abzahlung der Schulden ist ein stetiges Einkommen, das mindestens so hoch wie die Gesamtausgaben ist. Der Besitz von Vermögenswerten, die bei Bedarf verkauft werden können, kann dabei Einkommen generieren. Von dieser geplanten und das verfolgte Ziel erfüllenden Form der Verschuldung ist der Zustand der Überschuldung abzugrenzen, in dem

Personen ihre Zahlungsverpflichtungen über einen längeren Zeitraum nicht begleichen können, weil die zu leistenden Gesamtausgaben die Einnahmen übersteigen (38). Dies führt häufig dazu, dass diesen Personen bzw. den betreffenden Haushalten nur ein geringer Teil des Einkommens zur Verfügung steht und diese von der materiellen, kulturellen oder sozialen Lebensweise ausgeschlossen sind, die als Minimum des betrachteten geographischen Bereichs angesehen wird, und sie dementsprechend unter die Definition der Bundesregierung von Armut fallen (39). Weiterhin sind soziale Ausgrenzung, psychische und somatische gesundheitliche Probleme häufig mit Überschuldung assoziiert, sodass sich für Betroffene massive negative Konsequenzen für ihr alltägliches Leben und ihre Zukunftsperspektive ergeben (38, 40, 41).

1.2 Stand der Forschung

Die Anzahl überschuldeter Personen ist in Deutschland im Zeitraum von 2010 bis 2019 von 6,49 auf 6,85 Millionen angestiegen (42). Somit liegt die Schuldnerquote, das heißt der Anteil privater Personen über 18 Jahren mit mehreren Merkmalen einer hohen Verschuldung an der Gesamtbevölkerung, bei 9,87% (43). Männer sind mit einer Quote von 12,27% deutlich häufiger von Überschuldung betroffen als Frauen mit 7,58% (42).

Einen genaueren Einblick in die Lebens- und Überschuldungssituation deutscher Privatpersonen ermöglicht die Überschuldungsstatistik des statistischen Bundesamtes (44). Im Jahr 2019 wurden Daten von circa 142.000 Personen aus 577 der rund 1450 Schuldnerberatungsstellen in Deutschland ausgewertet (44). Da nicht alle überschuldeten Personen eine Schuldnerberatungsstelle aufsuchen, nicht alle Nutzer*innen der Schuldnerberatungsstellen überschuldet sind und nicht alle Schuldnerberatungsstellen ihre Daten übermittelt haben, ist die Repräsentativität der Ergebnisse für überschuldete Personen in Deutschland eingeschränkt. Die Hauptauslöser für die Überschuldung von Privatpersonen für das Jahr 2019 sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Hauptauslöser Überschuldung 2019 gemäß der Überschuldungsstatistik 2019 des statistischen Bundesamtes (44)

Hauptauslöser Überschuldung n ≈ 142.000	Anteil in % der beratenen Personen
Arbeitslosigkeit	19,9
Erkrankung, Sucht oder Unfall	16,3
Trennung, Scheidung, Tod Partner*in	12,5
Unwirtschaftliche Haushaltsführung	14,3
Längerfristiges Niedrigeinkommen	8,7
Gescheiterte Selbstständigkeit	8,3
Haushaltsgründung/Geburt eines Kindes	2,1
Sonstiges	17,9

Überschuldung ist in der Regel kein monokausaler Prozess, sondern entsteht aufgrund von mehreren auslösenden Faktoren, die sich häufig gegenseitig bedingen und verstärken (38). Die durchschnittliche Schuldenhöhe lag 2019 bei 28.244€ und Überschuldung betraf vor allem Personen in der Kernerwerbsphase: So waren 72,1% der überschuldeten Personen 25 bis 55 Jahre alt (44). Mit dem Alter steigt in der Kernerwerbsphase auch die durchschnittliche Schuldenhöhe: Von 25.968€ zwischen 25 und 35 Jahren auf 41.637€ mit 45 bis 55 Jahren (44). Hervorzuheben ist der niedrige sozioökonomische Status der Ratsuchenden, von denen 63,6% nicht erwerbstätig waren und 44,3% weder eine Berufsausbildung, noch ein Studium abgeschlossen hatten (44). Von einem monatlichen Nettoeinkommen unter 900€ und damit weniger als dem monatlichen Grundsicherungsbetrag gemäß SGB XII von 946€ (45), der sich aus 500€ Warmmiete und 446€ Grundbedarf zusammensetzt, berichteten 42,7% der Ratsuchenden (44). 78% der Ratsuchenden berichteten von einem monatlichen Nettoeinkommen unter 1500€ (44).

Überschuldung ist im 5. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung als „verfestigte[...], kaum noch handhabbare[...] Schuldensituation“ (38, S. 486) definiert und dadurch von vorübergehenden Schulden im Rahmen des normalen wirtschaftlichen Handelns abgegrenzt. Die Operationalisierung des Begriffs in öffentlicher und wissenschaftlicher Datenerhebung unterscheidet sich deutlich, was einen Vergleich der erhobenen Daten erschwert. So unterscheidet die SCHUFA mit Daten zu nahezu allen wirtschaftlich aktiven Personen in Deutschland harte Negativmerkmale, beispielsweise Vermögensauskunft, Haftbefehl zur Erzwingung einer Vermögensauskunft oder Verbraucherinsolvenzverfahren von weichen

Negativmerkmalen wie offenen Forderungen, Gerichtsverfahren wegen offener Forderungen oder Informationen zu Kontomissbrauch nach Sperrung (37). Der jährlich von CREDITREFORM herausgegebene Schuldneratlas für Deutschland berechnet die eingangs genannte Schuldnerquote nach dem Anteil von Personen über 18 Jahren an der Gesamtbevölkerung mit mehreren Merkmalen einer hohen Verschuldung wie z.B. dauerhafter Zahlungsstörungen bei mehreren Gläubigern, einer Privatinsolvenz oder anderer juristischer Sachverhalte (43). Die Europäische Kommission hat 2007 einen Vorschlag zur einheitlichen Operationalisierung von Überschuldung erarbeitet: Es wird empfohlen, als relevante Einheit Haushalte zu betrachten, weil diese Lebensraum, Wohlstand und Einkommen miteinander teilen. Überschuldung wird als Unfähigkeit definiert, wiederkehrende finanzielle Belastungen zu bewältigen, ohne Ausgaben für existentiell notwendige Lebensbereiche unter ein Minimum zu senken, während gleichzeitig keine Vermögenswerte bestehen, die zur Linderung der Situation verkauft werden können (46). Auch bisherige Studien zur Auswirkung von Überschuldung auf die seelische Gesundheit operationalisierten Überschuldung unterschiedlich, was die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse deutlich einschränkt: Am häufigsten wurde Überschuldung als das Vorhandensein von überfälligen Zahlungen operationalisiert, aber auch als Vorliegen von Schulden, die nicht durch Hinterlegung von Vermögenswerten gesichert waren, oder das Abstellen von Strom, Gas oder Wasser aufgrund von finanziellen Belastungen (47, 48).

1.3 Forschungsbedarf und Forschungsfragen

Bisher wurde nicht untersucht, wie hoch der Anteil überschuldeter Patient*innen in der stationären und teilstationären psychiatrischen Versorgung in Deutschland ist und keine Charakterisierung dieser Population hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Faktoren sowie der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten durchgeführt. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass über das psychiatrische Versorgungssystem bereits ein Zugang zu diesen Menschen besteht, war es das Ziel der durchgeführten Erhebung, dies für den Berliner Bezirk Mitte zu tun.

Daher führten wir eine explorative Querschnittserhebung hinsichtlich des Vorliegens finanzieller Belastungen und assoziierter soziodemographischer und klinischer Faktoren sowie der

Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten unter Patient*innen im Rahmen einer teilstationären und stationären psychiatrischen Behandlung in Berlin durch (49).

2. Methodik

2.1 Studiendesign und Studieneinrichtung

Wir führten eine Erhebung unter den voll- und teilstationären Patient*innen der psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus Berlin vom 15. März 2016 bis zum 15. September 2016 durch. Mithilfe eines strukturierten Interviews und mehrerer standardisierter Fragebögen wurden soziodemographische und krankheitsbezogene Variablen sowie die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten erfasst.

Das psychiatrische Hilfesystem ist in Berlin bezirklich organisiert und so werden sowohl akut behandlungsbedürftige Patient*innen mit Wohnsitz in einem bestimmten Bezirk als auch Patient*innen, die sich in diesem Bezirk aufhalten bzw. dort aufgefunden werden, einer bestimmten psychiatrischen Klinik zugeordnet. Zum psychiatrischen Versorgungsgebiet des St. Hedwig-Krankenhauses gehören die folgenden Ortsteile des Groß-Bezirks Mitte: Wedding, Gesundbrunnen, Moabit, Hansaviertel und Tiergarten.

Das St. Hedwig-Krankenhaus bot zum Untersuchungszeitpunkt 192 Behandlungsplätze für psychiatrische Patient*innen. Diese waren auf sieben Stationen und vier Tageskliniken verteilt: Die sieben Stationen setzten sich zusammen aus drei akutpsychiatrischen Stationen, jeweils einer Station mit dem Fokus auf Abhängigkeitserkrankungen, Depression und Krisenintervention und Gerontopsychiatrie sowie der Soteria, einer Station für junge Menschen in einer akuten psychotischen Krise. Die vier Tageskliniken setzten sich zusammen aus zwei allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken, einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik und einer Tagesklinik mit Dialektisch-Behavioralem Therapiekonzept für Patient*innen mit Borderlineerkrankung und Substanzabhängigkeit.

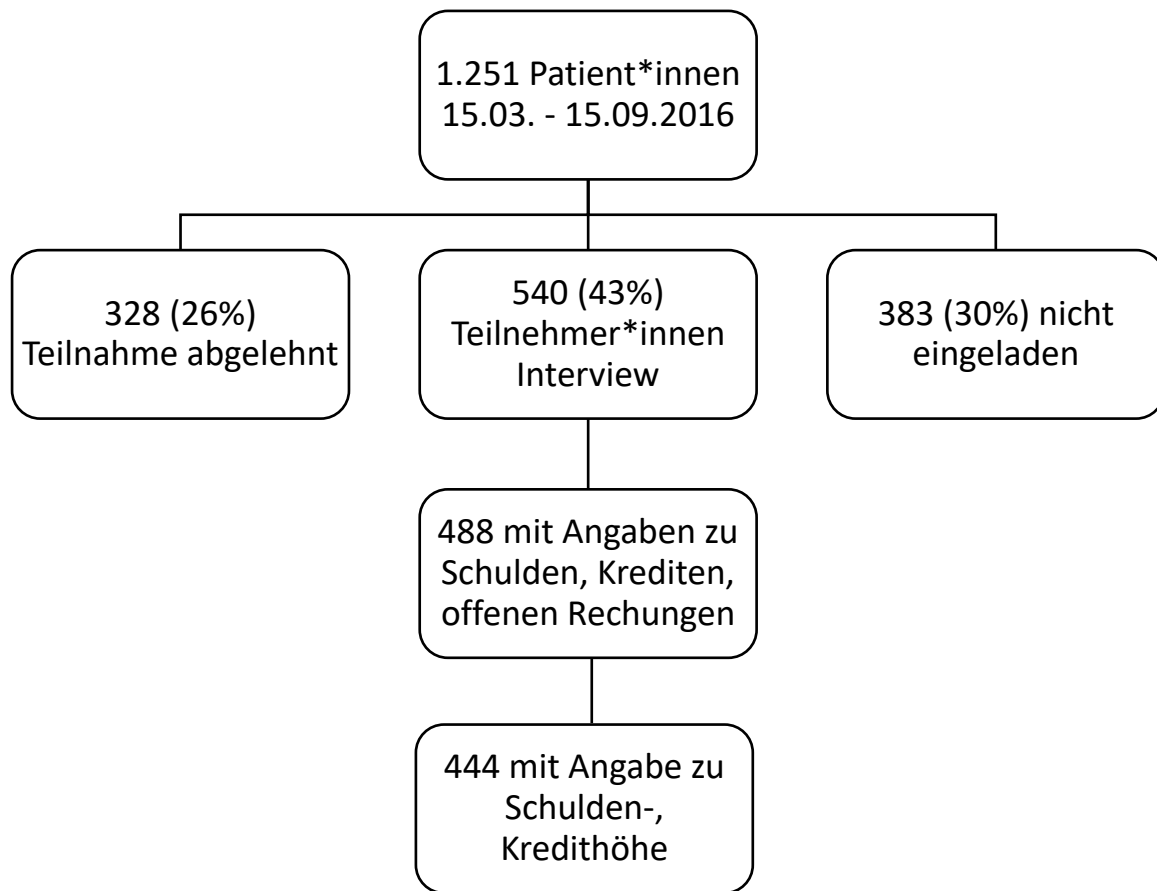
2.2 Teilnehmer*innen

Während des Erhebungszeitraums wurden 1251 Patient*innen zur psychiatrischen Behandlung im St. Hedwig-Krankenhaus aufgenommen. Wenn in diesem Zeitraum mehrere Aufnahmen derselben Person stattfanden, wurde nur die erste gezählt. Die Patient*innen wurden unter Berücksichtigung ihres psychischen Zustands so früh wie möglich von geschulten

Interviewer*innen kontaktiert, über die Studie informiert und zur Teilnahme eingeladen. Um an der Studie teilzunehmen, musste die kontaktierte Person während des Erhebungszeitraums stationär oder teilstationär auf einer psychiatrischen Station oder Tagesklinik des St. Hedwig-Krankenhauses aufgenommen, mindestens 18 Jahre alt und einwilligungsfähig sein. Eine Teilnahme konnte nicht erfolgen, falls die Person nicht in der Lage war, die Teilnehmerinformation, die informierte Einwilligung oder die Regeln der Studie zu verstehen oder an einer körperlichen Erkrankung wie z.B. einer umschriebenen hirnorganischen Erkrankung litt, die nach Art und Schwere mit den geplanten Untersuchungen interferieren oder Einfluss auf die zu untersuchenden Parameter hätte haben können. An der Teilnahme interessierte Personen wurden mündlich und schriftlich über den Inhalt und die Ziele der Studie sowie mögliche Risiken im Zusammenhang mit der Studienteilnahme, z.B. kurzzeitiges Unbehagen bei der Beantwortung der Fragen, und Maßnahmen zur Reduktion dieser Risiken aufgeklärt. So wurden die potenziellen Teilnehmer*innen darauf hingewiesen, dass sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen Fragen nicht beantworten und jederzeit ohne Angabe von Gründen das Interview abbrechen und ihre Studienteilnahme widerrufen können. Alle Teilnehmer*innen unterschrieben eine schriftliche Einverständniserklärung. Das positive Votum der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin (Nummer: EA1/291/15) lag zum Untersuchungszeitpunkt vor.

Die Interviews wurden auf der Station des St. Hedwig-Krankenhauses durchgeführt, auf der die Teilnehmer*innen zum Interviewzeitpunkt aufgenommen waren, und die Interviewer*innen waren beim Ausfüllen der Fragebögen anwesend. Die Teilnehmer*innen erhielten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 5€ in bar. Die Interviews dauerten im Durchschnitt eine Stunde und das Ausfüllen der Fragebögen ca. zwanzig Minuten.

Abbildung 2: Aufteilung aller Patient*innen bezogen auf Studienteilnahme und Angaben zur finanziellen Situation



Insgesamt nahmen 540 Personen (43,2%) an der Studie teil, 328 Personen (26,2%) lehnten eine Teilnahme ab und 383 Personen (30,6%) wurden nicht zur Teilnahme eingeladen – z.B. aufgrund einer kurzen Aufenthaltsdauer, kurzfristiger Entlassung oder des Nichterfüllens der Einschlusskriterien. Von den 540 Studienteilnehmer*innen machten 488 (90%) ausreichende Angaben zu ihrer finanziellen Situation, beispielsweise Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen. 444 Teilnehmer*innen machten Angaben zu der Höhe ihrer Schulden und Kredite. 11 Interviews (2%) wurden unter Anwesenheit von professionellen Sprach- und Kulturmittler*innen durchgeführt.

2.3 Einbezug der Patient*innenperspektive

Das Interview wurde vor Studienbeginn mit 10 Patient*innen hinsichtlich der Verständlichkeit und der Einheitlichkeit der erhobenen Variablen mit der Lebensrealität sowie den Erfahrungen und Prioritäten der Patient*innen pilotiert und anschließend sprachlich angepasst.

2.4 Erhebungsinstrumente

Tabelle 3: Erhebungsinstrumente

Erhebungsinstrument	Erhoben bei	Untersuchungsgegenstand	Selbst-/Fremdbeurteilung
Patient*innenakte	allen im Erhebungszeitraum aufgenommenen Patient*innen	psychiatrische Diagnosen, Geschlecht, Alter, Basisvariablen des Aufenthalts ^a	Fremdbeurteilung
Strukturiertes Interview	allen Teilnehmer*innen	Soziodemographische und klinische Faktoren, Inanspruchnahme Unterstützungseinrichtungen	Selbstbeurteilung
Substanzkonsumanamnese	Teilnehmer*innen mit Abhängigkeit oder schädlichem Gebrauch einer Substanz in den Aufnahmediagnosen	Substanzen, substanzbezogene Therapien, körperliche Folgen Substanzkonsum	Selbstbeurteilung

^a Aufenthaltsdauer, Zwangseinweisung/-unterbringung, gesetzliche Betreuung, Voraufenthalte im St. Hedwig-Krankenhaus während der 6 Monate vor Interview

In dem strukturierten Interview wurden soziodemographische Variablen der Themenfelder Finanzen, Wohnen, Migration, Familie, Ausbildung und Beruf, Diskriminierungserfahrungen, Kommunikationsmöglichkeiten und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten sowie krankheitsbezogene Variablen zu Krankheitsverlauf, Vorbehandlungen, Inanspruchnahme von Angeboten des psychiatrischen Hilfesystems und speziell zur vorliegenden Erkrankung erfragt. So wurden zum Beispiel bei Teilnehmer*innen mit einer psychischen und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen eine ausführliche Substanzkonsumanamnese erhoben und mögliche Folgeerkrankungen abgefragt. Die psychiatrischen Diagnosen wurden der

Entlassdokumentation entnommen, von den behandelnden Psychiater*innen gestellt und sind nach der International Classification of Diseases 10 (50) kodiert. Die Erhebung des Primärdatensatzes und die Transkription handschriftlich ausgefüllter Interviews erfolgte unter Nutzung des Online-Befragungstools SoSci Survey (51), auf deren Plattform eine online Version des strukturierten Interviews programmiert wurde. Um die Ergebnisverzerrung durch die Interviewer*innen und die Teilnehmer*innen so gering wie möglich zu halten, wurden mehrere Maßnahmen durchgeführt. Erstens wurden die Daten der Interviews mit den in der digitalen Krankenakte des St. Hedwig-Krankenhauses vermerkten Informationen verglichen. Zweitens wurde bezüglich des Wohnstatus mit den Sozialarbeiter*innen der betreffenden Station Rücksprache gehalten. Drittens wurden die Interviewer*innen in der Erhebung der krankheitsbezogenen Scores von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und einer Assistenzärztin einer der allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken geschult.

2.5 Operationalisierung

Einkommen

Teilnehmer*innen wurden aufgrund der von ihnen angegebenen hauptsächlichen Einkommensquelle zum Interviewzeitpunkt in drei Gruppen eingeteilt. 1. Teilnehmer*innen, die ein Gehalt aus Voll-, Teilzeitarbeit oder Berufsausbildung sowie Leistungen nach BAföG bezogen bzw. von Erspartem lebten. 2. Teilnehmer*innen, die Leistungen nach dem SGB, z.B. Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe, oder Asylbewerberleistungsgesetz bezogen. Und 3. Teilnehmer*innen, die eine Altersrente bezogen.

Überschuldung

Im Rahmen dieser Studie wurden Teilnehmer*innen als überschuldet bezeichnet, deren Schulden 10.000€ überschritten und die gleichzeitig Leistungen nach SGB bezogen, weil davon auszugehen ist, dass bestehende Schulden unter diesen Umständen auf absehbare Zeit nicht zurückgezahlt werden können. Diese Operationalisierung weicht von üblichen Definitionen von Überschuldung wie etwa der des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ab (38) und erfolgte in Absprache mit Dr. jur. Fairlie-Schade von der Landesarbeitsgemeinschaft Schuldner- und Insolvenzberatung Berlin e.V.

Wohnstatus

Der Wohnstatus wurde basierend auf der vorwiegenden Wohnform während der letzten 30 Tage vor Interview in vier Gruppen eingeteilt. 1. Wohnungslose Teilnehmer*innen, die im öffentlichen Raum, in Verschlägen, in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, in Heimen für Geflüchtete oder Frauenhäusern übernachteten. 2. Teilnehmer*innen, die in einer eigenen Wohnung oder Wohneigentum lebten. 3. Teilnehmer*innen, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens bzw. der Eingliederungshilfe (therapeutische Wohngemeinschaften, Trägerwohnungen des betreuten Einzelwohnens, Übergangwohnheime, Krankenhäuser etc.) wohnten. 4. Teilnehmer*innen, die bei Freund*innen, Bekannten oder Familie übernachteten (49).

Doppeldiagnose

Der Begriff „Doppeldiagnose“ bezeichnet das gleichzeitige Vorliegen eines schädlichen Gebrauchs oder der Abhängigkeit von einer Substanz (abgesehen von Nikotin) und einer substanzunabhängigen psychiatrischen Störung.

Psychotische Erkrankungen

Zu den psychotischen Erkrankungen wurden die Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, gemäß ICD-10 F20 bis F29, und psychotische Störungen sowie verzögert auftretende psychotische Störungen im Rahmen einer substanzgebundenen psychischen und Verhaltensstörung (F1X.5, F1X.8) gezählt.

Affektive Störungen

Zu den affektiven Störungen wurden die gleichnamige Diagnosegruppe des ICD-10 (F30 bis F39) und die akute Belastungsreaktion (F43.0) gezählt.

Anzahl psychiatrischer Diagnosen

Die Anzahl psychiatrischer Diagnosen ergibt sich aus der Summe der verschiedenen psychiatrischen Diagnosegruppen gemäß ICD-10, in denen der Person mindestens eine Diagnose gestellt wurde. Bspw. beträgt die Anzahl psychiatrischer Diagnosen bei einer Patientin, die mit den Diagnosen F60.31, F10.2, F12.2 und F33.1 entlassen wurde, drei.

2.6 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung des Primärdatensatzes erfolgte mithilfe von IBM SPSS Statistics Version 25 (52). Die Analysen erfolgten exploratorisch. Ein zweiseitiger p-Wert von $<.05$ wurde als statistisch signifikant betrachtet. Ob eine Normalverteilung vorlag, wurde optisch anhand von Histogrammen ausgewählt. Zur deskriptiven Analyse wurden bei normalverteilten Variablen Mittelwert und Standardabweichung bestimmt und zur Analyse von Gruppenunterschieden ein T-Test durchgeführt. Im Fall von nicht-normalverteilten Variablen wurden Median und Interquartilsabstand bestimmt und zur Analyse von Gruppenunterschieden der Mann-Whitney-U Test durchgeführt. Im Fall von kategorialen Variablen wurde der Chi-Quadrat Test zur Analyse von Gruppenunterschieden genutzt. War die erwartete Zellohfüufigkeit des Chi-Quadrat Tests in einer der Zellen <5 wurde der exakte Test nach Fisher angewendet.

Variablen, für die sich ein signifikanter Unterschied zwischen Teilnehmer*innen mit und ohne Schulden, Krediten oder unbezahlte Rechnungen in der Gesamtstichprobe beobachten ließ, wurden im Rahmen der Primäranalyse in ein binär logistisches Regressionsmodell eingeführt bei dem das Vorliegen von Schulden, Krediten und unbezahlten Rechnungen als abhängige Variable diente. Es wurden zwei Subgruppenanalysen in Form von Gruppenvergleichen durchgeführt. Bei der Subgruppe überschuldeter Patient*innen wurde ebenfalls auf Basis der Variablen, für die sich ein signifikanter Unterschied im Gruppenvergleich zeigte, ein Regressionsmodell berechnet; zusätzlich wurde die Anzahl psychiatrischer Diagnosen aufgrund der literaturbedingten Annahme (53), dass psychiatrische Komorbidität positiv mit Überschuldung assoziiert ist, in dieses Modell eingeführt. Das Vorliegen einer Überschuldung diente als abhängige Variable. Die Gruppengröße der kleineren Gruppe entsprach in beiden Fällen mindestens der Anzahl an Freiheitsgraden, die in das Modell eingeführt wurden, mal 10.

2.7 Publikationen

Die vorliegende Arbeit ist Teil der WOHIN-Studie (Wohnungsnot bei Menschen mit seelischen Erkrankungen) und an der Patientenbefragung waren Anne Brückner, Stefan Gutwinski, Sascha-Philippe Heidrich, Ute Saathoff, Stefanie Schreiter und Jamie Zulauf beteiligt.

In mehreren Veröffentlichungen wurden Daten der WOHIN-Studie zu verschiedenen Fragestellungen publiziert. Ein Teil der Daten der vorliegenden Arbeit wurde 2020 im Nervenarzt publiziert (49).

3 Ergebnisse

3.1 Teilnehmer*innen mit Krediten, Schulden oder unbezahlten Rechnungen

3.1.1 Non-Responder-Analyse

Um die Repräsentativität der Teilnehmer*innen mit Angaben zur finanziellen Situation bezogen auf alle Teilnehmer*innen sowie alle im Erhebungszeitraum aufgenommenen Patient*innen zu beurteilen, wurde eine Analyse der Gruppe der non-Responder durchgeführt. Schreiter et al. veröffentlichten im Jahr 2019 im BMJ open (54) bereits eine non-Responder-Analyse zur WOHIN-Studie mit dem Fokus auf die Wohnsituation und dadurch leicht abweichender Gruppenzusammensetzung. Zu diesem Zweck wurden bei nicht teilnehmenden Personen folgende Variablen aus den Patient*innenakten erhoben: Alter, Geschlecht, Diagnosen, Zwangseinweisung, Zwangsunterbringung, Betreuungsstatus, Aufnahme- und Entlassdatum und die Anzahl der Wiederaufnahmen im Erhebungszeitraum:

Tabelle 4: Repräsentativitätsanalyse von Teilnehmer*innen mit ausreichenden Angaben zur Schulden-situation

n =1251	Teilnehmer*innen mit Angaben zur finanziellen Situation	Nicht- Teilnehmer*innen & ausgeschlossene Teilnehmer*innen	p
Anzahl Personen	488 (38,7%)	763 (61,3%)	
Anzahl männliche Personen ^a	284 (58,3%)	398 (52,2%)	0,033
Alter in Jahren (M±SD)	42,0 (±14,6)	45,3 (±17,4)	<0,001
Anzahl Behandlungstage (Median [IQR])	27 (14-55)	12 (2-41)	<0,001
Psychische Erkrankungen			
Organische psychische Störungen	24 (4,9%)	84 (11,0%)	<0,001
Substanzabhängigkeit (außer Nikotin)	224 (45,9%)	234 (30,7%)	<0,001
Schädlicher Gebrauch einer Substanz (außer Nikotin)	95 (19,5%)	97 (12,7%)	0,001
Psychotische Erkrankungen	122 (25,0%)	259 (33,9%)	0,001
Affektive Störungen	159 (32,6%)	239 (31,3%)	0,641
Angststörungen	19 (3,9%)	125 (4,6%)	0,556
Persönlichkeitsstörung n	99 (20,3%)	79 (10,4%)	<0,001
Intelligenzstörungen	12 (2,5%)	21 (2,8%)	0,752
Zwangseinweisung	39 (8,0%)	121 (15,9%)	<0,001
Zwangsunterbringung während des Aufenthalts	54 (11,1%)	115 (15,1%)	0,040
Gesetzliche Betreuung (n=1238)	111 (22,8%)	213 (28,3%)	0,032

Analyse von Gruppenunterschieden mittels Chi-Quadrat Test (kategoriale Variablen), T-Test (normalverteilte, intervallskalierte Variablen) und Mann-Whitney-U Test (nicht-normalverteilte, intervallskalierte Variablen)

^a Ein Teilnehmer mit dem Geschlecht Transgender wurden nicht berücksichtigt

Teilnehmer*innen mit ausreichenden Angaben zu ihrer finanziellen Situation waren häufiger männlichen Geschlechts sowie jüngeren Alters und wiesen häufiger Substanzabhängigkeiten, den schädlichen Gebrauch von Substanzen oder Persönlichkeitsstörungen auf als die übrigen während des Erhebungszeitraums behandelten Patient*innen.

Ihnen wurde seltener die Diagnose einer organischen psychischen Störung sowie einer psychotischen Erkrankung gestellt, sie hatten kürzere Krankenhausaufenthalte, wurden seltener zwangseingewiesen, zwangsuntergebracht und hatten seltener eine gesetzliche Betreuung als die übrigen während des Erhebungszeitraums behandelten Patient*innen.

Tabelle 5: Teilnahmerate und Geschlecht nach Behandlungsstation

Stationen nach Therapiekonzept n =1251	Anzahl Personen im Erhebungszeitraum	Anteil zur Analyse eingeschlossener Teilnehmer*innen*	Anteil männliches Geschlecht **
Akutzpsychiatrien	596	29,7%	55,8%
Tageskliniken	145	48,3%	34,0%
Substanzabhängigkeit	312	56,7%	69,2%
Depressions- Kriseninterventionszentrum	und 72	44,4%	48,6%
Gerontopsychiatrie	96	20,8%	38,5%
Soteria	57	35,1%	49,1%

^a Zwei Personen mit dem Geschlecht divers wurden bei Anteil männliches Geschlecht nicht berücksichtigt

* $p < 0,001$ (χ^2 -Test)

Patient*innen der suchtmmedizinischen Station wurden häufiger zur Analyse eingeschlossen und waren häufiger männlichen Geschlechts als Patient*innen der übrigen Stationen und der Tageskliniken.

Tabelle 6: Kontingenztafel psychotische Erkrankung und Zwangseinweisung sowie -unterbringung

n =1251	Psychotische Erkrankung	Keine psychotische Erkrankung
Anzahl Personen im Erhebungszeitraum	381	870
Zwangseinweisung*	101 (26,5%)	59 (6,8%)
Zwangsunterbringung*	119 (31,2%)	50 (5,7%)

* $p < 0,001$ (χ^2 -Test)

Patient*innen mit der Diagnose einer psychotischen Erkrankung wurden häufiger zwangseingewiesen und zwangsuntergebracht als Patient*innen ohne Diagnose einer psychotischen Erkrankung.

Tabelle 7: Kontingenztafel Teilnahme und Zwangseinweisung sowie -unterbringung

n =1251	Zur Analyse eingeschlossene Teilnehmer*innen	Nicht-Teilnehmer*innen und von der Analyse ausgeschlossene
Anzahl Personen	763	488
Zwangseinweisung*	39 (8,0%)	121 (15,9%)
Zwangsunterbringung**	54 (11,1%)	115 (15,1%)

* $p < 0,001$ (χ^2 -Test)

** $p < 0,05$ (χ^2 -Test)

Patient*innen, die zwangseingewiesen oder -untergebracht wurden, wurden seltener zur Analyse eingeschlossen als Patient*innen ohne Zwangseinweisung oder -unterbringung.

3.1.2 Beschreibung der Stichprobe

Von den 540 Studienteilnehmer*innen machten 488 ausreichende Angaben zu ihrer finanziellen Situation, beispielsweise Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen. Von den 444 Teilnehmer*innen, die Auskunft über die Höhe ihrer Schulden und Kredite gaben, wiesen 215 (48,4%) Schulden, Kredite oder beides auf (49):

Tabelle 8: Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder beidem, Aufteilung nach Höhe der Summe aus Schulden und Krediten, aus Schreiter et al. mit Abwandlungen (49)

Summe Schulden und Kredite n=215	Anzahl Teilnehmer*innen
1-1.000€	41 (19,1%)
1.001-2.000€	29 (13,5%)
2.001-5.000€	45 (20,9%)
5.001-10.000€	34 (15,8%)
10.001-30.000€	40 (18,6%)
30.001-60.000€	16 (7,4%)
60.001-100.000€	8 (3,7%)
>100.000€	2 (0,9%)

32,6% der Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder beidem gaben aktuell Schulden und Kredite bis einschließlich 2.000€ an. Die mit 36,7% größte Gruppe hatte aktuell Schulden und Kredite in einer Höhe von 2.001€ bis 10.000€. Von Schulden zwischen 10.001€ und 60.000€ berichteten 26,0% der Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder beidem und von Schulden bzw. Krediten von über 60.000€ berichteten 4,6%. Der Median der Schulden- und Kredithöhe lag bei 5.000€.

Tabelle 9: Teilnehmer*innen mit unbezahlten Rechnungen

Unbezahlte Rechnungen n=89	Anzahl Teilnehmer*innen
Miete	24 (27,0%)
Strom, Gas, Wasser	33 (37,1%)
Handy/Telefon/Internet	27 (30,3%)
Sonstiges	21 (23,6%)
Mehrere Kategorien gleichzeitig	15 (16,8%)

Von den 488 Teilnehmer*innen mit ausreichenden Angaben zur finanziellen Situation berichteten 89 (18%) aktuell unbezahlte Rechnungen zu haben. Diese Rechnungen stammten häufig aus den Bereichen Wohnen und Kommunikation, wobei 27,0% dieser Personen unbezahlte Mietforderungen, 37,1% unbezahlte Rechnungen für Strom, Gas oder Wasser und 30,2% unbezahlte Rechnungen für Telekommunikation oder Internet aufwiesen. 16,8% der Teilnehmer*innen mit unbezahlten Rechnungen gaben an, dass sie zur selben Zeit unbezahlte Rechnungen in mehreren der genannten Kategorien hatten.

Tabelle 10: Soziodemographische und klinische Gruppenunterschiede zwischen Teilnehmer*innen mit und ohne Schulden, Krediten und unbezahlten Rechnungen, aus Schreiter et al. mit Ergänzungen (49)

n=488	Vorliegende Schulden, Kredite oder unbezahlte Rechnungen	Keine Schulden, Kredite oder unbezahlte Rechnungen	p
Anzahl Teilnehmer*innen	269 (55,1%)	219 (44,9%)	
Soziodemographische Faktoren			
Anzahl männliche Teilnehmer ^a	175 (65,1%)	109 (50,0%)	0,001
Alter in Jahren (M±SD)	39,9 (±11,8)	44,5 (±17,1)	0,001
Bildungsjahre (Median [IQR], n=462)	13,5 (12-16)	15,0 (12-17)	0,059
Wohnstatus (n=482)			0,014
Eigene Wohnung	152 (57,4%)	142 (65,4%)	
Gesundheitsbezogene Einrichtungen	45 (17,0%)	36 (16,5%)	
Wohnungslos	42 (15,8%)	14 (6,5%)	
Bei Freunden/Familie	26 (9,8%)	25 (11,5%)	

n=488	Vorliegende Schulden, Kredite oder unbezahlte Rechnungen	Keine Schulden, Kredite oder unbezahlte Rechnungen	p
Einkommen (<i>n=448</i>)			<0,001
Gehalt	46 (18,5%)	49 (24,6%)	
Sozialleistungen	196 (78,7%)	122 (61,3%)	
Altersrente	7 (2,8%)	28 (14,1%)	
Verheiratet oder in fester Partnerschaft (<i>n=484</i>)	76 (28,5%)	57 (26,3%)	0,332
Im Ausland geboren (<i>n=486</i>)	65 (24,3%)	45 (20,6%)	0,210
Klinische Faktoren			
Psychische Erkrankungen			
Organische psychische Störungen	8 (3,0%)	16 (7,3%)	0,023
Psychotische Erkrankungen	60 (22,3%)	62 (28,3%)	0,078
Substanzabhängigkeit (außer Nikotin)	160 (59,5%)	64 (29,2%)	<0,001
Schädlicher Gebrauch einer Substanz (außer Nikotin)	63 (23,4%)	32 (14,6%)	0,009
Affektive Störungen	72 (26,8%)	87 (39,7%)	0,002
Angststörungen	10 (3,7%)	9 (4,1%)	0,502
Persönlichkeitsstörungen	64 (23,8%)	35 (16,0%)	0,021
Intelligenzminderungen	3 (1,1%)	9 (4,1%)	0,033
Vorliegen einer Doppeldiagnose	98 (36,4%)	48 (21,9%)	<0,001
Anzahl psychiatrischer Diagnosen nach ICD-10 ^b (Median [IQR])	1 (1-2)	1 (1-2)	0,007
Anzahl der Teilnehmer*innen mit einem Suizidversuch in der Vorgeschichte	91 (33,8%)	60 (27,4%)	0,076
Zwangseinweisung	21 (7,8%)	18 (8,2%)	0,867
Zwangsunterbringung	29 (10,8%)	25 (11,4%)	0,824

Analyse von Gruppenunterschieden mittels Chi-Quadrat Test (kategoriale Variablen), T-Test (normalverteilte, intervallskalierte Variablen) und Mann-Whitney-U Test (nicht-normalverteilte, intervallskalierte Variablen)

^a Ein Teilnehmer mit dem Geschlecht Transgender wurde bei Geschlecht nicht berücksichtigt

^b außer psychische und Verhaltensstörungen durch Nikotin

488 Teilnehmer*innen machten ausreichende Angaben zu ihrer finanziellen Situation. Von diesen wiesen 55,1% Schulden, Kredite oder unbezahlte Rechnungen auf. Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen waren signifikant häufiger männlichen Geschlechts, jüngeren Alters, wohnungslos und Sozialhilfe beziehend als Teilnehmer*innen ohne Schulden, Kredite oder unbezahlte Rechnungen. Bezogen auf die klinischen

Gruppenunterschiede waren Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen signifikant häufiger von mehreren psychiatrische Komorbiditäten, schädlichem Substanzgebrauch und Substanzabhängigkeiten, abgesehen von Nikotinabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen und dem Vorliegen einer Doppeldiagnose betroffen und wiesen signifikant seltener affektive Störungen, Intelligenzminderungen und organische psychische Störungen auf als Teilnehmer*innen ohne Schulden, Kredite oder unbezahlte Rechnungen.

Tabelle 11: Gruppenunterschiede in der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten zwischen Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen und ohne Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen

n=488	Vorliegende Schulden, Kredite oder unbezahlte Rechnungen	Keine Schulden, Kredite und unbezahlten Rechnungen	p
Behandlungsdauer in Tagen beim Interviewaufenthalt (Median [IQR])	22 (13-44)	36 (16-64)	<0,001
Gesetzliche Betreuung (n=486)	62 (23,1%)	49 (22,5%)	0,476
Voraufenthalt im St. Hedwig- Krankenhaus	74 (27,5%)	56 (25,6%)	0,630
Inanspruchnahme außerklinischer Unterstützungsangebote während der letzten 6 Monate			
Irgendein Angebot	35 (50,2%)	77 (35,2%)	0,001
Selbsthilfegruppe	48 (17,8%)	25 (11,4%)	0,048
Suppenküche	36 (13,4%)	8 (3,7%)	<0,001
Suchtberatungsstelle	60 (22,3%)	26 (11,9%)	0,003
Berliner Krisendienst	20 (7,4%)	17 (7,8%)	0,892
Religiöse Unterstützung	12 (4,5%)	2 (0,9%)	0,020
Tagesstätte/-zentrum	5 (1,9%)	6 (2,8%)	0,514
Einzelfallhilfe	21 (7,8%)	9 (4,1%)	0,091
Betreutes Einzelwohnen nach §53/54	18 (6,7%)	14 (6,4%)	0,895
Psychosoziale Betreuung	29 (10,8%)	18 (8,2%)	0,340

Analyse von Gruppenunterschieden mittels Chi-Quadrat Test (kategoriale Variablen), T-Test (normalverteilte, intervallskalierte Variablen) und Mann-Whitney-U Test (nicht-normalverteilte, intervallskalierte Variablen); In die Auswertung wurden nur Unterstützungsangebote aufgenommen, die von mindestens 10 Teilnehmer*innen während der letzten 6 Monate genutzt wurden. Dadurch wurden beispielsweise folgende Unterstützungsangebote nicht aufgenommen: Familienhilfe, Kältebus, betreutes Einzelwohnen nach §67 Sozialgesetzbuch XII, Schuldnerberatung (n=2), Weglaufhaus, Konsumraum, Pflegedienst, Sozialpsychiatrischer Dienst

Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen hatten signifikant häufiger in den 6 Monaten vor dem Interview außerklinische Unterstützungsangebote wahrgenommen als Teilnehmer*innen ohne Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen (50,2% vs. 35,2%); Im Einzelnen nutzten sie signifikant häufiger Suppenküchen,

Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen und religiöse Unterstützungsangebote. Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen hatten signifikant kürzere Krankenhausaufenthalte als Teilnehmer*innen ohne Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen.

3.1.3 Einflussfaktoren auf das Vorliegen von Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen

Tabelle 12: Einflussfaktoren auf das Vorliegen von Schulden, Kredite oder unbezahlten Rechnungen: Multivariablen binär logistisches Regressionsmodell, aus Schreiter et al. mit Ergänzungen (49)

Schulden, Kredite oder unbezahlte Rechnungen			
n=441			
Variablen	Adjustierte OR (95% KI)		p
Geschlecht (männlich vs. weiblich)	0,64 (0,41 – 1,00)		0,049
Alter	0,98 (0,96-1,00)		0,108
Wohnstatus ^a			
Eigene Wohnung	1		-
Wohnungslos	1,45 (0,67 – 3,13)		0,347
Gesundheitsbezogene Einrichtungen	0,75 (0,40 – 1,39)		0,354
Bei Freunden/Familie	0,86 (0,41 – 1,82)		0,693
Einkommen ^b			
Gehalt	1		-
Altersrente	0,55 (0,17-1,81)		0,327
Sozialleistungen	1,23 (0,71-2,12)		0,458
Psychische Erkrankungen			
Organische psychische Störungen	0,91 (0,31-2,72)		0,866
Schädlicher Gebrauch einer Substanz (außer Nikotin)	1,18 (0,63-2,20)		0,604
Substanzabhängigkeit (außer Nikotin)	2,90 (1,65-5,07)		<0,001
Affektive Störungen	0,83 (0,46-1,49)		0,528
Persönlichkeitsstörungen	1,00 (0,51-1,96)		0,997
Intelligenzminderungen	0,21 (0,05-1,00)		0,050
Doppeldiagnose	0,51 (0,25-1,04)		0,064
Anzahl psychiatrischer Diagnosen nach ICD-10 ^c	2,06 (1,19-3,60)		0,011
Inanspruchnahme Unterstützungsangebote während der letzten 6 Monate			
Irgendein Angebot	1,08 (0,58-1,98)		0,814
Selbsthilfegruppe	1,25 (0,62-2,50)		0,536
Suppenküche	3,31 (1,23-8,91)		0,018
Suchtberatungsstelle	0,94 (0,47-1,90)		0,865
Religiöse Unterstützung	5,03 (0,95-26,67)		0,057

Signifikanz des Modells: $p < 0,001$

^a Im Vergleich mit eigener Wohnung

^b Im Vergleich mit Gehalt als Haupteinkommensquelle

^c Außer psychische und Verhaltensstörungen durch Nikotin

Alle Variablen, für die sich ein signifikanter Gruppenunterschied zeigte, wurden zur Erklärung des Vorliegens von Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen in ein binär logistisches

Regressionsmodell eingeführt. Hierbei stellten sich männliches Geschlecht, das Vorliegen einer Substanzabhängigkeit, abgesehen von Nikotin, die Anzahl psychiatrischer Diagnosen und der Besuch einer Suppenküche während der letzten 6 Monate als signifikant mit dem Vorliegen von Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen assoziierte Variablen heraus.

3.2 Subgruppe “Schulden und Substanzabhängigkeit”

Um Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen und der ebenfalls vorliegenden Diagnose einer Substanzabhängigkeit hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Faktoren und ihrer finanziellen Situation zu charakterisieren, wurde explorativ ein Gruppenvergleich zwischen diesen und den übrigen Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen durchgeführt:

*Tabelle 13: Soziodemographische und klinische Gruppenunterschiede sowie Unterschiede der finanziellen Situation zwischen Teilnehmer*innen mit und ohne Substanzabhängigkeit und Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen*

n=269	Schulden, Kredite, unbezahlte Rechnungen & Substanzabhängigkeit	Schulden, Kredite, unbezahlte Rechnungen ohne Substanzabhängigkeit	p
Anzahl Teilnehmer*innen	160 (59,5%)	109 (40,5%)	
Soziodemographische Faktoren			
Anzahl männliche Teilnehmer ^a	120 (75,0%)	55 (50,25)	<0,001
Alter in Jahren (M±SD)	40,4 (±10,1)	39,1 (±14,0)	0,361
Bildungsjahre (Median [IQR], n=253)	13,5 (11-15)	14,0 (12-17,5)	0,003
Wohnstatus (n=265)			0,022
Eigene Wohnung	79 (50,3%)	73 (67,6%)	
Gesundheitsbezogene Einrichtungen	32 (20,4%)	13 (12,0%)	
Wohnungslos	31 (19,7%)	11 (10,2%)	
Bei Freunden/Familie	15 (9,6%)	11 (10,2%)	
Finanzielle Situation			
Einkommen (n=249)			0,005
Gehalt	20 (13,3%)	26 (26,3%)	
Sozialleistungen	128 (85,3%)	68 (68,7%)	
Altersrente	2 (1,3%)	5 (5,1%)	
Probleme aufgrund des Schufascores in der Vergangenheit			0,053
Ja	86 (53,8%)	47 (43,1%)	

n=269	Schulden, Kredite, unbezahlte Rechnungen & Substanzabhängigkeit	Schulden, Kredite, unbezahlte Rechnungen ohne Substanzabhängigkeit	p
Nein	68 (42,5%)	51 (46,8%)	
Unbekannt	6 (3,8%)	11 (10,1%)	
Unbezahlte Rechnungen	49 (30,6%)	39 (35,8%)	0,376
Summe Schulden und Kredite (Median [IQR])	3.000 (425-14.250)	2.000 (200-10.000)	0,109
Klinische Faktoren			
Abhängigkeitserkrankung			
Alkohol	107 (66,9%)		
Opioide	38 (23,8%)		
Cannabinoide	49 (30,6%)		
Sedativa und Hypnotika	28 (17,5%)		
Kokain	21 (13,1%)		
andere Stimulanzien	11 (6,9%)		
Halluzinogene	0 (0,0%)		
Flüchtige Lösungsmittel	1 (0,6%)		
Multipler Substanzgebrauch	1 (0,6%)		
Anzahl Substanzen mit Abhängigkeit			
0	0 (0,0%)		
1	99 (61,9%)		
2	37 (23,1%)		
3	16 (10,0%)		
>=4	7 (5,0%)		
Körperliche Folgen des Substanzkonsums (n=189)	66 (42,9%)	2 (5,7%)	

Analyse von Gruppenunterschieden mittels Chi-Quadrat Test (kategoriale Variablen), T-Test (normalverteilte, intervallskalierte Variablen) und Mann-Whitney-U Test (nicht-normalverteilte, intervallskalierte Variablen); Bei den klinischen Faktoren lagen für die Gruppe ohne Substanzabhängigkeit nur Angaben für die Variable „körperliche Folgen des Substanzkonsums“ vor und wurde hierfür keine Signifikanzanalyse durchgeführt, weil für diese Variable von einer starken Assoziation mit den für die Gruppenbildung genutzten Variablen ausgegangen wurde

^a Ein Teilnehmer mit dem Geschlecht Transgender wurde bei Geschlecht nicht berücksichtigt

Teilnehmer*innen mit der Diagnose einer Substanzabhängigkeit (ICD- 10-Codierung: F1X.2) machten 59,5% aller Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen aus. Die Diagnose einer Substanzabhängigkeit von Nikotin (ICD-10-Codierung: F17.2) wurde bei der Erstellung dieser Subgruppe nicht berücksichtigt.

Im Hinblick auf soziodemographische Faktoren waren Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen und einer Substanzabhängigkeit häufiger männlichen Geschlechts (75% vs. 50%), wohnungslos oder wohnten in einer gesundheitsbezogenen Einrichtung und

wiesen weniger Bildungsjahre auf als Teilnehmer*innen ohne substanzgebundene Abhängigkeitserkrankung mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen.

Bezogen auf die finanzielle Situation bezogen Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen und einer Substanzabhängigkeit häufiger Sozialleistungen (85,3% vs. 68,7%) als Teilnehmer*innen ohne Substanzabhängigkeit mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen. Die Summe von Schulden und Krediten von Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen und einer Substanzabhängigkeit lag im Median bei 3.000€, 30,6% berichteten von unbezahlten Rechnungen und 53,8% von Problemen aufgrund ihres Schufa-Scores.

42,9% der Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen und einer Substanzabhängigkeit wiesen körperliche Folgen des Substanzkonsums, z.B. eine Leberzirrhose, Polyneuropathie oder chronische Infektion mit Hepatitis C, auf. In absteigender Häufigkeit waren die Teilnehmer*innen dieser Gruppe von folgenden Substanzen abhängig: Alkohol (66,9%), Cannabinoide (30,6%), Opioide (23,8%), Sedativa und Hypnotika (17,5%), Kokain (13,1%) und andere Stimulanzien (6,9%). Bei 61,9% lag eine Abhängigkeit von einer einzigen Substanz vor, bei 23,1% von zwei und in 15% der Fälle von drei oder mehr Substanzen.

3.3 Subgruppe „Überschuldet“

3.3.1 Beschreibung der Subgruppe

Tabelle 14: Soziodemographische und klinische Gruppenunterschiede zwischen überschuldeten Teilnehmer*innen und Teilnehmer*innen ohne Schulden, Kredite oder unbezahlten Rechnungen

n=267	Überschuldung (Schulden >10.000€ & Sozialleistungs- empfang)	Keine Schulden, Kredite und unbezahlten Rechnungen	p
Anzahl Teilnehmer*innen (Anteil an Teilnehmer*innen mit ausreichenden Angaben zur finanziellen Situation)	48 (10,8%)	219 (49,3%)	
Soziodemographische Faktoren			
Anzahl männliche Teilnehmer ^a	34 (70,8%)	109 (50,0%)	0,009
Alter in Jahren (M±SD)	43,0 (±11,2)	44,5 (±17,1)	0,559
Bildungsjahre (Median [IQR], n=255)	13,0 (11-16)	15,0 (12-17)	0,131
Verheiratet oder in fester Partnerschaft (n=265)	17 (35,4%)	57 (26,3%)	0,201

n=267	Überschuldung (Schulden >10.000€ & Sozialleistungs- empfang)	Keine Schulden, Kredite und unbezahlten Rechnungen	p
Wohnstatus (n=265)			0,127
Eigene Wohnung	24 (50,0%)	142(65,4%)	
Gesundheitsbezogene Einrichtungen	11 (22,9%)	36 (16,5%)	
Wohnungslos	7 (14,6%)	14 (6,5%)	
Bei Freunden/Familie	6 (12,5%)	25 (11,5%)	
Einkommen (n=247)			
Gehalt (Voll- oder Teilzeitarbeit, Ausbildung, BAföG Bezug, Ersparnes)	0	49 (24,6%)	
Sozialleistungen	48 (100%)	122 (61,3%)	
Altersrente	0	28 (14,1%)	
Klinische Faktoren			
Psychische Erkrankungen			
Organische psychische Störungen	3 (6,3%)	16 (7,3%)	0,797
Psychotische Erkrankungen	4 (8,3%)	62 (28,3%)	0,004
Substanzabhängigkeit (außer Nikotin)	37 (77,1%)	64 (29,2%)	<0,001
Schädlicher Gebrauch einer Substanz (außer Nikotin)	12 (25%)	32 (14,6%)	0,079
Affektive Störungen	14 (29,2%)	87 (39,7%)	0,172
Angststörungen	10 (3,7%)	1 (2,1%)	0,503
Persönlichkeitsstörungen	12 (25,0%)	35 (16,0%)	0,137
Intelligenzminderungen	1 (2,1%)	9 (4,1%)	0,503
Anzahl psychiatrischer Diagnosen nach ICD-10 ^b (Median [IQR])	1 (1-2)	1 (1-2)	0,206
Alter bei erster psychiatrischer Behandlung (Median [IQR], n=249)	29,0 (21-37)	26,5 (19-40)	0,895
Anzahl der Teilnehmer*innen mit einem Suizidversuch in der Vorgeschichte	18 (37,5%)	60 (27,4%)	0,163

Analyse von Gruppenunterschieden mittels Chi-Quadrat Test (kategoriale Variablen), T-Test (normalverteilte, intervallskalierte Variablen) und Mann-Whitney-U Test (nicht-normalverteilte, intervallskalierte Variablen); Bei der Variable „Einkommen“ wurde keine Signifikanzanalyse durchgeführt, weil diese Variable für die Gruppenbildung genutzt wurde

^a Ein Teilnehmer mit dem Geschlecht Transgender wurde bei Geschlecht nicht berücksichtigt

^b außer psychische und Verhaltensstörungen durch Nikotin

48 Teilnehmer*innen gaben Schulden und Kredite in einer Höhe von über 10.000€ und gleichzeitig den Bezug von Sozialleistungen als Haupteinkommensquelle an. Dies entspricht 10,8% aller Teilnehmer*innen, die eine Angabe zur Höhe der vorliegenden Schulden und

Kredite machten. Im Vergleich zu Teilnehmer*innen ohne Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen waren überschuldete Teilnehmer*innen häufiger männlich (70,8% vs. 50,0%) und wiesen häufiger eine Substanzabhängigkeit auf (77,1% vs. 29,2%). Überschuldete Teilnehmer*innen litten seltener unter einer psychotischen Erkrankung (8,3% vs. 28,3%) als Teilnehmer*innen ohne Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen.

3.3.2 Einflussfaktoren auf das Vorliegen einer Überschuldung

Tabelle 15: Einflussfaktoren auf das Vorliegen einer Überschuldung: Multivariablen binär logistisches Regressionsmodell

Überschuldung (Schulden > 10.000€ & Sozialleistungsempfang)		
n=267		
Variablen	Adjustierte OR (95% KI)	p
Geschlecht (männlich vs. weiblich)	0,57 (0,27-1,20)	0,138
Anzahl psychiatrischer Diagnosen ^a	1,27 (0,74-2,18)	0,394
Psychische Erkrankungen		
Substanzabhängigkeit (außer Nikotin)	5,92 (2,72-12,86)	<0,001
Psychotische Erkrankungen	0,42 (0,14-1,32)	0,139

Signifikanz des Modells: $p < 0,001$

^a Außer psychische und Verhaltensstörungen durch Nikotin

Alle Variablen, für die ein signifikanter Gruppenunterschied vorlag, und die Anzahl psychiatrischer Diagnosen wurden zur Erklärung des Vorliegens einer Überschuldung in ein binär logistisches Regressionsmodell eingeführt. Hierbei stellte sich die Diagnose einer Substanzabhängigkeit als signifikant mit dem Vorliegen einer Überschuldung assoziierte Variable heraus.

4 Diskussion

4.1 Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen

Die vorliegende Arbeit ist die erste quantitative, systematische Erhebung finanzieller Schwierigkeiten unter Patient*innen der teilstationären und stationären psychiatrischen Gesundheitsversorgung in Deutschland (49). Hervorzuheben ist der mit 55,1% hohe Anteil an Patient*innen, die zum Erhebungszeitpunkt Schulden, Kredite oder unbezahlte Rechnungen aufwiesen. Dieser liegt deutlich über dem von Richardson et al. im Rahmen einer Metaanalyse ermittelten Anteil von 25,2%, in die hauptsächlich Daten aus Großbritannien, den USA und China eingeflossen sind (55). Ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Analysen und eine mögliche Ursache dafür ist, dass in die Metaanalyse auch psychisch erkrankte Personen eingeschlossen wurden, die keine psychiatrischen Versorgungsangebote nutzten bzw. je genutzt hatten. Dies würde nahelegen, dass Personen mit psychischen Erkrankungen in stationärer und teilstationärer Versorgung deutlich häufiger von finanziellen Belastungen betroffen sind und die Bedeutung dieses bestehenden Zugangs für Unterstützungsangebote wie Schuldnerberatung unterstreichen. Ein weiterer Erklärungsansatz ist, dass die Schuldnerquoten international möglicherweise variieren (56). Und dass im Rahmen der Metaanalyse nur Schulden wie Kreditkartenschulden oder Studienkredite, die nicht durch Hinterlegung von Vermögenswerten gesichert waren, und Zahlungsverzögerungen berücksichtigt wurden.

Ein Zusammenhang zwischen der Krankheitsschwere psychiatrischer Erkrankungen und dem Vorhandensein von Schulden und Überschuldung wäre eine weitere denkbare Ursache für einen deutlich höheren Anteil an Patient*innen stationärer und teilstationärer psychiatrischer Versorgung im Vergleich zu psychisch erkrankten Personen in ambulanter oder ohne psychiatrische Versorgung. Dies wurde in der vorliegenden Arbeit näherungsweise mit den Variablen Doppeldiagnose und Anzahl psychiatrischer Erkrankungen untersucht, die beide signifikant mit dem Vorliegen von Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen assoziiert sind, wobei sich die Anzahl psychiatrischer Erkrankungen ebenfalls im Regressionsmodell als Einflussfaktor für Verschuldung erwies. Aus bestehenden Arbeiten ist bekannt, dass finanzielle Belastungen das Risiko einer Chronifizierung einer bestehenden Depression signifikant erhöhen (34, 36, 57). Die Untersuchung der vermittelnden Mechanismen sowie eines etwaigen Zusammenhangs verschiedener Ausprägungen einer Diagnose beispielsweise leichter und schwerer Depression auf Schulden und Überschuldung und umgekehrt wären mögliche Gegenstände zukünftiger Erhebungen.

In Bezug auf soziodemographische Faktoren zeigen die Daten der vorliegende Arbeit, dass das männliche Geschlecht, ein jüngeres Alter und der Bezug von Sozialleistungen mit dem Vorliegen von Schulden assoziiert sind, wobei sich das männliche Geschlecht ebenfalls im Regressionsmodell als Einflussfaktor für Verschuldung erwies, und legt den Schluss nahe, dass entsprechende Befunde in der Gesamtbevölkerung auf Nutzer*innen stationärer und teilstationärer psychiatrischer Versorgung übertragbar sind. So waren 2020 12,3% der Männer im Vergleich zu 7,6% der Frauen in Deutschland überschuldet (43). Das höhere Überschuldungsrisiko von Männern könnte Ausdruck einer höheren finanziellen Risikobereitschaft oder dem Umstand geschuldet sein, dass Männer häufiger als Haupteinkommensbezieher einer Familie Kredite aufnehmen (58). Nach der Überschuldungsstatistik des statistischen Bundesamtes waren 2019 in Deutschland 72,1% der ratsuchenden Personen 25 bis 55 Jahre alt. Diskutiert werden könnte, dass dies auf die höhere Anzahl tiefgreifender familiärer sowie beruflicher Veränderungen, wie z.B. Trennung oder Jobverlust, und Anschaffungen in der Kernerwerbsphase zurückzuführen ist (38, 44). Der Anteil sozialleistungsempfangender Personen unter den Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen lag mit 78,7% über dem Anteil erwerbsloser Personen der Überschuldungsstatistik aus dem Jahr 2016 mit 66,2% (59) und weist in eine ähnliche Richtung wie bestehende Studien, die eine starke Korrelation von niedrigem sozioökonomischem Status und Überschuldung belegen (44).

Teilnehmer*innen, die an einer affektiven Störung erkrankt waren, wiesen signifikant seltener Schulden, Kredite oder unbezahlte Rechnungen auf. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Richardson et al., in deren Metaanalyse Personen, die an einer Depression erkrankt waren, im Vergleich zu allen anderen untersuchten psychiatrischen Störungen am seltensten Schulden aufwiesen (55); und den Ergebnissen von Holzer et al., die für Depression den schwächsten Zusammenhang der 4 untersuchten psychiatrischen Erkrankungen zum Vorliegen eines niedrigen sozioökonomischen Status ermittelten (60). Möglicherweise ist dies bedingt durch den in Relation zu anderen psychischen Erkrankungen protektiven Einfluss einer im Rahmen von Antriebsminderung und Interessenverlust verminderten wirtschaftlichen Aktivität von Personen, die an einer Depression erkrankt sind. Ebenfalls signifikant seltener berichteten Teilnehmer*innen mit hirnorganischen psychischen Störungen und Intelligenzminderungen von Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen. Dies ist möglicherweise auf den gemäß Nebenanalysen signifikant höheren Anteil von Teilnehmer*innen mit diesen Diagnosen

zurückzuführen, die eine gesetzliche Betreuung hatten¹. Aufgrund der geringen Anzahl von Teilnehmer*innen mit diesen Erkrankungen ist die Aussagekraft dieser Analyse jedoch eher als gering einzuschätzen.

Beide Regressionsmodelle weisen auf die zentrale Rolle des Zusammenhangs von substanzgebundenen Abhängigkeiten, abgesehen von Nikotin, und dem Vorliegen von finanziellen Belastungen hin. Im ersten Regressionsmodell stellt sich das Vorliegen einer Substanzabhängigkeit als einzige psychiatrische Erkrankung heraus, die nach Kontrolle für andere klinische sowie soziodemographische Faktoren signifikant mit dem Vorliegen von Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen assoziiert ist. Im zweiten Regressionsmodell ist die Diagnose einer Substanzabhängigkeit der einzige signifikante Einflussfaktor für das Vorliegen einer Überschuldung. Diese Ergebnisse weisen in eine ähnliche Richtung wie bisherige Studienergebnisse und die Überschuldungsstatistik 2019 des statistischen Bundesamtes, die „Erkrankung, Sucht, Unfall“ als zweithäufigsten Hauptauslöser für Überschuldung angibt und „Sucht“ als einzige Erkrankung namentlich nennt (44, 61, 62).

Teilnehmer*innen mit unbezahlten Rechnungen berichteten in 27,0% der Interviews von unbezahlten Mietforderungen und in 37,1% von unbezahlten Rechnungen für Strom, Gas oder Wasser. Es zeigte sich, dass Wohnungslosigkeit mit dem Vorliegen von Schulden assoziiert ist. Dies gibt in Anbetracht der Studienergebnisse von Baker et al., die in einer Längsschnittuntersuchung feststellten, dass sich finanzielle Schwierigkeiten rund um die Wohnsituation sowohl bei psychisch gesunden als auch psychisch erkrankten Personen negativ auf die psychische Gesundheit auswirken, und weiterer Kohortenstudien aus Großbritannien, die diesen Zusammenhang belegen, Anlass zur Besorgnis (63-65).

4.2 Inanspruchnahme sozialer Unterstützungsangebote

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme sozialer Unterstützungsangebote wurde gezeigt, dass Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen häufiger Suppenküchen, Suchtberatung, Selbsthilfegruppen und religiöse Unterstützungsangebote nutzen.

¹ Zwischen dem Vorhandensein von Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen und dem Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung bestand kein signifikanter Zusammenhang. Allerdings wurde nicht betrachtet, ob die gesetzliche Betreuung in den bestehenden Fällen aufgrund der finanziellen Situation initiiert worden war und es ist bei Teilnehmer*innen mit hirnganischer psychischer Störung oder Intelligenzminderung denkbar, dass dies seltener der Fall war als bei den übrigen gesetzlich betreuten Teilnehmer*innen (49).

Dies ist im Fall von Suchtberatung und Selbsthilfegruppen wahrscheinlich auf den hohen Anteil an Personen mit substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen in dieser Gruppe und im Fall von Suppenküchen teilweise auf den hohen Anteil von Personen mit Sozialleistungsbezug und vorliegender Wohnungslosigkeit zurückzuführen. Jedoch erwies sich die Nutzung einer Suppenküche im Regressionsmodell auch nach Korrektur für Einkommen und Wohnstatus als signifikanter Einflussfaktor für das Vorliegen von Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen. Diese Ergebnisse legen nahe, dass ein erhöhter Unterstützungsbedarf von psychisch erkrankten Personen mit Schulden besteht und Personen in stationärer und teilstationärer psychiatrischer Behandlung auch entsprechende Angebote des sozialen Unterstützungssystems nutzen. Inwieweit in diesen Angeboten Bewusstheit für das Thema Überschuldung besteht und ob hier eine Implementierung von geeigneten Unterstützungsformen sinnvoll ist, wäre ein Gegenstand möglicher weiterer, auch interventioneller Studien.

Mack et al. ermittelten anhand von Daten des für Deutschland repräsentativen Gesundheitsmonitorings einen Anteil von 3,5% der psychiatrisch erkrankten Personen, der während der letzten 12 Monate eine Unterstützungseinrichtung aufgesucht hatte (66). Im Vergleich dazu hatten unter den Teilnehmer*innen der WOHIN-Studie 50,2% ein außerklinisches Unterstützungsangebot während der letzten 6 Monate wahrgenommen. Möglicherweise ist dies durch einen erleichterten Zugang von Patient*innen des psychiatrischen Versorgungssystems zu weiteren Unterstützungsangeboten, beispielsweise durch die standardisierte Vermittlung im Rahmen von Entwöhnungsbehandlungen oder durch Sozialarbeiter*innen, oder einen erhöhten Bedarf in dieser Population zu erklären.

Hervorzuheben ist, dass nur 0,7% der Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen während der letzten 6 Monate eine Schuldnerberatung genutzt hatten. Zieht man als näherungsweisen Vergleich die Zahl aller überschuldeten Personen in Deutschland im Jahr 2019 und die Gesamtzahl der Ratsuchenden in den, in der Überschuldungsstatistik 2019 erfassten, Schuldnerberatungsstellen hinzu, ergibt sich daraus ein Anteil von 8,4% der überschuldeten Personen, der innerhalb eines Jahres eine Schuldnerberatung in Anspruch genommen hat (42, 44). Dies würde darauf hinweisen, dass verschuldete, psychisch erkrankte Personen deutlich seltener eine Schuldnerberatung in Anspruch nehmen und die Bedeutung des Zugangs zu diesen Personen im Rahmen der psychiatrischen Gesundheitsversorgung unterstreichen. Im Sinne eines ganzheitlichen Therapiekonzepts und angesichts der wahrscheinlichen, gegenseitigen Bedingung und Verstärkung von psychischen Erkrankungen sowie finanziellen Belastungen scheint es empfehlenswert zu evaluieren, wie in Einrichtungen psychiatrischer Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für finanzielle Belastungen der

Patient*innen gestärkt und spezielle Unterstützungsangebote wie etwa Schuldnerberatung implementiert werden können. Ein Beispiel dafür ist ein Regierungsprogramm Großbritanniens, das in Folge der Wirtschaftskrise 2007 Schuldnerberatung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und zusätzliche Behandlungsangebote für Personen in finanziellen Notlagen förderte (4, 49, 67). Mehrere Studien belegen auf individueller und nationaler Ebene den positiven Einfluss von psychiatrischer Behandlung auf die wirtschaftliche Lage der Patient*innen (68-70).

Die Effektivität von Interventionen mit dem Ziel der gleichzeitigen Verbesserung der finanziellen Situation und der psychischen Gesundheit ist am besten belegt für Maßnahmen, die sich direkt an vulnerable Gruppen richten (71). Beispiele sind die Unterstützung von Eltern mit geringem sozioökonomischen Status durch die Behandlung depressiver Störungen, die Vermittlung finanzieller Bildung oder peerbasierte Erziehungskurse (72-74) und der *Housing First*-Ansatz, bei dem wohnungslose Menschen in unbefristete Mietverträge vermittelt und dabei unterstützt werden, diese zu halten (75-77).

Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen wiesen kürzere Krankenhausaufenthalte auf. Schreiter et al. haben gezeigt, dass die Varianz der Aufenthaltsdauer in der WOHIN-Studie maßgeblich durch die psychiatrischen Diagnosen und zu einem kleineren Anteil durch soziodemographische Faktoren erklärt werden kann (54). Substanzabhängigkeiten und Wohnungslosigkeit, von denen Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen häufig betroffen waren, waren mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer assoziiert. Es liegt nahe, dass Personen mit Substanzabhängigkeit aufgrund von kurzen Entgiftungsaufenthalten eine kürzere Aufenthaltsdauer aufweisen. Möglicherweise werden wohnungslose Personen aufgrund des häufigeren Fehlens einer Krankenversicherung früher entlassen oder brechen eine Behandlung aufgrund von erlebter Diskriminierung ab (78-80).

4.3 Schulden und Substanzabhängigkeit

Teilnehmer*innen mit der Diagnose einer substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankung machten 59,5% aller Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen aus und bildeten damit die größte untersuchte Subgruppe. Im Vergleich zu den übrigen Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen wiesen sie mit weniger

Bildungsjahren, häufigerem Bezug von Sozialleistungen und häufigerer Wohnungslosigkeit einen niedrigeren sozioökonomischen Status auf. Dies steht in Einklang mit sozialmedizinischen Studien, die einen Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischen Status und dem Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol und Cannabis belegen (10, 81, 82). Die Wahrscheinlichkeit, aus einer Arbeitslosigkeit, die bereits länger als ein Jahr andauert, in ein ungeförderes Beschäftigungsverhältnis zu wechseln, liegt gemäß der Bundesagentur für Arbeit bei circa 1,5% und bei circa 6%, falls die Arbeitslosigkeit kürzer als ein Jahr besteht (83). Offenbar besteht hier ein großer Handlungsbedarf, um die Betroffenen bei der Suche einer ungeförderen Beschäftigung zu unterstützen, z.B. durch Job-Coaching (84). Dies legt zusammen mit den Empfehlungen der Europäischen Kommission zur Operationalisierung von Überschuldung nahe, in zukünftigen Arbeiten die zeitliche Dimension des Haushaltseinkommens zu erheben (46).

Der Zusammenhang von Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen und Substanzabhängigkeit mit männlichem Geschlecht erklärt sich möglicherweise durch den hohen Anteil an männlichen Teilnehmern von der suchtmedizinischen Station und der Assoziation von Überschuldung und männlichem Geschlecht (s. Tabellen 5 und 10 im Ergebnisteil).

Mit 42,9% berichtete ein großer Anteil der Teilnehmer*innen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen und einer Substanzabhängigkeit von körperlichen Folgen des Substanzkonsums, mit zum Teil schweren Auswirkungen auf Alltag und Gesundheit. Dies bestätigen bisherige Studienergebnisse, die eine signifikante Assoziation von Schulden mit schlechterer physischer Gesundheit wie bspw. einer erhöhten Prävalenz von Rückenschmerzen und Adipositas sowie einer schlechteren subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit belegen (85-89).

4.4 Überschuldung

Überschuldete Teilnehmer*innen machten 10,8% aller Teilnehmer*innen mit ausreichenden Angaben zur finanziellen Situation aus, was ungefähr dem Anteil überschuldeter Personen an der Allgemeinbevölkerung im Jahr 2016 von 10,1% entspricht (56). Dieser Befund unterscheidet sich von Ergebnissen anderer Forschungsarbeiten zu diesem Thema, die einen deutlichen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Schulden belegen, und ist

möglicherweise durch die Operationalisierung von Überschuldung in dieser Arbeit zu erklären (s. Limitationen) (24, 90-92).

Teilnehmer*innen mit der Diagnose einer psychotischen Erkrankung waren seltener überschuldet. Dieser Befund unterscheidet sich von den Ergebnissen der Metaanalyse von Richardson et al., die für Personen mit psychotischer Erkrankung die zweithöchste Prävalenz von problematischen Schulden unter den 5 betrachteten Kategorien psychischer Erkrankungen, nach Substanzabhängigkeiten und gefolgt von schädlichem Gebrauch einer Substanz, affektiven Störungen und Depression, ermittelte (55). Denkbar ist, dass dies durch einen Selektionsbias bedingt ist und insbesondere Patient*innen mit psychotischer Erkrankung und Schulden und einer hohen Krankheitsschwere nicht teilgenommen haben, bspw. aufgrund von häufigeren Zwangsmaßnahmen, nicht gegebener Einwilligungsfähigkeit oder eingeschränkter Verwertbarkeit ihrer Angaben.

4.5 Stärken

Die Stärken der vorliegenden Arbeit liegen in der großen Anzahl soziodemographischer und krankheitsbezogener Variablen, welche die statistische Korrektur für eine Vielzahl von möglichen Störfaktoren ermöglichte, in der Diagnosestellung durch Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie und in der Erhebung von Basisvariablen aller Patient*innen der psychiatrischen Versorgung des St. Hedwig-Krankenhauses im Erhebungszeitraum, welche die Durchführung einer non-Responder-Analyse ermöglichte.

4.6 Limitationen

4.6.1 Biases

Alle Daten zur finanziellen Situation und die meisten zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten sowie zu soziodemographischen Faktoren beruhen auf Selbstangaben der Teilnehmer*innen und wurden nicht überprüft, z.B. durch Einsicht in Kontoauszüge oder Befragung von Gläubigern oder Angehörigen (49). Somit wäre es zu diskutieren, ob die Daten durch fehlende Übersicht über ihre finanzielle Situation seitens der Teilnehmer*innen beeinflusst sind. Dies ist besonders wahrscheinlich bei Teilnehmer*innen, die Schulden, Kredite oder

unbezahlte Rechnungen bei mehreren Gläubigern aufwiesen oder die einer Überforderung durch finanzielle Sorgen und psychiatrische Erkrankung mit Verdrängung und dem Nicht-Öffnen von Briefen als Copingstrategie begegnet sind (93, 94). Es könnte auch sein, dass aus Gründen wie Scham Überschuldung eher nach unten korrigiert angegeben wurde (24). Bei künftigen Studien erscheint es sinnvoll, auch Variablen wie Scham- und Schuldgefühle einzubeziehen.

4.6.2 Repräsentativität

Non-Responder-Analyse

Im Rahmen der non-Responder-Analyse ist festzustellen, dass sich die Teilnehmer*innen mit ausreichenden Angaben zur finanziellen Situation hinsichtlich 10 der 13 zu diesem Zweck erhobenen Variablen von den übrigen Patient*innen, die während des Untersuchungszeitraums in der Psychiatrie des St. Hedwig-Krankenhauses behandelt wurden, signifikant unterschieden. Gründe für die Unterschiede ergeben sich in erster Linie aus dem Teilnahmeverhalten. Für eine detaillierte Analyse des Teilnahmeverhaltens wird auf die Publikation von Schreiter et al. aus dem Jahr 2019 im BMJ Open (54) verwiesen. In dieser wurde eine non-Responder-Analyse für die WOHIN-Studie mit dem Fokus auf die Wohnsituation veröffentlicht. Im Folgenden werden Ergänzungen und abweichende Befunde dargestellt und diskutiert:

Die suchtmedizinische Station weist mit 56,7% den höchsten Anteil zur Analyse eingeschlossener Teilnehmer*innen und mit 69,2% den größten Anteil von Personen männlichen Geschlechts aller Stationen und Tageskliniken auf (s. Tabelle 5 im Ergebnisteil). So lässt sich möglicherweise erklären, dass in die Analysen eingeschlossene Teilnehmer*innen signifikant häufiger männlichen Geschlechts waren und signifikant häufiger eine Substanzabhängigkeit oder einen schädlichen Gebrauch einer Substanz aufwiesen als die übrigen im Erhebungszeitraum aufgenommenen Patient*innen (54). Teilnehmer*innen mit ausreichenden Angaben zu ihrer finanziellen Situation waren signifikant seltener an psychotischen Erkrankungen erkrankt. Dies ist einerseits auf eine erhöhte Rate von Zwangseinweisungen und Zwangsunterbringungen in diesem Patient*innenkollektiv zurückzuführen, die negativ mit der Teilnahme am Interview korreliert (s. Tabellen 6 und 7 im Ergebnisteil), andererseits auf die im Rahmen einer Psychose häufiger eingeschränkte Einwilligungsfähigkeit und Verwendbarkeit der Antworten. Von den Analysen ausgeschlossene Personen wurden signifikant häufiger während des Aufenthalts zwangsuntergebracht, was sich möglicherweise durch die aufgrund der Zwangsmaßnahmen gesunkene Motivation zur Teilnahme, die seltener gegebene Einwilligungsfähigkeit und die

durch Fremd- und Eigengefährdung zum Teil nicht mögliche Kontaktierung durch die Interviewer*innen erklären lässt.

Einschränkend ist festzustellen, dass die Non-Responder-Analyse keine Aussage über die Verteilung von Personen mit Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen auf zur Analyse eingeschlossene Teilnehmer*innen und die übrigen im Erhebungszeitraum aufgenommenen Personen zulässt.

Versorgungsgebiet

Zum psychiatrischen Versorgungsgebiet des St. Hedwig-Krankenhauses gehören die Ortsteile Wedding, Gesundbrunnen, Moabit, Hansaviertel und Tiergarten des Groß-Bezirks Mitte. Mit insgesamt 276.214 Einwohner*innen am 31. Dezember 2016 entspricht dies einem Anteil von 7,5% an der Gesamtbevölkerung Berlins mit 3.670.662 Einwohnern (95). In den Ortsteilen des Versorgungsgebiets des St. Hedwig-Krankenhauses lebten am 31. Dezember 2016 151.417 Einwohner*innen mit Migrationshintergrund, was einem Anteil von 54,8% entspricht und damit deutlich über dem Anteil an Einwohner*innen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung Berlins von 31,4% liegt² (95). Der Lebensstandard und der soziale Status der Einwohner*innen im Versorgungsgebiet des St-Hedwig-Krankenhauses sind im Vergleich zur Gesamtbevölkerung Berlins niedrig. So zählt der Bericht der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen für das Jahr 2016 diese Gebiete zu den Ortsteilen, in denen besonders viele Einwohner*innen in Bedingungen *„stark verdichteter Bebauung mit wenig Grün- und Freiflächen sowie einem allgemein schlechten Gebäudezustand oder Beeinträchtigungen durch Industrie oder Gewerbe“* (96, S. 109) leben und wurde als *„Gebiet mit besonderem Aufmerksamkeitsbedarf 2017“* (96, S. 65) eingestuft. Weiterhin befinden sich 9 von berlinweit 42 Planungsräumen mit sehr niedrigem sozialen Status sowie 7 von berlinweit 41 Planungsräumen mit niedrigem sozialen Status im Einzugsgebiet des St. Hedwig-Krankenhauses. Der soziale Status wurde in dem zitierten Bericht der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen mithilfe der 4 Indikatoren Anteil arbeitsloser, langzeitarbeitsloser, Anteil nicht arbeitsloser transferbeziehender Menschen und

²Teilnehmer*innen mit ausreichend Angaben zur finanziellen Situation waren zu 22,6% im Ausland geboren. Für das Vorliegen von Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen ergab sich kein signifikanter Gruppenunterschied zu Teilnehmer*innen, die in Deutschland geboren waren (49)

transferbeziehender Kinder und Jugendlicher unter 15 Jahren an den Einwohner*innen eines Planungsraums ermittelt (96).

Eine wesentliche Einschränkung dieser Bewertung anhand des Versorgungsgebietes ist, dass während des Erhebungszeitraums sowohl Personen, die an anderen Orten wohnten, im St. Hedwig-Krankenhaus behandelt worden sind, als auch Personen aus dem Versorgungsgebiet des St. Hedwig-Krankenhauses in anderen psychiatrischen Abteilungen behandelt wurden. Davon ist auszugehen, weil erstens Personen im Fall einer elektiven psychiatrischen Behandlung die behandelnde Klinik frei wählen können. Zweitens versorgt das Jüdische Krankenhaus ebenfalls psychisch erkrankte Personen aus dem Ortsteil Wedding. Und drittens werden Personen ohne festen Wohnsitz je nach Ort des Auffindens einem Krankenhaus mit psychiatrischer Versorgung zugewiesen. Weil der soziale Status stark mit dem Vorliegen von Schulden, Krediten und unbezahlten Rechnungen korreliert (97, 98), ist zusammenfassend die Repräsentativität der Ergebnisse für die Region Berlin deutlich eingeschränkt.

Patient*innen ambulanter psychiatrischer Versorgung wurden in der vorliegenden Arbeit nicht erfasst und dementsprechend ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Personen, die ausschließlich diese Versorgungsform nutzen, eingeschränkt (54).

Gruebner et al. haben gezeigt, dass das Erkrankungsrisiko für schwere psychiatrische Erkrankungen in Städten generell höher ist als in ländlichen Gebieten und weitere Studien weisen Zusammenhänge des Erkrankungsrisikos mit der städteplanerischen Gestaltung des Lebensraums nach (99-104). In dieser Arbeit wurde die Krankheitsschwere nur bedingt durch die Anzahl psychiatrischer Erkrankungen und das Vorliegen einer Doppeldiagnose berücksichtigt. Da ein Zusammenhang zwischen Schulden und der Schwere der psychiatrischen Erkrankungen denkbar ist (19), schränkt dies die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf ländliche Gebiete ein. Zusätzlich variiert der Anteil verschuldeter und überschuldeter Personen an der Bevölkerung deutlich innerhalb Deutschlands. Dabei bestehen deutliche Disparitäten zwischen Norden und Süden sowie Städten und ländlichen Regionen. Im Jahr 2016 wies Süddeutschland³ eine durchschnittliche Überschuldungsquote von 8,42% auf, im Vergleich zu 10,83% in Norddeutschland⁴ (56). Deutsche Großstädte mit mehr als 400.000 Einwohner*innen wiesen 2016 eine Überschuldungsquote von durchschnittlich 12,03% auf, wobei Berlin mit 12,74% die Stadt mit der fünfthöchsten Überschuldungsquote war (105). Eine ähnliche Überschuldungsquote wiesen 2016 nur einige wenige ländliche Kreise in Norddeutschland und

³ Operationalisiert als alle Gebiete, deren Postleitzahl mit 6 bis 9 beginnt.

⁴ Operationalisiert als alle Gebiete, deren Postleitzahl mit 0 bis 3 beginnt.

im Ruhrgebiet auf (56). Dies ist bei der Übertragung der Ergebnisse auf andere Städte oder ländliche Regionen zu berücksichtigen.

4.6.3 Validität

Unter der zentralen Variable „Schulden, Kredite oder unbezahlte Rechnungen“ wurden auch Kreditnehmer*innen erfasst, die ihre Kredite ohne Zahlungsverzug nach dem vereinbarten Zahlungsplan bedienten. Dies schränkt die Validität der Ergebnisse insofern ein, als dass diese Form von Krediten möglicherweise ein Ausdruck einer überdurchschnittlich guten finanziellen Situation ist, z.B. als Ausdruck eines Auto- oder Immobilienkaufs (106), wohingegen Schulden und unbezahlte Rechnungen in der Regel Ausdruck einer prekären finanziellen Situation sind (107) und somit unter dieser Variable zwei potentiell gegensätzliche Merkmalsausprägungen subsumiert wurden (108, 109). Entgegen dem Vorschlag der Europäischen Kommission zur einheitlichen Definition von Überschuldung wurde in der vorliegenden Arbeit nicht zwischen einmaligen Ereignissen, wie einer unbezahlten Rechnung aufgrund von Vergesslichkeit, und dem Vorliegen von strukturellen Zahlungsschwierigkeiten, z.B. wenn die Summe aus lebensnotwendigen Ausgaben und Zahlungsverpflichtungen dauerhaft die Einnahmen übersteigt, unterschieden (46). Beide Situationen wurden unter der eingangs genannten Variable erfasst.

Weiterhin empfiehlt die Europäische Kommission die Betrachtung von Haushalten und die Erfassung von veräußerlichen Vermögenswerten zur Beurteilung der finanziellen Lebensrealität (46). In der vorliegenden Arbeit wurden Anzahl und finanzielle Situation etwaiger weiterer Haushaltsmitglieder und bestehende Vermögenswerte nicht erfasst, was es erschwert, die finanzielle Situation einer Person und die Auswirkungen von Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen darauf einzuschätzen, bspw. im Fall einer Familie mit einer erwerbstätigen Person, deren Einkommen mit den anderen Haushaltsmitgliedern geteilt wird.

Zeitliche Unbestimmtheit und der Haushalt als kleinste Einheit der Betrachtung sind auch für die Definition von Überschuldung relevant, so gelten im 5. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung *„Privathaushalte als überschuldet, wenn ihre wirtschaftliche Situation durch konkrete Anzeichen einer verfestigten, kaum noch handhabbaren Schuldensituation gekennzeichnet ist und sie Zahlungsverpflichtungen dauerhaft nicht erfüllen können“* (38, S. 486). Weiterhin schließt die Operationalisierung von Überschuldung in der vorliegenden Arbeit

das Vorliegen einer Überschuldungssituation bei gleichzeitigem Bezug eines Gehalts aus Voll-, Teilzeitarbeit oder Berufsausbildung oder bei gleichzeitigem Bezug einer Altersrente aus, obwohl dies auf mindestens 35,4% der im Jahr 2019 im Rahmen der Überschuldungsstatistik des Statistischen Bundesamtes erfassten Personen zutraf (44). Dementsprechend ist die vorliegende Operationalisierung von Überschuldung stark vereinfacht und in ihrer Validität eingeschränkt.

4.7 Fazit

4.7.1 Forschung

Die vorliegende Arbeit ergänzt den bisherigen Stand der Forschung zusammen mit der bereits veröffentlichten, eingangs genannten Publikation um die erste Erhebung der finanziellen Belastungen von Patient*innen in stationärer und teilstationärer psychiatrischer Gesundheitsversorgung in Deutschland. Außerdem liefert sie einen Hinweis darauf, dass sich einige zentrale, aus Studien der Allgemeinbevölkerung in Deutschland bekannte Zusammenhänge bezüglich Schulden, wie ein hoher Anteil an Personen mit substanzgebundener Abhängigkeitserkrankung, männlichen Geschlechts und jüngeres Alter, auf Nutzer*innen des psychiatrischen Versorgungssystems übertragen lassen.

Für zukünftigen Forschungsarbeiten zur Überschuldung von Patient*innen in psychiatrischer Versorgung ist zu Gunsten einer höheren Validität und Vergleichbarkeit mit anderen Arbeiten zu empfehlen, das Haushaltseinkommen, bestehende Vermögenswerte, die Anzahl der Gläubiger und eine zeitliche Dimension der finanziellen Situation zu erfassen. Zusätzlich werden Sorgen und Ängste rund um die finanzielle Situation als vermittelnder Faktor zwischen Überschuldung und psychiatrischer Erkrankung diskutiert und ihre Erhebung im Rahmen entsprechender Arbeiten liegt nahe.

Eine weitere Empfehlung ist die Evaluation geeigneter Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und finanziellen Schwierigkeiten, bspw. peerbasierte Vermittlung zur Schuldnerberatung, die Integration von Schuldnerberatung in Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung oder soziale Unterstützungseinrichtungen wie Suchtberatungsstellen oder die Integration von psychiatrischen Versorgungsangeboten in soziale Unterstützungseinrichtungen wie Suppenküchen.

4.7.2 Praxis

Überschuldung stellt einen unabhängigen Risikofaktor für die Chronifizierung psychiatrischer Erkrankungen dar (34, 36). Die vorgelegte Arbeit konnte zeigen, dass 55,1% der Patient*innen in teilstationärer und stationärer psychiatrischer Versorgung von Schulden, Krediten oder unbezahlten Rechnungen betroffen waren. 50,2% nutzten eine soziale Unterstützungseinrichtung während der letzten 6 Monate vor dem Interview. Deshalb ist es sinnvoll, Mitarbeiter*innen mit Patient*innenkontakt in Einrichtungen der teilstationären und stationären psychiatrischen Versorgung für den Zusammenhang zwischen finanziellen Belastungen und psychiatrischen Erkrankungen zu sensibilisieren und ein routinemäßiges Screening von Patient*innen auf das Vorliegen einer Überschuldungssituation und finanzieller Belastungen durchzuführen. Dies gilt insbesondere für junge Patient*innen und solchen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankung, da diese häufiger Schulden aufweisen und so dem Beginn einer Abwärtsspirale gemäß Verursachungs- und sozialer Drifthythese entgegengewirkt werden kann (110). Armut und soziale Benachteiligung von Patient*innen sind im Rahmen der einzelnen psychiatrischen Behandlung kaum zu beeinflussende, wenn auch relevante Faktoren. Anders verhält es sich mit Schulden und finanziellen Belastungssituationen, für die eine Vermittlung deutschlandweit zu einer kostenlosen, öffentlichen Schuldnerberatung möglich ist. Diese führt bei 4 von 5 Nutzer*innen zur Reduktion von schuldenbezogenen Ängsten und Sorgen und trägt zur Verbesserung der finanziellen Situation bei (111).

Literaturverzeichnis

1. Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U. [Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013;56(5-6):733-9.
2. Green MJ, Benzeval M. Ageing, social class and common mental disorders: longitudinal evidence from three cohorts in the West of Scotland. Psychol Med. 2011;41(3):565-74.
3. Lampert T, Kroll LE, von der Lippe E, Müters S, Stolzenberg H. [Socioeconomic status and health: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013;56(5-6):814-21.
4. Jenkins R, Fitch C, Hurlston M, Walker F. Recession, debt and mental health: challenges and solutions. Ment Health Fam Med. 2009;6(2):85-90.
5. Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. World Psychiatry. 2012;11(3):139-45.
6. Mielck A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit : Einführung in die aktuelle Diskussion. 1. Aufl. ed: Huber; 2005. 112 S. graph. Darst. p.
7. Rohde N, Tang KK, Osberg L, Rao P. The effect of economic insecurity on mental health: Recent evidence from Australian panel data. Soc Sci Med. 2016;151:250-8.
8. Ran MS, Yang LH, Liu YJ, Huang D, Mao WJ, Lin FR, Li J, Chan CL. The family economic status and outcome of people with schizophrenia in Xinjin, Chengdu, China: 14-year follow-up study. Int J Soc Psychiatry. 2017;63(3):203-11.

9. Ran M-S, Yu Y-H, Peng M-M, Liu Y-J, Zhang T-M, Hu S-H, Zhou D, Yang H-J, Yang X, Luo W, Liu C-C, Liu B, Liu K-Z, Gong K, Huang C-H, Zhang T, Yao Y-Y, Chan CL-W, Xiang M-Z. Poverty and outcomes of people with severe mental disorders in rural China: a 21-year survey. *The Lancet*. 2018;392:S7.
10. Thor S, Karlsson P, Landberg J. Social Inequalities in Harmful Drinking and Alcohol-Related Problems Among Swedish Adolescents. *Alcohol Alcohol*. 2019;54(5):532-9.
11. Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, Knapp M, Patel V. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2011;378(9801):1502-14.
12. Chatterji P, Alegria M, Takeuchi D. Psychiatric disorders and labor market outcomes: evidence from the National Comorbidity Survey-Replication. *J Health Econ*. 2011;30(5):858-68.
13. Frijters P, Johnston DW, Shields MA. The effect of mental health on employment: evidence from Australian panel data. *Health Econ*. 2014;23(9):1058-71.
14. de Quidt J, Haushofer J. Depression for Economists. National Bureau of Economic Research Working Paper Series. 2016;No. 22973.
15. Swanton TB, Gainsbury SM. Debt stress partly explains the relationship between problem gambling and comorbid mental health problems. *Soc Sci Med*. 2020;265:113476.
16. Fox JW. Social class, mental illness, and social mobility: the social selection-drift hypothesis for serious mental illness. *J Health Soc Behav*. 1990;31(4):344-53.
17. Tress W, Schwen-Harant T. [Psychogenic illness and social mobility between generations]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1991;41(1):1-5.
18. Fitch C, Hamilton S, Bassett P, Davey R. The relationship between personal debt and mental health: a systematic review. *Mental Health Review Journal*. 2011;16(4):153-66.

19. Lund C, Cois A. Simultaneous social causation and social drift: Longitudinal analysis of depression and poverty in South Africa. *J Affect Disord.* 2018;229:396-402.
20. Birtchnell J. Social class, parental social class, and social mobility in psychiatric patients and general population controls. *Int Psychiatry Clin.* 1971;8(3):77-103.
21. de Quadros Lde C, Laura HC, Quevedo Lde A, Gigante DP. [Effects of social mobility on adult mental health:a systematic review of the literature]. *Cien Saude Colet.* 2016;21(2):443-8.
22. Alloush M. Income, psychological well-being, and the dynamics of poverty: Evidence from South Africa. 2020.
23. Drentea P. Age, debt and anxiety. *J Health Soc Behav.* 2000;41(4):437-50.
24. Drentea P, Reynolds JR. Neither a borrower nor a lender be: the relative importance of debt and SES for mental health among older adults. *J Aging Health.* 2012;24(4):673-95.
25. Drentea P, Lavrakas PJ. Over the limit: the association among health, race and debt. *Soc Sci Med.* 2000;50(4):517-29.
26. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, McManus S, Dennis MS. Personal debt and suicidal ideation. *Psychol Med.* 2011;41(4):771-8.
27. Angel S. The Effect of Over-Indebtedness on Health: Comparative Analyses for Europe. *Kyklos.* 2016;69(2):208-27.
28. Selenko E, Batinic B. Beyond debt. A moderator analysis of the relationship between perceived financial strain and mental health. *Soc Sci Med.* 2011;73(12):1725-32.

29. Ruger H, Loffler I, Ochsmann E, Alsmann C, Letzel S, Munster E. [Mental illness and over-indebtedness. Mental illness, social networks and financial strain in over-indebted persons]. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2010;60(7):250-4.
30. Frank C, Davis CG, Elgar FJ. Financial strain, social capital, and perceived health during economic recession: a longitudinal survey in rural Canada. *Anxiety Stress Coping.* 2014;27(4):422-38.
31. Chang Q, Peng C, Guo Y, Cai Z, Yip PSF. Mechanisms connecting objective and subjective poverty to mental health: Serial mediation roles of negative life events and social support. *Soc Sci Med.* 2020;265:113308.
32. Nettleton S, Burrows R. Mortgage Debt, Insecure Home Ownership and Health: An Exploratory Analysis. *Sociology of Health & Illness.* 1998;20(5):731-53.
33. Reading R, Reynolds S. Debt, social disadvantage and maternal depression. *Soc Sci Med.* 2001;53(4):441-53.
34. Skapinakis P, Weich S, Lewis G, Singleton N, Araya R. Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK. *Br J Psychiatry.* 2006;189:109-17.
35. Dijkstra-Kersten SM, Biesheuvel-Leliefeld KE, van der Wouden JC, Penninx BW, van Marwijk HW. Associations of financial strain and income with depressive and anxiety disorders. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69(7):660-5.
36. Gunasinghe C, Gazard B, Aschan L, MacCrimmon S, Hotopf M, Hatch SL. Debt, common mental disorders and mental health service use. *J Ment Health.* 2018;27(6):520-8.
37. Donau DK-F, Albrecht S, Argac DD, Daum S, Kolesky DK, Kraß M, Seib M, Sprigob S, Papazoglou DP, Zimmermann S. SCHUFA Risiko-und-Kredit-Kompass 2020. SCHUFA Holding AG; 2020.

38. Soziales BfAu. Lebenslagen in Deutschland Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales - Referat Information M, Bürgerservice, Bibliothek, editor. Bonn, Deutschland2017.
39. Townsend P. Poverty in the United Kingdom: a survey of household resources and standards of living: Univ of California Press; 1979.
40. Dackehag M, Ellegård LM, Gerdtham UG, Nilsson T. Debt and mental health: new insights about the relationship and the importance of the measure of mental health. Eur J Public Health. 2019;29(3):488-93.
41. Gathergood J. Debt and Depression: Causal Links and Social Norm Effects. The Economic Journal. 2012;122(563):1094-114.
42. Zirbes R, Goy-Yun M, Bretz M. SchuldnerAtlas Deutschland 2019. Creditreform Boniversum GmbH; 2019.
43. Hantzsch P-L, Bovelet R, Brühl J. SchuldnerAtlas Deutschland 2020. Neuss, Germany: Creditreform Boniversum GmbH; 2020.
44. (Destatis) SB. Statistik zur Überschuldung privater Personen 2019. Statistisches Bundesamt (Destatis); 2020.
45. Gesetz zur Ermittlung der Regelbedarfe und zur Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sowie weiterer Gesetze, (2020).
46. Kommission E. Towards a common operational European definition of over-indebtedness. Europäische Kommission; 2007.
47. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Coid J, Fryers T, Weich S, Singleton N, Meltzer H. Debt, income and mental disorder in the general population. Psychol Med. 2008;38(10):1485-93.

48. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Jenkins R. The relationship between personal debt and specific common mental disorders. *Eur J Public Health*. 2013;23(1):108-13.
49. Schreiter S, Heidrich S, Heinz A, Rössler W, Krausz RM, Schouler-Ocak M, BERPohl F, Gutwinski S. Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen unter Nutzer*Innen teilstationärer und stationärer psychiatrischer Behandlung in Berlin. *Der Nervenarzt*. 2020.
50. Graubner B, Auhuber T. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: Deutscher Ärzteverlag; 2019.
51. Leiner D, Leiner S. SoSci Survey: SoSci Survey GmbH; 2016 [Einsehbar unter: <https://www.soscisurvey.de/>].
52. Corporation I. IBM SPSS Statistics for Windows. Version 25.0 ed. NY: IBM Corporation; Released 2017.
53. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status. Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(5):470-4.
54. Schreiter S, Heidrich S, Zulauf J, Saathoff U, Brückner A, Majic T, Rössler W, Schouler-Ocak M, Krausz MR, BERPohl F, Bäuml J, Gutwinski S. Housing situation and healthcare for patients in a psychiatric centre in Berlin, Germany: a cross-sectional patient survey. *BMJ Open*. 2019;9(12):e032576.
55. Richardson T, Elliott P, Roberts R. The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):1148-62.
56. Bretz M, Bovelet R, Loibl C. SchuldnerAtlas Deutschland 2016. Neuss: Creditreform Boniversum GmbH; 2016.

57. Brown GW, Moran PM. Single mothers, poverty and depression. *Psychol Med.* 1997;27(1):21-33.
58. Bretz M, Bovelet R, Martens R. *SchuldnerAtlas Deutschland 2015*. Neuss, Germany: Creditreform Boniversum GmbH; 2015.
59. (Destatis) SB. *Statistik zur Überschuldung privater Personen 2016*. Statistisches Bundesamt (Destatis); 2017.
60. Holzer CE, Shea BM, Swanson JW, Leaf PJ, et al. The increased risk for specific psychiatric disorders among persons of low socioeconomic status. *American Journal of Social Psychiatry.* 1986;6(4):259-71.
61. Akazawa M, Matsumoto T, Katsumata Y, Kitani M, Hirokawa S, Takahashi Y, Hirayama M, Kameyama A, Takeshima T. [Psychosocial features of suicide cases with alcohol problem: a psychological autopsy study]. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi.* 2010;45(2):104-18.
62. Jackson ER, Shanafelt TD, Hasan O, Satele DV, Dyrbye LN. Burnout and Alcohol Abuse/Dependence Among U.S. Medical Students. *Acad Med.* 2016;91(9):1251-6.
63. Baker E, Lester L, Mason K, Bentley R. Mental health and prolonged exposure to unaffordable housing: a longitudinal analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020;55(6):715-21.
64. Brown S, Taylor K, Wheatley Price S. Debt and distress: Evaluating the psychological cost of credit. *Journal of Economic Psychology.* 2005;26(5):642-63.
65. Taylor MP, Pevalin DJ, Todd J. The psychological costs of unsustainable housing commitments. *Psychol Med.* 2007;37(7):1027-36.
66. Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA, Maske UE, Hapke U, Seiffert I, Gaebel W, Zielasek J, Maier W, Wittchen HU. 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). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014;23(3):289-303.

67. Fitch C, Simpson A, Collard S, Teasdale M. Mental health and debt: challenges for knowledge, practice and identity. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007;14(2):128-33.

68. Blattman C, Jamison JC, Sheridan M. Reducing Crime and Violence: Experimental Evidence from Cognitive Behavioral Therapy in Liberia. *Am Econ Rev.* 2017;107(4):1165-206.

69. Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdeli H, Clougherty KF, Wickramaratne P, Speelman L, Ndogoni L, Weissman M. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *Jama.* 2003;289(23):3117-24.

70. Patel V, Weobong B, Weiss HA, Anand A, Bhat B, Katti B, Dimidjian S, Araya R, Hollon SD, King M, Vijayakumar L, Park AL, McDaid D, Wilson T, Velleman R, Kirkwood BR, Fairburn CG. The Healthy Activity Program (HAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2017;389(10065):176-85.

71. Wahlbeck K, Cresswell-Smith J, Haaramo P, Parkkonen J. Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(5):505-14.

72. Baranov V, Bhalotra S, Biroli P, Maselko J. Maternal Depression, Women's Empowerment, and Parental Investment: Evidence from a Randomized Controlled Trial. *American Economic Review.* 2020;110(3):824-59.

73. Barlow J, Bergman H, Kornør H, Wei Y, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(8):Cd003680.

74. Gross D, Garvey C, Julion W, Fogg L, Tucker S, Mokros H. Efficacy of the Chicago parent program with low-income African American and Latino parents of young children. *Prev Sci.* 2009;10(1):54-65.
75. Aubry T, Nelson G, Tsemberis S. Housing First for People With Severe Mental Illness Who Are Homeless: A Review of the Research and Findings From the At Home-Chez soi Demonstration Project. *Can J Psychiatry.* 2015;60(11):467-74.
76. Patterson M, Moniruzzaman A, Palepu A, Zabkiewicz D, Frankish CJ, Krausz M, Somers JM. Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(8):1245-59.
77. Rezanoff SN, Moniruzzaman A, Fazel S, McCandless L, Procyshyn R, Somers JM. Housing First Improves Adherence to Antipsychotic Medication Among Formerly Homeless Adults With Schizophrenia: Results of a Randomized Controlled Trial. *Schizophr Bull.* 2017;43(4):852-61.
78. Omerov P, Craftman Å G, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health Soc Care Community.* 2020;28(1):1-11.
79. Mejia-Lancheros C, Lachaud J, O'Campo P, Wiens K, Nisenbaum R, Wang R, Hwang SW, Stergiopoulos V. Trajectories and mental health-related predictors of perceived discrimination and stigma among homeless adults with mental illness. *PLoS One.* 2020;15(2):e0229385.
80. Skosireva A, O'Campo P, Zerger S, Chambers C, Gapka S, Stergiopoulos V. Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:376.
81. Lampert T. Soziale Ungleichheit und Gesundheit: die sozial ungleiche Verteilung der Erkrankungsrisiken und Gesundheitschancen in Deutschland. Leipzig: Universität Leipzig; 2013.

82. Daniel JZ, Hickman M, Macleod J, Wiles N, Lingford-Hughes A, Farrell M, Araya R, Skapinakis P, Haynes J, Lewis G. Is socioeconomic status in early life associated with drug use? A systematic review of the evidence. *Drug Alcohol Rev.* 2009;28(2):142-53.
83. Bruckmeier K, Lietzman T, Rothe T, Saile A-T. Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II: Langer Leistungsbezug ist nicht gleich Langzeitarbeitslosigkeit. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit; 2015.
84. Moore TH, Kapur N, Hawton K, Richards A, Metcalfe C, Gunnell D. Interventions to reduce the impact of unemployment and economic hardship on mental health in the general population: a systematic review. *Psychol Med.* 2017;47(6):1062-84.
85. Sweet E, Nandi A, Adam EK, McDade TW. The high price of debt: household financial debt and its impact on mental and physical health. *Soc Sci Med.* 2013;91:94-100.
86. Turunen E, Hiilamo H. Health effects of indebtedness: a systematic review. *BMC Public Health.* 2014;14:489.
87. Ochsmann EB, Rueger H, Letzel S, Drexler H, Muenster E. Over-indebtedness and its association with the prevalence of back pain. *BMC Public Health.* 2009;9:451.
88. Münster E, Rüger H, Ochsmann E, Letzel S, Toschke AM. Over-indebtedness as a marker of socioeconomic status and its association with obesity: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2009;9:286.
89. Lampert T, Richter M, Schneider S, Spallek J, Dragano N. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz.* 2016;59(2):153-65.
90. Zurlo KA, Yoon W, Kim H. Unsecured consumer debt and mental health outcomes in middle-aged and older Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2014;69(3):461-9.

91. Sun AR, Houle JN. Trajectories of Unsecured Debt across the Life Course and Mental Health at Midlife. *Soc Ment Health*. 2020;10(1):61-79.
92. Hojman DA, Miranda Á, Ruiz-Tagle J. Debt trajectories and mental health. *Soc Sci Med*. 2016;167:54-62.
93. Holmgren R, Nilsson Sundstrom E, Levinsson H, Ahlstrom R. Coping and financial strain as predictors of mental illness in over- indebted individuals in Sweden. *Scand J Psychol*. 2019;60(1):50-8.
94. Olson-Garriott AN, Garriott PO, Rigali-Oiler M, Chao RC. Counseling psychology trainees' experiences with debt stress: a mixed methods examination. *J Couns Psychol*. 2015;62(2):202-15.
95. Berlin-Brandenburg AfS. Statistischer Bericht A | 5 - hj 2 / 16. Potsdam: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; 2017.
96. Berlin SfSuW. Monitoring Soziale Stadtentwicklung Berlin 2017. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen Berlin; 2017.
97. Reiss F, Meyrose AK, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS One*. 2019;14(3):e0213700.
98. Lampert T, Koch-Gromus U. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2016;59(2):151-2.
99. Gruebner O, Rapp MA, Adli M, Kluge U, Galea S, Heinz A. Cities and Mental Health. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(8):121-7.

100. Gascon M, Triguero-Mas M, Martínez D, Dadvand P, Forns J, Plasència A, Nieuwenhuijsen MJ. Mental health benefits of long-term exposure to residential green and blue spaces: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(4):4354-79.
101. Gong Y, Palmer S, Gallacher J, Marsden T, Fone D. A systematic review of the relationship between objective measurements of the urban environment and psychological distress. *Environ Int*. 2016;96:48-57.
102. Rapp MA, Kluge U, Penka S, Vardar A, Aichberger MC, Mundt AP, Schouler-Ocak M, Mösko M, Butler J, Meyer-Lindenberg A, Heinz A. When local poverty is more important than your income: Mental health in minorities in inner cities. *World Psychiatry*. 2015;14(2):249-50.
103. Melis G, Gelormino E, Marra G, Ferracin E, Costa G. The Effects of the Urban Built Environment on Mental Health: A Cohort Study in a Large Northern Italian City. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(11):14898-915.
104. Peng Z, Wang Q, Kan H, Chen R, Wang W. Effects of ambient temperature on daily hospital admissions for mental disorders in Shanghai, China: A time-series analysis. *Science of The Total Environment*. 2017;590-591:281-6.
105. Die Schuldnerquoten für Deutschland nach Kreisen und kreisfreien Städten [Internet]. Creditreform Boniversum GmbH. 2016 [cited 13.03.2021]. Einsehbar unter: <https://www.creditreform.de/aktuelles-wissen/presse-meldungen-fachbeitraege/news-details/show/schuldneratlas-deutschland-2016>.
106. Sue AG, Vickie LH, Karrol AK, Joseph AA. Ratios and benchmarks for measuring the financial well-being of families and individuals. *Financial Services Review*. 1996;5(1):57-70.
107. Ragna BG, Helga D. The relationship of materialism to debt and financial well-being: The case of Iceland's perceived prosperity. *Journal of Economic Psychology*. 2012;33(3):471-81.

108. Clayton M, Liñares-Zegarra J, Wilson JO. Does debt affect health? Cross country evidence on the debt-health nexus. *Soc Sci Med.* 2015;130:51-8.
109. French D, McKillop D. The impact of debt and financial stress on health in Northern Irish households. *Journal of European Social Policy.* 2017;27(5):458-73.
110. Kessler H. Die soziologischen Modelle. In: Kessler H, editor. *Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie.* 3., überarbeitete Auflage ed: Georg Thieme Verlag; 2015.
111. Dobbie L, Gillespie M. The health benefits of financial inclusion. Report for NHS Greater Glasgow and Clyde. 2010.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Sascha-Philippe Heidrich, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema:

*Schulden und Überschuldung bei voll- und teilstationären psychiatrischen Patient*innen in Berlin*

selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit der Erstbetreuerin, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichtet.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilerklärung an erfolgten Publikationen

Sascha-Philippe Heidrich hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1

Schreiter S, Heidrich S, Heinz A, Rössler W, Krausz RM, Schouler-Ocak M, Bermpohl F, Gutwinski S. Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen unter Nutzer*Innen teilstationärer und stationärer psychiatrischer Behandlung in Berlin. Der Nervenarzt. 2020

Sascha-Philippe Heidrich war im Einzelnen beteiligt an der

- Erhebung des Primärdatensatzes (Fragebogenüberarbeitung und -digitalisierung, Rekrutierung, Durchführung der Interviews, Transkription)
- Datenbearbeitung (Plausibilitätsprüfung, Aktualisierung, Korrektur)
- Aufbereitung und Auswertung der erhobenen Daten (Tabelle 1 und Anteile von Tabelle 2)
- Korrektur des Manuskripts

Publikation 2

Schreiter S, Heidrich S, Zulauf J, Saathoff U, Brückner A, Majic T, Rössler W, Schouler-Ocak M, Krausz MR, Bermpohl F, Bäuml J, Gutwinski S. Housing situation and healthcare for patients in a psychiatric centre in Berlin, Germany: a cross-sectional patient survey. BMJ Open. 2019;9(12):e032576.

Sascha-Philippe Heidrich war im Einzelnen beteiligt an der

- Erhebung des Primärdatensatzes (Fragebogenüberarbeitung und -digitalisierung, Rekrutierung, Durchführung der Interviews, Transkription)
- Datenbearbeitung (Plausibilitätsprüfung, Aktualisierung, Korrektur)
- Aufbereitung und Auswertung der erhobenen Daten (Anteile von Tabelle 1)
- Korrektur des Manuskripts

Unterschrift, Datum und Stempel der erstbetreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift des Doktoranden

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationsliste

Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Zeitschriften mit Peer-Review

Schreiter S, **Heidrich S**, Heinz A, Rössler W, Krausz RM, Schouler-Ocak M, Bempohl F, Gutwinski S. Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen unter Nutzer*Innen teilstationärer und stationärer psychiatrischer Behandlung in Berlin. Der Nervenarzt. 2020

Schreiter S, **Heidrich S**, Zulauf J, Saathoff U, Brückner A, Majic T, Rössler W, Schouler-Ocak M, Krausz MR, Bempohl F, Bäuml J, Gutwinski S. Housing situation and healthcare for patients in a psychiatric centre in Berlin, Germany: a cross-sectional patient survey. BMJ Open. 2019;9(12):e032576.

Kongressbeitrag (Vortrag)

Heidrich S, Sarma N, Neumann F, Rutsch W, Krasovski S. Medizinische Versorgung obdachloser Menschen in Berlin Das Modellprojekt der Stadtmission. Kongress Armut und Gesundheit 2017 16.-17. März; Berlin.

Kongressbeitrag (Poster)

Heidrich S, Neumann F, Sarma N, Rutsch W, Krasovski S. Das Pflegezimmer der Berliner Stadtmission Ein Modellprojekt für obdachlose Menschen. Kongress Armut und Gesundheit 2018 20.-21. März; Berlin.

Danksagung

Mein Dank gilt in erster Linie allen Teilnehmer*innen der WOHIN-Studie für ihre Bereitschaft über persönliche und belastende Themen zu sprechen, ihre Zeit und alles, das ich im Laufe der über 200 Interviews lernen durfte. Bei dem Klinikpersonal des St. Hedwig-Krankenhauses Berlin bedanke ich mich herzlich für die Unterstützung bei der Datenerhebung.

Weiterhin danke ich dem Studienteam der WOHIN-Studie Ute Saathoff, Jamie Zulauf, Anne Brückner und insbesondere den Betreuer*innen meiner Promotion Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak, Dr. Stefan Gutwinski und Dr. Stefanie Schreiter für ihre unersetzliche inhaltliche und persönliche Unterstützung über die gesamte Dauer der Promotion.

Der Studienstiftung des deutschen Volkes danke ich für ihre finanzielle und ideelle Förderung, die mir bei der Arbeit an dieser Promotion eine bedeutende Stütze und Bereicherung waren.

Für die kritische Revision der vorliegenden Arbeit danke ich Margit, Leonie und Marc Kößler sowie Mona Kemnitz.

Abschließend danke ich meiner Familie, insbesondere meinen Eltern Gabriele und Bernd Heidrich für die Möglichkeit, mich beruflich frei zu entfalten und ihre Unterstützung und ihr Vertrauen über all die Jahre, und meiner Freundin Leonie Kößler für ihren Zuspruch, ihr Vertrauen in meine Fähigkeiten und das produktive Coworking. Ihnen ist diese Arbeit gewidmet.