

Aus dem CharitéCentrum für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Professor Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

Habilitationsschrift

Psychiatrische und soziale Versorgungssituation von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen

zur Erlangung der Lehrbefähigung
für das Fach Klinische Psychiatrie und Psychotherapie
vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von
Dr. med. Stefan Gutwinski

Eingereicht: Dezember 2021
Dekan: Prof. Dr. Axel Radlach Pries

1. Gutachter: Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller
2. Gutachter: Prof. Dr. Anil Batra

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
1. Einleitung	4
2. Eigene Arbeiten	10
2.1. Wohnungslosigkeit bei psychiatrisch erkrankten Menschen mit besonderem Fokus auf Substanzabhängigkeit.....	10
2.2. Soziale und psychiatrische Versorgungssituation bei psychiatrischen Patienten mit Substanzgebrauchsstörungen in stationärer und teilstationärer Behandlung unter Berücksichtigung der Wohnsituation	35
2.2.1. Wohnsituation von Personen mit Substanzgebrauchsstörungen in stationärer und teilstationärer Behandlung unter Berücksichtigung suchtspezifischer Behandlungen	37
2.2.2. Vorhandensein eines Bankkontos bei psychiatrisch erkrankten Personen in Berlin mit Bezug auf klinische und soziale Faktoren	44
2.3. Versorgungsmedizinische Aspekte von heroïnabhängigen Patienten in opioidgestützter Substitutionstherapie	51
2.3.1. Migrationspezifische Aspekte von opioidabhängigen Personen in Substitutionstherapie.....	53
2.3.2. Verordnung der Substitutionssubstanz im Bezug zu den Richtlinien der Bundesärztekammer	62
3. Diskussion	72
4. Zusammenfassung.....	78
5. Literatur	80
Danksagung	85
Erklärung	86

Abkürzungsverzeichnis

DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FROST-Studie	Fragebogenuntersuchung bei opioidabhängigen Menschen in Substitutionstherapie
ICD	International Classification of Disease
KI	Konfidenzintervall
MOOSE	Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology
VI	Vorhersageintervall
WHO	World Health Organisation
WOHIN-Studie	Wohnungsnot bei Menschen mit seelischen Erkrankungen

1. Einleitung

Der Konsum psychotroper Substanzen wird nahezu in allen Kulturen praktiziert. Laut World Health Organisation (WHO) berichten beispielsweise mindestens 35% der Weltbevölkerung über einen Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten (1) und laut dem World Drug Report 2020 der Vereinten Nationen berichten etwa 269 Millionen Menschen weltweit innerhalb von 12 Monaten über einen Konsum von illegalen Substanzen, wie Opioiden, Cannabis, Kokain, Amphetaminen und neuen psychotropen Substanzen (2). Der Konsum psychotroper Substanzen wiederum kann mit Störungen einhergehen, beispielsweise liegt laut der WHO in Deutschland die Rate von Substanzgebrauchsstörungen durch Alkohol bei 6,8% der Gesamtbevölkerung, wobei 3,5% eine Alkoholabhängigkeit aufweisen (1). Bezüglich der Anzahl der Menschen mit einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen wird beispielsweise bezüglich der Heroinabhängigkeit von etwa 166.00 Personen in Deutschland ausgegangen (3).

Substanzgebrauchsstörungen bedeuten häufig ein hohes individuelles Leid und können mit schweren psychosozialen und gesundheitlichen Folgestörungen verbunden sein (4-6). Dies kann soziale Isolation (7-9), Wohnungsverlust (10-12) und körperliche Erkrankungen, wie zum Beispiel Infektionserkrankungen bei der Heroinabhängigkeit (13, 14), sowie erhöhte Mortalität bei der Alkohol- und Heroinabhängigkeit (13-16), und eine Vielzahl weiterer Folgestörungen und daraus resultierender sozialer Probleme beinhalten (4, 5, 17, 18).

In der vorliegenden Habilitationsschrift werden fünf unterschiedliche Arbeiten zu psychiatrisch erkrankten Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen mit Fokus auf die soziale und psychiatrische Versorgungssituation dargestellt.

Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen sind häufiger von Wohnungsverlust betroffen: Laut einer Metaanalyse zur Prävalenz von Substanzgebrauchsstörungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland sind 55,4% von einer Alkoholabhängigkeit und 13,9% von einer Drogenabhängigkeit betroffen (19). Weiterhin zeigten Tsai und Rosenheck, dass der konsistenteste Risikofaktor für die Entwicklung einer Wohnungslosigkeit das Vorliegen einer psychischen Störung oder eines schädlichen Substanzkonsums ist (20). Danach erst folgen weitere Risikofaktoren, wie Armut, soziale Isolation, Traumatisierung im Kindesalter und Gefängnisstrafen (20). In Deutschland hat es mehrere epidemiologische Erhebungen zur Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen gegeben, beispielsweise die SEEWOLF-Studie aus München, welche eine Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen von 93,3% berichtet (Achse-I), wobei die häufigste Diagnosegruppe die substanzinduzierten Störungen waren,

von denen 73,5% der teilnehmenden wohnungslosen Menschen betroffen waren. Eine metaanalytische Untersuchung zur Prävalenz von seelischen Erkrankungen einschließlich Substanzgebrauchsstörungen bei wohnungslosen Menschen in westlichen Ländern wurde im Jahr 2008 von Fazel und Kollegen durchgeführt (21). Da sich die Datenlage seitdem kontinuierlich erweitert hat, erfolgte gemeinsam mit Fazel eine Aktualisierung der Metaanalyse. Diese Metaanalyse ist die erste der Habilitationsschrift zugrunde liegende Arbeit (22).

Die Wohnsituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist in den vergangenen Jahrzehnten besonders intensiv in anglo-amerikanischen Ländern untersucht worden (23-25), dabei konnte gezeigt werden, dass Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind, unter anderem häufiger eine Substanzabhängigkeit aufweisen und länger stationär behandelt wurden als Menschen mit eigener Wohnung (26, 27). Das deutsche soziale Versorgungssystem unterscheidet sich von dem anderer, auch angloamerikanischer Länder, unter anderem dadurch dass es zum Beispiel eine Vielzahl von Wohnformen gibt, wie therapeutische Wohngemeinschaften, Weglaufhäuser und andere, die sich nicht nur in die zwei Kategorien „wohnungslos“ oder „eigene Wohnung“ einteilen lassen. Die bisherigen Untersuchungen zu dem Thema der Wohnsituation von psychiatrischen Patienten in Deutschland bezogen sich auf nur kleinere Stichproben und stammen vorwiegend aus den 1990ern (28-30). Daher wurde eine Querschnitterhebung (WOHIN-Studie; Wohnungsnot bei Menschen mit seelischen Erkrankungen) bei allen Patienten durchgeführt, welche innerhalb eines 6-monatigen Zeitraums in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus stationär oder tagesklinisch aufgenommen wurden. Hierbei wurden neben der Wohnform unter anderem die Diagnosen, wie Substanzgebrauchsstörungen, die stationäre Behandlungsdauer, die Wiederaufnahmeraten nach Entlassung und die Kontakte mit sozialen Helfeträgern in der ambulanten Behandlung untersucht mit der Frage, welche Personen in welchen Wohnformen leben und welche Zusammenhänge es mit klinischen Faktoren, wie Behandlungsdauer, Erkrankungsalter etc. gibt. Aus dieser Untersuchung entstanden zwei Arbeiten, welche in die vorliegende Habilitationsschrift einfließen (31, 32).

Hierbei untersucht die erste dieser Arbeiten aus der WOHIN-Studie bei Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen deren Nutzungsverhalten des Suchthilfesystems unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Wohnform. Hintergrund ist, dass eine ungünstigere Prognose hinsichtlich des Krankheitsverlaufs bei wohnungslosen, psychiatrisch erkrankten Menschen mit Substanzgebrauchsstörung beschrieben wird (33, 34): Shan und Kollegen zeigten beispielsweise, dass bei Personen mit einer Substanzgebrauchsstörung, die Heroin und andere Substanzen konsumieren, der Faktor Wohnungslosigkeit mit häufigeren Rückfällen des Substanzkonsums assoziiert ist (33).

Ergebnisse aus nordamerikanischen Studien weisen darauf hin, dass Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind, überwiegend das medizinische Notfallversorgungssystem nutzen und seltener Zugang zum regulären medizinischen Versorgungssystem haben (23, 35). Es konnte beispielsweise gezeigt werden, dass Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind, öfter Entgiftungsprogramme durchführen, aber seltener Langzeit-/Rehabilitationstherapien (34). Der Fokus der zweiten in die Habilitationsschrift einfließenden Arbeit lag daher darauf, den Zusammenhang zwischen Aspekten des Substanzgebrauchs bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen in Bezug zum Nutzungsverhalten des medizinischen Versorgungssystems zu untersuchen, unter besonderer Berücksichtigung der unterschiedlichen Wohnsituationen (32).

Die zweite Arbeit aus der WOHIN-Studie und dritte in diese Habilitationsschrift einfließende Arbeit untersucht das Vorhandensein eines Bankkontos bei psychiatrischen Patienten (31). Hintergrund zu dieser Untersuchung sind Studien, welche Aspekte der individuellen finanziellen Freiheit und des Bestehens von Schulden in Zusammenhang mit seelischen Erkrankungen, einschließlich Substanzgebrauchsstörungen, untersucht haben (36, 37). Beispielsweise konnte in einer Studie von Jenkins und Kollegen gezeigt werden, dass in einer Bevölkerungsstichprobe von 8475 Menschen in Großbritannien 11,6% der Personen Schulden aufwiesen. Von den 8475 Personen erfüllten wiederum 563 die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit, von denen 24,9% über Schulden berichteten (36). Eine weitere Studie von Aguila und Kollegen konnte zudem zeigen, dass das Vorhandensein eines Bankkontos mit einer selbst berichteten besseren Gesundheit und einem niedrigeren Stresserleben verbunden ist (38). Eine sichere finanzielle Situation umfasst das Vorhandensein eines Bankkontos, welche eine basale Voraussetzung ist, um an vielen Bereichen der Gesellschaft teilzuhaben, beispielsweise online einzukaufen, einen Mobilfunkvertrag abzuschließen, oder eine Wohnung zu bekommen.

Weltweit haben etwa 1,7 Milliarden Menschen keinen Zugang zu einem Bankkonto, wobei die Rate in den Ländern global sehr verschieden ist (39). Auch innerhalb der westlichen Länder variiert der Bevölkerungsanteil von Personen, die über ein Bankkonto verfügen, deutlich: von 93% in den USA, über 96% in Großbritannien, bis zu 99% in Deutschland und 100% in Canada (39). Eine Rate von 99% bedeutet umgekehrt, dass über 700.000 Personen in Deutschland kein Bankkonto haben. Wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Thema gibt es auch international bisher sehr wenig, zeigen aber beispielsweise, wie von Taylor und Kollegen berichtet, einen positiven Zusammenhang zwischen bestimmten Aspekten der Lebensqualität (psychological well-being) und der Kontrolle über die eigenen Finanzen (40). Daher erfolgte erstmalig im Rahmen der WOHIN-Studie eine Befragung unter psychiatrischen Patienten, einschließlich Personen mit Substanzgebrauchsstörungen, bezüglich

des Vorhandenseins eines Bankkontos. Diese Untersuchung ist die dritte in diese Habilitationsschrift eingehende Arbeit (31).

Die Heroinabhängigkeit ist eine schwere und häufig chronische Erkrankung, welche für die Mehrzahl der Betroffenen ein hohes Maß an Leid bedeutet, da der Konsum häufig mit schweren Entzugssyndromen verbunden ist und zu schweren körperlichen Folgeerkrankungen führen kann (15). Die Mortalität ist bei heroinabhängigen Menschen ohne Substitutionstherapie laut einer Studie um den Faktor 63 erhöht, im Vergleich zu Gesunden ohne Konsum (14). Weiterhin beeinträchtigt die Opioidabhängigkeit eine Vielzahl von sozialen Faktoren, wie beispielsweise eine vermehrte Arbeitslosigkeit oder eine erhöhte Zahl von Straftaten und Inhaftierungen (15, 41, 42).

Aufgrund der ausgeprägten Abhängigkeit von Heroin erreichen viele Patienten keine mittelfristige und langfristige Abstinenz (42-44). Daher ist die häufigste und erfolgreichste Behandlung der Heroinabhängigkeit die Substitutionsbehandlung mit Opioiden (15, 42, 43, 45). Diese zielt auf eine Überführung der Heroinabhängigkeit in eine kontrollierte Opioidabhängigkeit durch Gabe medizinischer Opioide, welche in erster Linie die Entzugssymptome vermindern sollen und in der Folge als basale Ziele das Sichern des Überlebens, die körperliche Stabilisierung und die Reduktion des Heroinkonsums herbeiführen sollen (42, 44). Die Abstinenz von anderen Suchtmitteln und eine eventuelle Opioidabstinenz werden als mittel- und hochgradige Ziele genannt (42, 44).

Die Wirksamkeit auf die basalen Ziele konnte wiederholt belegt werden (15, 42, 43). Beispielsweise zeigten sich niedrigere Mortalitätsraten, etwa um den Faktor 8, bei Menschen mit einer Heroinabhängigkeit und einer Substitutionstherapie gegenüber Personen ohne Substitutionstherapie (14). Metzger und Kollegen zeigten zudem bei heroinabhängigen Menschen zudem deutlich niedrigere Infektionsraten mit HIV, unter Substitutionstherapie von 3,5% gegenüber 22% bei heroinabhängigen Personen ohne Substitutionstherapie (13).

Die Durchführung der opioidgestützten Substitutionsbehandlung unterscheidet sich in vielen Ländern erheblich, beispielsweise im Zugang zu der Behandlung, welche in Deutschland unter anderem eine Meldung der substituierten Person an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, die medizinische Ausgabe durch den Substitutionsarzt oder als Verordnung über die Apotheke, sowie eine Versorgung der substituierten Person durch eine psychosoziale Betreuungsperson umfasst (siehe Richtlinien der Bundesärztekammer (41, 44, 46)). Daher ist ein Vergleich der opioidgestützten Substitutionsbehandlung mit anderen Ländern nur eingeschränkt möglich. Da es deutschlandweit bisher keine systematische Untersuchung, im Sinne einer Vollerhebung, zu sozialen und medizinischen Versorgungsaspekten von Menschen in opioidgestützter Substitutionsbehandlung gegeben hat, wurde

eine berlinweite Befragung (FROST-Studie: Fragebogenuntersuchung bei opioidabhängigen Menschen in Substitutionstherapie) durchgeführt (41, 47). In diesem Rahmen wurden alle psychiatrischen Kliniken und Substitutionspraxen in Berlin kontaktiert.

Es werden in dieser Habilitationsschrift zwei Arbeiten aus der FROST-Studie dargestellt, welche versorgungsmedizinische Fragestellungen zur opioidgestützten Substitutionsbehandlung und den Faktoren Migrationshintergrund und Einhaltung der Richtlinien der Bundesärztekammer umfassen (41, 47).

Suchtspezifische Aspekte bei Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland wurden bisher nur wenig untersucht. Eine Untersuchung des Bundesministeriums für Gesundheit (48) ergab beispielsweise, dass Berufsschüler mit einem Migrationshintergrund, und dabei vor allem mit weiblichen Geschlecht und türkischem Hintergrund, weniger häufig illegale Substanzen konsumieren als deutsche Berufsschüler. Eine migrationssensitive Wiederholungsuntersuchung des Bundesgesundheits surveys konnte allerdings keine Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund bei substanzbezogenen Erkrankungen feststellen (49). Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund scheint es aber in der Bewertung von Abhängigkeitserkrankungen zu geben: Penka und Kollegen berichten beispielsweise, dass Personen mit türkischem Migrationshintergrund einige schulmedizinische Begriffe wie das Konzept einer körperlichen Abhängigkeit oder der Kontrollminderung für nicht geeignet halten (50) und weiterhin die eigene Kontrollfähigkeit im Umgang mit Substanzen häufiger zu überschätzen scheinen (51). Unklar bleibt zudem, ob Personen mit Migrationshintergrund ausreichend vom Suchthilfesystem in Deutschland erreicht werden (52), wie beispielsweise der opioidgestützten Substitutionsbehandlung für heroinabhängige Personen. Daher wurden in der vierten dieser Habilitationsschrift zugrunde liegenden Arbeit heroinabhängige Personen mit Migrationshintergrund in opioidgestützter Substitutionsbehandlung untersucht hinsichtlich versorgungsmedizinischer Parameter, wie sozioökonomischer Aspekte, Charakteristika der Abhängigkeitserkrankung und der Bewertung der Therapie (47).

Die Einnahme des substituierenden Medikaments (auch als Substitut oder Substitutionsmittel bezeichnet), wie Methadon, Levomethadon oder Buprenorphin, erfolgt im Regelfall täglich und wird im Rahmen der rechtlichen Rahmenbedingungen vom Großteil der Patienten in der Substitutionspraxis eingenommen (41, 44). Diese Regelung ist vor allem in der Einstellungsphase notwendig, da es sich um stark wirksame Opioide handelt, deren Einnahme mit Nebenwirkungen verbunden sein kann, wie beispielsweise einer Atemdepression (42, 44). Da die tägliche Einnahme in einer Praxis eine ausgeprägte zeitliche Belastung für die Patienten darstellt, sowie die Bewegungs- und Reisefreiheit und berufliche Möglichkeiten einschränkt, besteht im Verlauf der Behandlung die Möglichkeit, dass

Patienten das Medikament für mehrere Tage verordnet bekommen, was auch als Take-Home-Verordnung bezeichnet wird (41, 42, 53). Hierfür hat die Bundesärztekammer Richtlinien entwickelt, welche beispielsweise eine abgeschlossene Einstellung der Substanz auf das Substitutionsmittel, oder eine klinische Stabilisierung unter der Substitutionsbehandlung voraussetzen (41, 42, 44, 46). Ein weiteres wesentliches Kriterium ist, dass keine stark sedierenden weiteren Substanzen von den Patienten konsumiert werden (44). Bisher gab es zu der Einhaltung der Richtlinien der Bundesärztekammer bezüglich der Verordnung des Substitutionssubstanz im Sinne einer Take-Home-Verordnung keine Untersuchungen. Daher wurde im Rahmen der FROST-Studie die Verordnungspraxis, tägliche Einnahme in einer Substitutionspraxis versus Verordnung der Substitutionssubstanz im Sinne einer Take-Home-Verordnung, hinsichtlich der Richtlinien der Bundesärztekammer untersucht. Die Ergebnisse werden in der fünften der Habilitationsschrift zugrunde liegenden Arbeit dargestellt (41).

2. Eigene Arbeiten

2.1. Wohnungslosigkeit bei psychiatrisch erkrankten Menschen mit besonderem Fokus auf Substanzabhängigkeit

Menschen in Wohnungslosigkeit sind besonders häufig von seelischen Erkrankungen betroffen: Internationale Studien berichten eine Lebenszeitprävalenz von psychiatrischen Erkrankungen von 60% bis 93,3% bei von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen (54-57).

Hierbei machen substanzbezogene Störungen laut einer deutschen Metaanalyse einen wesentlichen Anteil dieser Störungen aus mit einer Prävalenz der Alkoholabhängigkeit von 55,4% und einer Prävalenz der Drogenabhängigkeit von 13,9%, gefolgt von psychotischen Störungen, depressiven Störungen und Angsterkrankungen (19). Auch weitere Studien zeigen, dass wichtige Risikofaktoren für das Entstehen von Wohnungslosigkeit eine bestehende seelische Erkrankung oder ein schädlicher Konsum von Substanzen sind (20). Fazel und Kollegen publizierten 2008 eine metaanalytische Untersuchung zur Prävalenz von seelischen Erkrankungen unter Wohnungslosen in westlichen Ländern (21). Durch die kontinuierliche Erweiterung der Datenlage in den letzten 10 Jahren erfolgte in der ersten in diese Habilitationsschrift einfließenden Arbeit eine Aktualisierung der Metaanalyse von 2008. In einem Kooperationsprojekt mit der Universität Oxford wurde eine systematische Literaturrecherche und Metaanalyse durchgeführt bezüglich der Prävalenz psychischer Erkrankungen von wohnungslosen Menschen in wohlhabenden Ländern anhand von Studien seit 2008 und der Daten der vorausgegangenen Metaanalyse (22).

Die systematische Literatursuche umfasste die Datenbanken Embase via OvidSP, MEDLINE via OvidSP, PubMed, and PsycINFO via EBSCOhost von Januar 2008 bis April 2021 (22). Zudem erfolgte eine systematische Suche mittels Google Scholar bezüglich Arbeiten, welche die ursprüngliche Arbeit zitiert hatten, sowie die Durchsicht der Literaturverzeichnisse wichtiger Publikationen. Das Protokoll der Arbeit wurde zuvor auf PROSPERO registriert (Registrierungsnummer CRD42018085216) (22). Die Literatursuche und Datenextraktion folgte den Richtlinien für Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) (58). Eingeschlossen wurden nur Arbeiten mit einer nachvollziehbaren Definition von Wohnungslosigkeit, sowie einer standardisierten psychiatrischen Diagnostik und Diagnosen nach International Classification of Disease (ICD) oder Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM); außerdem musste das Studienland anhand der Definition der Weltbank als wohlhabendes Land (high income country) klassifiziert sein (59). Die eingeschlossenen Studien wurden anhand von Qualitätskriterien des The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Tool for Prevalence Studies [26] und des Risk of Bias Tool nach Hoy und Kollegen [27] bewertet.

Die Durchführung von Metaanalysen basierend auf Paneldatenmodellen mit zufälligen Effekten (Random effects model) erfolgte separat für jede Diagnose. Die Analysen wurden mittels dem Programm R (Version 4.0.4) durchgeführt, unter Anwendung von "metafor," version 2.4-0, sowie "glmulti," version 1.0.8, für die multivariablen Modelle und "mice," version 3.13.0, für die multivariate Imputation (22, 60-62). Die Berechnung der Modelle erfolgte anhand von Werten, die durch die Varianz-stabilisierende Double Arcsine-Transformation transformiert worden waren (22, 63). Die Heterogenität zwischen den jeweils eingeschlossenen Studien wurde mittels statistischer Maßzahlen dargestellt: durch Cochran's Q, das Streuungsmaß I^2 und ferner ein 95%-Vorhersageintervall. Es erfolgten Subgruppenanalysen mittels Q-Test für die Studien, denen anhand der Qualitätsmerkmale ein niedriges (low) oder ein moderates (moderate) Verzerrungspotential (risk of bias) zugeordnet wurde. Für alle diagnostischen Kategorien erfolgten univariate Metaregressionsanalysen, um eventuelle systematische Ursachen der Heterogenität zwischen den einzelnen Prävalenz-Schätzungen zu identifizieren. Zusätzlich erfolgten multivariate Metaregressionsanalysen. Hierzu wurden die unabhängigen Variablen durch automatisierte Modellselektion anhand generalisierter linearer Modelle ausgewählt. Der Anteil der Varianzaufklärung der Metaregressionsmodelle wurde anhand des adjustierten Bestimmtheitsmaßes R^2 geschätzt (64).

Nach Ausschluss von Duplikaten wurden 5886 Arbeiten anhand des Titels und Abstracts gesichtet (22). Daraus ergaben sich 144 Arbeiten, die als Volltext gesichtet und von denen 39 eingeschlossen wurden. Die 39 eingeschlossenen Studien umfassten eine Gesamtstichprobe von 8049 wohnungslosen Personen. Hierbei betrug die gepoolte Prävalenz für das Vorkommen von Achse-I-Störungen 76,2% (95%-KI: 64,0% - 86,6%, 8 Studien). Die gepoolte Prävalenz betrug für die Substanzgebrauchsstörungen von Alkohol 36,7% (95%-KI: 27,7% - 46,2%, 29 Studien). Hierbei zeigten sich zwei Faktoren in der univariablen Meta-Regressionanalyse als signifikant: eine erhöhte Prävalenz seelischer Störungen zeigte sich in Studien in kleinere Studienpopulationen und in Studien aus Deutschland. In einer Subgruppenanalyse zeigten Studien mit einem niedrigen Verzerrungspotential niedrigere gepoolte Prävalenz von 36,9% (95%-KI: 21,1% - 54,3%, 14 Studien) für Substanzgebrauchsstörung von Alkohol. Die Unterschiede zwischen den Subgruppen waren nicht signifikant.

Die gepoolte Prävalenz betrug für die Substanzgebrauchsstörungen von Drogen 21,7% (95%-KI: 13,1%-31,7%, 23 Studien). In der Subgruppenanalysen zeigten die Studien mit einem niedrigen Verzerrungspotential niedrigere gepoolte Prävalenz von 18,1% (95%-KI: 10,5% - 27,2%, 13 Studien) für Substanzgebrauchsstörungen von Drogen. Die Unterschiede zwischen den Subgruppen waren nicht signifikant.

Für die beiden Kategorien Substanzgebrauchsstörungen von Alkohol und Drogen zeigte sich eine substantielle Heterogenität zwischen den einzelnen Studien: für Substanzgebrauchsstörungen von

Alkohol ($I^2 = 98\%$ [95% KI 97% - 99%], 95% Vorhersageintervall [VI] 2% - 85%) und Substanzgebrauchsstörungen von Drogen ($I^2 = 99\%$ [95% KI 98% - 99%], 95% VI 0% - 74%).

Die gepoolte Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen betrug 25,4% (95%-KI: 10,9% - 43,6%), von depressiven Störungen 12,6% (95%-KI: 8,0% - 18,2%) und von psychotischen Erkrankungen 12,4% (95%-KI: 9,5% - 15,7%).

Die durchgeführte Erhebung zeigte demnach deutlich erhöhte Prävalenzraten von seelischen Erkrankungen insgesamt, und dabei besonders von substanzbezogenen Störungen wie den Substanzgebrauchsstörungen durch Alkohol (22). Hierbei ist davon auszugehen, dass psychische Erkrankungen bzw. Substanzkonsum den Faktor Wohnungslosigkeit beeinflussen, beispielsweise zeigte eine kürzlich erschienene Übersicht zu US-Veteranen, dass psychische Erkrankungen und vor allem schädlicher Substanzkonsum den konsistentesten Risikofaktor für die Entstehung von Wohnungslosigkeit darstellen (20). Weiterhin ist von einem wechselseitigen Einfluss auszugehen, in dem Sinne, dass Wohnungslosigkeit bestehenden Substanzkonsum verstärken und umgekehrt der Konsum die Wohnungslosigkeit aufrechterhalten kann (65, 66). Die höhere Prävalenz von Substanzgebrauchsstörungen durch Alkohol in deutschen Studien weist möglicherweise auf die bessere Verfügbarkeit von Alkohol in Deutschland hin, kann sich aber auch daraus ableiten, dass in Deutschland viele Einrichtungen Abstinenz-orientiert arbeiten und demnach viele substanzgebrauchende wohnungslose Menschen demnach seltener Eingang in das Hilfesystem finden.

Die ausgeprägte Heterogenität der Studien legt den Schluss nahe, dass in zukünftige Studien einheitlichere Kriterien von Wohnungslosigkeit oder anderer Wohnformen sinnvoll wären.

Die durchgeführte Erhebung weist auf einen Zusammenhang zwischen der Prävalenz substanzbezogener Störungen und Wohnungslosigkeit hin, aus dem sich eine Verbesserung der medizinischen Versorgungssituation für wohnungslose Menschen und dabei vor allem der Erreichbarkeit medizinischer Hilfen ableiten lassen kann (22).

An dieser Stelle steht der Artikel:

Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. PLoS Med. 2021 Aug 23;18(8):e1003750. doi: 10.1371/journal.pmed.1003750. eCollection 2021 Aug.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003750>

2.2. Soziale und psychiatrische Versorgungssituation bei psychiatrischen Patienten mit Substanzgebrauchsstörungen in stationärer und teilstationärer Behandlung unter Berücksichtigung der Wohnsituation

Internationale Studien haben gezeigt, dass psychiatrisch erkrankte Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind, gegenüber psychiatrisch erkrankten Menschen, die nicht wohnungslos sind, häufiger von einer Substanzabhängigkeit betroffen sind, länger stationär behandelt werden und die psychiatrischen Symptome früher im Leben auftreten, möglicherweise als Ausdruck eines schwereren Erkrankungsverlaufes (23-27, 67). Daneben wurden finanzielle Beeinträchtigungen in Form von Schulden oder fehlendem Zugang zu einem Bankkonto als Einflussfaktoren auf seelische Erkrankungen, bzw. psychologische Faktoren (psychological well-being) beschrieben (36, 40). Da im deutschen sozialen Versorgungssystem eine Vielzahl von therapeutischen und nicht-therapeutischen sozialen Wohnformen angeboten werden, wie therapeutische Wohngemeinschaften, Wohnheime, Weglaufhäuser und andere, welche nicht nur in die zwei Kategorien „wohnungslos“ oder „eigene Wohnung“ einzuteilen sind, und die bisherigen deutschen Studien sich auf in den 1990er Jahren an kleineren Stichproben durchgeführte Untersuchungen beziehen (28-30), wurde eine 6-monatige Querschnittserhebung (WOHIN-Studie) mit einer breiten Aufschlüsselung der einzelnen Wohnformen durchgeführt (31, 68). Hierbei wurden vom 15. März bis 15. September 2016 alle in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus stationär oder teilstationär aufgenommenen Patienten erfasst. Dies umfasste 1.251 Patienten, von denen 540 (43,2%) an einem ausführlichen Interview zur Wohnsituation, sowie zur Erhebung klinischer und soziodemografischer Daten, teilnahmen (68). 328 Patienten (26,2%) lehnten die Befragung ab und weitere 383 (30,6%) konnten nicht erreicht werden, insbesondere aufgrund zu kurzer Liegezeiten (beispielsweise Aufnahmen nur über Nacht) (68). Von den nicht teilnehmenden Patienten wurden anhand der klinischen Krankenakten demografische Parameter erfasst, wie Alter, Geschlecht, Wohnsituation und Diagnose. Im Gruppenvergleich zeigte sich, dass die nicht teilnehmenden Personen sich nicht von den teilnehmenden Personen in einigen Parametern unterschieden, welche am ehesten der Erhebungsform mittels Interviews geschuldet waren: Unter den nicht teilnehmenden Menschen waren häufiger ältere und von dementiellen Erkrankungen betroffene Personen (68). Vermutlich aufgrund der finanziellen Aufwandsentschädigung waren häufiger unter den teilnehmenden Patienten Menschen mit Suchterkrankungen, die öfter männlich waren (68).

Die Wohnsituation wurde als überwiegende Wohnsituation in den 30 Tagen vor Aufnahme erfasst und in vier Gruppen eingeordnet: a) Wohnungslos, b) Sozialtherapeutische Wohneinrichtung, c) eigene Wohnung, und d) bei Freunden, Bekannten oder Familie (31, 68). Die statistische Untersuchung

erfolgte mittels χ^2 , bzw. Fisher-exakt-Test, sofern die Voraussetzungen für den χ^2 -test nicht erfüllt waren. Die Normalverteilung wurde mittels Shapiro-Wilk-Test geprüft (31, 32). Bei Normalverteilung erfolgten die Analysen mittels t-test oder ANOVA, bei der ANOVA erfolgte zudem der Scheffé-Test. Bei nicht bestehender Normalverteilung erfolgte der Kruskal-Wallis Test, bzw. Mann-Whitney-U Test (31, 32).

In der ersten Arbeit der WOHIN-Studie erfolgte die Adjustierung für multiples Testen mittels der Bonferroni Methode. In der zweiten Arbeit der WOHIN-Studie erfolgte aufgrund des explorativen Ansatzes keine Adjustierung (32). In der zweiten Arbeit erfolgten zudem für die signifikanten Unterschiede in den Gruppenvergleichen binär logistische Regressionsanalysen für die abhängigen Variablen Vorhandensein eines Bankkontos und Zugang zu dem Bankkonto (31).

2.2.1. Wohnsituation von Personen mit Substanzgebrauchsstörungen in stationärer und teilstationärer Behandlung unter Berücksichtigung suchtspezifischer Behandlungen

Studienergebnisse weisen darauf hin, dass Wohnungslosigkeit ein ungünstiger Prognosefaktor hinsichtlich des Krankheitsverlaufs bei Substanzgebrauchsstörung ist, beispielsweise war in einer Studie von Shah und Kollegen mit 1327 Personen, die an einer Substanzgebrauchsstörung, vorwiegend Heroinabhängigkeit aber auch anderen Substanzabhängigkeiten, litten, eine bestehende Wohnungslosigkeit mit vermehrten Substanzrückfällen assoziiert (33). Insbesondere Studienergebnisse aus Nordamerika deuten darauf hin, dass wohnungslose Menschen in erster Linie Systeme der medizinische Notfallversorgung nutzen und seltener Systeme der regulären medizinischen Versorgung (23, 35). Svoboda und Kollegen berichten beispielsweise, dass wohnungslose Personen häufiger an Entgiftungstherapien, aber seltener an Langzeit-/Rehabilitationsprogrammen teilnehmen (34). Das Ziel der zweiten in diese Habilitationsschrift eingehenden Arbeit war es daher, bei Personen mit Substanzgebrauchsstörungen, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Wohnsituationen Aspekte des Nutzungsverhaltens des psychiatrischen Versorgungssystems zu untersuchen.

In der Untersuchung lag von 540 Teilnehmern bei 235 Personen (43,52%) die Diagnose einer Substanzabhängigkeit und bei 99 Personen (18,33%) die Diagnose eines schädlichen Substanzgebrauchs vor (ausschließlich Nikotin) vor (32). Da es Überschneidungen von beiden Kategorien gab wurden insgesamt 272 Personen, damit 50,4% der gesamtbefragten Personen, mit einer oder beiden Substanzgebrauchsstörungen diagnostiziert. Hinsichtlich der Substanzgruppen verteilte sich der Substanzgebrauch wie folgt: Cannabinoide bei 42,6%, Alkohol bei 31,6%, Opioide bei 21,3%, Sedativa bei 19,9%, Stimulanzien bei 14,7%, Kokain bei 13,6%, Halluzinogene bei 0,7%, Lösungsmittel bei 0,4%, multipler Substanzgebrauch bei 4,4% der Personen (32).

Es zeigte sich, dass wohnungslose Personen und Personen, die bei Freunden oder Bekannten untergekommen waren, signifikant früher in ihrem Leben eine psychiatrische und/oder suchtttherapeutische Behandlung erhalten hatten als Personen, die in eigener Wohnung lebten (32). Zudem zeigte sich, dass die Latenz zwischen dem Alter bei erstem Substanzkonsum von Alkohol und der Entgiftungsbehandlung bei wohnungslosen Personen signifikant kürzer war als bei Personen mit eigener Wohnung. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Dauer der Wohnungslosigkeit und des Zeitpunktes der ersten Entzugsbehandlung lag die erste suchtttherapeutische Behandlung im Durchschnitt vor dem Beginn der Wohnungslosigkeit (32).

Hinsichtlich der Häufigkeit von Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen zeigten sich in den

Analysen zwischen wohnungslosen Personen und Personen in eigener Wohnung keine Unterschiede (32). Anhand dieser Befunde kann diskutiert werden, ob trotz der vergleichbar hohen Nutzung stationärer Suchttherapien und der geringeren Latenz zwischen Alter bei Erstkonsum und Alter bei erster Entzugsbehandlung diese Personen häufiger in Wohnungslosigkeit geraten und demnach hinsichtlich des Krankheitsverlauf einschließlich sozialer Marginalisierung nicht ausreichend therapeutisch erreicht wurden (32). Weitere Faktoren, welche sich vermutlich erschwerend auswirken, zeigen sich in den signifikanten Gruppeunterschieden hinsichtlich der Schulbildung zwischen den Personen in stabilen gegenüber instabilen Wohnverhältnissen (in instabilen Wohnverhältnissen seltener Schulabschluss), sowie hinsichtlich der Einkommenssituation (bei instabilen Wohnverhältnissen häufiger kein eigenes Einkommen) (32). Eine besondere Gruppe scheinen die Personen zu sein, die bei Freunden und Bekannten „unterkamen“, da diese signifikant jünger waren und die längsten Behandlungsdauern aufwiesen (32). Diese Faktoren könnten als prognostisch ungünstige Faktoren gewertet werden und darauf hinweisen, dass es sich um eine mögliche Risikogruppe für andauernd schwierige Wohnverhältnisse handeln könnte.

Die Analysen zeigten weiterhin, dass komorbide Erkrankungen aus dem Psychose-Spektrum neben den diagnostizierten Substanzgebrauchsstörungen mit dem Faktor Wohnungslosigkeit signifikant assoziiert waren (32). Dies unterstreicht die klinische Bedeutung der Doppeldiagnosen Substanzgebrauchsstörung und Psychose, welche häufig mit einem ungünstigeren Verlauf einschließlich Prozessen der Marginalisierung, in diesem Fall der Wohnungslosigkeit, verbunden sind (32).

Zusammenfassend kann aus den Daten abgeleitet werden, dass Wohnungslosigkeit bei Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen mit mehreren prognostisch ungünstigen Verlaufsparemtern verbunden ist, wie ein frühes Alter bei erster psychiatrischer Behandlung und häufiger bestehenden komorbiden psychotischen Erkrankungen (32). Für die klinische Praxis kann daraus abgeleitet werden, dass bei Personen mit Substanzgebrauchsstörungen und einem frühen Behandlungsalter ein besonderes Augenmerk auf eine gesicherte Planung der sozialen Nachsorge insbesondere der Wohnform erfolgen sollte.

An dieser Stelle steht der Artikel:

Schreiter S, Fritz FD, Rossler W, Majic T, Schouler-Ocak M, Krausz MR, Bermpohl F, Gutwinski S. [Housing Situation Among People with Substance Use Disorder in a Psychiatric Centre in Berlin, Germany - A Cross-Sectional Patient Survey]. *Psychiatr Prax.* 2021 Apr;48(3):156-160. doi: 10.1055/a-1290-5091. Epub 2020 Nov 24.

<https://doi.org/10.1055/a-1290-5091>

2.2.2. Vorhandensein eines Bankkontos bei psychiatrisch erkrankten Personen in Berlin mit Bezug auf klinische und soziale Faktoren

Das Vorhandensein eines Bankkontos ist eine wichtige Voraussetzung zur Teilhabe an der Gesellschaft, da dieses für eine Vielzahl von Zugangsmöglichkeiten erforderlich ist, wie den Abschluss von Mobilfunkverträgen, den Einkauf, insbesondere im Online-Handel, oder um eine Wohnung, bzw. eine Arbeitsstelle zu bekommen. Derzeit haben etwa 1,7 Milliarden Menschen weltweit keinen Zugang zu einem Bankkonto, wobei in den meisten mit Deutschland vergleichbaren Ländern über 90% der Bevölkerung Zugang zu einem Bankkonto haben: in den Vereinigten Staaten 93%, Großbritannien 96% und Canada 100%. Die Abdeckung in Deutschland beträgt 99% und bedeutet umgekehrt trotzdem, dass 1% und damit über 700.000 Personen keinen Zugang zu einem Bankkonto haben. Eine bisherige Studie konnte dabei zeigen, dass das Vorhandensein eines Bankkontos mit einer besseren selbstberichteten Gesundheit und geringerem Stresserleben verbunden ist (38). Zudem scheint es einen Zusammenhang zu geben bezüglich erlebter Kontrolle über die eigenen Finanzen und einer damit verbesserten Lebensqualität in bestimmten Aspekten (psychological well-being) oder einem allgemeinen Gesundheitsgefühl (40, 69). Es ist daher davon auszugehen, dass die Kontrolle über Finanzen ein relevanter Faktor und Indikator für eine Teilhabe auch bei marginalisierten Personengruppen ist. Da bisher keine Untersuchung zum Vorhandensein eines Bankkontos bei Menschen mit seelischen Erkrankungen durchgeführt wurde, einschließlich bei Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen, erfolgte eine systematische Befragung von Patienten im Rahmen der WOHIN-Studie zu dem Vorhandensein eines Bankkontos, und ob Personen mit einem Bankkonto Zugang zu diesem Konto haben.

Von 540 teilnehmenden Personen machten 486 Angaben zum Vorhandensein eines Bankkontos. Von diesen gaben 49 Personen (10,1%) an, dass sie kein Bankkonto haben (31). Von 420 Personen, die ein Bankkonto hatten, gaben 36 Personen (8,6%) an, keinen Zugang zu ihrem Konto zu haben, 21 Personen (5,5%) gaben an, dass sie nicht frei über einen Bankzugang verfügen, sondern der Zugang über Betreuer, Familie oder Mitarbeiter von Einrichtungen erfolge (31).

Personen mit einem Bankkonto gegenüber Personen ohne Bankkonto waren dabei signifikant häufiger männlich, berichteten über weniger Bildungsjahre, häufiger über instabile Wohnverhältnisse, waren abhängig von Sozialleistungen und waren jünger bei der ersten psychiatrischen Behandlung im Leben (31). Zudem waren diese Personen häufiger von Substanzmissbrauch, Substanzabhängigkeit und Intelligenzminderung betroffen (31).

Personen, die kein Zugang zu einem Bankkonto hatten, berichteten gegenüber Personen mit einem Zugang zu einem Bankkonto über im Mittel weniger Bildungsjahre, häufiger über instabile Wohnverhältnisse und Abhängigkeit von Sozialleistungen (31). Zudem waren sie häufiger von Psychosen und Intelligenzminderungen betroffen, und seltener von affektiven Störungen. Gegenüber dem Vorhandensein eines Bankkontos spielten daher Geschlecht, Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit keine Rolle (31).

Die Ergebnisse weisen auf eine hohe Diskrepanz zwischen der deutschen Allgemeinbevölkerung und unserer Stichprobe hin, mit einer Abdeckung von 99% (39) gegenüber von nur 89,9% . Demnach wäre es trotz der fehlenden Kontrollgruppe denkbar, dass möglicherweise der Anteil derer, die zu den 1% in der Allgemeinbevölkerung ohne Bankkonto gehören, zu relevanten Teilen seelische Störungen aufweisen (31). Im Umkehrschluss könnte diskutiert werden, dass seelische Störungen, insbesondere Substanzgebrauchsstörungen und Intelligenzminderungen, als Risikofaktor für das Fehlen eines Bankkontos zu bewerten sind, insbesondere wenn diese Personen männlich sind, von Sozialleistungen und in instabilen Wohnverhältnissen leben. Dass unter den Personen mit Kontozugang über 12% keinen oder eingeschränkten Zugang zu dem eigenen Konto haben, weist zudem darauf hin, dass ein relevanter Anteil dieser Patienten zumindest teilweise nicht umfängliche finanzielle Freiheiten haben (31, 41).

An dieser Stelle steht der Artikel:

Schreiter S, Bempohl F, Schouler-Ocak M, Krausz MR, Rossler W, Heinz A, et al. Bank Account Ownership and Access Among In-Patients in Psychiatric Care in Berlin, Germany-A Cross-Sectional Patient Survey. *Front Psychiatry*. 2020 Jun 3;11:508. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00508. eCollection 2020.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00508>

2.3. Versorgungsmedizinische Aspekte von heroinabhängigen Patienten in opioidgestützter Substitutionstherapie

In Deutschland sind etwa 166.000 Personen an einer Heroinabhängigkeit erkrankt (3). Um mit dieser Erkrankung verbundene Folgen, wie Infektions- und Mortalitätsraten, zu reduzieren, wurden in vielen Ländern opioidgestützte Substitutionsprogramme eingeführt (15). In Deutschland werden diese seit 1988 durchgeführt und es werden derzeit etwa 80.000 opioidabhängige Personen durch eine opioidgestützte Substitutionstherapie behandelt (46, 70).

Die opioidgestützte Substitutionstherapie wird in Deutschland durch rechtliche Rahmenbedingung des Betäubungsmittelgesetzes und durch Richtlinien der Bundesärztekammer geregelt (42, 44, 46). Daher ist eine Vergleichbarkeit von versorgungsmedizinischen Aspekten bei der opioidgestützten Substitutionsbehandlung mit anderen Ländern nur eingeschränkt möglich. Durchgeführt wurde daher erstmalig in Deutschland eine systematische Befragung opioidabhängiger Personen in Substitutionstherapie für eine gesamte Region, bei der berlinweit alle 20 psychiatrischen Kliniken und 110 Substitutionspraxen kontaktiert wurden (41). Die Befragung FROST (Fragebogenuntersuchung bei opioidabhängigen Menschen in Substitutionstherapie) erfolgte von Mai bis Oktober 2011 (41). Insgesamt nahmen 47 Praxen und 10 Krankenhäuser aus 10 der 12 Berliner Bezirke teil; 29 Praxen substituierten zum Zeitpunkt der Befragung keine Patienten, 34 Substitutionspraxen lehnten eine Teilnahme ab. An der Befragung nahmen 986 Patienten (19,6%) von den 5032 Patienten, die bei der kassenärztlichen Vereinigung in Berlin registriert waren, teil (41). Eingeschlossen wurden Patienten, die sich in Substitutionsbehandlung befanden und bei denen damit die ICD-10-Kriterien einer Opioidabhängigkeit erfüllt waren. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und unentgeltlich. Es wurden demographische Angaben, Daten zum klinischen Verlauf der Abhängigkeitserkrankung, zur Frequenz der Medikationsausgabe und zu einem eventuell fortbestehenden Beikonsum erhoben. Das Alter und die Dauer der Abhängigkeit wurden zur Wahrung der Anonymität in Zeitspannen erfasst. Die subjektive Bewertung der Substitutionsbehandlung erfolgte auf einer 6-stufigen Skala (41, 47). Im Folgenden werden zwei aus der Untersuchung hervorgegangene Arbeiten vorgestellt zu den Themen migrationspezifische Aspekte in 2.3.1 (47) und Verordnung der Substitutionssubstanz im Bezug zu den Richtlinien der Bundesärztekammer in 2.3.2 (41).

In beiden Arbeiten wurden bei nominalen Variablen Gruppenunterschiede mittels Chi-Quadrat-Test und bei stetigen Variablen Unterschiede nach Prüfung auf Normalverteilung mit dem t-Test analysiert (41, 47). In der zweiten Arbeit erfolgte zudem die Adjustierung für multiples Testen mittels der

Bonferroni Methode, in der ersten Arbeit wurde aufgrund des explorativen Ansatz keine Adjustierung durchgeführt (41, 47).

2.3.1. Migrationspezifische Aspekte von opioidabhängigen Personen in Substitutionstherapie

Laut dem Mikrozensus 2013 weisen 19,5% der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund auf (71). Diese häufig als homogen dargestellte „Bevölkerungsgruppe“ umfasst allerdings diverse Migrationsgenerationen, Herkunftsländer und Bildungsstände. Bisher gibt es nur wenige Arbeiten, die suchtspezifische Aspekte bei Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland untersuchen. Haasen et al. berichtete beispielsweise, dass heroinkonsumierenden Personen mit Migrationshintergrund für den Erstkontakt mit illegalen Substanzen und für den Einstieg in einen regelmäßigen Konsum dieser Substanzen einen späteren Zeitpunkt angeben als Personen ohne Migrationshintergrund (72). Bisher bleibt zudem unklar, ob Personen mit Migrationshintergrund vom Suchthilfesystem ausreichend erreicht werden (52). Bisherige Arbeiten zu suchtspezifischen Fragestellungen bei Personen mit Migrationshintergrund beziehen sich insbesondere auf epidemiologische Aspekte von Abhängigkeitserkrankungen und das Krankheitsverständnis von Substanzgebrauchsstörungen (73). Daher wurden in der vierten der Habilitationsschrift zugrunde liegenden Arbeit heroinabhängige Personen mit opioidgestützter Substitutionstherapie mit und ohne Migrationshintergrund untersucht mit dem Fokus auf sozioökonomische Aspekte, den Gesundheitsstatus, Parameter der Abhängigkeitserkrankung und die subjektive Bewertung der Therapie (47).

Angaben zur Herkunft machten 956 von den 986 teilnehmenden Personen. Davon gaben 204 Personen (21,3%) an, einen Migrationshintergrund zu haben: Sie selbst (60,8%) oder mindestens ein Elternteil (39,2%) stammten aus einem anderen Land als Deutschland (47). Hinsichtlich der Verteilung von Geschlecht, Alter, Dauer der Opioidabhängigkeit, Anzahl der Entgiftungs- und Langzeitbehandlungen und weiterer demographischer und klinischer Parameter fand sich kein Unterschied zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund.

Personen mit Migrationshintergrund waren durchschnittlich 5,5 Jahre in Substitutionsbehandlung, und damit signifikant kürzer als Personen ohne Migrationshintergrund (7,7 Jahre; $p < 0.001$). Personen mit Migrationshintergrund äußerten zudem einen stärkeren Wunsch (3,3 [auf einer 6-stufigen Skala]), die Substitutionsbehandlung zum Zeitpunkt der Befragung beenden zu wollen, als Personen ohne Migrationshintergrund (2,7, $p < 0.001$) (47). Weiterhin gaben Personen mit Migrationshintergrund häufiger an, eine grundsätzliche zeitliche Befristung der Substitution für sinnvoll zu erachten (2,4 [auf einer 6-stufigen Skala]) als Personen ohne Migrationshintergrund (1,9 [auf einer 6-stufigen Skala]; $p = 0.004$) (47).

Der Anteil von Teilnehmer mit Migrationshintergrund von 21,3% in unserer Studie ist im Verhältnis zu ihrem Bevölkerungsanteil von 24,8% in Berlin (71, 74) etwas geringer. Dies könnte durch den Ausschluss von Teilnehmern ohne hinreichende Schriftkenntnisse der deutschen Sprache in der vorliegenden Studie und durch die vom Mikrozensus (8) abweichende Definition von „Migrationshintergrund“ bedingt sein, da Menschen der dritten Migrationsgeneration nicht als solche eingeschlossen wurden. In der Annahme, dass das Vorkommen von Suchterkrankungen bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund etwa gleich häufig ist (75), ist anhand der vorliegenden Daten nicht davon auszugehen, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin in der opioidgestützten Substitutionstherapie unterrepräsentiert sind. In eine ähnliche Richtung weisen auch die erhobenen Daten zu der Anzahl von Langzeit- und Entgiftungsbehandlungen, da sich Personen mit und ohne Migrationshintergrund auch diesbezüglich nicht voneinander unterscheiden (47).

Dass sich hinsichtlich der sozioökonomischen Parameter und mehrerer klinischer Parameter, wie Dauer der Abhängigkeit, der Anzahl von Entgiftungs- und Langzeittherapien sowie dem Vorliegen von Beikonsum anderer Substanzen, keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund zeigten, ist insofern von Bedeutung, dass mehrere frühere Veröffentlichungen soziale Parameter (wie Schulbildung, Berufsstatus, Kriminalität) als wesentliche Einflussgrößen auf Abhängigkeitserkrankungen und deren Verlauf nennen (13, 76, 77). Es ist davon auszugehen, dass die übrigen Gruppenunterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund durch (gesellschaftliche) migrationsspezifische Effekte und nicht durch konfundierende sozioökonomische Gruppenunterschiede oder Unterschiede in den Schweregraden der Abhängigkeitserkrankung zu erklären sind (47).

An dieser Stelle steht der Artikel:

Bald LK, Schouler-Ocak M, Penka S, Schoofs N, Habel T, Bempohl F, Gutwinski S. [Maintenance treatment in opioid-dependent patients with migration background]. Der Nervenarzt. 2016 May;87(5):521-7. doi: 10.1007/s00115-015-4386-6.

<https://doi.org/10.1007/s00115-015-4386-6>

2.3.2. Verordnung der Substitutionssubstanz im Bezug zu den Richtlinien der Bundesärztekammer

Die opioidgestützte Substitutionsbehandlung umfasst in Deutschland die Gabe von medizinischen, meist langwirksamen Opioiden, welche täglich in einer Substitutionspraxis eingenommen werden (41, 42, 53). Die bestehende Gesetzeslage erlaubt zudem, neben der täglichen Ausgabe, Patienten die Medikation der Substitutionsbehandlung auch für Intervalle von mehreren Tagen zu verordnen (42, 44, 78). Dies bedeutet für viele Patienten eine deutliche zeitliche Entlastung, zudem konnte in mehreren Studien gezeigt werden, dass Patienten den Konsum weiterer illegaler Substanzen, wie Kokain oder Cannabis, beenden, wenn sie die Verordnung der Medikation für mehrere Tage in Aussicht gestellt bekommen (79-86). Es konnte beispielsweise in einer Untersuchung an 300 Patienten gezeigt werden, dass Patienten innerhalb von 12 Monaten ihren Konsum illegaler Substanzen („Beikonsum“) reduzierten, wenn sie die substituierende Medikation für mehrere Tage verordnet bekommen und zusätzlich regelmäßig Urinuntersuchungen auf illegale Substanzen erfolgen (16). In den letzten Jahren ist das Verfahren der Verordnung von Substitutionsmedikamenten teilweise auch in die Kritik geraten, da es zu tödlichen Intoxikationen durch Methadon (87, 88) und Berichte über Verkauf von Methadon auf dem Schwarzmarkt (89) gekommen war.

Die Kriterien für die Auswahl von Patienten, welche die Substitutionsmedikation für mehrere Tage verordnet bekommen, werden in den Richtlinien der Bundesärztekammer definiert (die ursprüngliche Quelle der damaligen Richtlinien ist nicht mehr abrufbar (44), und ist daher den neuen Richtlinien (46) bzw. der Originalpublikation zu entnehmen (41)), und umfassen beispielsweise, dass „keine weiteren Substanzen konsumiert [werden], die zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels zu einer gesundheitlichen Gefährdung führen können“, dass eine „Einstellung auf das Substitutionsmittel“, und eine „klinische Stabilisierung“ und eine „psychosoziale Reintegration“ erreicht sind. Daher wurde bei Patienten in opioidgestützter Substitutionstherapie die Praxis der Verordnung der Substitutionsmedikation im Sinne einer Take-Home-Verordnung (im Text als Substitutmitgabe bezeichnet) hinsichtlich der Richtlinien der Bundesärztekammer untersucht (41).

Die Frequenz der Vergabe der substituierenden Medikation konnte bei 956 von 986 Patienten erhoben werden. Bei 591 Patienten (61,8%) wurde die Medikation täglich ausgegeben, bei 365 Patienten (38,2%) erfolgte eine Verordnung der Substitution für mehrere Tage (41). Einen anhaltenden Konsum von vorwiegend illegalen Substanzen („Beikonsum“) neben der Substitutionsbehandlung gaben 197 der Patienten (56,0%) mit einer Verordnung der Substitutionsmedikation für mehrere Tage an, gegenüber 388 Patienten (69,9%) mit täglicher Vergabe ($p=0,00026$) (41). Dieser Unterschied fand sich

auch für die Einzelsubstanzen Heroin ($p < 0,00001$), Kokain ($p = 0,00013$) und Benzodiazepine ($p < 0,00001$), und für einen multiplen Substanzkonsum ($p = 0,0003$) (41). Patienten mit Verordnung der Substitutionsmedikation für mehrere Tage unterschieden sich signifikant von Patienten mit täglicher Vergabe: Sie gaben häufiger eine Berufstätigkeit an ($p = 0,0005$), waren älter ($p < 0,00001$), längere Zeit heroinabhängig ($p < 0,00315$) und länger in Substitutionsbehandlung ($p < 0,00001$) (41).

Die Befunde der Studie konnten demnach zeigen, dass Patienten mit Verordnung der Substitutionsmedikation für mehrere Tage niedrigere Konsumraten von vorwiegend illegalen Substanzen aufweisen als Patienten mit täglicher Medikationseinnahme in einer Praxis (41). Die Anzahl der Patienten mit Verordnung der Substitutionsmedikation für mehrere Tage und Konsum von stark sedierenden Substanzen ist allerdings nicht unerheblich: 17 von 365 Patienten berichteten Konsum von Heroin und 53 einen multiplen Substanzkonsum (41). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass häufigere Kontrollen des Substanzkonsums, zum Beispiel durch Urinkontrollen, bei Patienten mit Verordnung der Substitutionsmedikation für mehrere Tage zu diskutieren wären (41). Dies deckt sich mit Ergebnissen anderer Studien, welche die Wirksamkeit der Verordnung der Substitutionsmedikation für mehrere Tage dann nachweisen konnten, wenn zusätzlich regelmäßige Urinkontrollen auf illegale und andere Substanzen durchgeführt wurden (81, 82, 85, 86).

Hinsichtlich der weiteren Parameter, auf die die Kriterien der Bundesärztekammer abzielen, zeigte sich, dass häufiger berufstätige Patienten für das Verfahren der Verordnung der Substitutionsmedikation für mehrere Tage ausgewählt wurden, entsprechend des Kriteriums einer fortgeschrittenen „psychosozialen Reintegration“ (41). Dass vorwiegend Patienten mit langer Substitutionsbehandlung eine Verordnung der Substitutionsmedikation für mehrere Tage erhielten spricht dafür, dass die „Einstellung auf das Substitutionsmittel“, abgeschlossen war.

Die Ergebnisse unserer Studie weisen demnach darauf hin, dass bei einem Großteil der Patienten wichtige Kriterien der Bundesärztekammer erfüllt waren, dies aber nicht für alle Patienten zutrifft und demnach insbesondere bezüglich der Häufigkeit von Urinkontrollen auf illegale und andere Substanzen bei einigen Patienten Optimierungspotential besteht (41).

An dieser Stelle steht der Artikel:

Gutwinski S, Bald LK, Heinz A, Muller CA, Schmidt AK, Wiers C, Bempohl F, Gallinat J. Take home maintenance medication in opiate dependence. Dtsch Arztebl Int. 2013 Jun;110(23-24):405-12. doi: 10.3238/arztebl.2013.0405. Epub 2013 Jun 10.

<https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0405>

3. Diskussion

Die vorliegende Habilitationsschrift umfasst fünf Arbeiten zu klinischen und sozialen Faktoren bei Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen.

Die erste Arbeit untersuchte in einer Metaanalyse die Prävalenz von seelischen Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in wohlhabenden Ländern (39 Studien, 8049 Personen) (22). Hierbei ergab sich eine gepoolte Prävalenz für das Vorkommen von seelischen Störungen in Form von Achse-I-Störungen von 76,2% (22). Die substanzbezogenen Störungen machten die häufigsten Erkrankungen aus, darunter die Substanzgebrauchsstörungen durch Alkohol mit 36,7% und die Substanzgebrauchsstörungen durch Drogen mit 21,7% (22). Die hohe Prävalenz von Substanzgebrauchsstörungen bei von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen hat vermutlich vielfältige Gründe: Anzunehmen ist zum Einem, wie in einer Studie bei US-Veteranen gezeigt, dass ein schädlicher Substanzgebrauch einen wesentlichen Risikofaktor für die Entstehung von Wohnungslosigkeit darstellt (20). Weiterhin ist von einem wechselseitigen Einfluss auszugehen, in dem Sinne, dass der Konsum psychotroper Substanzen vermutlich eine weitverbreitete Coping-Strategie bei den mit Wohnungslosigkeit verbundenen schwierigen Lebensverhältnissen ist (65, 90). Hierbei weist eine longitudinalen Erhebung von McVicar und Kollegen darauf hin, dass die häufig berichtete Assoziation zwischen Wohnungslosigkeit und Substanzgebrauch weniger durch gegenseitige kausale Beeinflussung als durch eine Gruppe von bekannten (Missbrauchserfahrungen, sozioökonomischer Status, Konsum im sozialen Umfeld etc.) und unbekanntem Einflussgrößen bedingt ist (91). Dass die Prävalenz von Substanzgebrauchsstörungen durch Alkohol in Deutschland unter wohnungslosen Menschen höher ist als in anderen Ländern, kann mehrere Ursachen haben: Erstens ermöglichen die niedrigen Preise für Alkohol in Deutschland eine leichtere Verfügbarkeit, welche in anderen Ländern eher zu dem Konsum anderer Substanzen führen, wie in der USA zum Konsum von Crack. Zweitens sind viele Bereiche der deutschen Hilfesysteme, einschließlich der Suchthilfe, abstinenzorientiert und damit höherschwellig, sodass einige Personen nicht im sozialen Hilfesystem ankommen (92, 93).

Insgesamt zeigt sich als wichtiger weiterer Befund, dass die Studien eine große Heterogenität in den Studiendesigns aufwiesen (22). Dies ist in erster Linie darin begründet, dass sich Wohnungslosigkeit als ein heterogenes Problem darstellt mit regional und national zum Teil sehr spezifischen Lösungsansätzen und demnach die Durchführung einheitlicher Forschungsdesigns schwierig ist; andererseits wäre es für zukünftige Studien hilfreich, wenn bezüglich der Definition und Dauer der Wohnungslosigkeit einheitliche Kriterien verwendet würden. Zu den Limitationen der Studie gehört, dass einige Subpopulationen in den Studien unterrepräsentiert waren, wie Personen mit Migrationshintergrund und bestehenden Sprachbarrieren (häufig explizit in den Studien

ausgeschlossen), versteckte wohnungslose Populationen (94), da diese häufig entsprechend für Studien nicht erreichbar sind, und besonders wohnungslose Frauen, deren Anteil mit 22% niedriger war, als dies in anderen Berichten angenommen wird (22, 95, 96).

Die durchgeführte Erhebung zeigt, dass trotz zum Teil auch sehr umfangreicher Hilfesysteme in wohlhabenden Ländern ein Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und der Prävalenz von substanzbezogenen Störungen besteht, woraus sich eine notwendige Optimierung der Versorgungssituation und Erreichbarkeit medizinischer Unterstützung ableiten lassen kann.

Zwei der weiteren der in diese Habilitationsschrift einfließenden Arbeiten beziehen sich auf Daten der WOHIN-Studie (31, 32). Hierbei beschäftigt sich die erste der beiden mit dem Nutzungsverhalten des psychiatrischen Versorgungssystems bei Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen unter besonderer Berücksichtigung der Wohnsituation dieser Personen (32).

In der Studie zeigt sich, dass Patienten, die in instabilen Wohnverhältnissen leben, signifikant früher eine psychiatrische und/oder suchtttherapeutische Behandlung in ihrem Leben erhielten, als Patienten, die in einer eigenen Wohnung leben. Weiterhin zeigt sich, dass die Latenz zwischen dem Alter bei erstem Alkoholkonsum und dem Alter der ersten Entgiftungsbehandlung bei Personen, die von Wohnungslosigkeit betroffen waren, signifikant kürzer war, als bei Personen, die in eigener Wohnung leben. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Dauer der Wohnungslosigkeit und des Alters bei erster Entzugsbehandlung lag die erste suchtspezifische Behandlung im Durchschnitt vor Beginn der Wohnungslosigkeit. Die genannten Befunde weisen darauf hin, dass diese Personen anscheinend nicht ausreichend vom Versorgungssystem erreicht wurden, da diese trotz einer suchtttherapeutischen Behandlung im weiteren Krankheitsverlauf wohnungslos wurden. Eine mögliche Risikogruppe scheinen zudem die Patienten zu sein, die berichteten, bei Freunden, Bekannten und der Familie unterzukommen, da diese gegenüber den anderen Gruppen deutlich jünger waren und die längsten Behandlungszeiten aufwiesen. Auch das Bestehen von Doppeldiagnosen von Substanzgebrauchsstörung und Erkrankungen aus dem Psychose-Spektrum war mit dem Faktor Wohnungslosigkeit signifikant assoziiert, was die klinische Bedeutung von Doppeldiagnosen unterstreicht hinsichtlich eines häufig ungünstigeren Krankheitsverlaufs sowie sozialer Prozesse, in diesem Fall der Wohnungslosigkeit.

Zusammenfassend legen die Ergebnisse der Studie nahe, dass der Faktor Wohnungslosigkeit bei Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen mit klinischen Verlaufsparemtern verbunden ist, die prognostisch als ungünstig beschrieben werden, wie ein junges Alter bei erster psychiatrischer Behandlung und komorbiden psychotischen Störungen (32). Dies unterstreicht die Bedeutung einer

sorgfältigen Planung der sozialen Nachsorge mit besonderem Fokus auf die Wohnform bei Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen und einem frühen Alter bei erster psychiatrischer Behandlung, beziehungsweise komorbiden psychotischen Störungen.

Die dritte in diese Habilitationsschrift einfließende Arbeit bezieht sich ebenfalls auf Daten der WOHIN-Studie mit dem Fokus auf das Vorhandensein eines Bankkontos und den Zugang zum eigenen Bankkonto bei psychiatrisch behandelten Personen (31). Hierbei zeigt sich, dass unter psychiatrischen Patienten deutlich weniger Personen einen Zugang zu einem Konto haben, als dies in der Allgemeinbevölkerung beschrieben wird: 89,9% in der untersuchten psychiatrischen Population gegenüber 99% in der Allgemeinbevölkerung (31, 39). Dies weist auf eine Benachteiligung von psychiatrischen Patienten hin, zudem stellt sich die Frage, ob die Personen in der Allgemeinbevölkerung, die zu dem 1% ohne Bankkonto gehören, häufiger psychiatrische Erkrankungen aufweisen. Dies kann nicht aus den Daten abgeleitet, sondern nur diskutiert werden und wäre daher ein wichtiges Thema für zukünftige Untersuchungen. Daneben gaben von denen, die ein Bankkonto hatten, 8,6% an, keinen Zugang zu ihrem Bankkonto zu haben, und 5,5% der Personen berichteten, dass sie nicht frei über den Bankzugang verfügen können, sondern dieser über deren Betreuer, die Familie oder Mitarbeiter von Einrichtungen erfolgt (31). Dieser Befund weist deutlich darauf hin, dass ein relevanter Anteil der Patienten nicht umfangreiche finanzielle Zugänge und Freiheiten hat. Dass sich Einschränkungen der finanziellen Freiheit als wichtige Einflussfaktoren auf seelische Erkrankungen, beziehungsweise psychologische Faktoren (psychological well-being) erweisen, konnte in einzelnen Studien dargestellt werden (36, 40) und unterstreicht die Notwendigkeit, diese Einschränkungen im klinischen Verlauf zu hinterfragen.

In der Untersuchung zeigt sich zudem, dass Patienten ohne ein Bankkonto gegenüber Patienten mit Bankkonto signifikant häufiger männlich waren, weniger Bildungsjahre angaben, sowie häufiger berichten, in instabilen Wohnverhältnisse und abhängig von Sozialleistungen zu leben (31). Zudem berichteten sie über ein jüngeres Alter bei der ersten psychiatrischen Behandlung im Leben und waren häufiger von Substanzgebrauchsstörungen betroffen (31). Daher kann für die klinische Praxis diskutiert werden, dass psychiatrische Erkrankungen, insbesondere Substanzgebrauchsstörungen, als Risikofaktor für das Fehlen eines eigenen Bankkontos bewertet werden können, insbesondere bei männlichen Patienten, die von Sozialleistungen und in instabilen Wohnsituationen leben.

Die durchgeführte WOHIN-Studie, auf die sich zwei Arbeiten dieser Habilitationsschrift beziehen, weist allerdings einige Limitationen auf: Die Daten wurden in nur einer Klinik erhoben, welche mit Wedding, Tiergarten und Moabit sicherlich teilweise sozial schwächere Stadtteile versorgt, weshalb die Daten

nicht generalisiert werden können (31, 32). Zudem erfolgte die Befragung in den Frühlings- und Sommermonaten, und eine Änderung der Wohnform der Patienten im Herbst und Winter ist nicht auszuschließen. Auch beziehen sich die Angaben auf Selbstauskünfte der Patienten. Bezüglich dieses Faktors wurden zwar zum Teil die erhobenen Daten mit der schriftlichen Dokumentation, zum Beispiel der Dokumentation der Sozialarbeiter der Klinik abgeglichen, trotzdem sind auch diese Angaben indirekt und das tatsächliche Vorhandensein eines Bankkontos konnte nicht sicher überprüft werden (31, 32). Andererseits sind falsche Angaben der Patienten unwahrscheinlich, da die meisten Patienten sehr gute Kenntnisse über ihre finanziellen Bereiche haben. Hinsichtlich der zweiten Arbeit wäre das Vorhandensein einer Kontrollgruppe aus einer vergleichbaren Stichprobe ohne psychiatrische Behandlung denkbar gewesen (31). Eine genauere Untersuchung der Unterschiede hinsichtlich des Vorhandenseins eines Bankkontos zwischen psychiatrisch behandelten Populationen und Stichproben ohne psychiatrische Erkrankungen wäre zukünftig von hohem Interesse.

In der vierten in diese Habilitationsschrift einfließenden Arbeit wurden opioidabhängige Personen mit und ohne Migrationshintergrund untersucht, welche sich in opioidgestützter Substitutionsbehandlung befanden (47). Hierbei war der Anteil von 21,3% mit Migrationshintergrund etwas niedriger gegenüber dem Bevölkerungsanteil von 24,8% in Berlin (71, 74), was vermutlich bei einigen Teilnehmern an nicht ausreichenden Schriftkenntnissen in deutscher Sprache lag und an der vom Mikrozensus (8) teilweise abweichenden Definition des Migrationshintergrunds. Davon ausgehend, dass das Vorkommen von Substanzgebrauchsstörungen bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund etwa gleich hoch ist (75), legen die Daten nahe, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin in der opioidgestützten Substitutionstherapie nicht unterrepräsentiert sind. Die erhobenen Daten zu der Anzahl von stationären Langzeit- und Entgiftungsbehandlungen weisen in eine ähnliche Richtung, da sich bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund diesbezüglich keine Unterschiede finden lassen (47). Unsere Ergebnisse weichen damit von denen anderer Untersuchungen ab, in denen gezeigt wurde, dass in Deutschland Einrichtungen der Suchthilfe von Personen mit Migrationshintergrund weniger häufig genutzt werden (72, 97-99).

In der durchgeführten Untersuchung äußerten Patienten mit Migrationshintergrund häufiger den Wunsch nach einer zeitnahen Beendigung der Substitutionsbehandlung sowie einer zeitlichen Begrenzung der Substitutionstherapie (47). Übereinstimmend damit zeigen unsere Daten auch, dass Patienten mit Migrationshintergrund eine signifikant kürzere Dauer der Substitutionsbehandlung als Patienten ohne Migrationshintergrund aufweisen (47). Dieser Befund könnte bedeuten, dass Menschen mit Migrationshintergrund ihre Abhängigkeitserkrankung tatsächlich rascher überwinden oder zumindest früher den Konsum von Substanzen beenden möchten. Das Ergebnis könnte aber auch

das von Heimann und Kollegen beschriebene Phänomen widerspiegeln, dass einige Personen mit Migrationshintergrund häufiger ihre Selbstwirksamkeit bezogen auf Substanzkonsum zu überschätzen neigen (51). Das Konzept von Abhängigkeit als Erkrankung, woraus sich eine Inanspruchnahme von Hilfe ermöglichen kann, ist in mehreren Herkunftsländern weniger verbreitet (51), wie beispielsweise in Russland und muslimischen Ländern, wo Abhängigkeit zum Teil mit ausgeprägter Stigmatisierung verbunden ist (50, 51, 72, 97).

Die dargestellten Befunde zeigen demnach, dass Personen mit Migrationshintergrund von der Substitutionsbehandlung und weitergehenden Behandlungen, wie Langzeit- und Entgiftungsbehandlungen erreicht werden, es aber Unterschiede im Krankheitsverständnis zu Personen ohne Migrationshintergrund gibt (47). Damit Personen mit Migrationshintergrund von bestehenden Angeboten der Suchthilfe noch stärker profitieren können, scheint es demnach weiterhin notwendig, Kultur- und Sprachbarrieren abzubauen und Konzepte der Abhängigkeitserkrankungen zu vermitteln (100).

In der fünften in diese Habilitationsschrift einfließenden Arbeit wurde bei Menschen in opioidgestützter Substitutionsbehandlung die Einhaltung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Take-Home-Verordnung untersucht (41). Diese Verordnung beinhaltet, dass Menschen nicht täglich die Substitutionspraxis aufsuchen müssen, sondern die Medikation für mehrere Tage verordnet bekommen können. Hierfür sollen entsprechend der Richtlinien der Bundesärztekammer besonders stabile Patienten ausgesucht werden. Es zeigte sich, dass bei einem Großteil der Patienten die wichtigen Kriterien der Bundesärztekammer erfüllt waren (41). Dies traf insbesondere zu für die Faktoren Dauer der Erkrankung und Dauer der Behandlung, sodass vorwiegend lange erkrankte und sich lange in Behandlung befindliche Patienten für die Verordnung der Medikation für mehrere Tage ausgewählt wurden. Weiterhin zeigten die erhobenen Daten, dass die für die Take-Home-Verordnung ausgewählten Personen häufiger berufstätig waren, was als Ausdruck einer psychosozialen Reintegration interpretiert werden kann. Hinsichtlich des anhaltenden Konsums von illegalen Substanzen zeigten sich zwar in Gruppe derer mit Take-Home-Verordnung signifikant niedrigere Beikonsumraten anderer Substanzen gegenüber Personen mit täglicher Medikationsvergabe, allerdings gab es auch unter den Personen mit Take-Home-Verordnung einige Personen mit Konsum stark sedierender Substanzen, einschließlich Heroinkonsum und multiplen Substanzkonsum (41). Demnach weisen unsere Daten darauf hin, dass die Kriterien der Bundesärztekammer weitestgehend erfüllt sind, es aber in Bezug auf den Substanzkonsum auch zukünftig sinnvoll ist, bei Menschen mit Take-Home-Verordnung regelmäßige Urinkontrollen auf Substanzen durchzuführen, wie bereits in internationalen Studien gezeigt (81, 82, 85, 86).

Es finden sich bezüglich der vierten und fünften dieser Habilitationsschrift zugrunde liegenden Arbeiten Limitationen (41, 47). Unter anderem beruhen die angegebenen Konsumraten von Substanzen neben der durchgeführten opioidgestützten Substitutionsbehandlung auf Selbstauskünften, die allerdings anonym erhoben wurden. Darüber hinaus nahmen nur 19,6% der in Berlin substituierten Menschen an der Befragung teil und es kann nicht ausgeschlossen werden, dass häufiger motivierte Personen an der Befragung teilnahmen. Weiterhin nahmen 47 Praxen an der Befragung teil, allerdings 34 Praxen nicht, auch hier kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Patienten in den nicht-teilnehmenden Praxen im Antwortverhalten von den teilnehmenden Praxen unterschieden.

4. Zusammenfassung

Die vorliegende Habilitationsschrift umfasst fünf Veröffentlichungen zu klinischen und sozialen Faktoren bei Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen.

Die erste in diese Habilitationsschrift einfließende Arbeit untersucht mittels Metaanalysen die Prävalenz psychischer Erkrankungen unter Wohnungslosen in wohlhabenden Ländern und zeigte dabei, dass bei mehr als zwei Drittel der Personen seelische Erkrankungen vorlagen. An erster Stelle stehen Substanzgebrauchsstörungen, gefolgt von Persönlichkeitsstörungen, depressiven Störungen und psychotischen Störungen. Die Daten unterstreichen die besondere Bedeutung von Substanzgebrauchsstörungen, die vermutlich sowohl die Wohnungslosigkeit mit verursachen können als auch eine wichtige Coping-Strategie für wohnungslosen Menschen darstellen. Die Daten legen zudem den Schluss nahe, dass die Abstinenzsicherung im Hilfesystem in einigen Bereichen zu hinterfragen ist, da dadurch eine Vielzahl von Patienten nicht erreicht werden. Die große Heterogenität der Studien unterstreicht die Notwendigkeit, zukünftig einheitlichere Definitionen zum Beispiel von Wohnungslosigkeit zu verwenden.

In der zweiten in diese Habilitationsschrift einfließenden Arbeit wurde das Nutzungsverhalten des psychiatrischen Versorgungssystems bei Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen unter besonderer Berücksichtigung der Wohnsituation dieser Personen untersucht. Es zeigt sich, dass Personen mit Substanzgebrauchsstörungen, die in instabilen Wohnsituationen leben (Wohnungslosigkeit oder bei Freunden, Bekannten oder Familie untergekommen), signifikant früher in ihrem Leben psychiatrische und suchttherapeutische Behandlung erhalten hatten als Personen, die in eigener Wohnung leben. Auch sind komorbide Erkrankungen aus dem Psychose-Spektrum neben diagnostizierten Substanzgebrauchsstörungen mit dem Faktor Wohnungslosigkeit signifikant assoziiert. Die Befunde der Studie unterstreichen die Bedeutung einer sicheren sozialen Nachsorgeplanung mit besonderem Fokus auf die Wohnsituation bei Personen mit Substanzgebrauchsstörungen und einem frühen Alter bei erster psychiatrischer Behandlung, sowie bei komorbiden psychotischen Störungen.

Die dritte in diese Habilitationsschrift einfließende Arbeit untersucht das Vorhandensein von und den Zugang zu einem eigenen Bankkonto bei psychiatrischen Patienten. Die Befunde zeigen, dass psychiatrische Patienten häufiger kein eigenes Bankkonto oder den Zugang dazu haben. Dies betrifft besonders männliche Personen mit Substanzgebrauchsstörungen, mit weniger Bildungsjahren, in instabilen Wohnverhältnissen und abhängig von Sozialleistungen lebend. Dies steht im Kontrast zu einer sehr guten Verfügbarkeit eines Kontozugangs der deutschen Allgemeinbevölkerung. Die Befunde

sind von besonderer Bedeutung, da ein Bankkonto ein wichtiges Element für die Teilhabe an der Gesellschaft ist, beispielsweise zum Abschluss von Miet- oder Arbeitsverträgen, welche wiederum wichtig für die klinische Reintegration insbesondere von marginalisierten Patientengruppen sind.

Die vierte Arbeit untersucht Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in opioidgestützter Substitutionsbehandlung und zeigt, dass sich Menschen mit Migrationshintergrund etwa entsprechend ihres Bevölkerungsanteils in Substitutionsbehandlung befinden und demnach nicht unterrepräsentiert sind, und auch genauso häufig wie Menschen ohne Migrationshintergrund Entgiftungs- und Langzeitbehandlungen in Anspruch nehmen. Damit weichen unsere Ergebnisse von anderen Untersuchungen ab, welche zeigen, dass Personen mit Migrationshintergrund Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland weniger häufig nutzen. In der Bewertung der Substitutionsbehandlung und der Dauer der Behandlung berichten Menschen mit Migrationshintergrund häufiger den Wunsch, die Behandlung zu beenden und zeigen zudem kürzere Behandlungszeiten. Beide Faktoren sind vermutlich bedingt durch ein anderes Krankheitsverständnis bei Personen mit Migrationshintergrund in der Bewertung von Suchterkrankungen, welche häufiger als stigmatisierend erlebt werden, andererseits auch dadurch, dass eigene Ressourcen überschätzt werden können.

Die fünfte Arbeit untersucht, ob die Richtlinien der Bundesärztekammer bei Menschen in opioidgestützter Substitutionsbehandlung mit Take-Home-Verordnung erfüllt sind. Hierbei zeigt sich, dass die wichtigen Kriterien bei den meisten Personen erfüllt sind, wie bereits lange bestehende Substitutionsbehandlung, als Ausdruck einer stabilen medizinischen Einstellung, oder Berufstätigkeit, als Ausdruck einer psychosozialen Reintegration. Hinsichtlich des Konsums weiterer Substanzen zeigte sich, dass auch hier der Großteil der Personen mit Take-Home-Verordnung den Kriterien der Bundesärztekammer entsprach, es aber einzelne Personen mit anhaltendem Konsum stark sedierender Substanzen oder multiplem Substanzkonsum gab, was auf die Notwendigkeit von Urinkontrollen auch bei Personen mit Take-Home-Verordnung hinweist.

5. Literatur

1. WHO. World Health Organization. Global status report on alcohol and health.2018: [https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/germany.pdf [zuletzt geöffnet Dezember 2021].
2. UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime - World Drug Report 2020 - (United Nations publication)2020:[https://wdr.unodc.org/wdr2020/] [zuletzt geöffnet Dezember 2021].
3. Kraus L, Seitz NN, Schulte B, Cremer-Schaeffer P, Braun B, Verthein U, et al. Estimation of the Number of People With Opioid Addiction in Germany. *Deutsches Arzteblatt international*. 2019;116(9):137-43.
4. Gutwinski S, Kienast T, Lindenmeyer J, Löb M, Löber S, Heinz A. Alkoholabhängigkeit - Ein Leitfaden zur Gruppentherapie. *Batra A, Hohagen F, editors. Stuttgart: Kohlhammer; 2016.*
5. Charlet K, Heinz A. Harm reduction-a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms. *Addiction biology*. 2016; 19 (3): 439-451.
6. Heinz AJ, Beck A, Meyer-Lindenberg A, Sterzer P, Heinz A. Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nature reviews Neuroscience*. 2011;12(7):400-13.
7. Hjern A, Lindblad F, Vinnerljung B. Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. *Lancet*. 2002;360(9331):443-8.
8. Elovainio M, Hakulinen C, Pulkki-Raback L, Virtanen M, Josefsson K, Jokela M, et al. Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. *The Lancet Public health*. 2017;2(6):e260-e6.
9. Lee GA, Forsythe M. Is alcohol more dangerous than heroin? The physical, social and financial costs of alcohol. *International emergency nursing*. 2011;19(3):141-5.
10. Nikoo M, Gadermann A, To MJ, Krausz M, Hwang SW, Palepu A. Incidence and Associated Risk Factors of Traumatic Brain Injury in a Cohort of Homeless and Vulnerably Housed Adults in 3 Canadian Cities. *The Journal of head trauma rehabilitation*. 2016; 32(4): E19-E26.
11. Saddichha S, Linden I, Krausz MR. Physical and Mental Health Issues among Homeless Youth in British Columbia, Canada: Are they Different from Older Homeless Adults? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 2014;23(3):200-6.
12. Saddichha S, Torchalla I, Krausz MR. Gender differences in early trauma and high-risk behaviors among street-entrenched youth in British Columbia. *International journal of adolescent medicine and health*. 2014;26(4):489-93.
13. Metzger DS, Woody GE, McLellan AT, O'Brien CP, Druley P, Navaline H, et al. Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 1993;6(9):1049-56.
14. Gronbladh L, Ohlund LS, Gunne LM. Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1990;82(3):223-7.
15. Ward J, Hall W, Mattick RP. Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*. 1999;353(9148):221-6.
16. Doll R, Peto R, Hall E, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 1994;309(6959):911-8.
17. Green H, James RA, Gilbert JD, Harpas P, Byard RW. Methadone maintenance programs--a two-edged sword? *The American journal of forensic medicine and pathology*. 2000;21(4):359-61.
18. Effective medical treatment of opiate addiction. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 1998;280(22):1936-43.
19. Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M, Leucht S, Rossler W, Schouler-Ocak M, et al. The Prevalence of Mental Illness in Homeless People in Germany. *Deutsches Arzteblatt international*. 2017;114(40):665-72.

20. Tsai J, Rosenheck RA. Risk factors for homelessness among US veterans. *Epidemiologic reviews*. 2015;37:177-95.
21. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*. 2008;5(12):e225.
22. Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*. 2021;18(8):e1003750.
23. Hwang SW, Chambers C, Chiu S, Katic M, Kiss A, Redelmeier DA, et al. A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. *American journal of public health*. 2013;103 Suppl 2:S294-301.
24. Hwang SW, Weaver J, Aubry T, Hoch JS. Hospital costs and length of stay among homeless patients admitted to medical, surgical, and psychiatric services. *Medical care*. 2011;49(4):350-4.
25. McCormick B, White J. Hospital care and costs for homeless people. *Clin Med (Lond)*. 2016;16(6):506-10.
26. Salit SA, Kuhn EM, Hartz AJ, Vu JM, Mosso AL. Hospitalization costs associated with homelessness in New York City. *The New England journal of medicine*. 1998;338(24):1734-40.
27. Hwang SW. Homelessness and health. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2001;164(2):229-33.
28. Meller I, Fichter M, Quadflieg N, Koniarczyk M, Greifenhagen A, Wolz J. [Utilization of medical and psychosocial services by mentally ill homeless persons. Results of an epidemiological study]. *Der Nervenarzt*. 2000;71(7):543-51.
29. Dufeu P, Podschus J, Schmidt LG. [Alcohol dependence in homeless men. Incidence, development and determinants]. *Der Nervenarzt*. 1996;67(11):930-4.
30. Salize HJ, Horst A, Dillmann-Lange C, Killmann U, Stern G, Wolf I, et al. Needs for mental health care and service provision in single homeless people. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2001;36(4):207-16.
31. Schreiter S, Bermpohl F, Schouler-Ocak M, Krausz MR, Rossler W, Heinz A, et al. Bank Account Ownership and Access Among In-Patients in Psychiatric Care in Berlin, Germany-A Cross-Sectional Patient Survey. *Frontiers in psychiatry*. 2020;11:508.
32. Schreiter S, Fritz FD, Rossler W, Majic T, Schouler-Ocak M, Krausz MR, et al. [Housing Situation Among People with Substance Use Disorder in a Psychiatric Centre in Berlin, Germany - A Cross-Sectional Patient Survey]. *Psychiatrische Praxis*. 2020.
33. Shah NG, Galai N, Celentano DD, Vlahov D, Strathdee SA. Longitudinal predictors of injection cessation and subsequent relapse among a cohort of injection drug users in Baltimore, MD, 1988-2000. *Drug and alcohol dependence*. 2006;83(2):147-56.
34. Svoboda T. Predictors of frequent withdrawal management unit use among chronically homeless, homeless, and housed men: a retrospective cohort study. *The American journal on addictions*. 2013;22(3):226-32.
35. Richman A, Neumann B. Breaking the 'detox-loop' for alcoholics with social detoxification. *Drug and alcohol dependence*. 1984;13(1):65-73.
36. Jenkins R, Fitch C, Hurlston M, Walker F. Recession, debt and mental health: challenges and solutions. *Mental health in family medicine*. 2009;6(2):85-90.
37. Schreiter S, Heidrich S, Heinz A, Rossler W, Krausz RM, Schouler-Ocak M, et al. [Debts, loans and unpaid bills among day patients and inpatients in psychiatric care in Berlin, Germany]. *Der Nervenarzt*. 2020;92(11):1172-8.
38. Aguila E, Angrisani M, Blanco LR. Ownership of a bank account and health of older Hispanics. *Economics letters*. 2016;144:41-4.
39. Demirgüç-Kunt A, Klapper L, Singer D, Ansar S, Hess J. *The Global Findex Database 2017 - Measuring Financial Inclusion and the Fintech Revolution*. Washington, DC, USA: World Bank Publications, The World Bank Group; 2018.
40. Taylor M, Jenkins S, Sacker A. Financial capability, income and psychological wellbeing: Institute for Social and Economic Research; 2011; 32(5): 710-723.

41. Gutwinski S, Bald LK, Heinz A, Muller CA, Schmidt AK, Wiers C, et al. Take home maintenance medication in opiate dependence. *Deutsches Arzteblatt international*. 2013;110(23-24):405-12.
42. Scherbaum N. Die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. *Der Nervenarzt*. 2007;78(1):103-9.
43. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Methadone Maintenance Guideline. 2005. DOI: 10.13140/2.1.4346.
44. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf. [letzter Zugang Januar 2016; Homepage aktuell nicht mehr erreichbar].
45. Schoofs N, Riemer T, Bald LK, Heinz A, Gallinat J, Bempohl F, et al. [Methadone and levomethadone - dosage and side effects]. *Psychiatrische Praxis*. 2014;41(2):82-7.
46. <https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/substitutionstherapie/>. [zuletzt geöffnet Dezember 2021].
47. Bald LK, Schouler-Ocak M, Penka S, Schoofs N, Habel T, Bempohl F, et al. [Maintenance treatment in opioid-dependent patients with migration background]. *Der Nervenarzt*. 2016;87(5):521-7.
48. Dill H, Frick U, Höfer R, Klöver B, Straus F. Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2002.
49. Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Harter M. [Mental disorders in people with migration background compared with German general population]. *Psychiatrische Praxis*. 2010;37(5):225-32.
50. Penka S, Krieg S, Hunner C, Heinz A. Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen Bedeutung für Prävention und Behandlungsangebote. *Der Nervenarzt*. 2003;74(7):581-6.
51. Heimann H, Penka S, Heinz A, Schouler-Ocak M. Explanatory models of addictive behaviour among native German, Russian-German, and Turkish youth. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2008;23 Suppl 1:36-42.
52. Penka S. Zugangsbarrieren von Personen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem-Konsequenzen für die Praxis. In: Koch E, Mueller MJ, Schouler-Ocak M, editors. *Sucht und Migration*. Freiburg: Lambertus Verlag; 2013. p. 27-46.
53. Ascheraden C, Kunstmann W, Scherbaum N. Substitutionsbehandlung: Ohne Reformen kein ärztlicher Nachwuchs. *Dtsch Arztebl* 2013;110(25):A 1243-4.
54. Vazquez C, Munoz M, Sanz J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1997;95(6):523-30.
55. Herrman H, McGorry P, Bennett P, van Riel R, Singh B. Prevalence of severe mental disorders in disaffiliated and homeless people in inner Melbourne. *The American journal of psychiatry*. 1989;146(9):1179-84.
56. Nielsen SF, Hjorthoj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet*. 2011;377(9784):2205-14.
57. Koegel P, Burnam MA, Farr RK. The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Archives of general psychiatry*. 1988;45(12):1085-92.
58. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. *Jama*. 2000;283(15):2008-12.
59. World Bank Country and Lending Groups [Internet]. The World Bank Group. 2020 [cited 2020 Sep 11]. Available from: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>. [zuletzt geöffnet Dezember 2021].
60. Calcagno V, de Mazancourt C. glmulti: an R package for easy automated model selection with (generalized) linear models. *J Stat Softw*. 2010; 34(12), 1–29. <https://doi.org/10.18637/jss.v034.i12>.
61. Van Buuren S, Groothuis-Oudshoorn K. mice: multivariate imputation by chained equations in R. *J Stat Softw*. 2011; 45(3), 1–67. <https://doi.org/10.18637/jss.v045.i03>.

62. Viechtbauer W. Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *J Stat Softw.* 2010, 36(3), 1–48. <https://doi.org/10.18637/jss.v036.i03>.
63. Barendregt JJ, Doi SA, Lee YY, Norman RE, Vos T. Meta-analysis of prevalence. *Journal of epidemiology and community health.* 2013;67(11):974-8.
64. Anderson-Sprecher R. Model Comparisons and R^2 . *Am Stat.* 1994;48(2):113-7.
65. Collins SE, Grazioli VS, Torres NI, Taylor EM, Jones CB, Hoffman GE, et al. Qualitatively and quantitatively evaluating harm-reduction goal setting among chronically homeless individuals with alcohol dependence. *Addictive behaviors.* 2015;45:184-90.
66. Aubry T, Duhoux A, Klodawsky F, Ecker J, Hay E. A Longitudinal Study of Predictors of Housing Stability, Housing Quality, and Mental Health Functioning Among Single Homeless Individuals Staying in Emergency Shelters. *American journal of community psychology.* 2016;58(1-2):123-35.
67. North CS, Pollio DE, Smith EM, Spitznagel EL. Correlates of early onset and chronicity of homelessness in a large urban homeless population. *The Journal of nervous and mental disease.* 1998;186(7):393-400.
68. Schreiter S, Heidrich S, Zulauf J, Saathoff U, Bruckner A, Majic T, et al. Housing situation and healthcare for patients in a psychiatric centre in Berlin, Germany: a cross-sectional patient survey. *BMJ open.* 2019;9(12):e032576.
69. Gyasi R, Adam A, Phillips D. Financial Inclusion, Health-Seeking Behavior, and Health Outcomes Among Older Adults in Ghana. *Res Aging.* 2019;41(8):1-27.
70. BfArM. Bericht zum Substitutionsregister 2014, BfArM, Bundesopiumstelle / 84.1 / 10.02.20142014:[http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht.pdf?__blob=publicationFile&v=6]. [zuletzt geöffnet Dezember 2021].
71. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Einbürgerungen. 2013. Wiesbaden; [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Einbuergungen2010210127004.pdf?__blob=publicationFile]. [zuletzt geöffnet Dezember 2021].
72. Haasen C, Toprak MA, Yagdiran O, Kleinemeier E. Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. *Suchttherapie.* 2001;2:161-6.
73. Koch E, Müller MJ, Schouler-Ocak M. Sucht und Migration. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag; 2013.
74. Amt-für-Statistik-Berlin-Brandenburg. Pressemitteilung: Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2011 im Land Berlin2012:[<https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/pms/2012/12-09-19b.pdf>]. [zuletzt geöffnet Dezember 2021].
75. Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A. [Mental health care for migrants]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie.* 2008;58(3-4):123-9.
76. McLellan AT. Patient characteristics associated with outcome. In: Cooper JR, Altman F, Brown BS, Czechowicz D, editors. *Research on the Treatment of Narcotic Addiction – state of the art*, NIDA Research Monograph. Rockville, MD: US Government Printing Office; 1983. p. 500-29.
77. Iguchi MY, Stitzer ML. Predictors of opiate drug abuse during a 90-day methadone detoxification. *The American journal of drug and alcohol abuse.* 1991;17(3):279-94.
78. Ullmann R. Substitutionsbehandlung heroïnabhängiger: Behandlung wird wieder kriminalisiert. *Dtsch Arztebl.* 2009;106(18):874-6.
79. Milby JB. Methadone maintenance to abstinence. How many make it? *The Journal of nervous and mental disease.* 1988;176(7):409-22.
80. Ritter A, Di Natale R. The relationship between take-away methadone policies and methadone diversion. *Drug and alcohol review.* 2005;24(4):347-52.
81. Gerra G, Saenz E, Busse A, Maremmani I, Ciccocioppo R, Zaimovic A, et al. Supervised daily consumption, contingent take-home incentive and non-contingent take-home in methadone maintenance. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry.* 2011;35(2):483-9.
82. Kidorf M, Stitzer ML, Brooner RK, Goldberg J. Contingent methadone take-home doses reinforce adjunct therapy attendance of methadone maintenance patients. *Drug and alcohol dependence.* 1994;36(3):221-6.

83. Rhoades HM, Creson D, Elk R, Schmitz J, Grabowski J. Retention, HIV risk, and illicit drug use during treatment: methadone dose and visit frequency. *American journal of public health.* 1998;88(1):34-9.
84. Stitzer ML, Iguchi MY, Felch LJ. Contingent take-home incentive: effects on drug use of methadone maintenance patients. *Journal of consulting and clinical psychology.* 1992;60(6):927-34.
85. Chutuape MA, Silverman K, Stitzer ML. Use of methadone take-home contingencies with persistent opiate and cocaine abusers. *Journal of substance abuse treatment.* 1999;16(1):23-30.
86. Chutuape MA, Silverman K, Stitzer ML. Effects of urine testing frequency on outcome in a methadone take-home contingency program. *Drug and alcohol dependence.* 2001;62(1):69-76.
87. Palmiere C, Staub C, La Harpe R, Mangin P. Parental substance abuse and accidental death in children. *Journal of forensic sciences.* 2010;55(3):819-21.
88. Glatstein M, Finkelstein Y, Scolnik D. Accidental methadone ingestion in an infant: case report and review of the literature. *Pediatric emergency care.* 2009;25(2):109-11.
89. Heinemann A, Iwersen-Bergmann S, Stein S, Schmoldt A, Puschel K. Methadone-related fatalities in Hamburg 1990-1999: implications for quality standards in maintenance treatment? *Forensic science international.* 2000;113(1-3):449-55.
90. Khantzian EJ. Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions. Similarities and differences. *Recent developments in alcoholism : an official publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism.* 1990;8:255-71.
91. McVicar D, Moschion J, van Ours JC. From substance use to homelessness or vice versa? *Soc Sci Med.* 2015;136-137:89-98.
92. Krausz R, V S, C S. Obdachlos, mittellos, hoffnungslos – Substanzkonsum, psychische Erkrankungen und Wohnungslosigkeit: ein Forschungsbericht aus den USA und Kanada. *Suchttherapie.* 2016;17(3):131-6.
93. Goering PN, Streiner DL, Adair C, Aubry T, Barker J, Distasio J, et al. The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ open.* 2011;1(2):e000323.
94. Agans R, Jefferson M, Bowling J, Zeng D, Yang J, Silverbush M. Enumerating the Hidden Homeless: Strategies to Estimate the Homeless Gone Missing From a Point-in-Time Count. *J Off Stat.* 2014;30(2):215-19.
95. Statistikbericht 2017. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2017 [cited 2020 Jul 18]. Available from: https://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/index.html. [zuletzt geöffnet Dezember 2021].
96. Henry M, Mahathey A, Morrill T, Robinson A, Shivji A, Watt R. The 2018 Annual Homeless Assessment Report (AHAR) to Congress - Part 1: Point-In-Time Estimates of Homelessness 2018. <https://www.wpr.org/sites/default/files/2018-ahar-part-1-compressed.pdf> [zuletzt geöffnet Dezember 2021].
97. Schu M, Martin M, Czycholl D. Zugänge finden, Türen öffnen: transkulturelle Suchthilfe - Praktische Erfahrungen aus dem Modellprogramm transVer2013:[http://www.transversucht.de/fileadmin/transver/downloads/Handreichung_transVer.pdf]. [zuletzt geöffnet Dezember 2021].
98. Haasen C, Yagdiran O, Toprak MA. Negative outcome factors for addicted migrants. *European addiction research.* 2001;7(4):202-4.
99. Bermejo I, Frank F, Maier I, Holzel LP. [Health care utilisation of migrants with mental disorders compared with Germans]. *Psychiatrische Praxis.* 2012;39(2):64-70.
100. Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U. Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen. *Bundesgesundheitsblatt* 2012. 2012;55:1168–75.

Danksagung

Danken möchte ich zunächst allen Patient:innen und Proband:innen, die an den von mir durchgeführten Studien teilgenommen haben und mir Ihr Vertrauen gegeben haben die Studien durchzuführen!

Mein Dank gilt meiner Familie, die mich stets von ganzem Herzen, und mit Ideen und Zuspruch unterstützt hat!

Mein Dank gilt Felix Bempohl für seine langjährige Unterstützung mit vielfältigen Impulsen, Zuspruch und Austausch.

Mein Dank gilt Andreas Heinz für seine Impulse, den Austausch und die langjährige Unterstützung.

Mein Dank gilt Meryam Schouler-Ocak für die vielfältig positive Zusammenarbeit.

Danken möchte ich Tomislav Majic für die gemeinsame Zusammenarbeit über die vielen Jahre, die ansteckende Neugier und die freundschaftlichen Ratschläge.

Danke möchte ich Stefanie Schreiter, Jonathan Henssler, Lasse Brandt und Heiner Stuke für die vielen gemeinsamen und hoffentlich noch vielen zukünftigen Projekte!

Danken möchte ich Reinhard Schäfer und Richard Leppert für wegweisende Gespräche.

Danken möchte ich Till Drescher, Florian Reutter und Tobias Becher für Ihre Gedanken und Zuspruch.

Danken möchte ich den Mitarbeiter*innen der Tagesklinik und der Psychiatrischen Institutsambulanz für die sehr positive Zusammenarbeit.

Erklärung

§ 4 Abs. 3 (k) der HabOMed der Charité

Hiermit erkläre ich, dass

- weder früher noch gleichzeitig ein Habilitationsverfahren durchgeführt oder angemeldet wurde,
- die vorgelegte Habilitationsschrift ohne fremde Hilfe verfasst, die beschriebenen Ergebnisse selbst gewonnen sowie die verwendeten Hilfsmittel, die Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern/Wissenschaftlerinnen und mit technischen Hilfskräften sowie die verwendete Literatur vollständig in der Habilitationsschrift angegeben wurden,
- mir die geltende Habilitationsordnung bekannt ist.

Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

08.09.2021

Datum

Stefan Gutwinski

Unterschrift