

Aus dem CharitéCentrum für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Professor Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

Habilitationsschrift

Der Einfluss von sozialen Faktoren und Armutsbedingungen wie Wohnungslosigkeit auf psychische Erkrankungen und ihre Behandlung

zur Erlangung der Lehrbefähigung

für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie

vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Dr. med. Stefanie Schreiter



Eingereicht: Januar 2024

Dekan: Prof. Dr. Joachim Spranger

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
1. Einleitung	4
1.1. Herleitung der Bedeutung des Themas	4
1.2. Einbettung der eigenen Arbeiten.....	11
2. Eigene Arbeiten	18
2.1. Wohnsituation und Gesundheitsversorgung von Patient*innen in einer psychiatrischen Klinik in Berlin, Deutschland – Eine querschnittliche Patient*innenbefragung	18
2.2. Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen unter Nutzer*innen teilstationärer und stationärer psychiatrischer Behandlung in Berlin.....	31
2.3. Die Prävalenz von problematischem Spielen und Spielsucht unter wohnungslosen Menschen: Ein systematisches Review und Metaanalyse.....	40
2.4. Nutzung digitaler Technologien unter Nutzer*innen psychiatrisch-stationärer Versorgung in Berlin, Deutschland: Eine Querschnittsbefragung.....	58
2.5. Wohnzufriedenheit von psychiatrischen Patient*innen in verschiedenen Wohnformen: Eine querschnittliche Studie in Berlin, Deutschland.....	68
3. Diskussion	78
3.1. Darstellung der Kernergebnisse und Einordnung in Forschungsfelder	78
3.2. Diskussion der Ergebnisse und Limitationen	81
3.3. Ausblick	96
4. Zusammenfassung	99
5. Literatur	101
Danksagung	109
Erklärung	110

Abkürzungsverzeichnis

UN	United Nations (Vereinte Nationen)
OR	Odds Ratio
KI	Konfidenzintervall
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Classification of Disease
E-Health	Electronic Health: auf elektronischer Datenverarbeitung basierende Gesundheitsleistungen oder -anwendungen oder Gesundheitstelematik
MHealth	Mobile Health: Unterstützung von medizinischen Verfahren und Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge durch Geräte wie Smartphones, Tablets oder persönliche digitale Assistenten (PDA) sowie durch Lifestyle- und Gesundheitsapplikationen
WOHIN-Studie	Wohnungsnot bei Menschen mit seelischen Erkrankungen
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
I^2	Heterogenitätsmaß (misst den Anteil der Gesamtstreuung, der auf systematischen Unterschieden zwischen den Studien basiert und nicht durch Zufall entstanden ist)
ePA	elektronische Patientenakte
eRezept	elektronisches Rezept
eAU	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

1. Einleitung

1.1. Herleitung der Bedeutung des Themas

Studien zur „*Global Burden of Disease*“ schätzen, dass, 2019 12,5 % der Weltbevölkerung von psychischen Erkrankungen, Behinderungen und Krisen betroffen waren (1). Insbesondere Menschen, die in Armut¹ leben, sind ungleich stärker betroffen (2). Nach Zahlen der Universität der *United Nations (UN)* ist es durch die Covid-19-Pandemie wahrscheinlich, dass globale Armutszahlen seit 1990 erstmals wieder ansteigen und das Ziel der UN Armut bis 2030 zu beenden gefährdet (3).

Eine Subgruppe, die von Armutsbedingungen in einkommensstarken Ländern² besonders betroffen ist, stellen wohnungslose Menschen dar. Dabei sind ca. 1,9 Millionen Menschen weltweit von Wohnungslosigkeit³ betroffen mit einer steigenden Prävalenz in einkommensstarken Ländern wie den USA, Großbritannien und Deutschland (4,5). Ganze Stadtteile, beispielsweise in Los Angeles (USA) und Vancouver (Kanada), beherbergen tausende wohnungslose Menschen, was in Vancouver zur Erklärung eines „*Public Health Emergency*“ geführt hat (6). In Los Angeles leben aktuell ca. 60-70.000 Menschen in Zelten auf der Straße (7). In Deutschland lag bisher keine statistische Erfassung von Zahlen bezüglich wohnungsloser Menschen vor. Seit mehreren Jahren erfolgt eine Schätzung der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., deren letztes Schätzmodell einen Anstieg der Jahresgesamtzahl wohnungsloser Menschen (exklusive anerkannter geflüchteter Menschen) von 8 % von 2018 (237.000 Menschen) zum Jahr 2020 (256.000 Menschen) annimmt (4). Unter Einbeziehung wohnungsloser, anerkannter geflüchteter Menschen in Gemeinschaftsunterkünften oder dezentraler Unterbringung mit 161.000 Personen machte die Jahresgesamtzahl aller wohnungslosen Menschen in Deutschland 2020 417.000 Personen aus (4). Ein Gesetz zur Einführung einer Wohnungslosenberichterstattung (WoBerichtsG) wurde 2020 verabschiedet; eine erste Stichtagserhebung Januar 2022 erbrachte eine Zahl von rund 178.000 Personen, die zu diesem Zeitpunkt durch

¹ Die *United Nations (UN)* definieren Armut als „*einen Zustand, der charakterisiert ist durch eine extreme Deprivation menschlicher Grundbedürfnisse, wie Nahrung, sicheres Trinkwasser, Zugang zu Hygieneeinrichtungen, Gesundheit, Obdach, Bildung und Information und ist dabei nicht nur vom Einkommen abhängig, sondern auch vom Zugang zu sozialen Leistungsangeboten.*“ (131) (Übersetzung durch die Autorin)

² *High Income Countries*; basierend auf der Klassifikation der Welt Bank

³ Definitionen von Wohnungslosigkeit sind mitunter uneinheitlich. Eine inzwischen wissenschaftlich etablierte Europäische Typologie von Wohnungslosigkeit und Wohnexklusion unterteilt vier Kategorien: Obdachlosigkeit (*Rooflessness*), Wohnungslosigkeit (*Houselessness*), unsichere (*Insecure Housing*) und inadäquate Wohnverhältnisse (*Inadequate Housing*) (ETHOS, *European Typology of Homelessness and Housing Exclusion*)

Gemeinden und Kommunen aufgrund von Wohnungslosigkeit z.B. in Obdachlosenheimen untergebracht waren (8).

Global stellt Wohnungslosigkeit weiterhin eines der größten allgemeinen Gesundheitsrisiken dar mit negativem Einfluss auf die Mortalität, Morbidität und soziale Integration sowie Lebensqualität (9). In einem 2020 erschienenen systematischen Review und Metaanalyse zu Morbidität und Mortalität unter Menschen in Wohnungslosigkeit sowie in Haft, Sex Arbeiter*innen und Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen ergab sich eine deutlich erhöhte Sterblichkeit im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung: bei Männern um das 7,9-fache, bei Frauen um das 11,9-fache erhöht (10). Wohnungslose Menschen machten dabei 27 % der Gesamtstichprobe aus. Dabei weisen wohnungslose Menschen deutlich erhöhte Raten körperlicher Erkrankungen auf, allen voran Infektionserkrankungen, kardiovaskuläre (17,0-37,2 %) und muskuloskelettale Erkrankungen und Schmerzsyndrome (≥ 20 %) sowie Lungenerkrankungen (7-24 %) (11). In einer dänischen Bevölkerungsquerschnittsstudie erhöhte das Vorliegen einer Komorbidität mit einer psychischen Erkrankung die Sterblichkeit um 70 % bei wohnungslosen Menschen (12).

Menschen in Wohnungslosigkeit weisen deutlich erhöhte Raten psychischer Erkrankungen auf: In unserer Metaanalyse (13) von Studien zu Prävalenzen psychischer Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen in einkommensstarken Ländern, die wir in Kooperation mit Kolleg*innen der *University of Oxford* durchgeführt haben, wurden 39 Publikationen mit 8.049 Teilnehmenden eingeschlossen. Hierbei lag die Rate einer aktuell vorliegenden behandlungsbedürftigen psychischen Störung bei 76,2 %⁴ (13). Die häufigsten psychischen Erkrankungen waren dabei die Alkoholgebrauchsstörungen mit 37,7 %, Drogengebrauchsstörungen mit 21,7 %, sowie Erkrankungen aus dem schizophrener Formkreis mit 12,4 % und schweren Depressionen mit 12,6 % (13).

Hinsichtlich Suizidalität zeigte ein systematisches Review und Metaanalyse von 20 Primärstudien, das 27.497 wohnungslose Personen inkludierte, eine Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen von 28,80 % (95 %-Konfidenzintervall (KI) 21,66–37,18) sowie eine Punktprävalenz von aktuell vorliegenden Suizidideationen von 17,83 % (95 %-KI 10,73–28,14) und somit deutlich erhöhte Raten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (14).

⁴ Ausgeschlossen waren hierbei Persönlichkeitsstörungen und Nikotinbezogene Störungen

Weiterhin beschreiben Studien eine deutlich verminderte soziale Integration und Teilhabe (*Community Integration*) von wohnungslosen Menschen, deren Gründe vielfältig sind und in Aspekten von Stigmatisierung und Armut, psychischen Krisen sowie Abkoppelung von sozialen Beziehungen wie Freunde und Familie liegen (15). Dabei verstehen Wong and Solomon (16) unter *Community Integration* Aspekte der physischen Integration (definiert als Präsenz in öffentlichen Räumen), der sozialen Integration (Vorhandensein sozialer Beziehungen in der Gemeinde) und psychologischen Integration (einem Erleben von Zugehörigkeit und Integration in der Gemeinde), die als wesentliche Determinanten psychischer Gesundheit bedeutsam sind (17). In einer longitudinalen Multilevel-Analyse an über 4.400 Teilnehmenden über einen Zeitraum von 7 Jahren zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen Armutsbedingungen in der Nachbarschaft⁵ und einer schlechteren psychischen Gesundheit⁶, kontrolliert für individuelle sozioökonomische Faktoren, wobei sich ein protektiver Effekt von den Faktoren Solidarität und sozialer Kohäsion⁷ zeigte (18). Auf politischer Ebene wurden die Rechte auf gesellschaftliche Teilhabe in der UN-Behindertenrechtskonvention (19) verankert, welche in Deutschland in Form des Bundesteilhabegesetzes umgesetzt werden (20) und eine Verbesserung der *Community Integration* bewirken sollen.

Hinsichtlich der Entstehung von Wohnungslosigkeit und Einflussfaktoren aus der psychiatrischen Perspektive liegen Studien vor, die spezifische Risikofaktoren hervorheben: Basierend auf einem systematischen Review und Metaanalyse (21) zu Risikofaktoren für die Entstehung von Wohnungslosigkeit wurden 116 unabhängige Studien in die Analysen einbezogen. Dabei waren ungünstige Lebensereignisse (*adverse life events*) wie körperlicher Missbrauch mit einem 2,9-fachen Risiko für Wohnungslosigkeit assoziiert (Odds Ratio (OR) = 2,9, 95 %-KI 1,8–4,4). Andere Hauptrisikofaktoren waren: das Aufwachsen in Fürsorgeeinrichtungen (OR 3,7, KI 1,9–7,3), Inhaftierung (OR = 3,6, 95 %-KI 1,3–10,4), ein Suizidversuch (OR = 3,6, 95 %-KI 2,1–6,3), und psychiatrische Probleme, insbesondere Probleme mit Drogengebrauch (OR = 2,9, 95 %-KI 1,5–5,1). Hauptrisikofaktoren sind somit vor allem soziale und interaktionelle Faktoren (frühkindliche Traumatisierungen, Inhaftierung, Heimunterbringungen) als auch Faktoren der psychischen Gesundheit (Substanzgebrauch, psychische Krisen, Suizidversuche).

⁵ Gemessen am Bruttohaushaltseinkommen

⁶ Erhoben durch *36-Item Short Form Survey and Mental Health Inventory-5*

⁷ Gemessen anhand des *Buckner's Neighborhood Cohesion Scale*

Ein systematisches Review und Metaanalyse zu Missbrauchserfahrungen in der Kindheit unter wohnungslosen Menschen in westlichen Ländern⁸ basierend auf 24 Primärarbeiten mit 9.730 eingeschlossenen Personen zeigte eine durchschnittliche Prävalenz von körperlichem Missbrauch von 37 % (95 %-KI 25-51) und von sexuellem Missbrauch von 32 % (95 %-KI 23-44) für Frauen und 10 % (95 %-KI 6-17) für Männer (22). Raten physischen Missbrauchs in der Allgemeinbevölkerung in Ländern wie den USA, Großbritannien und Australien liegen im Vergleich zwischen 4 % und 16 %, für sexuellen Missbrauch bei 7,5 % (10 % für Frauen und 5 % bei Männern) (23).

Auffallend sind auch die erhöhten Raten psychotischer Störungen unter wohnungslosen Menschen mit 12,4 % laut unserer Metaanalyse, die ähnlich hohe Raten zeigen wie schwere Depressionen mit 12,6 % (13), wenngleich Studien anderer vulnerabler Populationen wie Menschen in Haft oder Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrungen halb so geringe Raten von psychotischen Störungen in Relation zu depressiven Störungen aufweisen (9). Dabei stellen psychotische Erkrankungen einen signifikanten Risikofaktor sowohl in der Aufrechterhaltung von Wohnungslosigkeit (OR = 0,4; 95 %-KI 0,2–0,8) als auch in der Entstehung von Wohnungslosigkeit dar (OR = 2,1; 95 %-KI 1,7–2,6) (21).

Die Gruppe der Substanzgebrauchsstörungen bildet dabei die Gruppe der häufigsten psychischen Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen (Alkoholgebrauchsstörungen 37,7 %, Drogengebrauchsstörungen mit 21,7 %) (13) und Drogengebrauch spielt ebenfalls sowohl als Risikofaktor hinsichtlich der Entstehung als auch der Aufrechterhaltung von Wohnungslosigkeit eine signifikante Rolle (21). Dabei kann Substanzgebrauch zum einen als Bewältigungsstrategie bereits vor Eintreten der Wohnungslosigkeit aber auch als Coping-Mechanismus unter Armutsbedingungen einen entscheidenden Faktor ausmachen.

Zum einen weisen deutlich erhöhte Prävalenzraten psychischer Störungen unter wohnungslosen Menschen auf die Wechselwirkungen zwischen dem Vorliegen, der Entstehung und der Aufrechterhaltung von psychischen Störungen und Armutssituationen wie Wohnungslosigkeit hin, zum anderen ergibt sich daraus ein deutlich erhöhter Versorgungsbedarf, der für diese Zielgruppe aus Gesundheitssystemperspektive vorliegt (13).

⁸ Eingeschlossene Studien dieser Metaanalyse inkludierten Studien aus den USA, Kanada und Großbritannien

Das Risiko einer medizinischen Unterversorgung wohnungsloser Personen mit psychischer Erkrankung ist hoch. In einer Studie (24) in 14 verschiedenen Großstädten Europas in 111 Einrichtungen der Wohnungslosenversorgung, basierend auf semistrukturierten Interviews, zeigten sich erhebliche Barrieren in der Versorgung wohnungsloser Personen mit psychischen Störungen: Strukturelle Probleme lagen dabei in einem geringen Grad aufsuchender Arbeit, Verfügbarkeitszeiten und Ausschlusskriterien der Leistungsanbieter, aber auch ein Mangel an spezifischen Programmen für Substanzgebrauch. Gleichwohl stellten Aspekte der Einstellungen (Stigmatisierung), unzureichende Koordination zwischen den verschiedenen Dienstleistern als auch das Fehlen eines Krankenversicherungsschutzes identifizierte Barrieren dar (24). Weiterhin zeigen Studien basierend auf der Auswertung von Krankenhausroutinedaten aus Nordamerika, dass Wohnungslosigkeit mit längeren Liegedauern in Krankenhäusern und erhöhten Kosten assoziiert ist: eine Auswertung von Akten New Yorks öffentlicher Krankenhäuser zeigte eine um 35 % längere Liegedauer bei Menschen in Wohnungslosigkeit im Vergleich zu nicht wohnungslosen Patient*innen (25,26). Basierend auf einer Populationsstudie aus Kanada unter universellem Krankenversicherungsschutz unter 1.165 wohnungslosen Menschen und einer gematchten Niedrigeinkommen-Kontrollgruppe zeigten sich im Vergleich deutlich erhöhte Nutzungsraten von Rettungstellenkontakten (Rate Ratio = 8,48 (95 %-KI 6,72-10,70) und stationärer Krankenhausversorgung (stationär-somatische Behandlung: Rate Ratio = 4,22 (95 %-KI 2,99-5,94) und stationär-psychiatrische Behandlung: Rate Ratio = 9,27 (95 %-KI 4,42-19,43)), jedoch kaum abweichende Raten ambulanten Versorgung (Rate Ratio = 1,76 (95 %-KI 1,58-1,96), jeweils kontrolliert für Alter und Geschlecht (27). In einer eigenen Stichtagserhebung in allen Berliner psychiatrischen Kliniken Januar 2020 waren 13,8 % aller stationär behandelten Patient*innen in Berlin wohnungslos, wobei die Rate zwischen den Kliniken zwischen 0 und 29,5 % rangierte (28). Genannte Barrieren und ein mangelnder Zugang zum ambulanten (medizinischen) Versorgungssystem (29–32) verfestigen dabei soziale Problemlagen der Wohnungslosigkeit.

Wohnungslosigkeit als extreme soziale Risikokonstellation ist häufig Folge und/oder Ursache psychischer Erkrankungen. Die o.g. sozialen Risikofaktoren stehen in enger Interaktion zur Entwicklung und Aufrechterhaltung aber auch zu Prozessen der Genesung/Recovery von psychischen Erkrankungen. Umgekehrt können schwere psychische Störungen die Fähigkeiten des Individuums zur vollen gesellschaftlichen Teilhabe negativ beeinflussen wie beispielsweise die

Bereiche Arbeit, Bildung und selbstständiges Wohnen (33) und somit die Lebensqualität negativ beeinflussen. Damit stellt die Untersuchung von sozialen Problemlagen wie Wohnungslosigkeit auch ein anschauliches Untersuchungsfeld für ein besseres Verständnis des Zusammenwirkens sozialer Faktoren und psychischer Erkrankungen sowie angemessener Versorgung dar. Bereits Rudolf Virchow begriff die Medizin als „soziale Wissenschaft“, als er bei der Untersuchung einer Fleckfieber-Epidemie vor allem Bedingungen von Hunger, Armut und mangelnde Hygiene als Ursachen identifizierte (34). Diese Habilitationsschrift beschäftigt sich mit den Zusammenhängen sozialer Faktoren und psychischen Erkrankungen am Beispiel Wohnungslosigkeit. Entscheidende Forschungsbereiche liegen dabei

- I) in der Exploration der Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und psychischen Störungen und Krisen;
- II) in einer systematischen Erfassung bestehender (Gesundheits-)Bedarfe der Zielgruppe zur Steuerung des Hilfesystems;
- III) in der Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung zur Adaptation bestehender Versorgungsstrukturen an bestehende Bedarfslagen und
- IV) in der Interventions- und klinischen Forschung zur Entwicklung und Anpassung von gezielten Interventionen für die Zielgruppe.

Num- mer	Titel des Artikels	Methodisches Vorge- hen	For- schungs- bereich
1	Wohnsituation und Gesundheitsversorgung von Patient*innen in einer psychiatrischen Klinik in Berlin, Deutschland – Eine querschnittliche Patient*innenbefragung	Strukturierte Interviews, quantitative Befragung	I), III)
2	Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen unter Nutzer*innen teilstationärer und stationärer psychiatrischer Behandlung in Berlin	Strukturierte Interviews, quantitative Befragung	I)
3	Die Prävalenz von problematischem Spielen und Spielsucht unter wohnungslosen Menschen: Ein systematisches Review und Metaanalyse	Systematisches Review und Metaanalyse	II)
4	Nutzung digitaler Technologien unter Nutzer*innen psychiatrisch-stationärer Versorgung in Berlin, Deutschland: Eine Querschnittsbefragung	Strukturierte Interviews, quantitative Befragung	III)

5	Wohnzufriedenheit von psychiatrischen Patient*innen in verschiedenen Wohnformen: Eine querschnittliche Studie in Berlin, Deutschland	Strukturierte Interviews, Befragung	Inter- quantitative	III)
---	--	-------------------------------------	---------------------	------

Tabelle 1: Überblick der Arbeiten dieser Habilitationsschrift

In dem Forschungsfeld zur Untersuchung des Einflusses sozialer Faktoren in der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen und Krisen (I) hat es in den letzten Jahren eine zunehmende Zahl an Studien zu Risikofaktoren auf Ebene des Individuums (z.B. Bildung, Einkommen) und Risikofaktoren auf Makroebene (Urbanisierung, soziale Ungleichheit, sozialer Zusammenhalt) auf das Vorliegen psychischer Erkrankungen oder Krisen gegeben (35). Eine Studie aus einer Gruppe um Prof. Heinz zeigten, dass Armut auf der Nachbarschaftsebene unabhängig von individueller Bildung oder Einkommen mit einer verminderten psychischen Gesundheit assoziiert war; besonders verschärft zeigte sich der Effekt für Menschen mit Migrationsstatus (beta = 1,12, Standard Error = 0,26, $p < 0,001$) (29). Diese Befunde werden von Ergebnissen einer longitudinalen Kohortenstudie an über 1.200 Teilnehmenden in New York unterstützt (36). In einem systematischem Review von 22 Studien und 7.744.469 Teilnehmenden waren soziale Ungleichheit mit einer verminderten psychischen Gesundheit, Depressionen und Psychosen assoziiert (37). Die ersten beiden Arbeiten dieser Habilitationsschrift widmen sich sozialen Faktoren wie der Wohnsituation und Verschuldung und deren Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen in einem querschnittlichen Stichprobe von Nutzer*innen stationär-psychiatrischer Versorgung.

Epidemiologische Studien und metanalytische Betrachtungen von Primärstudien können eine systematische Erfassung bestehender (Gesundheits-)Bedarfe der Zielgruppe wohnungsloser Menschen zur Steuerung des Hilfesystems (II) unterstützen. Studien zu den vorliegenden (Gesundheits-)Bedarfen von wohnungslosen Menschen sind kaum vorhanden. In einer Studie unter 23 Gesundheits- und Obdacheinrichtungen der Wohnungslosenhilfe zu den Bedarfen von Menschen in Wohnungslosigkeit im Übergang aus stationärer Behandlung ergaben sich folgende Kernbedarfe: eine respektvolle und verständnisvolle Haltung, Navigation und Koordination im Versorgungssystem, Bedarf an schneller medizinischer Nachbehandlung auch komplexer Gesundheitszustände und Medikations-Management sowie Grundbedürfnisse wie geeignete Transportmöglichkeiten (38). Eine eigene bereits erläuterte Metaanalyse (13) in Ko-

operation mit der *University of Oxford* zu Prävalenzen psychischer Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen in einkommensstarken Ländern wird durch die dritte Arbeit dieser Habilitationsschrift für die Kategorie Spielsucht ergänzt und nimmt damit bisher nicht betrachtete Störungen und daraus resultierende Bedarfe in den Blick.

In dem Bereich der Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung zur Adaptation bestehender Versorgungsstrukturen an Bedarfslagen (III) wurden bereits internationale Studien, die vor allem für den Raum Nordamerikas vorliegen, zitiert und eine erhöhte Nutzung stationärer und Notfallversorgungsstrukturen belegt (27). Dabei legen diese Studien nahe, dass die erhöhte Nutzung vor allem auf eine Subgruppe von *High-Usern* zurückgeht, für die bisher keine spezifischen Angebote im Versorgungssystem vorliegen (27). Hinsichtlich der Adaptation bestehender Versorgungsstrukturen wurden international Konzepte z.B. von *Housing Navigation Teams* in Krankenhäusern in enger Kooperation mit den staatlichen Einrichtungen der Wohnversorgung vorgeschlagen (39). Die erste Arbeit dieser Habilitationsschrift untersucht hierzu das Nutzungsverhalten in einer querschnittlichen Stichprobe von Nutzer*innen stationär-psychiatrischer Versorgung. Die vierte Arbeit der Habilitationsschrift ergänzt diese Arbeit um Ergebnisse zu Zugang und Nutzung von digitalen Technologien, die im Rahmen der sich entwickelnden Digitalisierung des Gesundheitswesens eine zunehmende Rolle spielen hinsichtlich des Zugangs für vulnerable Gruppen. Die fünfte Arbeit untersucht die subjektive Zufriedenheit als Teil der Lebensqualität unter verschiedenen Wohnbedingungen wie therapeutischen Einrichtungen und verschiedenen Formen der Wohnungslosigkeit.

Hinsichtlich des Feldes der Interventions- und klinischen Forschung zur Entwicklung und Anpassung von gezielten Interventionen für die Zielgruppe (IV) sollen die Ergebnisse der Studien dieser Habilitationsschrift Grundlagen bilden und in Form zukünftiger Forschungsprojekte adressiert werden.

1.2 Einbettung der eigenen Arbeiten

In Anbetracht der Bedeutung verschiedener Wohnformen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, führten meine Arbeitsgruppe und ich die WOHIN-Studie (Wohnungsnot bei Menschen mit seelischen Erkrankungen) durch. Es erfolgte über einen Zeitraum von

sechs Monaten eine querschnittliche Befragung in Form strukturierter Interviews und validierten Instrumenten von Patient*innen in tagesklinischer oder stationärer psychiatrischer Behandlung in der psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus. Das Ziel der Studie war eine Erhebung der verschiedenen Wohnsituationen der Patient*innen inklusive Wohnungslosigkeit aktuell oder in der Vorgeschichte, als auch der Untersuchung von assoziierten Einflussfaktoren für instabile Wohnsituationen und Unterschieden hinsichtlich des Nutzungsverhaltens des Gesundheitssystems. Denn insbesondere hinsichtlich des Nutzungsverhaltens von Gesundheitsleistungen von Menschen in instabilen Wohnsituationen wie Wohnungslosigkeit bestehen in verschiedenen europäischen Ländern sich stark unterscheidende Befunde: In einer prospektiven Kohortenstudie stationär psychiatrisch behandelter Patient*innen in verschiedenen europäischen Ländern (Belgien, Deutschland, Italien, Polen, Großbritannien) zeigte sich, dass über das gesamte Sample der Faktor Wohnungslosigkeit neben anderen zu einer signifikant längeren Liegedauer führte, jedoch in verschiedenen Ländern die Liegedauern in entgegengesetzte Richtungen beeinflusste; so war in Deutschland der Faktor Wohnungslosigkeit im Gegensatz zu den anderen Ländern mit einer niedrigeren Liegedauer assoziiert (40). Wir untersuchten daher in der Wohin-Studie Unterschiede hinsichtlich der Liegedauern und Wiederaufnahmeraten sechs Monate nach dem jeweiligen Indexaufenthalt hinsichtlich verschiedener Wohnformen. Die Ergebnisse sind in der ersten Arbeit dieser Habilitationsschrift dargestellt.

Neben den Wohnbedingungen stellen auch Aspekte finanzieller Teilhabe einen wichtigen Teilbereich der sozialen Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen dar. Insbesondere bei Menschen, die von Substanzgebrauchsstörungen oder problematischem Spielverhalten betroffen sind, können zusätzlich daraus entstehende finanzielle Schwierigkeiten einen erheblich negativen Einfluss sowohl auf die psychische Grunderkrankung als auch die soziale Lebenssituation haben. Neben Menschen in Wohnungslosigkeit stellen Menschen, die durch substanzielle Schulden oder Kredite belastet sind, eine weitere Gruppe von Menschen unter Armutsbedingungen in westlichen Ländern dar. Beispielsweise können 8,6 % der deutschen Allgemeinbevölkerung ihre Schulden aufgrund geringen Einkommens und fehlender Rücklagen nicht zurückzahlen (41). In einer Untersuchung von Schuldnerberatungsstellen in Deutschland durch das Statistische Bundesamt stellten neben dem Faktor Arbeitslosigkeit, Erkrankungen, Sucht und Unfälle Platz zwei für die häufigsten Gründe von Schulden dar (42). In

einer Metaanalyse zu den Zusammenhängen zwischen Verschuldung und physischer wie psychischer Gesundheit, fanden die meisten eingeschlossenen Studien einen Zusammenhang zwischen stärkerer Verschuldung und einem schlechteren Gesundheitszustand (43). Dabei zeigte sich metaanalytisch ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Schulden und dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung (OR = 3,24), Depression (OR = 2,77), Suizid (OR = 7,9), Suizid oder Suizidversuch (OR = 5,76), problematischem Trinkverhalten (OR = 2,68), Abhängigkeit von Drogen (OR = 8,57) und psychotischen Störungen (OR = 4,03) (43). Dabei handelt es sich bei den Studien, die in die genannte Metaanalyse einfließen, vor allem um Studien zur Allgemeinbevölkerung oder spezieller Samples wie ältere Menschen oder Nutzende von Schuldnerberatungen (43). Da finanzielle Schwierigkeiten und Schulden häufig mit Gefühlen von Scham verbunden sind, stellt das verzögerte Hilfesuchverhalten eine wichtige Komponente dar. Menschen, die bereits Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem haben wie im Rahmen einer stationär-psychiatrischen Behandlung, könnten in diesem *Point-of-Care* sozialarbeiterisch erreicht werden. Die zweite Arbeit dieser Habilitationsschrift widmet sich daher Aspekten der finanziellen Belastung und Teilhabe von Menschen im psychiatrischen Versorgungssystem und deren Einflussfaktoren und stellt eine weitere Arbeit aus der Wohin-Studie dar.

Aus epidemiologischen Untersuchungen, bezogen auf das Vorliegen psychischer Erkrankungen, können die Notwendigkeit und Form von Versorgungsanforderungen ermittelt werden. Dabei erfolgt in der dritten Arbeit dieser Habilitationsschrift zunächst eine epidemiologische Betrachtung durch metaanalytische Untersuchungen der Prävalenzraten von Spielsucht unter wohnungslosen Menschen.

Substanzgebrauchsstörungen machen sowohl in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Wohnungslosigkeit (21) als auch hinsichtlich der Versorgungsplanung von durch Wohnungslosigkeit Betroffener den größten Anteil an psychischen Erkrankungen aus (13). In den letzten Jahren wurde problematisches Spielverhalten (*Problem Gambling*) und Spielsucht (*Gambling Disorder*) zunehmend als Abhängigkeitserkrankungen verstanden, sodass diese Einzug in die Kategorie der Substanzgebrauchsstörungen des DSM-5 TR sowie des ICD-11 gehalten haben⁹

⁹ „Die letzten Änderungsvarianten von DSM und ICD bezeichnen klinisch relevante Probleme mit Spielverhalten als „*Gambling Disorder*“. Der breitere Begriff „*Problem Gambling*“ wird häufig genutzt um subklinische Ausprägungen von problematischem Spielverhalten einzuschließen.“ (49) (Übersetzung durch die Autorin) „*Gambling Disorder*“ wird in dieser Arbeit mit „Spielsucht“ und „*Problem Gambling*“ durch „problematisches Spielverhalten“ übersetzt.

(44). Überschneidungen hinsichtlich neurobiologischer und klinischer Charakteristika zwischen Spielsucht und anderen Substanzgebrauchsstörungen als auch die deutlich erhöhte Prävalenz von Substanzgebrauchsstörungen unter wohnungslosen Menschen legen die Annahme nahe, dass Menschen in Wohnungslosigkeit übermäßig häufig von problematischem Spielen oder Spielsucht betroffen sein könnten. Insbesondere negative soziale Folgen wie finanzielle Schwierigkeiten und Überschuldung können zur Aufrechterhaltung des problematischen Verhaltens wie auch zu einem zunehmenden sozialen Abstieg bis hin zum Verlust der Wohnung beitragen. So zeigen Personen, die von problematischem Spielverhalten oder Spielsucht betroffen sind, in einer Kohortenstudie eine deutlich verminderte Lebensqualität (45) als auch basierend auf einer Metaanalyse von 11 Primärstudien erhöhte Raten psychiatrischer Komorbidität (46). Gleichzeitig zeigten in einer Stichprobe von über 500 von Spielsucht betroffenen Personen, dass Menschen, die als Folge ihres Spielverhaltens insolvent waren, im Vergleich häufiger weitere soziale Probleme aufwiesen, als auch erhöhte Raten depressiver Symptome und Substanzkonsums (47). In einer schwedischen Langzeit-Registerstudie mit 2.099 Personen, die von Spielsucht betroffen waren, zeigte sich eine um das 1,8-fache erhöhte Gesamtmortalität und eine um das 15-fache erhöhte Mortalität durch Suizid im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (48). Menschen, die sowohl von Wohnungslosigkeit als auch von Spielsucht oder problematischem Spielverhalten betroffen sind, könnten somit mit besonders bedeutsamen Gesundheitsrisiken und -bedarfen assoziiert sein. Die dritte Arbeit dieser Habilitationsschrift widmet sich daher der Frage der Prävalenzen von problematischem Spielverhalten und Spielsucht unter wohnungslosen Menschen. Präzise Zahlen können hierbei zur evidenz-basierten gesundheitspolitischen Planung von sozialen und Gesundheitsangeboten beitragen. Bisher erfolgte keine systematische Erfassung von Primärstudien und metaanalytische Auswertung. Wir führten in dieser Arbeit daher ein systematisches Review und eine Metaanalyse internationaler Studien zu Prävalenzen zu problematischem Spielen und Spielsucht in Populationen von wohnungslosen Menschen durch (49).

Wohnungslose Menschen, die institutionelle Hilfe annehmen stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung sollte durch ein hohes Maß an Flexibilität und Kontinuität geprägt sein, um die Möglichkeiten für Distanz und des Rückzugs, aber auch Möglichkeiten der niedrigschwelligen Kontaktaufnahme zu ermöglichen. Hierbei bieten digitale Anwendungen eine Möglichkeit den therapeutischen Prozess sinnvoll zu

unterstützen. Diese können wichtige Informationen einfach zugänglich zur Verfügung stellen, niedrigschwellige Kontaktmöglichkeiten z.B. auch per Mobilnachrichten ermöglichen und therapeutische Tools zum Selbst-Management zur Verfügung stellen. E-Health Interventionen sind vielversprechende Instrumente, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen verbessern können. Ein kürzlich erschienenenes systematisches Review, das die Machbarkeit, Effektivität und Erfahrungen von E-Health-Interventionen unter wohnungslosen Menschen untersuchte (50), kam zu dem Schluss, dass E-Health Interventionen eine valide Ergänzung bestehender Gesundheitsdienste darstellen können und einen relevanten gesundheitlichen Nutzen haben. Die acht identifizierten Machbarkeitsstudien zeigen, dass wohnungslose Menschen vor allem von Kontaktmöglichkeiten wie Messaging profitieren und die Einbettung digitaler Interventionen in bestehende Angebotsstrukturen mit persönlichen Kontakten sinnvoll erscheint (50).

In einer Studie basierend auf halbstrukturierten Interviews mit 50 wohnungslosen Personen aus verschiedenen Unterkünften in New York zu deren Wahrnehmungen, Einstellungen und Erfahrungen im Hinblick auf mobile Gesundheitsdienste, besaß die Mehrheit der Teilnehmenden ein Mobiltelefon mit der Fähigkeit zum Empfangen und Senden von Textnachrichten und war aufgeschlossen gegenüber Textnachrichten bezüglich Gesundheitsfragen wie Terminerinnerungen, Gesundheitsinformationen oder Krankheitsmanagement und glaubten, dass dies ihnen helfen würde, notwendige Gesundheitsversorgung zu erhalten (51). Im Rahmen der weiter voranschreitenden Digitalisierung des Gesundheitswesens und anderer Lebensbereiche, stellen sich gesundheitsethische Fragen von Zugang und Erreichbarkeit digitaler Dienste auch für vulnerable Gruppen (digitale Teilhabe). In der vierten Arbeit dieser Habilitationsschrift untersuchten wir daher die Art der Nutzung und den Zugang zu digitalen Technologien wie Smartphones sowie soziale und klinische Einflussfaktoren im Rahmen des Wohin-Projektes.

Insbesondere Wohnformen und Wohnbedingungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wurden nur in geringem Maße untersucht und Studien beziehen sich hinsichtlich geeigneter Wohnformen insbesondere auf Populationen von wohnungslosen Menschen (52), obwohl der Anteil an Menschen mit psychischen Erkrankungen in speziellen Wohnformen in Deutschland oder den USA hoch ist. In einer querschnittlichen Befragung von über 1.000 ambulanten psychiatrischen Patient*innen in den USA lebten gegenwärtig ein Fünftel

in spezialisierten Wohneinrichtungen; zwischen einem Drittel und der Hälfte der Befragten berichtete jemals in einer derartigen Einrichtung gelebt zu haben (53). Zwischen 1,0 % und 5,2 % waren bereits wohnungslos gewesen (53). In Deutschland entwickelte sich nach den Auswirkungen der Psychiatrie-Enquete mit entsprechenden Forderungen der Enthospitalisierung psychisch erkrankter Menschen und Abbau der sogenannten Langzeitbereiche psychiatrischer Fachkrankenhäuser, ein System der Leistungen der sozialen Teilhabe der Eingliederungshilfe, das verschiedene Formen des Wohnens als Schlüsselangebote verschiedener Unterstützungsformen bereit hält z.B. in Form von ambulant oder stationär betreutem Wohnen. Ende 2020 lebten in Deutschland 425.467 Erwachsene mit Behinderungen in besonderen Wohnformen, daran machten Menschen mit seelischen Behinderungen einen Anteil von 28,8 % aus (54). Studien hinsichtlich der Auswirkungen auf die Symptome der Erkrankung oder der Lebensqualität dieser Wohnformen bzw. der Zufriedenheit der Bewohner*innen liegen kaum vor und sollen durch die fünfte Arbeit in dieser Habilitationsschrift beleuchtet werden.

In den letzten Jahren hat die Messung von globalen Maßen wie der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus neben der reinen Betrachtung von Symptomen in der psychiatrischen Forschung zunehmend an Bedeutung gewonnen, beispielsweise hinsichtlich der Bewertung von Interventionen (55). Dabei sind instabile Wohnverhältnisse wie Wohnungslosigkeit mit einer geringeren Lebensqualität assoziiert (56–58). Studien weisen darauf hin, dass stärker institutionalisierte Settings mit einer geringeren Lebensqualität verbunden sind (59). Die subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation stellt dabei eine Domäne der Lebensqualität dar und hat auf diese relevanten Einfluss, wie ein Review hierzu belegt (60). Welche Einflussfaktoren und welche Wohnformen mit einer hohen bzw. niedrigen Wohnzufriedenheit und somit auch Lebensqualität einhergehen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist jedoch kaum untersucht (60). Wir untersuchten daher in einer weiteren Arbeit der Wohnstudie und somit fünften Arbeit dieser Habilitationsschrift die subjektiv erlebte Wohnzufriedenheit über verschiedene Wohnformen hinweg. Wir nahmen an, dass in stärker prekären (Wohnungslosigkeit) sowie institutionalisierten und weniger normativen Wohnformen die Wohnzufriedenheit niedriger ausfallen würde. Dabei konnten wir differenziert über verschiedene Wohnformen hinweg, wie soziotherapeutische Wohnformen oder Risikokonstellationen für Wohnungslosigkeit (z.B. *Couch Surfing*), Aspekte der Wohnzufriedenheit betrachten. Die Befunde können dazu beitragen, in der Entwicklung komplexer Wohninterventionen Aspekte

der Wohnzufriedenheit und somit der Lebensqualität von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stärker zu berücksichtigen.

2. Eigene Arbeiten

2.1. Wohnsituation und Gesundheitsversorgung von Patient*innen in einer psychiatrischen Klinik in Berlin, Deutschland – Eine querschnittliche Patient*innenbefragung

Neben extremen sozialen Benachteiligungssituationen wie Wohnungslosigkeit stellen allgemeiner gesprochen Wohnbedingungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen einen wichtigen Einflussfaktor für ihre Lebensqualität dar (60,61). Die nachfolgende Arbeit untersucht daher die Wohnsituation, deren Einflussfaktoren und Nutzungsverhalten des Gesundheitssystems unter Menschen in (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlung im Rahmen einer querschnittlichen Befragung.

Der nachfolgende Text entspricht dem Abstrakt der Arbeit Schreiter S, Heidrich S, Zulauf J, Saathoff U, Brückner A, Majic T, et al. Housing situation and health care for patients in a psychiatric centre in Berlin, Germany – A cross-sectional patient survey. *BMJ Open*. 2019;9(e032576). Doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032576> (53)

Zusammenfassung:

“Zielsetzung: Die Bestimmung der Wohnsituation unter Menschen, die eine psychiatrische Behandlung wahrnehmen, und dessen Zusammenhang zu Morbidität und Nutzungsverhalten.

Studiendesign: Querschnittliche Patient*innenbefragung.

Setting: Psychiatrische Klinik mit festem Versorgungsauftrag in Berlin, Deutschland zwischen März und September 2016.

Teilnehmende: 540 Patient*innen in stationärer und teilstationärer psychiatrischer Behandlung (entspricht 43,2 % aller in diesem Zeitraum aufgenommenen Patient*innen (n=1251)).

Primäre Zielkriterien: Wohnsituation 30 Tage vor der Befragung sowie Einflussvariablen wie Nutzungsverhalten, psychiatrische Morbidität und soziodemografische Variablen.

Ergebnisse: In unserer Befragung verfügten 327 der Teilnehmenden (68,7 %) über eine eigene Wohnung (gemietet oder Eigentum), 62 der Teilnehmenden (13,0 %) berichteten wohnungslos zu sein (obdachlos auf der Straße oder in Obdachlosen- oder Flüchtlingsheimen), und 87 der Teilnehmenden (18,3 %) wohnten in sozialtherapeutischen

Einrichtungen. Teilnehmende ohne eine eigene Wohnung waren häufiger männlich, jüngeren Alters und wiesen ein niedrigeres Bildungsniveau auf. Wohnungslose Teilnehmende wiesen signifikant häufiger eine Substanzgebrauchsstörung auf (74,2 %). Psychotische Störungen fanden sich am häufigsten in der Gruppe wohnungsloser Teilnehmender (29,0 %). Hinsichtlich des Nutzungsverhaltens fanden sich weder eine geringere Nutzung des ambulanten Versorgungssystems noch eine höhere Nutzung des Krankenhaussystems unter wohnungslosen Teilnehmenden.

Schlussfolgerungen: *Unsere Ergebnisse unterstreichen den Bedarf an effektiven Wohnlösungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Trotz einer hohen Zahl an sozialtherapeutischen Einrichtungen, lebt eine hohe Zahl von Menschen mit psychischen Störungen in Wohnungslosigkeit. Insbesondere frühe Interventionen für Substanzgebrauch könnten zukünftig Wohnungslosigkeit vorbeugen.“ (Übersetzung durch die Autorin.)*

2.2. Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen unter Nutzer*innen teilstationärer und stationärer psychiatrischer Behandlung in Berlin

Neben Wohnbedingungen stellen finanzielle Aspekte wie Schulden einen wichtigen Aspekt sozialer Teilhabechancen dar. Bisherige Studien fanden deutliche Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen von Schulden und verschiedenen Aspekten der psychischen Gesundheit wie Suizide und Suizidversuche, Depressivität oder Trinkverhalten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen (43). Eine Untersuchung zu der finanziellen Teilhabesituation von Menschen in (teil-)stationär psychiatrischer Behandlung und deren Einflussfaktoren erfolgte bisher nicht und ist Gegenstand der folgenden Arbeit.

Der nachfolgende Text entspricht dem Abstrakt der Arbeit Schreiter S, Heidrich S, Heinz A, et al.: Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen unter Nutzer*innen teilstationärer und stationärer psychiatrischer Behandlung in Berlin. *Nervenarzt* 2021; 92: 1172–8. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01013-9> (62)

„Zusammenfassung

Hintergrund. *Bisherige Studien der Allgemeinbevölkerung weisen auf eine Assoziation zwischen psychischen Erkrankungen und verschiedenen Formen finanzieller Schwierigkeiten wie Verschuldung hin.*

Ziel der Arbeit. *Untersuchung der finanziellen Belastungen und assoziierter Faktoren bei Patient*innen in (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlung.*

Material und Methoden. *Insgesamt 488 Teilnehmer*innen einer querschnittlichen Patientenbefragung mittels eines strukturierten Interviews zu soziodemografischen sowie klinischen Variablen in (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlung in der psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig, zuständig für einen spezifischen Versorgungsbereich in Berlin, gaben Auskunft zu finanziellen Belastungen.*

Ergebnisse. *Insgesamt 269 (55,1 %) Teilnehmer*innen wiesen Schulden, Kredite oder offene Rechnungen auf. Unter den Teilnehmer*innen, die Auskunft zur Kredit- oder Schuldenhöhe machten (n = 215), wies der größte Teil (47,0 %) Schulden oder Kredite in der Höhe zwischen 1000 und 9999 € auf, gefolgt von 36,3 % mit Schulden/Krediten zwischen 10.000 und 99.999 €. In den Regressionsmodellen hinsichtlich des Vorliegens*

von Schulden erwiesen sich ein jüngeres Alter und das Vorliegen einer Substanzabhängigkeit als signifikant assoziierte Faktoren. 22,3 % der Befragten wiesen Schulden in Höhe >10.000 € auf und lebten von Sozialleistung, sodass eine Überschuldung angenommen werden könnte.

Diskussion. *Finanzielle Belastungen und bestehende Schulden sollten im psychiatrischen Bereich stärker in der Praxis erfragt und beachtet werden. Geeignete Unterstützungsformen sollten entwickelt und evaluiert.“*

2.3. Die Prävalenz von problematischem Spielen und Spielsucht unter wohnungslosen Menschen: Ein systematisches Review und Metaanalyse

Neben internationalen Metanalysen zu psychischen Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen, wurde bisher die neu eingeführte Erkrankungsgruppe von Spielsucht und problematischem Spielverhalten in den bestehenden Metaanalysen nicht berücksichtigt, obwohl eine zunehmende Anzahl von Primärstudien auf die hohe Relevanz dieser Störungen für die Gruppe von wohnungslosen Menschen darstellt. Die nachfolgende Arbeit umfasst daher ein systematisches Review und Metaanalyse zu Prävalenzen von Spielsucht und problematischem Spielverhalten unter wohnungslosen Menschen weltweit.

Der nachfolgende Text entspricht dem Abstrakt der Arbeit Deutscher K, Gutwinski S, Bermpohl F, Bowden-Jones H, Fazel S, Schreiter S. The Prevalence of Problem Gambling and Gambling Disorder Among Homeless People: A Systematic Review. J Gambl Stud [Internet]. 2022;(Online ahead of print.). Doi: <https://doi.org/10.1007/s10899-022-10140-8> (49)

Zusammenfassung:

“Problematisches Glücksspiel ist häufig assoziiert mit Wohnungslosigkeit und verbunden mit einer erhöhten psychiatrischen Morbidität und Chronizität von Wohnungslosigkeit. Wir führten ein systematisches Review sowie eine Metaanalyse zu den Prävalenzen von problematischem Spielverhalten („Problem Gambling“) sowie Spielsucht („Gambling Disorder“) unter wohnungslosen Menschen durch. Entlang der PRISMA Leitlinien durchsuchten wir die Datenbanken Medline, Embase und PsycINFO von der Einführung der Datenbanken bis zum 04. Mai 2021. Wir schlossen dabei ausschließlich Studien ein, die Schätzwerte von Prävalenzen für klinisch relevantes problematischem Spielverhalten basierend auf standardisierter Diagnostik für repräsentative Stichproben von wohnungslosen Menschen berichteten. Wir bewerteten zudem das Risiko für systematische Fehler („Risk of Bias“). Wir führten eine Metaanalyse basierend auf Paneldatenmodellen mit zufälligen Effekten („Random effects model“) durch sowie Subgruppenanalysen basierend auf methodologischen Charakteristika der Primärstudien. Wir identifizierten 8 Studien aus fünf Ländern, die Informationen zu 1938 Teilnehmenden berichteten. Prävalenzraten für klinisch relevantes problematischem Spielverhal-

ten und Spielsucht reichten von 11,3 % bis 31,3 %. Es fanden sich Hinweise für das Vorliegen substanzieller Heterogenität mit $I^2 = 86 \%$ (95 %-KI 63–97 %). Eine Subgruppe von vier Studien mit einem niedrigen Risiko für systematische Fehler zeigten signifikant niedrigere Ergebnisse, die von 11,3 % bis 23,6 % reichten. Weiterhin zeigten sich hohe Raten für subklinisches problematisches Spielverhalten (11,6 % bis 56,4 %). Mindestens eine Person von 10 Personen in Wohnungslosigkeit ist somit von klinisch relevantem problematischem Spielverhalten oder Spielsucht betroffen. Soziale Einrichtungen sowie Gesundheitsversorger für wohnungslose Menschen sollten dieses Problem adressieren, indem Modelle zur Früherkennung und Behandlung implementiert werden.“ (Übersetzung durch die Autorin.)

2.4. Nutzung digitaler Technologien unter Nutzer*innen psychiatrisch-stationärer Versorgung in Berlin, Deutschland: Eine Querschnittsbefragung

Mit einer zunehmenden digitalen Transformation des Gesundheitswesens als auch anderer Lebensbereiche stellen diese Entwicklungen auf der einen Seite eine Chance zur Verbesserung der Versorgung und des Zugangs zu dieser auch für vulnerable Gruppen dar, auf der anderen Seite können Probleme hinsichtlich Barrieren und Zugangs zu digitalen Diensten den Ausschluss vulnerabler Gruppen weiteren Vorschub leisten. Die folgende Arbeit umfasst daher Ergebnisse einer Querschnittsbefragung unter Nutzenden des stationär-psychiatrischen Versorgungssystems und deren Nutzung von digitalen Technologien.

Der nachfolgende Text entspricht dem Abstrakt der Arbeit Marbin D, Gutwinski S, Lech S, Fürstenau D, Kokwaro L, Krüger H, Schindel D, Schreiter S: Use of digital technologies by users of psychiatric inpatient services in Berlin, Germany: a cross-sectional patient survey. *BMJ Open* 2023;13:e067311. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067311> (63)

„Zusammenfassung

*In wenigen Studien, die fast ausschließlich aus den USA stammen, wurde in jüngerer Zeit die Nutzung von Mobiltelefonen und Computern bei Nutzer*innen psychiatrischer Dienste untersucht, was in Hinblick auf die zunehmende Entwicklung digitaler Gesundheitsanwendungen und -dienste von hoher Relevanz ist.*

Ziel, Design und Setting: *In einer Querschnittsbefragung von Patient*innen untersuchten wir (a) die Raten und Verwendungszwecke der Nutzung von Mobiltelefonen, Computern, Internet und sozialen Medien und (b) die Rolle sozialer und klinischer Prädiktoren bei den Nutzungsquoten unter psychiatrischen Patient*innen in Berlin, Deutschland.*

Teilnehmende und Ergebnisse: *Deskriptive Analysen ergaben, dass von 496 Teilnehmenden 84,9 % ein Mobiltelefon und 59,3 % ein Smartphone besaßen. Unter 493 Teilnehmenden nutzten 68,4 % regelmäßig einen Computer. Multivariate logistische Regressionsmodelle ergaben, dass Wohnungslosigkeit, die Diagnose einer psychotischen Erkrankung, höheres Alter und ein niedriger Bildungsgrad signifikante Prädiktoren darstellten, kein Mobiltelefon zu besitzen, keinen regelmäßigen Computergebrauch zu haben oder kein Konto in sozialen Medien zu nutzen.*

Schlussfolgerungen: Nutzer*innen psychiatrischer Dienste haben möglicherweise Zugang zu Mobiltelefonen und Computern, obwohl die Raten niedriger sind als in der Allgemeinbevölkerung. Schlüsselfaktoren, die im Rahmen der Entwicklung und der Nutzerfreundlichkeit von digitalen Gesundheitsdienstleistungen und -anwendungen adressiert werden sollten, stellen Faktoren sozialer Exklusion wie marginalisiertes Wohnen oder klinische Faktoren wie psychotische Erkrankungen dar.“ (Übersetzung durch die Autorin.)

2.5. Wohnzufriedenheit von psychiatrischen Patient*innen in verschiedenen Wohnformen: Eine querschnittliche Studie in Berlin, Deutschland

Neben objektiven Kriterien des Wohnens, stellt vor allem die subjektiv erlebte Zufriedenheit mit der jeweiligen Wohnform für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen einen wichtigen Einflussfaktor für ihre global empfundene Lebensqualität dar. Die nachfolgende Arbeit untersucht daher die subjektive Wohnzufriedenheit über verschiedene Wohnformen hinweg anhand von Menschen in (teil-)stationär psychiatrischer Behandlung.

Der nachfolgende Text entspricht dem Abstrakt der Arbeit Gutwinski S, Westerbarkey E, Schouler-Ocak M, Moran JK, Schreiter S: Housing Satisfaction of Psychiatric Patients in Different Forms of Housing—A Cross-Sectional Study in Berlin, Germany. Front Psychiatry 2021; 12: 1–8. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.652565> (64)

*„Das zunehmende soziale Problem von Wohnungslosigkeit und prekären Wohnsituationen hat negative Auswirkungen auf psychologische Aspekte sowie die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Trotz einer Vielzahl an Studien im Bereich der Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Wohnungslosigkeit, ist die Studienlage zur Wohnzufriedenheit als ein spezifischer Aspekt der Lebensqualität und als wichtiges Zielkriterium für Behandlungskonzepte unzureichend. Das Ziel dieser Querschnittsstudie ist es die Wohnzufriedenheit unter psychiatrischen Patient*innen in verschiedenen Wohnformen zu untersuchen. Von den 1251 in der Klinik im Untersuchungszeitraum behandelten Patient*innen, nahmen 540 an der Befragung teil (43,2 %). 123 Teilnehmende wurden aufgrund unvollständiger Daten ausgeschlossen, was zu einer finalen Stichprobe von n = 417 führte. Die subjektive Wohnzufriedenheit wurde durch ein Selbstabfrageinstrument abgebildet und Unterschiede hinsichtlich der Wohnzufriedenheit wurden zwischen verschiedenen Gruppen von Wohnformen analysiert. Entsprechend unserer aufgestellten Hypothese berichteten Personen in stärker normativen Wohnsituationen höhere Zufriedenheitswerte. Wohnungslose Teilnehmende und Personen, die in sozialtherapeutischen Einrichtungen lebten, berichteten mehr psychische und physische Belastungen aufgrund ihrer Wohnsituation als Teilnehmende mit festem Wohnsitz oder in einer Wohngemeinschaft. Probleme der*

Reduzierung von Wohnungslosigkeit und der Verbesserung der Wohnbetreuung werden ebenso aufgezeigt wie Möglichkeiten zur Verbesserung der Betreuung, insbesondere in therapeutischen Einrichtungen.“ (Übersetzung durch die Autorin.)

3. Diskussion

3.1. Darstellung der Kernergebnisse und Einordnung in Forschungsfelder

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen leben ungleich häufiger in Lebensverhältnissen wie Armut und Wohnungslosigkeit, was wiederum den Prozess der Behandlung erschweren und die gesellschaftliche Teilhabe behindern kann. Um das Hilfesystem auf diese Wechselwirkungen einzustellen und effektive Interventionen zu entwickeln, ist es essentiell die Wohnverhältnisse, finanzielle Belastungen, die Nutzung von Versorgungsangeboten und die Wohnzufriedenheit dieser Zielgruppe und ihren Zugang zu neuen Kommunikationsmedien zu verstehen, um ein Modell für dieses Segment des Hilfesystem zu entwickeln. Die Ergebnisse dieser Habilitationsschrift liefern hierzu Erkenntnisse über die Zusammenhänge von Wohnverhältnissen, finanziellen Belastungen und der Nutzung des psychiatrischen Versorgungssystems, dem Vorliegen von problematisches Glücksspielverhalten unter wohnungslosen Menschen sowie zur Nutzung von Mobiltelefonen, Computern und *Social Media*, als auch zur Wohnzufriedenheit unter psychiatrischen Patient*innen.

Hinsichtlich der in der Einleitung dargestellten Schwerpunkte liefern die Arbeiten dieser Habilitationsschrift folgende Hauptergebnisse:

In der Exploration des Zusammenhangs sozialer Faktoren und dem Vorliegen von psychischen Störungen und Krisen (I) ist eine wesentliche Erkenntnis der Studien, dass eine signifikante Anzahl von Patient*innen in psychiatrischer Behandlung in prekären Wohnsituationen leben oder sogar wohnungslos sind. Ein beträchtlicher Teil der Patient*innen gab an, keine eigene Wohnung zu haben und entweder auf der Straße, in Wohnungslosen- oder Flüchtlingsheimen (13 %) oder in sozialtherapeutischen Einrichtungen (18,3 %) zu leben. Charakterisiert waren wohnungslose Patient*innen vor allem durch ein jüngeres Alter, jüngeres Alter bei psychiatrischen Erstkontakt, männliches Geschlecht, niedrigeres Bildungsniveau und das Vorliegen einer Substanzgebrauchsstörung und psychotischen Störung. Diese Risikofaktoren können in der Versorgung und Risikoeinschätzung von Subgruppen zukünftig eine wichtige Rolle spielen. Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Studie ist der hohe Anteil an finanziellen Belastungen und Schulden bei Patient*innen in stationärer psychiatrischer Behandlung. Eine signifikante Anzahl von Patient*innen (55,1 %) gab an, Schulden, Kredite oder offene Rechnungen zu haben, wobei Substanzabhängigkeit und ein jüngeres Alter als signifikante Prädiktoren für das Vorliegen von Schulden identifiziert wurden. Diese Befunde legen nahe, dass finanzielle Belastungen

und Verschuldung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen im klinischen Kontext stärker berücksichtigt werden sollten. Es bedarf geeigneter Unterstützungsformen, um den Umgang mit finanziellen Problemen zu erleichtern und Überschuldung zu verhindern und somit gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

Hinsichtlich einer systematischen Erfassung bestehender (Gesundheits-)Bedarfe der Zielgruppe von Menschen in prekären Wohnformen zur Steuerung des Hilfesystems ergaben Ergebnisse der dritten Arbeit der Habilitationsschrift, dass problematisches Glücksspielverhalten unter wohnungslosen Menschen mit einem deutlich höheren Anteil als in der Allgemeinbevölkerung verbreitet ist. Die Prävalenzraten für problematisches Spielverhalten und Spielsucht waren signifikant erhöht (gepoolte Prävalenz von 18,0 % (95 %-KI 13,2–23,3 %)). Modelle zur Früherkennung und Behandlung von problematischem Glücksspiel könnten in sozialen Einrichtungen und Gesundheitsversorgern für wohnungslose Menschen implementiert werden.

Bezüglich der Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung zur Adaptation bestehender Versorgungsstrukturen an bestehende Bedarfslagen konnten die Arbeitsgruppe der Wohin-Studie bestätigen, dass wohnungslosen Menschen in stationär-psychiatrischer Behandlung in Deutschland signifikant kürzere Behandlungszeiten aufweisen, im Kontrast zu anderen europäischen und nordamerikanischen Ländern, in denen häufig längere Liegedauern charakteristisch sind (40). Neben der Wohnungslosigkeit stellten in der Wohin-Studie Substanzgebrauchsstörungen und das Leben in einer soziotherapeutischen Einrichtung signifikante Prädiktoren für eine kürzere stationäre Behandlungszeit dar. Zum einen können kürzere stationäre Behandlungszeiten für eine schnelle und erfolgreiche Überleitung in die ambulante Versorgung und effektive Behandlung sprechen. Dies könnte beispielsweise auf Patient*innen, die in soziotherapeutischen Einrichtungen leben zutreffen, die nach einer Krisenintervention in ein bestehendes ambulantes Netz entlassen werden. Zum anderen können kurze Behandlungszeiten jedoch auch mit einem frühzeitigen Abbruch der Behandlung, einer fehlenden Wohnperspektive oder negativen Vorerfahrungen im Gesundheitssystem zusammenhängen. Studien zeigen, dass Menschen in Wohnungslosigkeit häufiger negative Erfahrungen in Institutionen und auch dem Gesundheitssystem machen und eine Wiederholung der Erfahrungen annehmen (65,66).

Die fünfte Veröffentlichung dieser Habilitationsschrift erbringt Erkenntnisse zur Wohnzufriedenheit in verschiedenen Wohnformen psychiatrischer Patient*innen, wobei die Wohnzufriedenheit signifikant höher ausfiel bei Personen, die eine eigene Wohnung zur Verfügung hatten oder Wohngemeinschaften nutzen im Vergleich zu Personen, die in stärker institutionalisierten Settings oder prekären (Wohnungslosigkeit) und somit weniger normativen Verhältnissen lebten. Dies unterstreicht den Bedarf an unabhängigen Wohnformen (Wohnformen mit einem niedrigen Institutionalisierungsgrad und Eigenschaften, die als normativ selbstverständlich gelten) mit flexiblen Hilfen entsprechend der S3-Leitlinie für psychosoziale Interventionen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (52).

Eine weitere Veröffentlichung widmet sich der Nutzung von Mobiltelefonen und Computern bei Menschen in (teil)stationärer psychiatrischer Behandlung. Die Ergebnisse zeigten, dass die Rate des Besitzes von Smartphones (59,3 %) und der regelmäßigen Nutzung von Computern (68,4 %) unter den Patient*innen niedriger war als in der Allgemeinbevölkerung. Wohnungslosigkeit, die Diagnose einer psychotischen Erkrankung, höheres Alter und ein niedriger Bildungsgrad waren signifikant assoziierte Faktoren im Regressionsmodell. Zur Verhinderung digitaler Barrieren sollten diese Ergebnisse bei der Planung der digitalen Umgestaltung der Versorgungsangebote als auch Entwicklung von E-Health-Lösungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen berücksichtigt werden.

Die Ergebnisse der Arbeiten dieser Habilitationsschrift liefern Erkenntnisse für die Interventions- und klinische Forschung zur Entwicklung und Anpassung von gezielten Interventionen für die Zielgruppe von Personen in sozial prekären Lebenslagen (IV). Dabei könnte zukünftige Forschung durch die Einbeziehung von computationalen Methoden der künstlichen Intelligenz und Risikomodellierung an großen Datensätzen wie Krankenkassen- oder Krankenhausroutinedaten, die Entwicklung von Interventionen und Modellen mit E-Health-Komponente, Einbeziehung partizipativer Forschungsmethoden und Fokussierung auf bisher wenig berücksichtigte Zielgruppen von Menschen in sozial prekären Lebenslagen und komplexen psychischen Erkrankungen abzielen.

3.2. Diskussion der Ergebnisse und Limitationen

Im Rahmen der Wohin-Studie erfolgte eine Vollerhebung von (teil-)stationären Fällen über sechs Monate in einer der größten psychiatrischen Versorgungskliniken in Berlin Mitte. Von 1.251 behandelten Patient*innen in diesem Zeitraum konnten 540 Personen (43,2 %) für eine zusätzliche Befragung erreicht werden. Diese basierte auf strukturierten Interviews sowie verschiedener standardisierter Assessments. Für das Gesamtsample erfolgte eine Auswertung der elektronischen Patientenakten.

Die erste Arbeit dieser Habilitation basiert auf der Wohin-Studie und untersucht dabei die Wohnsituationen der Personen in psychiatrischer Behandlung in Zusammenhang zu psychiatrischer Morbidität und dem Inanspruchnahmeverhalten (53). Nur 68,7 % der Menschen in psychiatrischer Behandlung (n = 540) lebten in einer eigenen Wohnung, während 13,0 % wohnungslos waren und 18,3 % in soziotherapeutischen Einrichtungen wie therapeutischen Wohngemeinschaften, Übergangwohnheimen oder Pflegeheimen untergebracht waren. Wenn man nur die stationären Patient*innen (ohne Tageskliniken) betrachtet, lag der Anteil der wohnungsloser Personen bei 18,0 %.

Die Raten von Wohnungslosigkeit bei psychiatrischen Patient*innen variieren erheblich in internationalen Studien. In diesem Kontext müssen die unterschiedlichen methodischen Ansätze und Studiensettings berücksichtigt werden: verschiedene Untersuchungsgegenden wie Europa und Nordamerika, Vollerhebungen von Kohorten im Gegensatz zu definierten Untergruppen mit unterschiedlichen Patientenmerkmalen, sowie sich unterscheidende Kriterien und Definitionen von Wohnungslosigkeit.

In einer Auswertung von Krankenhaus-Routinedaten in Nordrhein-Westfalen über einen Verlauf von fünf Jahren (2016-2019) in 20 psychiatrischen Kliniken (über 300.000 Fälle) erfasste eine deutlich niedrigere Rate von Wohnungslosigkeit von 2,4 % (67). Diese Diskrepanz erklärt sich mit durch die methodischen Unterschiede der Studien. Da im Krankenhausdokumentationssystem häufig, so auch in der zitierten Studie, keine standardisierte Erfassung von Wohnungslosigkeit erfolgt, sondern eine indirekte Identifizierung stattfindet, unterschätzt diese Zahl vermutlich den realen Umfang. Untersuchungen aus Australien zeigen, dass durch die fehlende standardisierte Erfassung das Problemausmaß Wohnungslosigkeit in den Routinedaten von Krankenhäusern unterschätzt wird (7). Weiterhin haben wir eine vergleichsweise „breite“ Definition, vorgeschlagen durch die Europäische Kommission, verwendet, die auch

Unterkünfte wie Flüchtlingsheime und Frauenhäuser in die Kategorie „wohnungslos“ inkludieren.

Diese Zahlen verdeutlichen den Bedarf an geeignetem Wohnraum und Wohnungsunterstützung für Menschen mit psychischen Erkrankungen vor allem in urbanen Räumen, da eine fehlende Wohnperspektive den Behandlungserfolg beeinträchtigt und das Risiko einer Chronifizierung erhöht, insbesondere für Zielgruppen von Personen mit einer Komorbidität einer Substanzgebrauchsstörung und sozialen Schwierigkeiten.

In der Wohin Studie zeigte sich, dass Patient*innen ohne eigene Wohnung häufiger männlich und jünger waren, einen niedrigeren Bildungsstand hatten und eine niedrigere verbale Intelligenz aufwiesen, sowie häufiger eine Substanzgebrauchsstörung und kürzere Behandlungsdauern aufwiesen. Psychotische Erkrankungen zeigten sich am häufigsten in der Gruppe wohnungsloser Patient*innen mit 29,0 %. Grundsätzlich bestätigen sich unsere Ergebnisse in anderen deutschen Stichproben wie der bereits genannten Auswertung von Krankenhaus-Routinedaten in Nordrhein-Westfalen (67): Wohnungslose Patient*innen waren dort ebenfalls häufiger männlich, jünger, erfuhren häufiger Zwangsmaßnahmen und wiesen ebenfalls eine kürzere Behandlungszeit auf. Jede zweite wohnungslose Person hatte die Diagnose einer Substanzgebrauchsstörung, jede dritte Person einer psychotischen Erkrankung (67). In unserer Stichprobe wiesen wohnungslose Patient*innen im Vergleich zu nicht wohnungslosen Patient*innen ebenfalls höhere Raten von Aufnahmen und Behandlungen per Zwang auf, der Unterschied zwischen den Gruppen erwies sich jedoch nicht als signifikant.

Das deutliche Überwiegen von männlichen Personen in der Gruppe der wohnungslosen Patient*innen ist in Übereinstimmung mit anderen Studien, die ebenfalls das männliche Geschlecht als den Faktor betrachteten, der am deutlichsten wohnungslose von nicht-wohnungslosen Patient*innen unterscheidet, wobei männliche Personen etwa die Hälfte (68) oder sogar zwei Drittel (67,69) der wohnungslosen Patient*innen in der Psychiatrie ausmachen, ebenso in unserer Stichprobe. Bei der Interpretation dieser Befunde muss berücksichtigt werden, dass Frauen tendenziell häufiger in versteckter Wohnungslosigkeit leben und traditionell Hilfestrukturen der Wohnungslosenhilfe weniger nutzen (70).

Ebenso deckt sich das jüngere Alter mit anderen Studien in ähnlichen Studienpopulationen (67,71,72). Ein möglicher Grund für das jüngere Alter bei wohnungslosen Patient*innen ist die erhöhte Morbidität und die damit verbundene hohe Sterblichkeit (10). Möglicherweise haben

jedoch ältere ehemals wohnungslose Personen umfassendere psychosoziale Unterstützungsleistungen erhalten und leben häufiger in soziotherapeutischen Einrichtungen, während jüngere wohnungslose Personen solche psychosozialen Dienstleistungen noch nicht oder nur in geringerem Maße nutzen.

25,0 % der wohnungslosen Patient*innen hatten keinen Schulabschluss. Dabei stellte das Fehlen eines Schulabschlusses einen signifikant assoziierten Faktor für Wohnungslosigkeit oder das Leben in einer soziotherapeutischen Einrichtung in dem Regressionsmodell dar. Auch in der Seewolf-Studie, einer der größten Querschnittserhebungen unter 230 wohnungslosen Menschen im Großraum München 2012, waren Teilnehmende mit keinem oder niedrigem Bildungsabschluss im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich überrepräsentiert (73). Ein niedriges Bildungsniveau und niedrigeres Intelligenzniveau erhöht möglicherweise das Risiko für Wohnungslosigkeit.

In der Wohin-Studie zeigte sich, dass das Vorhandensein einer Diagnose einer Substanzgebrauchsstörung ein signifikant assoziierter Faktor für Wohnungslosigkeit war. Dies deckt sich mit Ergebnissen aus Meta-Analysen zu psychiatrischer Morbidität unter wohnungslosen Menschen in wohlhabenden („*High Income*“) Ländern als auch in Deutschland. In der Metaanalyse meiner Gruppe in wohlhabenden Ländern lag die gepoolte Prävalenz für Drogengebrauchsstörungen bei 21,7 %, für Alkoholgebrauchsstörungen bei 36,7 % (13). Gemäß unserer Meta-Analyse für in Deutschland durchgeführte Studien zeigte sich eine 1,5-fach höhere Rate an Alkoholabhängigkeit (55,4 %) als wohnungslose Menschen in anderen wohlhabenden („*High Income*“) Ländern auf und eine 21-fach höhere Prävalenz von substanzbezogenen Störungen als die deutsche Allgemeinbevölkerung (2,9 %) (74). Dabei fiel die Rate an Drogenabhängigkeit in Deutschland mit 13,9 % niedriger aus als international, was auf sich unterscheidende Konsummuster in verschiedenen Ländern entsprechend der Preis- und gesetzlichen Regulation hindeutet.

Eine mögliche Erklärung ist ein Unterstützungssystem, das Wohnen zum Teil mit Abstinenz verknüpft, im Gegensatz zu evidenzbasierten Konzepten wie Housing First (75,76). Ziel stellt schließlich auch die Erkennung und Überwindung möglicher Barrieren und Verbesserung des Versorgungssystems hinsichtlich der Bedürfnisse der Betroffenen dar. Insbesondere bisherige Grundhaltungen im suchtherapeutischen Versorgungssystem in Bezug auf Anforderungen an die Lebensführung wie Abstinenz (77) stellen hierbei Hürden für die Betroffenen dar, die nur

durch die Etablierung von niederschweligen, bedürfnisorientierten suchttherapeutischen Interventionen überwunden werden könnten. Studien belegen anhaltende negative Einstellungen in der Bevölkerung als auch unter Personal im Gesundheitssystem und Stigmatisierung gegenüber Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen (78)(79). Im Modell der dynamischen Verantwortungsübernahme sollen dabei vor allem Menschen mit schweren Suchterkrankungen und wenig Ressourcen mehr Unterstützung erhalten, da sie sonst häufiger an den Barrieren des Versorgungssystems in Form von bürokratischen Abläufen, Wartelisten, Vorgesprächen oder Versicherungsstatus scheitern (79).

Weiterhin zeigte sich in der Wohin-Studie, dass wohnungslose Patient*innen signifikant jünger waren beim Erstkontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem: bezogen auf eine erste ambulant-psychiatrische Behandlung im Durchschnitt 7 Jahre früher (25,4 versus 32,5 Jahre) und bei stationär-psychiatrischen Behandlungen 10 Jahre früher (23,9 versus 34,5 Jahre). Dieser Gruppenunterschied zeigte sich auch in den Subgruppenanalysen hinsichtlich diagnostischer Kategorien: in der Subgruppe von Personen mit Substanzgebrauchsstörungen zeigten sich ebenfalls signifikant frühere Kontakte von wohnungslosen Personen mit dem ambulanten sowie stationären psychiatrischen Versorgungssystem, bei Personen mit psychotischen Erkrankungen ein signifikant früherer Kontakt mit dem stationär psychiatrischen Versorgungssystem (53). Diese Ergebnisse stützen auch jüngste Ergebnisse anderer Studien wie eine Querschnittstudie (n = 230) unter wohnungslosen Menschen in Deutschland (Großraum München): In dieser Arbeit zeigte sich, dass sich 75 % der wohnungslosen Menschen bereits vor Verlust ihrer Wohnung in stationär-psychiatrischer Behandlung befanden und somit bereits vor Eintreten der Wohnungslosigkeit psychisch erkrankt waren sowie Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem hatten (73). Studienergebnisse einer Querschnittstudie unter 900 wohnungslosen Menschen und einer nicht-wohnungslosen Kontrollgruppe aus Nordamerika zeigte hinsichtlich des Vergleichs des zeitlichen Beginns der psychischen Störung zwischen den Vergleichsgruppen nur für die Alkoholgebrauchsstörungen unter Männern ein signifikant früherer Beginn im Vergleich zu der nicht-wohnungslosen Vergleichsgruppe, in fast allen diagnostischen Kategorien jedoch ein überwiegendes Einsetzen der psychischen Erkrankung vor Beginn der Wohnungslosigkeit (in 100 % der Fälle für Schizophrenie und Panikstörung und 83,7 % für Alkoholgebrauchsstörungen bei Frauen, in 87,8 % der Fälle für Alkoholgebrauchsstörungen, 78,3 % für Drogengebrauchsstörung und 75,0 % für Schizophrenie bei Männern)

(80). Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser verschiedenen Studien, dass wohnungslose Menschen vermutlich zu einem ähnlichen Zeitpunkt erkranken, wie nicht-wohnungslose Menschen, jedoch früher Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem und in der Regel bereits vor Verlust ihrer Wohnung Kontakt haben. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass auftretende Symptome in der Ausprägung schwerer sind oder sich stärker einschränkend auf das Funktionsniveau auswirken und somit auch andere wichtige soziale und berufliche Prozesse behindern. Dies weist darauf hin, dass trotz frühem bzw. sogar früherem Kontakt zum Versorgungssystem der soziale Abstieg bis hin zum Wohnraumverlust aktuell für einen Teil der Betroffenen durch die aktuelle Behandlung nicht aufgehalten werden kann. Eine Erklärung könnte sein, dass bisherige Behandlungen zu wenig soziale Aspekte und das Gelingen der gesellschaftlichen Teilhabe fördern und adressieren, sondern zu stark auf eine Reduktion von Symptomen fokussieren und Abbrüche an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zusätzliche ein Gelingen von Teilhabe außerhalb der Klinik erschweren. Als Limitation ist dabei zu diskutieren, dass wir nicht den Beginn der Erkrankung in unserer Arbeit erhoben haben; daher ist es ebenfalls möglich, dass in unserer Stichprobe wohnungslose Patient*innen auch früher erkrankt waren als nicht-wohnungslose Patient*innen und dieser frühe Beginn, der oft mitentscheidenden Lebensphasen wie beruflicher Entwicklung zusammenfällt, eine spätere Wohnungslosigkeit begünstigt. In zukünftigen Erhebungen würde ich diese differenzierte Erfassung anstreben, auch wenn zu bedenken ist, dass die Messung des Beginns einer psychischen Erkrankung retrospektiv aufgrund der Erinnerungen als auch fehlender Aufzeichnungen mit Schwierigkeiten behaftet sein kann.

In der zweiten Arbeit dieser Habilitationsschrift untersuchten wir das Vorliegen von Schulden sowie mögliche Einflussfaktoren in der bereits beschriebenen (teil-)stationär-psychiatrischen Patient*innen-Population der Wohin-Studie. Hierbei handelt es sich um die erste Erfassung finanzieller Belastungen unter Nutzer*innen des psychiatrischen Krankenhausversorgungssystems in Deutschland. Dabei wiesen 55,1 % der Befragten Schulden, Kredite oder offene Rechnungen auf. Wobei die meisten Befragten offene Beträge zwischen 1000 und 9999 € aufwiesen, 36,3 % zwischen 10.000 € und 99.999 €. Obgleich die Entscheidung, ob eine Überschuldung vorliegt, immer eine Einzelfallentscheidung ist und auch von anderen Faktoren abhängt (Alter, Zahl der Gläubiger, finanzielle Situation anderer Haushaltsmitglieder, mögliches

Einkommen etc.) (81), lässt sich bei der Stichprobe aufgrund der Schuldenhöhe und dem Anteil der Menschen in Abhängigkeit von Transferleistungen eine Überschuldung bei 22,3 % der Patient*innen annehmen (Vergleich Verschuldungsrate in der deutschen Allgemeinbevölkerung: 10 % (82)). Dies unterstützt Ergebnisse eines systematischen Reviews und Meta-Analyse zu dem Zusammenhang zwischen ungesicherten Schulden und Gesundheits-Outcomes (83). In dieser Meta-Analyse von gepoolten Odds-Verhältnissen zeigte sich eine signifikante Beziehung zwischen Schulden und psychischen Erkrankungen (OR = 3,24), Depressionen (OR = 2,77), Suizid (OR = 7,9), Suizidversuch oder -vollendung (OR = 5,76), Alkoholmissbrauch (OR = 2,68), Drogenabhängigkeit (OR = 8,57), neurotischen Störungen (OR = 3,21) und psychotischen Störungen (OR = 4,03). Die Odds Ratios zeigen ein mehr als dreifach erhöhtes Risiko für eine psychische Störung bei Personen mit Schulden. Noch stärkere Effekte wurden für Suizid gezeigt, wobei Personen mit vollendetem Suizid, ein fast achtfach erhöhtes Risiko für Schulden haben. Da es sich größtenteils um Querschnittsdesigns handelt, bleiben die vermutlich wechselwirkenden Zusammenhänge jedoch unklar. Zum einen ist denkbar, dass das Vorliegen von ungesicherten Schulden zu depressiven und Angstsymptomen führt, gleichzeitig können psychische Störungen mit Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit einhergehen, was die Entstehung von Schulden begünstigen kann. Weitere Studien weisen vor allem auf die psychologischen Faktoren in der Beziehung zwischen Schulden und psychischer Gesundheit hin: So stehen subjektive Erlebensaspekte bezüglich Schulden wie Sorgen und Stress, das Erwägen des Abbruchs des Studiums aufgrund von Schulden, Hoffnungslosigkeit, Kontrolle über Finanzen oder die Überzeugung, dass sich die Finanzen verschlechtern werden, mit der psychischen Gesundheit in Verbindung (84–87). Einige Studien zeigen dabei, dass diese subjektiven Faktoren eventuell wichtiger sind als objektive Maße wie die Höhe der Schulden und die Beziehung moderieren können (86,88,89). So könnte beispielsweise eher das Gefühl von Kontrollverlust und Angst ausschlaggebend sein für das Entstehen oder die Verschlechterung einer psychischen Störung, als die Höhe der vorliegenden Schulden. Eine weitere longitudinale Studie in einem repräsentativen Sample über 15 Jahre zeigte beispielsweise einen Zusammenhang zwischen schlechterer psychischer Gesundheit und Sorgen um die Bezahlbarkeit von Wohnraum („*housing affordability stress*“) auf (90). Wohnungslose Patient*innen in unserer Erhebung wiesen im Vergleich zu nicht-wohnungslosen Patient*innen häufiger Schulden auf (75,0 % versus 51,7 %), gleichzeitig waren Personen mit Schulden im Vergleich zu Personen ohne Schulden signifikant häufiger wohnungslos (15,8 % versus 6,5 %). Die Ergebnisse unserer als auch

genannter Studien verdeutlichen die Notwendigkeit in der Behandlung von Personen mit psychischen Erkrankungen soziale Faktoren wie unsichere Schulden zu berücksichtigen. Praxisbeispiele stellen z.B. Entwicklungen in Großbritannien während der letzten Rezession (2008-2009) dar, in der in Gesundheits-Settings Schuldenberatungen implementiert wurden (91). In unseren multivariablen binären logistischen Regressionsmodellen für das Vorliegen von Schulden bzw. das Vorliegen von Schulden von mehr als 1.000 € stellten das Vorliegen einer Substanzabhängigkeit (OR = 2,41 bzw. 2,22) als auch ein jüngeres Alter (OR = 0,98 bzw. 0,97) signifikant assoziierte Faktoren dar. Insbesondere das Screening auf finanzielle Sorgen und entsprechende Beratung und Unterstützung im System der Suchthilfe scheint daher sinnvoll. Die Tatsache, dass jüngere Personen in unserer Kohorte häufiger von offenen Schulden und Rechnungen betroffen sind, stimmt mit den Ergebnissen der Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung überein, bei denen eine höhere Prävalenz von Überschuldung bei jüngeren Menschen festgestellt wurde (82). Auch in einer Querschnittstudie unter Menschen in Überschuldung in Schweden wiesen die Personen mit zusätzlich bestehender Depression oder Angststörung ein jüngeres Alter auf, zudem nutzten sie häufiger maladaptive statt adaptive Coping Strategien (92), wobei diese potentiell psychotherapeutisch zugänglich sind in entsprechenden Angeboten.

Limitationen der Studie bestehen in dem querschnittlichen Design und damit der Beschränkung der Identifizierung kausaler Einflüsse; zukünftige Studien sollten longitudinale Ansätze in Erwägung ziehen. Weiterhin wäre es für zukünftige Studien zu erwägen, das gesamte Haushaltseinkommen zu erheben, um das Ausmaß von Schulden und Krediten in Bezug zur ökonomische Gesamtsituation setzen zu können. Weiterhin könnten gezielter mögliche moderierende psychologische Faktoren wie die bestehenden Sorgen um die finanzielle Situation zu erfassen. Dennoch bleibt die Schwierigkeit erhalten, dass es keine quantitative Grenze für Überschuldung gibt. Weiterhin handelt es sich nicht um eine repräsentative Stichprobe, sodass grundsätzlich keine Generalisierbarkeit möglich ist. Anzumerken ist aber, dass der Versorgungsbezirk der Klinik, in der die Erhebung stattfand, vergleichbar ist hinsichtlich sozialer Faktoren wie Arbeitslosenraten mit anderen deutschen Städten (93).

In der dritten Arbeit der Habilitationsschrift wurde das Vorkommen der diagnostischen Kategorie der Spielsucht und des problematischen Spielverhaltens¹⁰ unter wohnungslosen Menschen in einem systematischen Review und Meta-Analyse untersucht. Eine mögliche Ursache für Überschuldung stellt bei einigen Personen problematisches Spielverhalten dar, was erst seit einigen Jahren Einzug in das DSM-5 System erhalten hat (94). Die Identifizierung genauer Prävalenzahlen ermöglicht eine bessere Versorgungsplanung und gibt Aufschluss über die Versorgungsbedarfe vulnerabler Gruppen. Eine metaanalytische Arbeit dazu lag bisher nicht vor, ebenso wurde diese diagnostische Kategorie in übergeordneten Meta-Analysen zu psychiatrischer Morbidität unter wohnungslosen Menschen nicht erfasst (13,74). In der durchgeführten Arbeit umfasste die gesamte Studienpopulation 1.938 wohnungslose Personen aus 8 Studien. Für Spielsucht/problematisches Spielverhalten ergab sich eine gepoolte Prävalenz von 18,0 % (95 %-KI 13,2–23,3 %), wobei die Prävalenzen der einzelnen Studien zwischen 11,3 % und 31,3 % lag. Studien, die eine höhere methodische Qualität aufwiesen, ergaben signifikant niedrigere Prävalenzen von 13,4 % (95 %-KI 9,0–18,5 %). Dabei übersteigen die in dieser Arbeit erhobenen Prävalenzen um ein Vielfaches Prävalenzen der Allgemeinbevölkerung der Länder, die in die Auswertung mit eingegangen sind wie z.B. 0,3 % in den USA (95) oder 2,6 % in Großbritannien (96). Dabei sind verschiedene Erklärungsmodelle für diese höheren Zahlen denkbar. Zum einen zeigen Studien, dass sekundäre Effekte von Spielsucht wie finanzielle Probleme aber auch soziale Isolation zur Entstehung von Wohnungslosigkeit beitragen können (97–100). Zum anderen kann Spielverhalten in marginalisierten Lebensverhältnissen eine Bewältigungsstrategie darstellen, die Ablenkung, Bedeutung oder Hoffnung auf einen Gewinn bietet (100,101). Weiterhin überlappen sich Risikofaktoren, die sowohl bei der Entstehung von Wohnungslosigkeit als auch bei problematischem Spielen eine Rolle spielen wie frühkindliche Traumatisierungen oder Reviktimisierung (21,102). In einem weiteren systematischen Review und Meta-Analyse meiner Arbeitsgruppe zu Prävalenzen psychischer Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen in wohlhabenden Ländern waren die Substanzgebrauchsstörungen die häufigsten Erkrankungsbilder mit Alkoholgebrauchsstörungen mit einer gepoolten Prävalenz von 36,7 % (95 %-KI 27,7–46,2 %), und Drogengebrauchsstörungen mit 21,7 %

¹⁰ „Die letzten Änderungsvarianten von DSM und ICD bezeichnen klinisch relevante Probleme mit Spielverhalten als „Gambling Disorder“. Der breitere Begriff „Problem Gambling“ wird häufig genutzt um subklinische Ausprägungen von problematischem Spielverhalten einzuschließen.“ (49) (Übersetzung durch die Autorin) „Gambling Disorder“ wird in dieser Arbeit mit „Spielsucht“ und „Problem Gambling“ durch „problematisches Spielverhalten“ übersetzt.

(95 %-KI 13,1-31,7 %). Dabei sollten Leistungsanbieter neben Substanzgebrauch auch problematisches Spielverhalten adressieren, wobei die Erkennung hierbei eine wichtige Rolle spielt, da Menschen mit Spielsucht häufig ein niedriges Hilfesuchverhalten aufweisen (103). Zur Detektion können Instrumente wie der Problem Gambling Severity Index (PGSI) genutzt werden (104). Die meisten eingeschlossenen Studien basierten ihre Diagnostik auf inzwischen nicht mehr aktuellen DSM-Systemen, wobei sich die Auswirkungen der Änderungen des DSM-5 erst noch zeigen werden, wobei insgesamt eine Erhöhung der Prävalenzen angenommen wird (105), sodass in zukünftigen Studien eine Fokussierung auf die Kriterien der Spielsucht (Gambling Disorder) sinnvoll erscheint.

Die wichtigsten Limitationen der Studie waren unterschiedliche Screening-Instrumente und Prävalenztypen zwischen den Studien, die die Vergleichbarkeit einschränkten. Die Subgruppenanalysen hinsichtlich dieser Parameter ergaben jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Prävalenzraten, was jedoch mit der geringen Stichprobengröße zusammenhängen könnte. Eine Meta-Regression wurde nicht durchgeführt, da die Primärstudien zu wenige Merkmale berichteten. Es gab eine hohe Heterogenität zwischen den Studien, die wir mit Subgruppenanalysen adressierten, wobei die Studien mit geringem Bias-Risiko niedrigere Prävalenzraten berichteten.

Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstreichen mit hohen Raten der Prävalenz von Spielsucht/problematischem Spielen die Bedeutung von Gesundheitsproblemen unter wohnungslosen Menschen. Die sozialen Probleme, die mit Wohnungslosigkeit und Spielsucht einhergehen, bilden mit den Gesundheitsproblemen eine komplexe Bedarfslage, die fragmentierte Versorgungssysteme häufig nicht abdecken. Verschiedene komplexe Interventionen für wohnungslose Menschen wie Housing First in Kombination mit Intensive Case Management, oder Assertive Community Treatment erbrachten in randomisiert, kontrollierten Studien positive Effekte auf die Wohnstabilität, aber nur moderate bis keine Effekte auf Indikatoren psychischer Gesundheit und Substanzgebrauch (75,106). Zukünftige Interventionen sollten für die Problematik des problematischen Spielens screenen und mögliche Angebote entwickeln bzw. vorhalten.

In Hinblick auf das dritte Forschungsfeld der Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung untersuchten wir in der ersten Arbeit der Habilitationsschrift ebenfalls Aspekte des Nutzungsverhalten des psychiatrischen Versorgungssystems. Hierbei zeigte sich die (teil-)stationäre

Aufenthaltsdauer in psychiatrischer Behandlung bei wohnungslosen Patient*innen im Vergleich zu denjenigen mit einer eigenen Wohnung signifikant kürzer, was im Gegensatz zu Ergebnissen aus Studien anderer High-Income Länder steht (40). Die Art der Unterkunft erklärte zusätzliche 2,7 % der Varianz der (teil-)stationäre Aufenthaltsdauer in unserer Studie, während die psychiatrische Diagnose einen starken Einfluss auf die Aufenthaltsdauer hatte. Dabei waren in unserem Regressionsmodell Wohnungslosigkeit und das Leben in einer soziotherapeutischen Einrichtung sowie das Vorliegen einer Substanzgebrauchsstörung signifikant mit kürzeren Liegedauern assoziiert, das Vorliegen einer schizophrenen oder affektiven Erkrankung mit signifikant längeren Liegedauern. Weiterhin ergab sich, dass eine Wiederaufnahme nicht signifikant mit Wohnungslosigkeit, sondern mit dem Leben in einer soziotherapeutischen Einrichtung verbunden war, neben dem stärksten Faktor, nämlich einer psychotischen Störung, aber auch Substanzgebrauchsstörungen und Persönlichkeitsstörungen. Anhand der stationären Aufenthaltsdauern konnten wir zeigen, dass offenbar Wohnnotlagen aktuell nicht mit längeren, sondern sogar kürzeren psychiatrischen Klinikbehandlungen assoziiert sind. Dies bestätigt Ergebnisse einer prospektiven Kohortenstudie stationär psychiatrisch behandelter Patient*innen in verschiedenen europäischen Ländern (Belgien, Deutschland, Italien, Polen, Großbritannien), in der sich zeigte, dass über das gesamte Sample der Faktor Wohnungslosigkeit neben anderen zu einer signifikant längeren Liegedauer führte, jedoch in verschiedenen Ländern die Liegedauern in entgegengesetzte Richtungen beeinflusste; so war in Deutschland der Faktor Wohnungslosigkeit im Gegensatz zu den anderen Ländern mit einer niedrigeren Liegedauer assoziiert, in Großbritannien beispielsweise mit einer längeren Liegedauer (40). Weiterhin wurden unsere Ergebnisse von kürzeren Liegedauern unter wohnungslosen Menschen in einer Auswertung von Krankenhaus-Routinedaten in Nordrhein-Westfalen (67) bestätigt, in der sich ebenfalls eine kürzere Behandlungszeit im Vergleich zu nicht-wohnungslosen Personen zeigte. In einer kanadischen Studie, die administrative Daten von über 90.000 aufgenommenen Fällen in einem Lehrkrankenhaus in Toronto über einen Zeitraum von fünf Jahren untersuchte, ergab sich, dass wohnungslose Personen deutlich höhere Raten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufwiesen im Vergleich zu Alters- und Geschlechtsangepassten Kontrollen aus der Allgemeinbevölkerung, insbesondere für Rettungstellenkontakte und stationäre Krankenhausleistungen. Es ergab sich der Hinweis darauf, dass insbesondere eine Subgruppe von wohnungslosen Menschen mit einem extrem hohen Gebrauch zu

diesen Unterschieden führte (27). Auch ältere Studien basierend auf Krankenhaus-Routinedaten aus New York, USA zeigen im Gegensatz zu Deutschland deutlich längere Zeiten stationärer Behandlungen auch außerhalb des psychiatrischen Bereichs: Es zeigte sich bei wohnungslosen Patientinnen eine um 36 % im Durchschnitt längere Behandlungszeit, wobei 80 % der wohnungslosen Personen eine Diagnose einer Substanzgebrauchsstörung oder einer anderen psychischen Störung aufwiesen (26). Mögliche Erklärungen für die kürzeren Liegedauern in deutschen Studien könnten die Unterschiede in den Strukturen der Gesundheitssysteme und der Verfügbarkeit von psychosozialen Diensten außerhalb des Krankenhaussystems in den verschiedenen Ländern sein. Diese Strukturen z.B. der Wohnungslosenhilfe und caritativen Trägerangeboten sind in Deutschland insbesondere in urbanen Räumen vorhanden. Darüber hinaus können kulturelle Unterschiede und unterschiedliche Praktiken bei der Versorgung von wohnungslosen Patient*innen eine Rolle spielen. Weiterhin können kurze Behandlungszeiten auch mit einer fehlenden Wohnperspektive oder negativen Vorerfahrungen im Gesundheitssystem zusammenhängen, von welchen wohnungslose Personen stärker betroffen sind (65,66). Zudem zeigten sich in der Studie aus Nordrhein-Westfalen, dass es unter wohnungslosen Patient*innen häufiger zu kurzen Aufenthalten von nur einem Tag kommt, was mit einem frühzeitigen Abbruch der Behandlung seitens der Patient*innen in Zusammenhang stehen könnte, basierend auf Vorerfahrungen von Stigmatisierung, Zwangsmaßnahmen oder anderen Prioritäten. In einer weiteren Veröffentlichung meiner Arbeitsgruppe untersuchten wir stichprobenartig elektronische Patient*innenakten zwischen 2008 und 2021 stationär-psychiatrischer Fälle in einer Berliner Versorgungsklinik. Hierbei zeigte sich neben einer zunehmenden Rate des Anteils wohnungsloser Personen um 15 % ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Wohnungslosigkeit und einem jüngeren Alter, männlichen Geschlecht, dem Vorliegen einer psychotischen Störung, einer Stress- oder Trauma-assoziierte Störung oder Substanzgebrauchsstörung sowie dem Fehlen einer ambulanten Behandlung (107).

Eine aktuelle narrative Untersuchung aus Kanada ergab, dass Personen, die in prekären Wohnverhältnissen leben, häufig den Eindruck haben, dass sie bei Kenntnis ihres Wohnungsstatus eine minderwertige oder unzureichende Versorgung bei psychischen Erkrankungen und Suchtproblemen erhalten oder sogar ganz von der Versorgung ausgeschlossen werden (108).

Unsere Analyse ergab, dass die Wohnungslosigkeit von Nutzenden des psychiatrischen, (teil-)stationären Versorgungssystems mit verschiedenen individuellen soziodemografischen Faktoren wie Geschlecht, Alter und Bildung in Zusammenhang steht. Darüber hinaus unterscheiden sich klinische Faktoren zwischen wohnungslosen und nicht- wohnungslosen Patient*innen, was auf schwerwiegendere psychische Erkrankungen und Behandlungskomplikationen (z.B. Behandlungsabbrüche) bei wohnungslosen Personen hinweisen könnte. Folglich kann die Wohnungslosigkeit von psychiatrischen Patient*innen besondere Herausforderungen darstellen, die von Gesundheitsdienstleistern und politischen Entscheidungsträgern berücksichtigt werden sollten, um die psychosoziale Versorgung und die psychischen Gesundheitsergebnisse wohnungsloser Personen zu verbessern.

Gleichzeitig erfährt das Gesundheitswesen aktuell eine zunehmende digitale Transformation, die sich beispielsweise durch zunehmend rein digital stattfindende Prozesse (elektronische Patientenakte (ePA), eRezept, eAU) ausdrückt, aber auch in zunehmenden digitalen Angeboten wie den digitalen Gesundheitsanwendungen, telemedizinischer Angebote, zunehmend digital verfügbaren Gesundheitsinformationen oder Chat- und Messaging-Systemen sowie die genauere Bewertung von Outcomes und Prozessen durch die zunehmende digitale Erfassung innerhalb von Routinedaten. Dies kann die Versorgung potentiell verbessern und Barrieren abbauen. Gleichzeitig kann es dazu führen, dass bestimmte Gruppen z.B. ohne Zugang zu notwendigen Geräten und Internet von diesen Entwicklungen und Zugängen ausgeschlossen werden (digitale Teilhabe).

In der vierten Arbeit dieser Habilitationsschrift untersuchten wir daher Zugang und Nutzung von Handys, Smartphones, Computern und Social Media Accounts in der Wohin-Studie unter Nutzer*innen des (teil-)stationären psychiatrischen Versorgungssystems erstmalig in Europa. Dabei waren die Raten der Verfügbarkeit eines Mobiltelefons bzw. Smartphones bei psychiatrischen Patient*innen deutlich geringer als in der deutschen Allgemeinbevölkerung (Mobiltelefon: 84,9 % versus 95,1 %, Smartphone: 59,3 % versus 74 %) (109,110). Dabei zeigten sich in unserer Erhebung vergleichbare Ergebnisse mit US-amerikanischen Studien unter Nutzer*innen ambulant oder stationär psychiatrischer Versorgung, die zwischen 85 % und 94 % für Mobiltelefone und zwischen 37 % und 95 % für Smartphones lagen (111,112). Auch die regelmä-

ßige Nutzung eines Computers fiel in unserer Stichprobe mit 68,2 % bei psychiatrischen Patient*innen deutlich niedriger aus als in der deutschen Allgemeinbevölkerung mit 84 % (113), 48,2 % der Patient*innen hatten keinen Social Media Account. Vergleichbare Raten von Computernutzung fand sich in einer finnischen Stichprobe von stationär-psychiatrischen Patient*innen mit Schizophrenie Spektrum Störungen (55 %) (114). In US-amerikanischen Studien lagen die Raten von Computernutzung in einer Stichprobe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bei 53,6 % und in einer Stichprobe von ambulanten und stationären Patient*innen mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung bei 54 % (115,116). Die einzige deutsche Studie, die die generelle Internetnutzung untersuchte (ohne Spezifizierung des Geräts) fand eine Rate von 79,5 % unter stationär-psychiatrisch behandelten Personen (117). Insgesamt zeigen die wenigen verfügbaren Studien eine geringere Nutzung bzw. Verfügbarkeit derartiger Geräte unter Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, was wiederum den Zugang zu digitalen Gesundheitsdiensten verringert. Gleichzeitig können die Ursachen hierfür vielfältig sein und auch Aspekte von Kosten oder Sorge bezüglich Sicherheit und Privatheit reflektieren (118). Zur weiteren Beleuchtung von möglichen Einflussfaktoren führten wir multivariate binäre logistische Regressionsmodelle durch hinsichtlich der Nutzung von Mobiltelefonen und Computern: Hierbei zeigte sich ein höheres Alter, niedrigere Bildung sowie Wohnungslosigkeit und psychotische Erkrankungen und organische psychische Störungen als signifikant assoziierte Faktoren. Dabei kann die geringere Verfügbarkeit/Nutzung unter wohnungslosen Personen möglicherweise durch finanzielle Aspekte, einem erfolgten Verlust auf der Straße oder Skepsis erklärt werden. Gleichzeitig zeigen erste Machbarkeitsstudien, dass auch wohnungslose Menschen durchaus offen für Nutzung von digitalen Gesundheitsdiensten sind (50). Bereitstellung von Geräten oder Internetzugang und Lademöglichkeiten im öffentlichen Raum könnte mögliche Implikationen darstellen.

In einer US-amerikanischen Studie zeigten sich psychotische Erkrankungen unter Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen neben einem höheren Alter als Prädiktor kein Smartphone zu besitzen (119). Gründe für eine verminderte Nutzung können vielfältig sein und bestehen möglicherweise in der sensorischen Verarbeitung als auch Tendenzen der sozialen Isolation als auch in ökonomische Faktoren (120,121). Auf der anderen Seite stellen Menschen mit psychotischen Erkrankungen eine Gruppe mit häufig chronisch verlaufenden Erkrankungen mit hohen Bedarfen und bisher unzureichender Behandlung da, sodass hier ein erhebli-

ches Potenzial besteht für digitale Interventionen, wobei erste Studien zum Beispiel zur Behandlung agoraphobischer Ängste unter Menschen mit Schizophrenie positive Effekte zeigten (122).

Das höhere Alter zeigte sich in unseren Regressionsmodellen als signifikant assoziierter Faktor damit kein Mobiltelefon zu besitzen bzw. keinen Computer zu nutzen, aber wies dabei nur einen kleinen Effekt auf. Gleichzeitig zeigen zahlreiche Studien, dass digitale Gesundheitsdienste auch für ältere Menschen eine sinnvolle Ergänzung darstellen können und zu einer Verbesserung zum Beispiel depressiver Symptome führen können (123,124). Insgesamt zeigen diese Ergebnisse das Aspekte von Zugang und Wissen bezüglich digitaler Angebote in bestimmten Gruppen verstärkt in den Blick genommen werden sollten, um einen Ausschluss von den Veränderungsprozessen im Gesundheitswesen zu verhindern.

Als Limitation ist anzuführen, dass eine vertiefende Erhebung z.B. von digitaler Gesundheitskompetenz oder den Gründen für eine Nicht-Nutzung wertvoll gewesen wären, jedoch aufgrund der Länge der Interviews nicht erfolgte. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass auch standardisierte Instrumente der digitalen Gesundheitskompetenz häufig eine subjektive Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und nicht zwingend die vorliegenden Kompetenzen abbilden. Weiterhin ist die Generalisierbarkeit und Vergleichbarkeit eingeschränkt, da die Studienpopulationen in den verschiedenen Ländern und Settings (ambulante vs. (teil-)stationäre Settings; schwere psychische Erkrankungen oder Diagnose-übergreifend) sehr heterogen sind und digitale Nutzung zusätzlich kulturellen Faktoren, Aspekten des Zugangs und der technologischen Entwicklung unterliegen. Da Untersuchungen zur Nutzungen digitaler Technologien unter Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, die häufiger auch mit einer Hospitalisierung einhergehen, jedoch kaum vorliegen, liefert diese Erhebung dennoch wichtige Erkenntnisse über möglicherweise gezielt zu unterstützende Gruppen hinsichtlich Zugang zu technologischen Möglichkeiten.

Weiterhin untersuchten wir in der fünften Arbeit dieser Habilitationsschrift die Wohnzufriedenheit von Nutzenden des (teil-)stationären Versorgungssystems über verschiedene Wohnformen hinweg. Hierbei fanden wir eine Abnahme der Wohnzufriedenheit in Gruppen, deren Wohnform nur wenig mit Eigenschaften einer eigenen Wohnung und unabhängigen Wohnens gemein ist. So fiel die Wohnzufriedenheit signifikant höher aus bei Personen, die eine eigene Wohnung zur Verfügung hatten oder Wohngemeinschaften nutzen im Vergleich zu Personen,

die in stärker institutionalisierten Settings oder in Einrichtungen für wohnungslose Menschen lebten. Die Ergebnisse unterstreichen den Einfluss der Wohnsituation auf die Gesamtzufriedenheit und somit Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Menschen, die formal als wohnungslos definiert waren, da sie zum Beispiel bei Freunden und Bekannten vorübergehend unterkamen, wiesen eine höhere Wohnzufriedenheit auf als z.B. Personen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder auf der Straße als auch Personen in therapeutischen Einrichtungen. Dabei können derartige Konstellationen ebenfalls mit Unsicherheiten über den zukünftigen Verbleib und sozialen Herausforderungen der Kompromissfindung und Notwendigkeit von Absprachen einhergehen, gleichzeitig weisen sie einen geringeren Grad der Institutionalisierung auf und ermöglichen möglicherweise stützende Faktoren durch die sozialen Beziehungen. Insgesamt fielen die Gruppenunterschiede hinsichtlich der kumulativen Wohnzufriedenheit moderat aus (59,8 % des Maximalscores in der Wohnungslosen-Gruppe, bis 83,5 % in der Gruppe mit eigener Wohnung). Da es sich um eine subjektive Einschätzung handelt könnten hierbei verschiedene Faktoren eine Rolle gespielt haben, zum Beispiel die Dauer der vorliegenden Erkrankung oder Dauer der Wohnungslosigkeit, da sich Menschen an gewisse Bedingungen über die Zeit adaptieren oder bereits verschiedene Wohnsituationen erlebt und erfahren haben. Stärkere Unterschiede fanden sich vor allem in der ersten Subskala der Wohnzufriedenheit, nämlich dem psychologischen und physischen Stress. Wohnungslose Menschen sind öfter Bedingungen ausgesetzt, in denen sie schlechter auf psychische oder körperliche Probleme eingehen können, da sie zusätzlich priorisierende Bedürfnisse aufweisen (zum Beispiel Suche nach einem Schlafplatz), sowie Erfahrungen von Diskriminierung, die einen negativen Einfluss auf die Suche und Annahme von Hilfe aufweisen. Interessanterweise fanden sich jedoch auch geringe Zufriedenheitswerte hinsichtlich dieser Faktoren für Menschen in therapeutischen Einrichtungen, was möglicherweise mit einem höheren Grad der Institutionalisierung zusammenhängen könnte. Denn auch andere Studien bestätigen den Effekt von Aspekten wie Unabhängigkeit, Wahlmöglichkeit und Kontrolle sowohl für die Psychopathologie als auch die Lebenszufriedenheit (125–127). Studien weisen weiterhin darauf hin, dass unabhängige Wohnsituationen (mietvertraglich abgesicherte eigene Wohnung) stärker die Wohnzufriedenheit erhöhen als Settings wie Heime, Institutionen oder das Unterkommen bei Familie (128,129). Hinsichtlich der Subskala *Housing Comfort*, die vor allem qualitative Basisanforderungen an die Wohnsituation umfasst, fielen Werte hierfür aus-

schließlich in der Gruppe wohnungsloser Personen deutlich niedriger aus. Auch wenn für Menschen, die direkt auf der Straße leben, plausibel ist, dass Basisanforderungen ungedeckt sind, sollte dies Handlungsimpulse liefern bessere Wohnbedingungen mit Qualitätskontrolle in den Wohnungslosenunterkünften zu schaffen, was sich in Berlin auch aktuell in der Vorbereitung befindet.

Hinsichtlich der Limitationen sind bereits genannte Einschränkungen der Wohin-Studie hinsichtlich des Samples und der Generalisierbarkeit erwähnt worden. Da kein geeignetes Instrument zur Erfassung der Wohnzufriedenheit in deutscher Sprache zur Verfügung stand, nutzen wir ein unter Beteiligung von Patient*innen selbst erstelltes Instrument, das verschiedene Dimensionen der Wohnzufriedenheit umfasste. Es bestehen dadurch Einschränkungen hinsichtlich der Vergleichbarkeit mit anderen Studien. Gleichzeitig kann die partizipative Entwicklung die Relevanz der Fragen des Instruments aus Perspektive der Betroffenen erhöhen.

Die Ergebnisse insbesondere für Menschen in therapeutischen Einrichtungen weisen darauf hin, dass das System der Eingliederungshilfe und aktuell zur Verfügung gestellte Wohnformen nur bedingt bekannten Bedürfnissen nach Autonomie und Wahlfreiheit entsprechen. Eine stärkere Orientierung der aktuellen therapeutischen Wohnformen an Autonomie-fördernden Faktoren und Perspektiven auf eigenen vertraglich abgesicherten Wohnraum sollten auch in Hinblick auf die Vorgaben der EU-Behindertenrechtskonvention in Betracht gezogen werden und dabei die Bedürfnisse sowohl von Menschen in Wohnungslosigkeit als auch von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen berücksichtigt werden.

3.3. Ausblick

Hinsichtlich der Interventions- und klinischen Forschung zur Entwicklung und Anpassung von gezielten Interventionen für die Zielgruppe (IV) ergeben die Ergebnisse dieser Habilitationsschrift Erkenntnisse, wobei dieses Feld in meiner zukünftigen Forschung weiter ausgebaut werden soll. Eine randomisierte, kontrollierte Studie (130) aus der Schweiz untersuchte die Wirksamkeit eines unabhängigen unterstützten Wohnens (Independent Supported Housing, ISH) für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die keine Wohnungslosigkeit erfahren haben. Die Ergebnisse zeigten, dass nach 12 Monaten fast alle Teilnehmenden der Interventionsgruppe in der Lage waren, unabhängig zu leben und einen signifikanten Rückgang der stationären Behandlungsbedürftigkeit verzeichneten. ISH erwies sich als vergleichbar wirksam zu herkömmlichen Wohn- und Unterstützungsdiensten (Kontrollgruppe) in Bezug auf

soziale Integration, Lebensqualität, Bedürfnisse und Funktionsfähigkeit. Die Autor*innen empfehlen daher – in Einklang mit unseren Ergebnisse –, den Zugang zu unabhängigen Wohnformen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu verbessern, um den Rechten von Personen mit Behinderungen gerecht zu werden wie sie auch die UN-Behindertenrechtskonvention vorschreibt (19).

Studien zu verschiedenen Wohnformen und -interventionen wurden fast ausschließlich unter wohnungslosen Personen durchgeführt (52). Hierbei handelt es sich vor allem um Interventionen aus dem Bereich des dauerhaft unterstützten Wohnens (*Permanent Supported Housing*) wie Programme des *Housing First* mit zusätzlichen Unterstützungsangeboten wie *Assertive Community Treatment (ACT)* oder *Intensive Case Management*, die in randomisierten, kontrollierten Studien untersucht wurden (75,76). Ergebnisse aus einem systematischen Review und Metaanalyse (15 eingeschlossene Studien zu *Permanent Supported Housing*) erbringen dabei positive Befunde hinsichtlich der Wohnstabilität auch für einen sechsmonatigen Follow-Up-Zeitraum (75). Positive Effekte auf die psychische Gesundheit oder Substanzgebrauch zeigen sich dabei nicht (75). Gezielte Interventionen sind hierfür ausstehend. Ein systematisches Review zu Interventionen, die die *Community Integration* von wohnungslosen Menschen adressieren, schloss 21 Primärstudien ein, die entweder Interventionen aus dem Bereich *Supported Housing* oder psychosoziale Interventionen untersuchten. Dabei zeigten *Supported Housing* Interventionen gemischte bis keine Effekte auf die *Community Integration*, vielversprechender zeigten sich psychosoziale Interventionen vor allem mit *Peer Support*¹¹ Komponente (15).

Auf institutioneller Ebene braucht es angemessene Zugangswege zu Versorgungsstrukturen, die auch auf soziale Notlagen wie die der Wohnungslosigkeit vorbereitet sind (54), bzw. die soziale Reintegration als Teil eines Behandlungsplanes versteht. In Anbetracht der politischen Entwicklung der Erarbeitung eines nationalen Aktionsplans zur Überwindung von Wohnungslosigkeit bis 2030 des Ministeriums für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauen und der weiteren Implementierung von *Housing First* Modellen soll sich die zukünftige Forschung auf die Evaluation dieser Modelle und vor allem auf die Entwicklung und Evaluation geeigneter Konzepte für besondere Zielgruppen fokussieren. Hierbei können mithilfe von zukünftig in der

¹¹ Unterstützung durch Menschen mit eigenen Krisenerfahrungen

Routine vermehrt standardisiert anfallenden Daten auch Erkenntnisse über die geeignete Passung von Hilfskomponenten und Zielgruppen vorgenommen werden. Weiterhin sollen dabei auch die Schnittstellen zwischen den Versorgungsstrukturen in den Blick genommen werden, insbesondere im Übergang zwischen stationären und ambulanten Bereich. In einem geförderten Innovationsfond Projekt ab April 2024, gemeinsam mit dem Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité, soll der Prozess des Entlassmanagements in der Psychiatrie evaluiert werden. Hierbei sollen sowohl Krankenhausroutinedaten, als auch quantitative Erhebungen unter Patient*innen sowie Leistungserbringern als auch qualitative Interviews für besonders vulnerable Gruppen genutzt werden.

Dabei soll meine zukünftige Forschung auch die Einbeziehung von computationalen Methoden der künstlichen Intelligenz und Risikomodellierung an großen Datensätzen wie Krankenkassen- oder Krankenhausroutinedaten berücksichtigen, die Entwicklung von Interventionen und Modellen mit E-Health-Komponente vorantreiben und einen Fokus auf bisher wenig berücksichtigte Zielgruppen wie Menschen in sozial prekären Lebenslagen und komplexen psychischen Erkrankungen legen. Entwicklungen der digitalen Transformation des Gesundheitswesens bieten dabei zum einen neue Möglichkeiten der Flexibilisierung der Versorgung und Schaffung neuer Versorgungsangebote und -ressourcen und zum anderen die Möglichkeit anfallende Daten (z.B. in der Routineversorgung oder Nutzungsdaten von Geräten wie Smartphones) zu kombinieren und zu nutzen, um ein besseres Verständnis für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Krisen zu gewinnen sowie bestehende Versorgungswege und -strukturen an die Bedürfnisse aller Betroffener, insbesondere vulnerabler Gruppen mit hohen Bedarfen, anzupassen. Diesen Grundansatz möchte ich nutzen, um hierbei einen Schwerpunkt auf digitale Versorgungsforschung zu legen, wobei ich einem anwendungsorientierten Ansatz mit Schwerpunkt auf schwer erkrankte und unterversorgte Zielgruppen folgen möchte. Hierbei strebe ich eine verbesserte Erhebung von Gesundheitsbedarfen Betroffener, die Optimierung bestehender Versorgungspfade und die Entwicklung digital-unterstützter Anwendungen und Interventionen an.

4. Zusammenfassung

Diese Habilitationsschrift widmet sich dem Einfluss von sozialen Faktoren auf psychische Erkrankungen und ihre Behandlung:

Dabei untersucht die erste Arbeit den Zusammenhang von verschiedenen Wohnformen und Wohnungslosigkeit unter (teil)stationär-psychiatrischen Patient*innen mit dem Fokus auf soziodemografische und klinische Faktoren, sowie das Nutzungsverhalten des Krankenhauses sowie des ambulanten psychosozialen Hilfesystems abhängig von der Wohnform. In der Arbeit zeigt sich, dass ein beträchtlicher Teil der Patient*innen in keiner eigenen Wohnung, sondern entweder auf der Straße, in Wohnungslosen- oder Flüchtlingsheimen (13 %) oder in sozialtherapeutischen Einrichtungen (18,3 %) lebt. Charakterisiert waren wohnungslose Patient*innen vor allem durch ein jüngeres Alter, einem früheren psychiatrischen Erstkontakt, männliches Geschlecht, niedrigeres Bildungsniveau und das Vorliegen einer Substanzgebrauchsstörung und psychotischen Störung. Die Ergebnisse unterstreichen den Bedarf nach alternativen und niedrigschwelligen Wohnangeboten für Menschen mit schweren psychischen Störungen. Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass wohnungslose Menschen in stationär-psychiatrischer Behandlung signifikant kürzere Behandlungszeiten aufweisen, im Kontrast zu anderen europäischen und nordamerikanischen Ländern.

In der zweiten Arbeit untersuchten wir im Rahmen der Wohin-Studie finanzielle Belastungen und Schulden bei psychiatrischen Patient*innen, wobei eine signifikante Anzahl von Patient*innen (55,1 %) Schulden, Kredite oder offene Rechnungen aufwies. Substanzabhängigkeit und ein jüngeres Alter waren signifikant assoziierte Faktoren für das Vorliegen von Schulden. Finanzielle Belastungen und Verschuldung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten daher im klinischen Kontext stärker berücksichtigt werden.

Die dritte Arbeit der Habilitationsschrift untersuchte im Rahmen eines systematischen Reviews mit Metaanalyse problematisches Glücksspielverhalten unter wohnungslosen Menschen. Die Prävalenzraten für problematisches Spielverhalten und Spielsucht waren dabei deutlich erhöht gegenüber Zahlen in der Allgemeinbevölkerung. Modelle zur Früherkennung und Behandlung von problematischem Glücksspiel sollten daher zunehmend entwickelt und implementiert werden insbesondere für vulnerable Gruppen.

Die vierte Arbeit widmet sich der Nutzung von Mobiltelefonen und Computern bei Patient*innen in (teil)stationärer psychiatrischer Behandlung. Die Ergebnisse zeigen, dass die Rate des Besitzes von Smartphones (59,3 %) und der regelmäßigen Nutzung von Computern (68,4 %)

unter den psychiatrischen Patient*innen niedriger war als in der Allgemeinbevölkerung. Wohnungslosigkeit, die Diagnose einer psychotischen Erkrankung, höheres Alter und ein niedriger Bildungsgrad waren signifikant assoziierte Faktoren damit kein Mobiltelefon zu besitzen bzw. keinen Computer zu nutzen. Zur Verhinderung digitaler Barrieren sollten diese Ergebnisse bei der Planung der digitalen Umgestaltung der Versorgungsangebote als auch Entwicklung von E-Health-Lösungen berücksichtigt werden.

Die fünfte Veröffentlichung dieser Habilitationsschrift befasst sich mit der Wohnzufriedenheit in verschiedenen Wohnformen psychiatrischer Patient*innen, wobei die Wohnzufriedenheit signifikant höher ausfiel bei Personen, die eine eigene Wohnung zur Verfügung hatten oder Wohngemeinschaften nutzen im Vergleich zu Personen, die in stärker institutionalisierten Settings oder in Einrichtungen für wohnungslose Menschen lebten. Dies unterstreicht den Bedarf an unabhängigen Wohnformen mit flexiblen Hilfen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Wohnungslosigkeit oder erhöhtem Risiko.

5. Literatur

1. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators: Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry* 2022; 9: 137–50.
2. Ridley M, Rao G, Schilbach F, Patel V: Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science* 2020; 370: 1–12.
3. Sumner A, Hoy C, Ortiz-Juarez E: WIDER Working Paper 2020/43: Estimates of the impact of COVID-19 on global poverty. United Nations University World Institute for Development Economics Research. Helsinki, Finland 2020.
4. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.: Pressemitteilung: Steigende Zahl Wohnungsloser im Wohnungslosensektor, Wohnungslosigkeit anerkannter Geflüchteter sinkt. Aktuelle Schätzungen der BAG Wohnungslosenhilfe. Berlin 2021.
5. Policy Brief on Affordable Housing OECD: Better data and policies to fight homelessness in the OECD. Paris 2020.
6. On the fifth anniversary of the public health emergency, City calls for decriminalization and safe supply. 2021. <https://vancouver.ca/news-calendar/on-the-fifth-anniversary-of-the-public-health-emergency-city-calls-for-decriminalization-and-safe-supply.aspx> (Zuletzt abgerufen am 2022 Nov 18)
7. NBC News: Inside Los Angeles' Homeless Crisis. https://www.youtube.com/watch?v=aTZsJNj3sIE&ab_channel=NBCNews (Zuletzt abgerufen am 2022 Nov 13)
8. Statistik untergebrachter wohnungsloser Personen. 2022. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Wohnungslosigkeit/_inhalt.html#572228 (Zuletzt abgerufen am 2022 Nov 18)
9. Fazel S, Geddes JR, Kushel M: The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* 2014; 384: 1529–40.
10. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, et al.: Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)* 2018; 391: 241–50.
11. Schindel D, Kleyer C, Schenk L: Somatic diseases of homeless people in Germany. A narrative literature review for the years 2009–2019. Vol. 63, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2020; 1189–202.
12. Nielsen SF, Hjorthøj 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: 2205–14.
13. Gutwinski* S, Schreiter* S, Deutscher K, Fazel S, *these Authors share first authorship: The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and metaregression analysis. *PLoS Med* 2021; 18: 1–22.
14. Ayano G, Tsegay L, Abraha M, Yohannes K: Suicidal Ideation and Attempt among Homeless People: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Q* 2019; 90: 829–42.
15. Marshall CA, Boland L, Westover LA, Marcellus B, Weil S, Wickett S: Effectiveness of interventions targeting community integration among individuals with lived experiences of homelessness: A systematic review. *Heal Soc Care Community* 2020;

- 28: 1843–62.
16. Won Y-LI, Solomon PL: Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: a conceptual model and methodological considerations. *Ment Health Serv Res* 2002; 4: 13–28.
 17. Baumgartner JN, Susser E: Social integration in global mental health: what is it and how can it be measured? *Epidemiol Psychiatr Sci* 2013; 22: 29–37.
 18. Fone D, White J, Farewell D, et al.: Effect of neighbourhood deprivation and social cohesion on mental health inequality: a multilevel population-based longitudinal study. *Psychol Med* 2014; 44: 2449–60.
 19. Degener T: Die UN-Behindertenrechtskonvention. *Vereinte Nationen* 2010; 58: 57–63.
 20. Konrad M: Das Bundesteilhabegesetz als Chance für eine vernetzte gemeindepsychiatrische Versorgung. *Psychiatr Prax* 2018; 45: 229–32.
 21. Nilsson SF, Nordentoft M, Hjorthøj C: Individual-Level Predictors for Becoming Homeless and Exiting Homelessness: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Urban Heal* 2019; 96: 741–50.
 22. Sundin EC, Baguley T: Prevalence of childhood abuse among people who are homeless in Western countries: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50: 183–94.
 23. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S: Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373: 68–81.
 24. Canavan R, Barry MM, Matanov A, et al.: Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 1–9.
 25. Verlinde E, Verdee T, Van de Walle M, Art B, De Maeseneer J, Willems S: Unique health care utilization patterns in a homeless population in Ghent. *BMC Heal Serv Res* 2010; 10: 242.
 26. Salit S a, Kuhn EM, Hartz a J, Vu JM, Mosso a L: Hospitalization costs associated with homelessness in New York City. *N Engl J Med* 1998; 338: 1734–40.
 27. Hwang SW, Chambers C, Chiu S, et al.: A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. *Am J Public Health* 2013; 103: 294–301.
 28. Nacht der Solidarität: Ergänzende Zählung in Berliner Psychiatrien. 2020. https://www.charite.de/klinikum/themen_klinikum/nacht_der_solidaritaet_ergaenzen_nde_zaehlung_in_berliner_psychiatrien/ (Zuletzt abgerufen am 2022 Nov 18)
 29. Rapp MA, Kluge U, Penka S, et al.: When local poverty is more important than your income: Mental health in minorities in inner cities. *World Psychiatry* 2015; 14: 249–50.
 30. Mundt A, Kliewe T, Yayla S, et al.: Social characteristics of psychological distress in disadvantaged areas of Berlin. *Int J Soc Psychiatry* 2014; 60: 75–82.
 31. Krausz RM, Choi F: Psychiatry's response to mass traumatisation and the global refugee crisis. *The Lancet Psychiatry* 2017; 4: 18–20.
 32. United Nations Department of Economic and Social Affairs: World Urbanization Prospects. New York: United Nations 2019.
 33. MacDonald-Wilson KL, Nemeč PB: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in psychiatric rehabilitation. *Rehabil Educ* 2005; 19: 159–76.
 34. Eckart WU: Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft. Hunger, Seuchen, Politik und die Begründung der Sozialmedizin durch den Pathologen und Politiker Rudolf Virchow.

- Deutschland: Medizinische Fakultät Heidelberg, Institut für Geschichte der Medizin 2012.
35. Marbin D, Gutwinski S, Schreiter S, Heinz A: Perspectives in poverty and mental health. *Front Public Heal* 2022; 10:975482.
 36. Galea S, Ahern J, Nandi A, Tracy M, Beard J, Vlahov D: Urban neighborhood poverty and the incidence of depression in a population-based cohort study. *Ann Epidemiol* 2007; 17: 171–9.
 37. Tibber MS, Walji F, Kirkbride JB, Huddy V: The association between income inequality and adult mental health at the subnational level—a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022; 57: 1–24.
 38. Canham SL, Davidson S, Custodio K, et al.: Health supports needed for homeless persons transitioning from hospitals. *Heal Soc Care Community* 2019; 27: 531–45.
 39. Velasquez DE, Mecklai K, Plevyak S, Eappen B, Koh KA, Martin AF: Health system-based housing navigation for homeless patients: A new care coordination framework. *Healthcare* 2022; 10: 100608.
 40. Dimitri G, Giacco D, Bauer M, et al.: Predictors of length of stay in psychiatric inpatient units : Does their effect vary across countries ? *Eur Psychiatry* 2018; 48: 6–12.
 41. Creditreform Wirtschaftsforschung: SchulderAtlas Deutschland. Überschuldung von Verbrauchern. Neuss 2021.
 42. Statistisches Bundesamt Pressemitteilung Nr. 199 vom 28. Mai 2019: Private Überschuldung: Starke Unterschiede zwischen Jung und Alt. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/05/PD19_199_635.html (Zuletzt abgerufen am 2019 Nov 18)
 43. Richardson T, Elliott P, Roberts R: The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 1148–62.
 44. Kim HS, Hodgins DC: A Review of the Evidence for Considering Gambling Disorder (and Other Behavioral Addictions) as a Disorder Due to Addictive Behaviors in the ICD-11: a Focus on Case-Control Studies. *Curr Addict Reports* 2019; 6: 273–295.
 45. Scherrer JF, Xian H, Shah KR, Volberg R, Slutske W, Eisen SA: Effect of genes, environment, and lifetime co-occurring disorders on health-related quality of life in problem and pathological gamblers. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 677–83.
 46. Lorains FK, Cowlishaw S, Thomas SA: Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction* 2011; 106: 490–8.
 47. Grant JE, Schreiber L, Odlaug BL, Kim SW: Pathologic gambling and bankruptcy. *Compr Psychiatry* 2010; 51: 115–20.
 48. Karlsson A, Håkansson A: Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. *J Behav Addict* 2018; 7: 1091–9.
 49. Deutscher K, Gutwinski S, Bermpohl F, Bowden-Jones H, Fazel S, Schreiter S: The Prevalence of Problem Gambling and Gambling Disorder Among Homeless People: A Systematic Review. *J Gambl Stud* 2023; 39: 467–82.
 50. Polillo A, Gran-Ruaz S, Sylvestre J, Kerman N: The use of eHealth interventions among persons experiencing homelessness: A systematic review. *Digit Heal* 2021; 7: 1–14.
 51. Asgary R, Sckell B, Alcabes A, Naderi R, Adongo P, Ogedegbe G: Perceptions, Attitudes, and Experience Regarding mHealth Among Homeless People in New York City Shelters. *J Heal Commun* 2015; 20: 1473–1480.

52. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Auflage. Springer. Berlin: DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2019.
53. Schreiter S, Heidrich S, Zulauf J, et al.: Housing situation and health care for patients in a psychiatric centre in Berlin, Germany – A cross-sectional patient survey. *BMJ Open* 2019; 9: (12)e032576.
54. Mantaj C, Schütz-Sehring H-P, Boning T, Das L, Warwel S: BAGÜS-Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2022. Berichtsjahr 2020. Münster 2022.
55. Prot-Klinger K, Pawłowska M: How to measure community-based treatment efficacy? *Adv Psychiatry Neurol* 2008; 17: 229–32.
56. Morse G, Calsyn RJ: Mentally Disturbed Homeless People in St. Louis: Needy, Willing, but Underserved. *Int J Ment Health* 1985; 14: 74–94.
57. Jenderny S, Schreiter J, Steinhart I: Psychiatric Facilities in Germany - Transparency and Structures. *Psychiatr Prax* 2020; 47: 260–6.
58. Steinhart I, Jenderny S, Schreiter J: (Closed) Psychiatric Homes as Part of the Regional Networks in Germany? *Psychiatr Prax* 2020; 47: 370–5.
59. Lehman AF, Slaughter JG, Myers CP: Quality of life in alternative residential settings. *Psychiatr Q* 1991; 62: 35–49.
60. Kyle T, Dunn JR: Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: A review. *Heal Soc Care Community* 2008; 16: 1–15.
61. Tsai J, Mares AS, Rosenheck RA: Housing Satisfaction Among Chronically Homeless Adults: Identification of its Major Domains, Changes Over Time, and Relation to Subjective Well-being and Functional Outcomes. *Community Ment Health J* 2012; 48: 255–63.
62. Schreiter S, Heidrich S, Heinz A, et al.: Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen unter Nutzer*Innen teilstationärer und stationärer psychiatrischer Behandlung in Berlin. *Nervenarzt* 2021; 92: 1172–8.
63. Marbin D, Gutwinski S, Lech S, et al.: The use of digital technologies by users of psychiatric inpatient services in Berlin, Germany - A cross-sectional patient survey. *BMJ Open* 2023; 13(3):e067.
64. Gutwinski S, Westerbarkey E, Schouler-Ocak M, Moran JK, Schreiter S: Housing Satisfaction of Psychiatric Patients in Different Forms of Housing—A Cross-Sectional Study in Berlin, Germany. *Front Psychiatry* 2021; 12: 1–8.
65. O’Carroll A, Wainwright D: Making sense of street chaos: An ethnographic exploration of homeless people’s health service utilization. *Int J Equity Health* 2019; 18: 1–22.
66. Mejia-Lancheros C, Lachaud J, O’Campo P, et al.: Trajectories and mental health-related predictors of perceived discrimination and stigma among homeless adults with mental illness. *PLoS One* 2020; 15: 1–19.
67. Haussleiter IS, Lehmann I, Ueberberg B, et al.: Homelessness among psychiatric inpatients in North Rhine-Westphalia: a retrospective routine data analysis. *BMC Psychiatry* 2022; 22: 1–10.
68. Elbogen EB, Lanier M, Wagner HR, Tsai J: Financial Strain, Mental Illness, and Homelessness: Results From a National Longitudinal Study. *Med Care* 2021; 59: S132–8.
69. Lauber C, Lay B, Rössler W: Homelessness among people with severe mental illness in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2005; 135: 50–56.
70. Deleu H, Schrooten M, Hermans K: Hidden Homelessness: A Scoping Review and

- Avenues for Further Inquiry. *Soc Policy Soc* 2021; 22: 282–98.
71. Nordentoft M, Knudsen HC, Jessen-Petersen B, et al.: Copenhagen Community Psychiatric Project (CCPP): Characteristics and treatment of homeless patients in the psychiatric services after introduction of community mental health centres. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 369–78.
 72. Nordentoft M, Knudsen HC, Schulsinger F: Housing conditions and residential needs of psychiatric patients in Copenhagen. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 385–9.
 73. Bäuml J, Brönnner M, Baur B, Pitschel-Walz G, Jahn T: Die SEEWOLF-Studie Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag 2017.
 74. Schreiter S, Bempohl F, Krausz M, et al.: Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 665–72.
 75. Aubry T, Bloch G, Brcic V, et al.: Effectiveness of permanent supportive housing and income assistance interventions for homeless individuals in high-income countries: a systematic review. *Lancet Public Heal* 2020; 5: e342–60.
 76. Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thomson H: Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health* 2019; 73: 379–87.
 77. Krausz M, Ramsey D, Neumann T, Vogel M, Backmund M: Paradigmenwechsel als Markenkern - Das Netz als Rahmen der Suchtmedizin der Zukunft? *Suchtmed* 2014; 16: 167–72.
 78. Angermeyer MC, Millier A, Rémuzat C, Refaï T, Schomerus G, Toumi M: Continuum beliefs and attitudes towards people with mental illness: Results from a national survey in France. *Int J Soc Psychiatry* 2015; 61: 297–303.
 79. Schomerus G, Speerforck S: Treating Substance Use Disorder Without Blame - Is that even Possible? *Psychiatr Prax* 2023; 50: 175–7.
 80. North CS, Pollio DE, Smith EM, Spitznagel EL: Correlates of Early Onset and Chronicity of Homelessness in a Large Urban Homeless Population. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 393–400.
 81. European Commission: Towards a common operational European definition over-indebtedness. 2007.
 82. Statista: Anzahl der überschuldeten Privatpersonen* in Deutschland von 2004 bis 2019. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/166338/umfrage/anzahl-der-schuldner-in-deutschland-seit-2004/> (Zuletzt abgerufen am 2019 Nov 18)
 83. Richardson T, Elliott P, Roberts R: The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 1148–62.
 84. Drentea P, Reynolds JR: Neither a borrower nor a lender be: The relative importance of debt and SES for mental health among older adults. *J Aging Health* 2012; 24: 673–95.
 85. Roberts R, Golding J, Towell T, Weinreb I: The effects of economic circumstances on British students' mental and physical health. *J Am Coll Health* 1999; 48: 103–9.
 86. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, McManus S, Dennis MS: Personal debt and suicidal ideation. *Psychol Med* 2011; 41: 771–8.
 87. Brown S, Taylor K, Price SW: Debt and distress: Evaluating the psychological cost of credit. *J Econ Psychol* 2005; 26: 642–63.
 88. Bridges S, Disney R: Debt and depression. *J Health Econ* 2010; 29: 388–403.

89. Jessop DC, Herberts C, Solomon L: The impact of financial circumstances on student health. *Br J Health Psychol* 2005; 10: 421–39.
90. Baker E, Lester L, Mason K, Bentley R: Mental health and prolonged exposure to unaffordable housing: a longitudinal analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2020; 55: 715–21.
91. Jenkins R, Fitch C, Hurlston M, Walker F: Recession, debt and mental health: Challenges and solutions. *Ment Health Fam Med* 2009; 6: 85–90.
92. Holmgren R, Nilsson Sundström E, Levinsson H, Ahlström R: Coping and financial strain as predictors of mental illness in over- indebted individuals in Sweden. *Scand J Psychol* 2019; 60: 50–8.
93. Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/BA-Gebietsstruktur-Nav.html> (Zuletzt abgerufen am 2019 Jun 25)
94. Weinstock J, Rash CJ: Clinical and Research Implications of Gambling Disorder in DSM-5. *Curr Addict reports* 2014; 1: 159–65.
95. Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, et al.: DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 2008; 38: 1351–60.
96. Gunstone B, Gosschalk K, Joyner O, ...: The impact of the COVID19 lockdown on gambling behaviour, harms and demand for treatment and support. on behalf of GambleAware. London 2020.
97. Crane M, Byrne K, Fu R, et al.: The causes of homelessness in later life: findings from a 3-nation study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2005; 60: S152-9.
98. van Laere IR, de Wit MA, Klazinga NS: Pathways into homelessness: recently homeless adults problems and service use before and after becoming homeless in Amsterdam. *BMC Public Health* 2009; 7:9:3.
99. Machart T, Cooper L, Jones N, et al.: Problem gambling among homeless clinic attenders. *Australas psychiatry Bull R Aust New Zeal Coll Psychiatr* 2020; 28: 91–4.
100. Holdsworth L, Tiyce M: Untangling the Complex Needs of People Experiencing Gambling Problems and Homelessness. *Int J Ment Health Addict* 2013; 11: 186–98.
101. Sharman S, D’Ardenne J: Gambling and Homelessness: Developing an information sheet, screening tool and resource sheet. GambleAware. London 2018.
102. Roberts A, Sharman S, Coid J, et al.: Gambling and negative life events in a nationally representative sample of UK men. *Addict Behav* 2017; 75: 95–102.
103. Slutske WS: Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 297–302.
104. Young MM, Wohl MJA: The Canadian Problem Gambling Index: an evaluation of the scale and its accompanying profiler software in a clinical setting. *J Gambli Stud* 2011; 27: 467–85.
105. Rash CJ, Petry NM: Gambling Disorder in the DSM-5: Opportunities to Improve Diagnosis and Treatment Especially in Substance Use and Homeless Populations. *Curr Addict Reports* 2016; 3: 249–53.
106. Stergiopoulos V, Mejia-Lancheros C, Nisenbaum R, et al.: Long-term effects of rent supplements and mental health support services on housing and health outcomes of homeless adults with mental illness: extension study of the At Home/Chez Soi randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry* 2019; 6: 915–25.
107. Masah DJ, Schouler-Ocak M, Gutwinski S, et al.: Homelessness and associated factors over a 13-year period among psychiatric inpatients in Berlin, Germany – A routine data analysis. *BJPsych Open* 2023; 9: 1–8.

108. Gilmer C, Buccieri K: Homeless Patients Associate Clinician Bias With Suboptimal Care for Mental Illness, Addictions, and Chronic Pain. *J Prim Care Community Health* 2020; 11:2150132.
109. Statista; VuMA; Bitkom Research: Anteil der Smartphone-Nutzer* in Deutschland in den Jahren 2012 bis 2021. 2023.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/585883/umfrage/anteil-der-smartphone-nutzer-in-deutschland/> (Zuletzt abgerufen am 2023 May 6)
110. Statistisches Bundesamt: Anteil der privaten Haushalte in Deutschland mit einem Mobiltelefon von 2000 bis 2022. Statista. 2022.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/198642/umfrage/anteil-der-haushalte-in-deutschland-mit-einem-mobiltelefon-seit-2000/> (Zuletzt abgerufen am 2023 May 6)
111. Glick G, Druss B, Pina J, Lally C, Conde M: Use of mobile technology in a community mental health setting. *J Telemed Telecare* 2016; 22: 430–5.
112. Asuzu K, Rosenthal MZ: Mobile device use among inpatients on a psychiatric unit: A preliminary study. *Psychiatry Res* 2021; 297: 113720.
113. Statistisches Bundesamt: Anteil der Computernutzer* in Deutschland von 2004 bis 2017. Statista. 2018.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/3102/umfrage/quote-der-computernutzer-in-deutschland-seit-2004/> (Zuletzt abgerufen am 2023 May 6)
114. Välimäki M, Kuosmanen L, Hätönen H, et al.: Connectivity to computers and the internet among patients with schizophrenia spectrum disorders: A cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017; 13: 1201–9.
115. Brunette MF, Achtyes E, Pratt S, et al.: Use of Smartphones, Computers and Social Media Among People with SMI: Opportunity for Intervention. *Community Ment Health J* 2019; 55: 973–8.
116. Miller BJ, Stewart A, Schrimsher J, Peeples D, Buckley PF: How connected are people with schizophrenia? Cell phone, computer, email, and social media use. *Psychiatry Res* 2015; 225: 458–63.
117. Kalckreuth S, Trefflich F, Rummel-Kluge C: Mental health related Internet use among psychiatric patients: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 368.
118. Bauer M, Glenn T, Geddes J, et al.: Smartphones in mental health: a critical review of background issues, current status and future concerns. *Int J bipolar Disord* 2020; 8: 2.
119. Young AS, Cohen AN, Niv N, et al.: Mobile Phone and Smartphone Use by People With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv* 2020; 71: 280–3.
120. Ben-Zeev D, Davis KE, Kaiser S, Krzsos I, Drake RE: Mobile technologies among people with serious mental illness: opportunities for future services. *Adm Policy Ment Health* 2013; 40: 340–3.
121. Firth J, Cotter J, Torous J, Bucci S, Firth JA, Yung AR: Mobile Phone Ownership and Endorsement of “mHealth” Among People With Psychosis: A Meta-analysis of Cross-sectional Studies. *Schizophr Bull* 2016; 42: 448–55.
122. Freeman D, Lambe S, Kabir T, et al.: Automated virtual reality therapy to treat agoraphobic avoidance and distress in patients with psychosis (gameChange): a multicentre, parallel-group, single-blind, randomised, controlled trial in England with mediation and moderation analyses. *The Lancet Psychiatry* 2022; 9: 375–88.
123. Martínez-Alcalá CI, Rosales-Lagarde A, Alonso-Lavernia M de los ángeles, et al.: Digital inclusion in older adults: A comparison between face-to-face and blended digital literacy workshops. *Front ICT* 2018; 5: 1–17.
124. Harerimana B, Forchuk C, O’Regan T: The use of technology for mental healthcare

- delivery among older adults with depressive symptoms: A systematic literature review. *Int J Ment Health Nurs* 2019; 28: 657–70.
125. Carling PJ: Major mental illness, housing, and supports. The promise of community integration. *Am Psychol* 1990; 45: 969–75.
 126. R.M. G, N.J. S-M, G. W: Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *Am J Community Psychol* 2005; 36: 223–38.
 127. Nelson G, Sylvestre J, Aubry T, George L, Trainor J: Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Adm Policy Ment Health* 2007; 34: 89–100.
 128. Schutt RK, Goldfinger SM, Penk WE: Satisfaction with residence and with life: When homeless mentally ill persons are housed. *Eval Program Plann* 1997; 20: 185–94.
 129. Wolf J, Burnam A, Koegel G, Sullivan P, Morton S: Changes in subjective quality of life among homeless adults who obtain housing : a prospective examination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 391–8.
 130. Mötteli S, Adamus C, Deb T, et al.: Independent Supported Housing for Non-homeless People With Serious Mental Illness: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Front Psychiatry* 2022; 12: 1–9.
 131. United Nations. World Summit for Social Development Programme of Action - Chapter 2. <https://www.un.org/esa/socdev/wssd/text-version/agreements/poach2.htm> (Zuletzt abgerufen am 2022 May 15)

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, meinen Freunden und meinem Partner, die mich stets von ganzem Herzen, und mit Ideen und Zuspruch unterstützt haben!

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

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

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.

.....

Datum

.....

Unterschrift

Eidesstattliche Versicherung

Ich, Stefanie Schreiter, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Habilitationsschrift mit dem Thema: „Der Einfluss von sozialen Faktoren und Armutsbedingungen wie Wohnungslosigkeit auf psychische Erkrankungen und ihre Behandlung“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autor(inn)en beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden Erklärung angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Habilitationsschrift hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

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

15.01.2024

Datum

Unterschrift