

Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen - eine Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern*

Harald J. Freyberger¹, Ines Ulrich¹, Sven Barnow¹, Ingmar Steinhart²

In Zusammenarbeit mit: Torsten Benz, Josef Claassen, Manuela Dudeck, Kathrin Großklaus, Kordula Kleinwort, Guido Krüssel, Frank Lehmann, Annett Peck, Sabine Pyreck, Rüdiger Vogel

- 1 Modellprojekt „Systemsprenger“ des Instituts für Sozialpsychiatrie der Universität Greifswald an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- 2 Modellprojekt „Kommunale Psychiatrie“, Landesverband Psychosozialer Hilfsvereine Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Manuskriptfassung vom 01.12.2003 für die Zeitschrift Psychiatrische Praxis

- * Diese Untersuchung wird als Modellprojekt „Systemsprenger“ des Instituts für Sozialpsychiatrie der Universität Greifswald seit dem 01.10.2002 aus Mitteln des Sozialministeriums des Landes Mecklenburg-Vorpommern gefördert.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Harald J. Freyberger, Institut für Sozialpsychiatrie des Landes M-V an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Greifswald, Ellernholtzstr. 1-2, 17487 Greifswald, Tel.: 03834 – 866909, e-mail: freyberg@uni-greifswald.de

Zusammenfassung:

In der sozialpsychiatrischen Forschung ist die sog. „Systemsprengerproblematik“, d.h. der Shift von besonders verhaltensauffälligen bzw. „unangenehmen“ Klienten aus dem Versorgungssystem in die Obdachlosigkeit, in die geschlossene Unterbringung oder in andere desintegrierte Bereiche eher vernachlässigt worden. Vor diesem Hintergrund wurde in Mecklenburg-Vorpommern eine systematische Befragung aller klinischer und komplementärer Einrichtungen vorgenommen. An der Befragung nahmen 83.5% der Einrichtungen teil, wobei mit 137 Klienten ein Anteil von 5.21% als Systemsprenger identifiziert wurde. 59.4% der Einrichtungen gaben an, in den letzten 12 Monaten Systemsprenger betreut zu haben, wobei diese am häufigsten in therapeutischen Wohngruppen beschrieben werden. Soziodemographisch zeichnen sich die über unsere Befragung „identifizierten“ Systemsprenger durch einen geringen Anteil bestehender Partnerschaften und einen hohen Arbeitslosen- bzw. Berentungsgrad aus. Faktorenanalytisch lassen sich bei der Beschreibung der Systemsprengerproblematik 4 Merkmalsgruppen trennen: Faktor 1: Aggressivität, Unangepasstheit und Impulsivität, Faktor 2: Suizidalität, Faktor 3: Delinquenz und Konsum sowie Faktor 4: Manipulation und Belästigung. Legt man hohe Merkmalsausprägungen auf den Faktoren als Indikator für Systemsprengerverhalten zugrunde, lassen sich lediglich 51 Personen dem „harten Kern“ der so genannten Systemsprenger zuordnen. Für das Bundesland mit 1.7 Mio. Einwohnern ist die Anzahl der so ermittelten Systemsprenger bei konservativer Schätzung mit etwa 61 zu spezifizieren.

Abstract:

Research in social psychiatry has partly neglected the problem of comparatively disturbed persons, who are characterized by a shift from the regular social psychiatric care system into homelessness, closed psychiatric treatment or other desintegrated areas. Against this background in Mecklenburg-Vopommern, an evaluation of all clinical and complementary

institutions engaged in psychiatry were realized. 83.5% of the institutions took part in the study and 137 (5.21%) persons were identified as critical. 59.4% of the institutions, especially therapeutic living groups, remarked that they have treated critical persons during the last year. Sociodemographically the critical persons could be characterized by comparatively small interpersonal relationships and a high unemployed status. A factor analysis has the result of 4 factors characterizing the problematical behaviour: (i) aggression, low social adjustment and impulsivity; (ii) suicidal behaviour; (iii) delinquency and substance use; (iv) manipulatives verhalten and belästigung. Defining a comparatively high of disturbed behaviour, 51 persons could be identified.

Einführung

Für das Psychiatrische Versorgungssystem „problematische“ Gruppen wurden in den vergangenen Jahrzehnten unter verschiedenen Gesichtspunkten näher charakterisiert (Richter et al., 1999). Das Hauptaugenmerk lag dabei einerseits auf der Gruppe der sog. „high utilizer“, d.h. jener Nutzer, die das stationäre wie komplementäre Versorgungssystem überzufällig häufig und intensiv beanspruchen und damit beträchtliche direkte und indirekte Kosten verursachen (z.B. Essok-Vitale, 1987; Bauer et al., 2002; Kluge et al., 2002; Krautgartner et al., 2002; Richter et al., 2002; Roick et al., 2002a, b; Spießl et al., 2002). Andererseits wurden Personen untersucht, die sich aufgrund verschiedener Merkmale dem Versorgungssystem entziehen und ohne angemessene psychosoziale Anbindung u.a. der Obdachlosigkeit ausgesetzt werden (z.B. Fichter et al., 1996; 1999a, b; 2001; 2002; Greifenhagen u. Fichter, 1996, 1997; Meller et al., 2000).

Eine in der Forschung deutlich vernachlässigte Gruppe betrifft Personen mit einem sehr hohen, die bestehenden Versorgungssysteme „sprengenden“ Störungspotential (sog. „Systemsprenger“), die im allgemeinen für einen begrenzten Zeitraum unter den hochstrukturierten Bedingungen eines geschlossenen oder geschützten Heimes untergebracht werden oder denen eine derartige Unterbringung droht. Vor dem Hintergrund eines relativen Mangels an solchen Heimplätzen in Mecklenburg-Vorpommern, der auch im bundesweiten Vergleich (vgl., Gesundheitsministerkonferenz, 2003) niedrigsten Zahl an psychiatrischen Heimplätzen pro Kopf der Bevölkerung und der Schwierigkeit vorhandener offener sozialpsychiatrischer Angebotsformen auf diese Zielgruppe zu reagieren, mussten zeitweilig Heimplätze in anderen Bundesländern gesucht und die Betroffenen dorthin verlegt werden. Immer wieder wurde in den vergangenen Jahren die unter Fachleuten nicht unumstrittene

Forderung nach einer deutlichen Erhöhung stationärer geschlossener Plätze für Mecklenburg-Vorpommern erhoben.

Insgesamt handelt es sich bei dieser Situation um eine auch in anderen Bundesländern evidente, weitgehend ungelöste Versorgungsproblematik (Längle et al., 2001), in der selbst Bedarfszahlen und differentielle systemintegrierte Problemlösungsstrategien bisher unklar geblieben sind.

Vor diesem Hintergrund hat sich in Mecklenburg-Vorpommern eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern verschiedener Modellprojekte, des Landesverbandes Psychosozialer Hilfsvereine und des Instituts für Sozialpsychiatrie der Universität Greifswald etabliert, die in verschiedenen Untersuchungsschritten beginnend mit einer Bestandsaufnahme die Systemsprengerproblematik für das Bundesland evaluieren und Lösungsvorschläge entwickeln soll. Die folgende Untersuchung berichtet über die Phase I des Projektes, in der in einem ersten Schritt systematisch alle an der Versorgung psychisch Kranker beteiligten Einrichtungen und Institutionen befragt wurden, um

- die Anzahl der von den Profis als Systemsprenger beschriebenen Personen zu spezifizieren,
- die Gruppe anhand von „Störungsmerkmalen“ näher zu charakterisieren und
- den personenbezogenen und strukturellen Bedarf für die Behandlung bzw. die Bebetreuung dieser Personen für das Jahr 2003 zu schätzen.

Material und Methoden

Durchführung der Untersuchung

Auf der Grundlage eines Arbeitspapiers der Arbeitsgemeinschaft Psychiatrischer Pflgewohnheime M-V (Lehmann u. Vogel, 2001) wurde zunächst eine Expertengruppe aus sozialpsychiatrisch in unterschiedlichen Bereichen Tätigen und Wissenschaftlern zusammengestellt, die die Aufgabe hatte, die kritischen Störungsbereiche der „Systemsprenger“ zu definieren und die Entwicklung eines Evaluationsbogens für die Befragung der Einrichtungen zu begleiten. Es wurde ein Fragebogen entwickelt, mit dem im Teil A Charakteristika der Systemsprenger erhoben wurden, wie soziodemographische, diagnostische, störungs- und behandlungsbezogene Merkmale sowie die verschiedenen Teilaspekte des Systemsprengerverhaltens (u.a. Selbst- und Fremdaggressivität, suizidales Verhalten, sexuelle Übergriffe, interaktionell störendes Verhalten). Die Beantwortung der

Fragen erfolgte durch einen Mitarbeiter der Einrichtung, der auch die Merkmale des jeweiligen „Systemsprengers“ auf einer Skala mit den Antwortmöglichkeiten 0 bis 3 - „niemals“, „selten“, „oft“ und „ständig“ - einschätzte. Zusätzlich konnte die Option „nicht beobachtbar“ genutzt werden. Als Kriterien zur Identifikation der Systemsprenger wurden in einem Informationsblatt, welches wir den Erhebungsbögen beilegte, folgende Punkte genannt:

- kritische Sonderstellung unter den Betreuten aufgrund starker Verhaltensauffälligkeiten,
- Stören der Arbeit in Gruppen, unkooperatives Verhalten ,
- Sprengen der Rahmenbedingungen,
- überzufälliges Wechseln der Einrichtungen sowie
- häufige stationäre Behandlungen.

Mit Teil B des Fragebogens wurden Merkmale der Einrichtung erfasst (Art der Einrichtung, Struktur etc.).

In einer Pilotstudie erfolgte die Überprüfung der Evaluationsbögen in 8 Einrichtungen auf Praktikabilität und entsprechend die Überarbeitung.

Die schriftliche Befragung wurde zwischen Dezember 2002 und Mai 2003 durchgeführt. Auf Basis des Psychiatriewegweisers (Vogel et al., 2001), der alle betreuerischen und therapeutischen Angebote für Menschen mit einer psychischen Erkrankung in Mecklenburg-Vorpommern abbildet, wurden die für die Untersuchung relevanten Einrichtungen ausgewählt, zu denen im einzelnen Tagesstätten, Betreutes Wohnen, Psychosoziale Wohn- und Übergangsheime, Therapeutische Wohngruppen und Psychiatrische Pflegewohnheime sowie Psychiatrische Kliniken bzw. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie die beiden Universitätskliniken zählten. Ein wichtiges Anliegen der Studie war es, einen möglichst hohen Rücklauf der Fragebögen zu erreichen, um ein repräsentatives Bild der ausgewählten Einrichtungen hinsichtlich der Zahl und der Merkmale der so genannten „Systemsprenger“ in Mecklenburg-Vorpommern zu bekommen.

Statistische Methoden

Für die statistischen Analysen wurde das Programmpaket SPSS-PC, Version 11.5.1 verwendet. Für die Mittelwertsvergleiche wurden einfaktorielle Varianzanalysen berechnet.

Eine Normalverteilung der Merkmale und Varianzhomogenität waren für die ermittelten Verweildauern in den Einrichtungen nicht erfüllt, so dass die Ergebnisse mit dem nichtparametrischen Kruskal-Wallis-H-Test geprüft wurden. Die Einzelvergleiche wurden mit dem Post-Hoc-Test nach Bonferroni überprüft. Die Systemsprengermerkmale wurden einer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) unterzogen. Dabei wurde eine oblique Rotation der Faktoren angenommen, da die Unabhängigkeit möglicher Subskalen nicht vorausgesetzt werden konnte. Die Dichotomisierung der Faktoren erfolgte mittels Mediansplit der regressionsanalytisch geschätzten Faktorwerte. Zusammenhänge wurden durch eine bivariate Korrelation überprüft.

Ergebnisse

Anzahl der Systemsprenger und Verteilung auf die Einrichtungen

Wie aus Tabelle 1 hervorgeht beteiligten sich insgesamt 96 von 115 Einrichtungen an der Untersuchung (Rücklaufquote = 83.5%), wobei repräsentative Angaben (> 75%) nicht von allen Einrichtungstypen erzielt werden konnten. 59.4% der Einrichtungen gaben an, dass sie Klienten betreuen, auf die die von uns genannten Kriterien eines „Systemsprengers“ zutreffen, wobei 60.0% der Tagesstätten, 31.3% des Betreuten Wohnens, 68.8% der Psychosozialen Wohn- und Übergangsheime, 69.2% der therapeutischen Wohngruppen, 62.5% der psychiatrischen Pflegewohnheime und 75.0% der psychiatrischen Kliniken Systemsprenger zum Zeitpunkt der Erhebung betreut haben.

Hier etwa Tabelle 1 einfügen

Die Anzahl der Systemsprenger wird mit insgesamt 137 oder 5.21% der insgesamt betreuten Klienten angegeben, wobei die Mehrzahl im Verhältnis zur Gesamtbelegung in den therapeutischen Wohngemeinschaften (13.3%) lokalisiert wird. Am seltensten ist diese Klientel in den betreuten Wohnformen (3.0%) vertreten. Der relative Anteil der Systemsprenger in den verschiedenen Einrichtungsformen ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Soziodemographische Charakteristika der Systemsprenger

Das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt bei 36.37 Jahren ($sd = 13.05$; vgl. Tabelle 2), wobei die Standardabweichungen zwischen 8.65 bei den betreuten Wohnformen und 16.95 bei den psychiatrischen Pflegeheimen schwanken. Mit 8% sind Verheiratete bzw. in fester Partnerschaft Lebende in der Stichprobe nur selten vertreten. Wird die Gesamtstichprobe betrachtet, so ist die Geschlechtsverteilung mit einem Anteil von 59.9% männlicher Klienten relativ ausgewogen. Bezüglich der verschiedenen Einrichtungen ist jedoch festzustellen, dass in den therapeutischen Wohngruppen (75.0%), psychiatrischen Krankenhäusern (77.8%) und den psychiatrischen Pflegeheimen (84.6%) häufiger männliche Klienten als Systemsprenger eingeschätzt wurden.

Hier etwa Tabelle 2 einfügen

Hinsichtlich der Wohnsituation lässt sich feststellen, dass der überwiegende Teil der Stichprobe in der eigenen Wohnung (45.3%) oder in einer komplementären Einrichtung (43.1%) lebt. Die 6 Tagesstättenklienten, mit Angabe einer komplementären Einrichtung als Wohnsitz, wurden zusätzlich in einer therapeutischen Wohngruppe betreut. Während keine besonderen Unterschiede im Bildungsniveau der Klienten zwischen den Einrichtungen ersichtlich werden, überwiegen bei der beruflichen Situation der erhobenen Systemsprenger Arbeitslosigkeit (34.3%) und (Früh-)Berentung (45.3%).

62.8% der Stichprobe erhalten für medizinische Versorgung, Finanzangelegenheiten oder Gängen zu Ämtern und Behörden gesetzliche Betreuung, 6.6% der Klienten standen unter gerichtlicher Betreuung.

Angaben zur Verweildauer

Die mittleren stationär-psychiatrischen Behandlungszeiten bzw. die Verweildauer in den verschiedenen komplementären Einrichtungen der Systemsprenger innerhalb der letzten 12 Monate bezogen auf die Einrichtungsform sind in Tabelle 3 dargestellt. Dabei wurden diejenigen Fälle, die 2 Standardabweichungen vom jeweiligen Mittelwert abweichen, als Ausreißer zunächst aus der Analyse ausgeschlossen.

Klienten, die von Kliniken als Systemsprenger angegeben wurden, zeichnen sich mit 10.36 Wochen im Mittel durch die längste stationär-psychiatrische Verweildauer innerhalb der letzten 12 Monate aus. Wird jedoch nach der Verweildauer in der Einrichtung gefragt, so ist diese mit im Mittel 1.37 Monaten, im Vergleich zu den anderen Einrichtungsformen, am kürzesten. Aufgrund der besonderen Rahmenbedingungen der Kliniken wurden diese vom Vergleich der Gruppenmittelwerte der Systemsprenger nach Art der Einrichtung ausgeschlossen. Hinsichtlich der stationär-psychiatrischen Verweildauern zeigten sich ansonsten keine signifikanten Unterschiede. Betrachtet man die Verweildauern in den verschiedenen komplementären Einrichtungen, so unterscheiden sich bei Einzelvergleichen die psychiatrischen Pflegewohnheime von den Tagesstätten, den psychosozialen- und Übergangswohnheimen sowie den therapeutischen Wohngemeinschaften durch signifikant höhere Verweildauern.

Hier etwa Tabelle 3 einfügen

Klinische Diagnosen und Systemsprengermerkmale

Die relativen Häufigkeiten der psychiatrischen Diagnosen sind in Form von Mehrfachnennungen in Tabelle 4 abgebildet, da aufgrund hoher erwarteter Komorbiditätsraten die Einschätzung anhand mehrerer Störungsgruppen ermöglicht wurde. Es zeigt sich, dass bei 38.9% der Systemsprenger 2 Diagnosen und bei 14.3% mindestens 3 psychiatrische Diagnosen vorlagen. Wie Tabelle 4 zeigt, werden die beiden am häufigsten genannten Störungsgruppen durch den Bereich psychotischer Störungen bzw. der Schizophrenien (39.7%) und durch den Bereich von Persönlichkeitsstörungen (44.4%) abgebildet. Die Kombination dieser beiden Störungsgruppen lässt sich bei 11.9% der Systemsprenger feststellen. Immerhin 23.8% der Stichprobe erhielt die Diagnose einer Suchterkrankung.

Hier etwa Tabelle 4 einfügen

Tabelle 5 gibt die Ausprägungsgrade der Einschätzungen zu den kritischen Systemsprengermerkmalen über alle Einrichtungen wieder. Bemerkenswert ist hier, dass die Merkmale mit den 6 höchsten Einschätzungen einerseits vorwiegend interaktionelle Probleme widerspiegeln (z.B. Schwierigkeit bzw. Unfähigkeit, sich in Gruppen einzuordnen) und andererseits das Krankheitsverhalten (z.B. keine Krankheitseinsicht) betonen. Hoch gewichtet wird hier, dass die betreffenden Klienten ohne hinreichende Abstimmung mit den Mitarbeitern der Einrichtungen häufig Arztkontakte bei verschiedenen Behandlern suchen. Demgegenüber werden bei den 6 niedrigsten Einschätzungen sexuelle Übergriffe, akute und chronische Suizidalität und der unkontrollierte Konsum von Drogen als wenig relevant gewichtet.

Hier etwa Tabelle 5 einfügen

In der Faktorenanalyse der Verhaltensmerkmale wiesen 4 der extrahierten Faktoren einen Eigenwert größer als 2 auf, so dass sich eine 4-Faktorenlösung anbot (vgl. Tabelle 6). Die Merkmale 16, 19, 20 und 26b (vgl. Tabelle 4) zeigten auf mehr als einem Faktor Ladungen $> |.4|$, so dass diese keinem Faktor zugeordnet wurden. Signifikante Interkorrelationen ($p < .05$) lagen bei Faktor 1 und Faktor 3 ($r = .187$) sowie bei Faktor 1 und Faktor 4 ($r = -.190$) vor. Die Faktorwerte wurden zudem für jeden Klienten regressionsanalytisch geschätzt.

Hier etwa Tabelle 6 einfügen

Auf Grund der jeweiligen Zusammensetzung der Faktoren wurden diese folgendermaßen benannt:

- Faktor 1: Aggressivität, Unangepasstheit und Impulsivität,
- Faktor 2: Suizidalität,
- Faktor 3: Delinquenz und Konsum,
- Faktor 4: Manipulation und Belästigung.

Nach der Dichotomisierung der Faktorwerte anhand eines Mediansplits wurden die Systemsprenger nach hohen Ausprägungen auf den Faktoren gruppiert (vgl. Tabelle 7). Hierbei wiesen 51 Klienten (37.2% der Stichprobe) hohe Ausprägungen auf mindestens 3

Faktoren auf. Die so hinsichtlich ihres Schweregrades differenzierten Substichproben mit vergleichsweise hohen bzw. niedrigen Merkmalsausprägungen unterschieden sich nicht im mittleren Alter, der Geschlechtszugehörigkeit sowie den Verweildauern in der stationär psychiatrischen Behandlung oder in komplementären Einrichtungen (vgl. Tabelle 8). Allerdings wird die Gruppe mit hohen Ausprägungen signifikant häufiger stationär psychiatrisch behandelt.

Diskussion

Die entscheidende Frage bei der Betrachtung sog. „Systemsprenger“ besteht darin, ob diese tatsächlich ein ideal konfiguriertes komplementäres Versorgungssystem „sprengen“ oder ob nicht das System selbst durch seine Konfiguration und seine partielle Unfähigkeit, den Hilfe- und Strukturierungsbedarf individuell anzupassen sog. „Systemsprenger“ produziert. Wie diese Untersuchung zeigt, werden von den Mitarbeitern in allen untersuchten Einrichtungstypen „Systemsprenger“ beschrieben, wobei der Strukturierungsgrad der Einrichtung und die Anzahl der identifizierten Personen keinen linearen Zusammenhang aufweisen. Die Annahme, dass mit dem Strukturierungsgrad der Einrichtung die Anzahl entsprechend verhaltenskritischer Klienten steigt, erweist sich also als falsch. Auch bei den Verweildauern in den komplementären Einrichtungen ergibt sich abgesehen von den mit 65.6 Monaten am höchsten liegenden Angaben der psychiatrischen Pflegewohnheimen kein linearer Zusammenhang zwischen Strukturierungsgrad der Einrichtung und den Verweildauern. Schließlich liegen für diese Gruppe auch die notwendig werdenden Interventionen in psychiatrischen Kliniken in einer vergleichbaren Größenordnung und weisen ebenfalls keinen Zusammenhang mit dem Strukturierungsgrad der Einrichtungen auf.

Insgesamt wurden in dieser Studie 5.21% (n = 137) der in den Einrichtungen betreuten Klienten von den Mitarbeitern als „Systemsprenger“ identifiziert, was bei einer Rücklaufquote von 83.5% zu einer Gesamtschätzung von n = 164 „Systemsprengern“ für das Land Mecklenburg-Vorpommern mit etwa 1.7 Mio. Einwohner führt. Nicht berücksichtigt in dieser Modellrechnung sind allerdings die Personen, die in die Obdachlosigkeit abgedriftet (vgl. hierzu Bauer et al., 2002) oder auf andere Weise desintegriert sind.

Wie die in dieser Arbeit vorgestellte Faktorenanalyse mit den 4 identifizierten „Systemsprengerfaktoren“ „Aggressivität, Unangepasstheit und Impulsivität“, „Suizidalität“, „Delinquenz und Konsum“ sowie „Manipulation und Belästigung“ zeigt, lassen sich diese 4 Verhaltensdimensionen zwar als eine sinnvolle Charakterisierung des besonderen „Systemsprengerverhaltens“ auffassen, allerdings lässt sich nur ein Teil der Stichprobe in substantieller Weise durch diese Faktoren abbilden, so dass die Vermutung nahe liegt, dass die tatsächliche Anzahl entsprechender Klienten überschätzt wurde. Mit 51 Klienten mit hohen Ausprägungen auf mindestens 3 der Faktoren nach Mediansplit liegt die Anzahl identifizierter Systemsprenger lediglich bei 37.2% der Ausgangsstichprobe. Hochgerechnet für das Land ergibt sich ein Schätzwert von 61 Systemsprengern dieser engeren Definition insgesamt. Es scheint also so etwas wie einen „harten Kern“ der Klienten zu geben, die von den Profis als „Systemsprenger“ identifiziert werden. Die Zahl dieser Personen scheint deutlich unter der über einen „ersten Eindruck“ beschriebenen und in der Fachöffentlichkeit in Mecklenburg-Vorpommern gehandelten Größenordnung zu liegen. Interessant ist auch, dass wir keine wirklich verlässlichen Prognosekriterien für die Zuordnung als Systemsprenger fanden. Insbesondere die Dauer psychiatrischer Krankenhausaufenthalte scheint hier kein geeigneter Indikator zu sein. Statt personengebundener Variablen („Systemsprenger als Persönlichkeitsmerkmal“) spricht vieles in unseren Daten für eine hohe Kontextabhängigkeit, wann eine Person als Systemsprenger identifiziert wird. Dies scheint vor allem von den Interaktionsmustern in den einzelnen Betreuungsangeboten abzuhängen, aber auch vom Typ der Einrichtung (z. B. Wohngemeinschaft vs. Klinik bzw. Betreutes Wohnen) oder dem Personal. So fiel bei dem Vergleich zwischen Klinikeinschätzungen und den Ratings einiger Einrichtungstypen auf, dass etwa im stationären psychiatrischen Setting ein Patient relativ zu seiner Umgebung als weniger schwierig wahrgenommen wird. Mögliche weitere Gründe für diese kontextabhängigen Einschätzungen könnten Personalschlüssel, berufliche Qualifikation der Mitarbeiter (z.B. in verschiedenen Einrichtungsformen), die Dauer des persönlichen Kontaktes mit dem Klienten sowie die Unterschiede hinsichtlich Tagesstruktur und Eigenverantwortlichkeit der Klienten sein.

Eine weitere Hypothesenbildung z. B. zur „Passgenauigkeit“ eines Klienten zu einer Einrichtung wird allerdings erst nach Abschluss der zweiten Projektphase mit den direkten Interviews mit den „Systemsprengern“ vor Ort in den einzelnen Einrichtungen möglich sein.

Unsere Ergebnisse sind allerdings auch im Kontext verschiedener methodischer Probleme zu diskutieren. Die zum Teil retrospektive Gewinnung von Daten aus den Akten der einzelnen Klienten ist oftmals fehlerbehaftet. Gerade die Systemsprenger zeichnen sich durch häufige Wechsel der betreuenden Einrichtungen aus, was zu Folgen für die Validität und Reliabilität der Daten führt. Insbesondere bei bundesländerübergreifenden Einrichtungs- und Wohnortwechseln, die im Untersuchungszeitraum zumindest 25 Personen betrafen, erscheint die Aktenlage eher lückenhaft, was innerhalb des Forschungsprojektes zu einer entsprechenden Detailanalyse führen wird. Bei der Datenerhebung in den komplementären Einrichtungen wurde vor allem im medizinisch-psychiatrischen Bereich, etwa bei den Diagnosen, ein erhebliches Informationsdefizit deutlich, das auf eine unzureichende inhaltliche Kooperation zwischen den Kliniken bzw. ambulant behandelnden Ärzten und den Einrichtungen hinzuweisen scheint. So waren in der Befragung nicht zuletzt durch das Fehlen entsprechender Behandlungsberichte oftmals nur globale Störungsgruppen (z.B. F6) und nicht spezifische diagnostische Kategorien erhebbare. Diesem Umstand wird in unserer Untersuchung dadurch Rechnung getragen, dass in der gegenwärtigen Phase II des Projekts umfassende (auch diagnostische) Interviews direkt mit den Systemsprengern in den Einrichtungen durchgeführt werden.

Zwei praktische Konsequenzen haben sich während unserer Projektarbeit bereits ergeben. Zum einen wird voraussichtlich in Stralsund eine zusätzliche geschlossene Heimeinrichtung für das Bundesland etabliert werden, um den „Export“ der entsprechenden Klienten in andere Bundesländer zu reduzieren. Ob Konzeption und Größe der geplanten Einrichtung möglicherweise an der *Problemlösung Systemsprenger* vorbeigehen, in dem neue „Systemsprenger produzierende Systeme“ geschaffen werden, ob stattdessen in bestehenden Angeboten zunächst die Ressourcen durch eine verbesserte Qualifikation der Mitarbeiter und eine Veränderung der Interaktionsmuster aktiviert werden könnten und so die Zahl der „Systemsprengungen“ reduziert werden kann oder ob nicht gerade doch größere geschlossene zentrale Bereiche die „Systemsprenger-Problematik“ in Mecklenburg-Vorpommern lösen werden, darauf erhoffen wir uns weitere Hinweise in der Projektphase II. Vieles deutet allerdings darauf hin, dass die spezifische Beachtung der Interaktionsmuster einen deutlichen Fortschritt bringen könnte. Daher haben wir uns dafür eingesetzt, dass die mit der Einführung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP) mittlerweile etablierten Hilfeplankonferenzen auf regionaler Ebene individuelle Interventionsstrategien für Systemsprenger erarbeiten, bevor es zur „Systemsprengung“ kommt. Den

Hilfekonferenzen nachgeschaltet sollen im Bundesland zukünftig zwei regionale „Expertenteams“ in Rostock und Stralsund tätig werden, die sich aus Vertretern verschiedener Institutionen und Behandlungseinrichtungen zusammensetzen. Aufgabe dieser externen „Expertenteams“ wird es sein, nach dem Scheitern regionaler Integrationsversuche individuelle Lösungsmöglichkeiten für die betroffenen Klienten und ihre Einbettung in das regionale oder landesweite Versorgungssystem zu erarbeiten. Alle diese von den Expertenteams begleiteten Fälle werden qualitativ dokumentiert und in einigen Jahren einer Auswertung unterzogen, um auch aus der Einzelkasuistik mit positiven wie negativen Verläufen Rückschlüsse für eine weitere Optimierung der Unterstützungsangebote in Mecklenburg-Vorpommern zu ziehen.

Literatur

Aktion Psychisch Kranke e. V., Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen: Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung (1998). Baden Baden: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 99, Nomos.

Arnold, M., Armann, W. (1992). Die Verweildauer im Krankenhaus: Ein Kriterium für die Effizienz der stationären Versorgung? Krankenhaus Umschau, Heft 11, 801-808.

Barnow, S., Linden, M., Schaub, R. T. (1997). The impact of psychosocial and clinical variables on duration of inpatient treatment for depression. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 32, 312-316.

Bauer, K., Eikermann, S., Grothaus, Ch., Lühr, R., Müller, S. (2002). High Utilizing als gemeindepsychiatrische Gemeinschaftsleistung. Psychiat Prax, 29, 369-373.

Bundesministerium für Gesundheit. Daten des Gesundheitswesens (1999). Baden-Baden: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 122.

Essock-Vitale, S. (1987). Patient characteristics predictive of treatment costs on inpatient psychiatric wards. Hosp Community Psychiatry, 38, 263-269.

Fichter, M. M., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Koegel, P., Quadflieg, N., Wittchen, H. U., Wolz, J. (1996). Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 246(4), 185-196.

Fichter, M. M., Quadflieg, N. (2001). Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany: results from a representative sample. Acta Psychiatr Scand, 103(2), 94-104.

Fichter, M. M., Quadflieg, N. (2003). Course of alcoholism in homeless men in Munich, Germany: results from a prospectiv longitudinal study based on a representative sample. Subst Use Misuse, 38(3-6), 395-427.

Fichter, M., Quadflieg, N. (1999). Alcoholism in homeless men in the mid-nineties: results from the Bavarian Public Health Study on homelessness. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 249(1), 34-44.

Fichter, M., Quadflieg, N., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Wolz, J., Koegel, P., Wittchen, H. U. (1999). Psychiatrische Erkrankung bei obdachlosen Männern und Frauen in München. *Psychiatr Prax*, 26(2), 76-84.

Gesundheitsministerkonferenz, Arbeitsgruppe Psychiatrie (2003) Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren. Chemnitz.

Greifenhagen, A., Fichter, M. (1996). Psychiatrische Obdachlosenforschung. Von der „Psychopathologie des Landstreichers“ zu den „Homeless Mentally III“. *Nervenarzt* 67(11), 905-910.

Greifenhagen, A., Fichter, M. (1997). Mental illness in homeless women: an epidemiological study in Munich, Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 247(3), 162-172.

Gruyters, T., Scheytt, D., Hoffmann, C., Priebe, S. (1997). Psychosoziale Charakteristika und Sichtweisen von Besuchern in Tagesstätten und in Kontakt- und Beratungsstellen. *Nervenarzt*, 68.

Häfner, H., an der Heiden, W., Buchholz, W., Bardens, R., Klug, J., Krumm, B. (1986). Organisation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärer Versorgung Schizophrener. *Nervenarzt*, 57, 214-226.

Haussler, B., Sturm, R., Rehberg, W., Bao, Y. (2002). Psychiatric outpatient care in Germany and the United States. *Psychiatr Serv*, 53.

Hofmann, W., Gougleris, G., Panzer, E., Tigiser, E., Warken, R., Zimmer, F.P. (1992). Mehrfachaufnahmen im psychiatrischen Krankenhaus – eine Untersuchung zur Situation so genannter „Drehtür-Patienten“. *Psychiatr Prax*, 19, 217-224.

Kluge, H., Kulke, C., Waldmann, A., Werge-Reichenberger, A., Steffens, A., Kallert, T. W., Becker, T. (2002). High utilizer in Sozialpsychiatrischen Diensten. *Psychiatr Prax*, 29, 274-380.

Krautgartner, M., Scherer, M., Katschnig, H. (2002). Psychiatrische Krankenhaustage: Wer konsumiert die meisten?. *Psychiatr Prax*, 29, 355-363.

Längle G, Mayenberger M, Günthner A (2001) Gemeindenahe Rehabilitation für schwer psychisch Kranke? *Rehabilitation* 40, 21 - 27

Lehmann, F. und Vogel, R. (AG Psychiatrische Pflegewohnheime, 2001): Vorstellung über Hilfe und Angebote für sog. „Systemsprenger“. Unveröffentlichtes Manuskript.

Meller, I., Fichter, M., Quadflieg, N., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Wolz, J. (2000). Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch erkrankte Obdachlose. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. *Nervenarzt*, 71(7), 543-551.

Munk-Jorgensen, P. (1999). Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 249, 136-143.

Nouvertne, K., Wessel, T., Zechert, Ch. (2002). Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Richter, D. (2001). Die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 69, 19-31.

Richter, D., Berger, K., Eikelmann, B. (1999). Was kennzeichnet den psychiatrischen Problempatienten?. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 67, 21-28.

- Richter, D., Eikermann, B. (2000). Verweildauerrückgang bei stationären Behandlungen in der Psychiatrie: Posivite oder negative Konsequenzen? Spektrum, 29, 67-72.
- Richter, D., Venzke, A., Settelmayer, J., Reker, T. (2002). Häufige Wiederaufnahmen suchtkranker Patienten in die stationäre psychiatrische Behandlung – „Heavy User“ oder chronisch Kranke? .Psychiat Prax, 29, 364-368.
- Roick, C., Gärtner, A., Heider, D., Angermeyer, M.C. (2002). Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste. Psychiat Prax, 29, 334-342.
- Roick, C., Heider, D., Kilian, R., Angermeyer, M.C. (2002). Patienten mit starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung. Eine Analyse von Krankenkassendaten aus der Stadt Leipzig. Psychiat Prax, 29, 343-349.
- Scheytt, D., Kaiser, P., Priebe, S. (1996). Behandlungsdauer und Fallkoten in unterschiedlichen stationären psychiatrischen Einrichtungen in Berlin. Psychiat Prax, 23, 10-14.
- Spießl, H., Hübner-Liebermann, B., Binder, H., Cording, C. (2002). „Heavy User“ in einer psychiatrischen Klinik Eine Kohortenstudie mit 1811 Patienten über fünf Jahre. Psychiat Prax, 29, 350-354.
- Sturm, R., Bao, Y. (2000). Psychiatric care expenditures and length of stay: Trends in industrialized countries. Psychiatr Serv, 51.
- Vogel R, Schläfke D, Ernst A: Psychiatriewegweiser 2001 - Verzeichnis der Angebote für Menschen mit psychischer Erkrankung/Behinderung in Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin, 2001
- Weig, W. (1998). Der „schwierige“ Patient im Psychiatrischen Krankenhaus. Regensburg: S. Roderer Verlag.

Tabelle 1. Anzahl beteiligter Einrichtungen, Rücklaufquoten und relative Häufigkeiten der „Systemsprenger“

Einrichtungstyp	n	%	%
	Einrichtungen ^a	Rücklauf	„Systemsprenger“
Tagesstätten (TS)	37	94.6	(5.7%)
Betreutes Wohnen (BW)	20	80.0	(3.0%)
Psychosoziale Wohn-/Übergangsheime (PSW/ÜWH)	17	94.1	(7.0%)
Therapeutische Wohngruppen (TWG)	18	72.2	(13.3%)
Psychiatrische Pflegewohnheime (PPWH)	11	72.7	(3.1%)
Psychiatrische Kliniken/Abteilungen (KH/Abt.)	12	66.7	(3.9%)
gesamt	115	83.5	5.2%

^a Anzahl der jeweiligen Einrichtungen in M-V

^b basierend auf n = 2629 für vorausgesetzt 100% der Einrichtung

Tabelle 2. Demographische Charakteristika der Stichprobe

Variablen	% n = 137
Alter (Mittelwert/SD)	36.37
Geschlecht	
▪ männlich	59.9
Familienstand	
▪ verheiratet/Partnerschaft	8.0
Wohnsituation	
▪ Privatwohnung	45.3
▪ Eltern	6.6
▪ komplementäre Einrichtung	43.1
▪ ohne festen Wohnsitz	4.4
▪ sonstige	0.7
Schulabschluss	
▪ ohne Schulabschluss	25.0
▪ Sonderschulabschluss	14.7
▪ Hauptschulabschluss	13.2
▪ Realschulabschluss	36.0
▪ höhere Bildung	11.0
berufl. Situation	
▪ berufstätig	0.7
▪ geschützt beschäftigt	12.4
▪ berufl. Wiedereingliederung	0.7
▪ arbeitslos	34.3
▪ berentet	45.3
▪ sonstige	6.6
Berufsschicht	
▪ un-/angelehrt	31.4
▪ Facharbeiter/unselbständig	27.0
▪ Angestellter/Beamter	8.0
▪ selbständig	0.7
▪ nie erwerbstätig	32.8
gesetzliche Betreuung	62.8
gerichtliche Betreuung	6.6

Tabelle 3. Gruppenvergleiche der stationär-psychiatrischen und komplementären Verweildauer nach Form der Einrichtung

Verweildauer stationär-psychiatr.: Wochen ^a	TS n=33	BW n=7	PSW/ÜWH n=23	TWG n=18	PPWH n=12	F	p zweiseitig	
▪ Median	0.00	2.00	2.00	2.75	1.50			
▪ Mittelwert/SD	3.26 (4.64)	4.00 (4.44)	3.80 (4.80)	4.14 (4.54)	2.67 (3.60)	.26	n.s.	
Verweildauer komplementär: Monate ^b	TS n=39	BW n=8	PSW/ÜWH n=26	TWG n=17	PPWH n=13	F	p zweiseitig	Post Hoc Bonferroni
▪ Median	25.00	51.00	15.50	13.00	51.00			
▪ Mittelwert/SD	31.92 (24.52)	43.00 (29.15)	23.96 (20.01)	18.71 (18.12)	65.62 (39.78)	7.62	.000	PPWH vs. TS/PSW/ÜWH/ TWG

^a n = 8 Ausreißer; n = 5 keine Angaben

^b n = 4 Ausreißer; n = 3 keine Angaben

Tabelle 4. Relative Häufigkeiten klinischer Diagnosen

Störungsgruppe	% n=126*
F0 – Organische Störungen	4.0
F1 – Störungen durch psychotrope Substanzen	23.8
F2 – Psychotische Störungen/Schizophrenien	39.7
F3 – Affektive Störungen	17.5
F4 – Neurotische Störungen	7.1
F5 – Psychosomatische Störungen	7.1
F6 – Persönlichkeitsstörungen	44.4
F7 – Intelligenzminderung	28.6

• n = 11 keine Angaben

Tabelle 5. Relative Häufigkeiten der Einschätzung der Verhaltensmerkmale sowie deskriptive Statistiken (n = 137)

Verhaltensmerkmale	% Antwortoptionen					Mittelwert/SD
	0 niemals	1 selten	2 oft	3 ständig	nicht beobachtbar	
1. selbstschädigendes Verhalten mit körperl. Verletzungen	52.6	16.8	21.2	6.6	2.9	.81 (1.00)
2. akut auftretendes suizidales Verhalten						
a) ohne Suizidversuche	54.0	26.3	15.3	1.5	2.9	.63 (.80)
b) mit Suizidversuchen	68.6	16.1	7.3	-	8.0	.33 (.62)
3. chronische Suizidalität	75.2	10.2	4.4	4.4	5.8	.34 (.78)
4. körperbezogenes fremdaggressives Verhalten						
a) gegenüber Mitbewohnern	45.3	29.2	16.1	6.6	2.9	.83 (.94)
b) gegenüber Mitarbeitern	54.0	24.8	13.9	6.6	0.7	.73 (.94)
5. sexuelle Übergriffe/Belästigung						
a) gegenüber Mitbewohnern	82.5	7.3	3.6	2.2	4.4	.22 (.62)
b) gegenüber Mitarbeitern	86.1	7.3	3.6	2.2	0.7	.21 (.61)
6. Herstellen unangemessener Beziehungen						
a) gegenüber Mitbewohnern	56.2	16.1	16.8	8.0	2.9	.76 (1.02)
b) gegenüber Mitarbeitern	61.3	17.5	10.2	10.9	-	.71 (1.04)
7. keine Krankheitseinsicht vorhanden	10.2	24.8	22.6	41.6	0.7	1.96 (1.04)
8. zeigt sich wenig kooperativ	3.6	19.7	40.1	36.5	-	2.09 (.84)
9. Schwierigkeiten, sich in Gruppen einzuordnen	2.9	18.4	32.4	46.3	0.7	2.22 (.85)
10. unfähig, sich in Gruppen einzuordnen	14.8	24.4	28.9	31.9	1.5	1.78 (1.06)
11. bewusstes Stören der Gruppenarbeit	18.3	32.1	31.3	18.3	4.4	1.50 (1.00)
12. akut auftretendes impulsives Verhalten	9.8	21.8	47.4	21.1	2.9	1.80 (.89)
13. chronisch auftretende Impulsdurchbrüche	27.2	27.2	29.4	16.2	0.7	1.35 (1.05)
14. unfähig zur Selbststeuerung	12.6	25.2	43.7	18.5	1.5	1.68 (.92)
15. delinquente/strafbare Verhaltensweisen	61.8	24.4	10.7	3.1	4.4	.55 (.81)
16. bewusstes Lügen	32.6	28.0	30.3	9.1	3.6	1.16 (.99)
17. Stehlen	76.9	11.6	10.7	.8	11.7	.36 (.71)
18. andere wegen materieller Dinge erpressen	73.1	16.2	7.7	3.1	5.1	.41 (.76)
19. andere zu bestimmten Verhaltensweisen zwingen	34.1	36.4	18.6	10.9	5.8	1.06 (.98)
20. manipulatives Verhalten	23.9	28.4	36.6	11.2	2.2	1.35 (.97)
21. andere gegeneinander ausspielen	26.1	28.4	35.1	10.4	2.2	1.30 (.97)
22. spaltet Mitarbeiterteam	31.6	30.1	23.3	15.0	2.9	1.22 (1.05)
23. löst bei anderen Angst aus	28.1	27.4	31.9	12.6	1.5	1.29 (1.01)
24. setzt Suizidalität/andere Symptome als Druckmittel ein	42.6	25.0	23.5	8.8	0.7	.99 (1.01)
25. Verstöße gegen Regeln	18.2	32.6	29.5	19.7	3.6	1.51 (1.01)
26. unkontrollierter Konsum von:						
a) Alkohol	52.8	17.1	13.8	16.3	10.2	.93 (1.15)
b) Medikamenten	56.7	24.2	10.0	9.2	12.4	.72 (.98)
c) Drogen	82.8	9.0	4.1	4.1	10.9	.30 (.74)
27. Krankenhausaufenthalte	13.3	43.0	36.3	7.4	1.5	1.38 (.81)
28. ambulante Arztkontakte	4.7	30.7	39.4	25.2	7.3	1.85 (.86)
29. unzuverlässige Medikamenteneinnahme	34.2	30.0	20.0	15.8	12.4	1.18 (1.07)
30. Ablehnung der Medikamenteneinnahme	39.7	29.8	20.6	9.9	4.4	1.01 (1.00)

Tabelle 6. Strukturmatrix der Hauptkomponentenanalyse der Verhaltensmerkmale
(Oblique Rotation)

Verhaltensmerkmale	Faktor 1 Aggressivität/ Unangepasstheit/ Impulsivität	Faktor 2 Suizidalität	Faktor 3 Delinquenz/ Konsum	Faktor 4 Manipulation/ Belästigung
1. selbstschädigendes Verhalten mit körperl. Verletzungen		.561		
2. akut auftretendes suizidales Verhalten				
a) ohne Suizidversuche		.722		
b) mit Suizidversuchen		.727		
3. chronische Suizidalität		.723		
4. körperbezogenes fremdaggressives Verhalten				
a) gegenüber Mitbewohnern	.581			
b) gegenüber Mitarbeitern	.641			
5. sexuelle Übergriffe/Belästigung				
a) gegenüber Mitbewohnern				.509
b) gegenüber Mitarbeitern				.423
6. Herstellen unangemessener Beziehungen				
a) gegenüber Mitbewohnern				.666
b) gegenüber Mitarbeitern				.594
7. keine Krankheitseinsicht vorhanden	.422			
8. zeigt sich wenig kooperativ	.711			
9. Schwierigkeiten, sich in Gruppen einzuordnen	.732			
10. unfähig, sich in Gruppen einzuordnen	.697			
11. bewusstes Stören der Gruppenarbeit	.607			
12. akut auftretendes impulsives Verhalten	.668			
13. chronisch auftretende Impulsdurchbrüche	.690			
14. unfähig zur Selbststeuerung	.509			
15. delinquente/strafbare Verhaltensweisen			.691	
16. bewusstes Lügen			.656	.403
17. Stehlen			.589	
18. andere wegen materieller Dinge erpressen			.677	
19. andere zu bestimmten Verhaltensweisen zwingen	.410			.476
20. manipulatives Verhalten	.403	.432		.511
21. andere gegeneinander ausspielen				.590
22. spaltet Mitarbeiterteam				.507
23. löst bei anderen Angst aus	.718			
24. setzt Suizidalität/andere Symptome als Druckmittel ein		.617		
25. Verstöße gegen Regeln			.586	
26. unkontrollierter Konsum von:				
a) Alkohol			.732	
b) Medikamenten		.530	.425	
c) Drogen			.565	
27. Krankenhausaufenthalte		.491		
29. unzuverlässige Medikamenteneinnahme			.541	
30. Ablehnung der Medikamenteneinnahme			.419	

Zuordnung der Einzelvariablen zu den Faktoren jeweils in Fettschrift.

absolute Werte

Faktorladungen < |.4| nicht aufgeführt

Tabelle 7. Relative Häufigkeiten hinsichtlich Anzahl der Faktoren nach Mediansplit

Störungsgruppe	% n=137
0 Faktoren > Median	13.1
1 Faktor > Median	18.2
2 Faktoren > Median	31.4
3 Faktoren > Median	29.2
4 Faktoren > Median	8.0

Tabelle 8. Unterschiede zwischen Klienten mit hohen und niedrigen faktorenbezogenen Merkmalsausprägungen

	niedrig n=86	Hoch n=51	F/ χ^2	P einseitig
deskriptive Variablen				
Alter (Mittelwert/SD) *	37.17 (13.77)	35.59 (12.93)	.448	n.s.
Geschlecht: % männlich	60.5	58.8	.036	n.s.
Multivariate Varianzanalyse/Univariate Gruppenstatistik (Mittelwert/SD)			F/χ^2	P
Verweildauer stationär-psychiatr.: Wochen *	5.38 (7.29)	6.91 (7.98)	.025	n.s.
Verweildauer komplementär: Monate *	34.09 (32.81)	30.49 (38.76)	1.116	n.s.
N stationär-psychiatrisch: % \geq 1mal	65.1	80.4	3.614	.042

* n = 20 keine Angaben