

Woran scheitert die Integration in das psychiatrische Versorgungssystem ? Qualitative Ergebnisse einer Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern*

Harald J. Freyberger¹, Ines Ulrich¹, Manuela Dudeck¹, Sven Barnow¹, Kordula Kleinwort², Ingmar Steinhart²

In Zusammenarbeit mit: Torsten Benz, Josef Claassen, Kathrin Großklaus, 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 16.01.2004 für die Zeitschrift Sozialpsychiatrische Informationen

- * 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

1. Einleitung

Seit Oktober 2002 hat sich in Mecklenburg-Vorpommern eine Arbeitsgruppe des Landesverbandes Psychosozialer Hilfsvereine, des Modellprojekts „Kommunale Psychiatrie“ des Landesverbandes und des Instituts für Sozialpsychiatrie der Universität Greifswald etabliert, die sich qualitativ und quantitativ mit der sog. „Systemsprengerproblematik“ auseinandersetzt. Den Ausgangspunkt bildete einerseits ein Arbeitspapier der Arbeitsgemeinschaft Psychiatrische Pflegewohnheime M-V (Lehmann und Vogel, 2001), in dem das Problemfeld einrichtungsbezogen spezifiziert wird. Andererseits ergab sich für das Sozialministerium des Landes die Problematik, dass in den vergangenen Jahren für eine beträchtliche Anzahl Betroffener in anderen Bundesländern geschlossene Heimplätze gesucht werden mussten, da im Land selbst keine ausreichenden Angebotsformen vorhanden waren. Ziel eines daraufhin am Institut für Sozialpsychiatrie der Universität Greifswald etablierten und vom Sozialministerium des Landes M-V finanzierten Modellprojekts ist es, eine Bestandsaufnahme zu erarbeiten, die als Systemsprenger bezeichneten Personen näher zu charakterisieren und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln, die eine weitgehend lebensfeldorientierte Unterstützung der Zielgruppe innerhalb der Landesgrenzen von Mecklenburg-Vorpommern ermöglicht.

Die vorliegende Arbeit berichtet von den ersten qualitativen Ergebnissen des Projektes. Sie fasst die Diskussionen innerhalb der Arbeitsgruppe selbst, die aus dem vorliegenden Datenmaterial abgeleiteten Thesen und die Erfahrungen mehrerer landesweiter Workshops zusammen, auf denen mit Mitarbeitern verschiedener Einrichtungen die bisherigen Ergebnisse diskutiert wurden. Die quantitativen Ergebnisse des Modellprojekts werden an anderer Stelle ausführlich dargestellt (Freyberger et al., im Druck). Innerhalb des Bundeslandes MV wurden hierzu alle klinischen und komplementären Einrichtungen mittels selbst entwickelter Evaluationsbögen systematisch zur „Systemsprengerproblematik“ befragt. Aufgrund einer repräsentativen Rücklaufquote von 83.5% bildet unsere Befragung die aktuelle Versorgungsrealität im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern mit einer vergleichsweise hohen Genauigkeit ab.

2. Was ist eigentlich ein Systemsprenger?

Die von uns erarbeitete Definition des Begriffs „Systemsprenger“ bezieht sich auf eine Betroffenenengruppe mit einem sehr hohen, die bestehenden Versorgungssysteme auf verschiedenen Ebenen „sprengenden“ Störungspotential, so dass den Betroffenen zumindest für einen begrenzten Zeitraum die Unterbringung in einer geschlossenen oder geschützten Einrichtung

droht. Innerhalb der Arbeitsgruppendifkussionen wurde hierzu ein Katalog kritischer Verhaltensmerkmale durch Expertenurteil zusammengetragen, der sich konzeptionell an den am häufigsten in den beteiligten Einrichtungen genannten „Störvariablen“ orientiert und die Bereiche

- Selbstbeschädigung und Suizidalität
- Fremdaggressives Verhalten
- Impulsivität
- Delinquenz
- Störungen in Krankheitskonzept und Krankheitsverhalten
- Störungen im gruppenbezogenen Verhalten
- Konsum psychotroper Substanzen

anhand einzelner Merkmale zusammenfasst (vgl. Tabelle 1). In einer faktorenanalytischen Auswertung der in dem Projekt identifizierten 137 „Systemsprenger“ (5.1 % der insgesamt in den Einrichtungen behandelten bzw. betreuten Stichprobe) wurden diese Merkmalsbereiche auf 4 Faktoren reduziert (vgl. Freyberger et al., im Druck), die über die Zusammenhänge der zunächst unabhängig betrachteten Verhaltensmerkmale Auskunft geben:

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

Zur Differenzierung zwischen „schwierigen Menschen“ und „Systemsprengern“ wurden nach der Dichotomisierung der Faktorwerte anhand eines Mediansplits die Systemsprenger hinsichtlich hoher vs. niedriger Ausprägungen auf den Faktoren gruppiert. Danach wiesen 51 Klienten (37.2% der Stichprobe) hohe Ausprägungen auf > 3 Faktoren auf.

Hier etwa Tabelle 1 einfügen

Dieses an Verhaltensmerkmalen orientierte Konzept zeigt einen hohen Überschneidungsbereich zu dem in der wissenschaftlichen Literatur favorisierten und leichter empirischen Stu-

dien zugänglichem Modell der sog. „heavy user“. Mit diesem konnte vielfach empirisch gezeigt werden, dass eine vergleichsweise kleine Gruppe von 10-30% zumeist während stationärer Krankenhausaufenthalte untersuchter Patienten einen hohen Anteil der Kosten in der Größenordnung von 50-80% in den verschiedenen Finanzierungssystemen verursacht (vgl. u.a. Bauer et al., 2002; Richter et al., 2002; Roick et al., 2002; Spießl et al., 2002). Die Angaben zur Geschlechtszugehörigkeit dieser Gruppe schwanken in der Literatur erheblich, was auf diagnostische, institutionelle und altersbezogene Selektionseffekte zurückzuführen sein dürfte (vgl. z.B. Hofmann et al., 1992; Weig, 1998). So zeigen bereits ältere Studien ein prinzipiell höheres kritisches psychiatrisches Inanspruchnahmeverhalten von Frauen (z.B. Essock-Vitale, 1987), das sich aber über die verschiedenen, als besonders kritisch betrachteten diagnostischen Gruppen wie schizophrene Störungen mit Komorbidität, Persönlichkeitsstörungen und Störungen durch psychotrope Substanzen unterschiedlich verteilt (vgl. z.B. Hofmann et al., 1992; Kluge et al., 2002; Krautgartner et al., 2002). Generell scheint mit der diagnostischen Komorbidität -vor allem mit Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen sowie mit dem Vorliegen chronischer Symptomatik und Suizidalität- der Anteil von „Systemsprengern“ zu steigen (vgl. z.B. Barnow et al., 1997; Richter et al., 1999; 2002).

Wie verschiedene Studien zeigen, existiert darüber hinaus die Gruppe der psychisch erkrankten Obdachlosen, die entweder niemals in ihrer Entwicklung im Versorgungssystem auftauchen oder dieses nach mehr oder weniger langen Aufenthalten verlassen haben (vgl. u.a. Fichter et al., 1996, 1999, 2001, 2003). Hinter dieser Gruppe dürfte sich eine Vielzahl vormaliger Systemsprenger verbergen. Über den Anteil der „Systemsprenger“, die im Langzeitverlauf auf andere Weise desintegrieren und durch Suizide bzw. die Folgen unbehandelter körperlicher Erkrankungen versterben, liegen in der Literatur keine verlässlichen Angaben oder Schätzungen vor.

Unter dem Blickwinkel einer weniger institutions-, sondern vor allem personenzentrierten Sichtweise offenbart die sogenannte „Systemsprengerproblematik“ in der Regel eine wesentliche Schwäche des Versorgungssystems, variabel und individuell auf einen Betroffenen zu reagieren und Hilfsangebote hoher Passgenauigkeit zu entwickeln und umzusetzen. Hilfsangebote des Systems stehen nicht selten im Widerspruch zum Unterstützungsbedarf des Einzelnen. Wie bereits die von der Expertengruppe definierten Verhaltensmerkmale der Systemsprenger zeigen, bestimmen vielfach explizite Settingmerkmale und indikationsbezogene

Aufnahmekriterien elaborierter Einrichtungstypen das Hilfeangebot. Hoch gewichtet werden hier Verhaltensmerkmale, die eine hohe interaktionelle Kompetenz vor allem im Hinblick auf eine Gruppenintegration fordern und damit die stark gruppenbezogene Arbeitsorientierung komplementärer Einrichtungen widerspiegeln. Auch ein relativ gut entwickeltes Krankheitskonzept mit einem angemessenen Krankheitsverhalten wird als besonders bedeutsam eingeschätzt.

3. Optimierung des Regel-Systems oder ein eigenes Hilfesystem für „Systemsprenger“ ?

Systemsprengerunterbringung ist nicht nur, aber insbesondere von privaten Anbietern als Marktlücke entdeckt worden. Auch Komplexeinrichtungen oder ehemalige Landeskliniken beginnen sich erneut auf überregionale spezialisierte Aufnahmen für „besonders schwer zu betreuende Klienten“ einzustellen, nachdem ihnen die regionale Versorgung im klinischen und komplementären Bereich durch gemeinwesenorientierte Angebote in vielen Regionen entzogen wurde.

Die ersten geschlossenen Heimeinrichtungen in der Bundesrepublik beginnen sich auf den (noch) bundesweiten Import von „Systemsprengern“ zu spezialisieren. Aber auch in verschiedenen Bundesländern beginnt eine zunehmende Tendenz Raum zu greifen, zentrale Einrichtungen für „Systemsprenger“ zu schaffen – damit bleibt das eigentliche Versorgungsproblem ungelöst (vgl. u.a. Längle et al., 2001). In Mecklenburg-Vorpommern wurden im Verlauf der Modellprojekte „Sozialpsychiatrie“ und „Kommunale Psychiatrie“ einige wesentliche Systemveränderungen angestoßen, die die strukturellen Voraussetzungen für die Unterstützung von „Systemsprengern“ entscheidend verbessern. Durch die Zusammenlegung von örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger und die flächendeckende Einführung des „Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP)“ als Grundlage für die personenzentrierte Hilfeplanerstellung, beginnen sich jetzt in den verschiedenen Landkreisen zunehmend systematischer Hilfeplankonferenzen zu etablieren, deren Aufgabe auch darin bestehen wird, sektorintegrierte individuelle Lösungen für sog. „Systemsprenger“ zu erarbeiten (vgl. Abbildung 1). Sofern sich in den Hilfeplankonferenzen keine „internen“ Lösungen erarbeiten lassen, werden diesen im Bundesland zukünftig zwei regionale „Expertenteams“ – für Mecklenburg begin-

nend mit einem Modell in der Versorgungsregion Rostock und in Vorpommern beginnend mit einem Modell in der Versorgungsregion Stralsund -, 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 durch das Institut für Sozialpsychiatrie des Landes an der Universität Greifswald 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. Bemerkenswerterweise hat bereits die Ankündigung bzw. partielle Einführung dieses Systems zu einem systematischen Rückgang der durch die Einrichtungen eingeschätzten „Systemsprenger“ geführt.

Hier etwa Abbildung 1 einfügen

Innerhalb des bisherigen Verlaufs des Modellprojekts haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Identifikation eines Systemsprengers in hohem Maße kontextabhängig ist. So wurden die einrichtungsbezogenen meisten „Systemsprenger“ von den therapeutischen Wohngemeinschaften genannt, also in einem Bereich, in dem das klientenbezogene Anpassungs- bzw. Anforderungsprofil für Gruppenprozesse am höchsten ist. Dies deckt sich mit der Vermutung, dass etwa in stationären psychiatrischen Settings ein Betroffener mit vergleichbaren Störungsmerkmalen relativ zu seiner Umgebung als weniger gestört wahrgenommen wird, während sich dies z.B. im Betreuten Wohnen vollkommen anders darstellen kann. Umgekehrt wurden die wenigsten „Systemsprenger“ in Einrichtungen identifiziert, die, auch in Koordination mit Nachbareinrichtungen, über das gesamte Spektrum sozialpsychiatrischer Versorgung, vom geschlossenen Heimplatz bis hin zur Tagesbetreuung verfügen. Hierdurch scheint sich anzudeuten, dass die Verfügbarkeit und Variabilität unterschiedlicher Interventionsmöglichkeiten für die Unterstützung dieser Personengruppe mitentscheidend ist. Dies werten wir als Indiz dafür, unter dem Primat eines personenbezogenen Hilfeansatzes in jedem Versorgungssektor das gesamte Interventionsspektrum, einschließlich optional geschlossener Heimplätze auch vorzuhalten, um nicht einem systematischen „Systemsprengerexport“ in „spezialisierte“ Regionen Vorschub zu leisten. Auch in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern

mit niedriger Bevölkerungsdichte kann es daher nicht primär darum gehen, einige zentrale geschlossene Einrichtungen zu schaffen, sondern in den einzelnen Versorgungssektoren die jeweils benötigten geschlossenen Heimplätze an vorhandene offene Angebotsformen anzubinden, so dass für Mitarbeiter und Betroffene ein flexibler Umgang mit verschiedenen Strukturierungsgraden der Betreuung möglich wird.

4. Lösungsstrategien auf Einzelfallebene

In der Diskussion mit den Mitarbeitern unterschiedlichster Einrichtungen ließen sich darüber hinaus verschiedene Einflussfaktoren im Umgang mit oder in der Unterstützung von „Systemsprengern“ beschreiben (vgl. Tabelle 2):

Hier etwa Tabelle 2 einfügen

Einen bedeutsamen Faktor stellen dabei die **Informationsdefizite zu den Betroffenen** zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Einrichtung und im weiteren Verlauf dar. Die Mehrzahl der von uns ermittelten „Systemsprenger“ hatte bereits eine Odyssee durch komplementäre Einrichtungen verschiedener Ausrichtung und zahlreiche Krankenhausaufenthalte hinter sich. In einer Reihe von Fällen wurde die aufnehmende Einrichtung nicht über das Ausmaß der Störungen und das bisherige „Scheitern“ im Versorgungssystem informiert, so dass sich hier post hoc der Verdacht ergab, das ein „unliebsamer Klient“ verschoben werden soll. Angeregt wurde hier u.a. für den forensisch-psychiatrischen Bereich bei der Verlegung aus dem klinischen Setting in komplementäre Systeme ein **mehrtägiges Probewohnen unter temporäre Rückübernahmeverpflichtung der Primäreinrichtung**. Hierdurch lasse sich der „Behandlungsdruck“ der Nachsorgeeinrichtung minimieren und sich zeitlich sequentiell ein angemessener Rehabilitationsplan entwickeln.

Für den Beginn einer entstehenden therapeutischen Beziehung kann ein Informationsdefizit zum Betroffenen fatale Folgen haben, da sich das Interventionsspektrum inadäquat ausrichtet und nicht selten die ersten unerwartet-negativen Erfahrungen auf beiden Seiten den weiteren Verlauf prägen. Positive Erfahrungen hatten hierbei eine Reihe von Einrichtungen mit **Betreuungskontrakten** zwischen Klienten und Mitarbeitern gesammelt, in denen realistische

und erreichbare Regeln des Zusammenlebens und Verhaltenskonsequenzen bei Abweichung von diesen Regeln vereinbart wurden.

Vor allem die Informationsdefizite im medizinisch-psychiatrischen Bereich, etwa bezogen auf vorliegende komorbide psychische Störungen mit hoher therapeutischer Relevanz (z.B. Minderbegabung, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen) oder die bisherigen psychopharmakologischen Behandlungsergebnisse haben uns, auch bei länger in den Einrichtungen befindlichen Personen, überrascht. Bei einem hohen Prozentsatz der von uns identifizierten Systemsprenger lagen weder umfassende Falldokumentationen vor, noch war das Wissen um medizinisch-psychiatrische Besonderheiten des Klienten -relativ gesehen zu seinem Status als „Problemfall“- adäquat ausgebildet. Dies kann auch als ein Hinweis auf die in einer Reihe von Fällen offensichtlich **mangelnden Kooperation zwischen Kliniken, ambulant behandelnden Ärzten und den komplementären Einrichtungen** gelten, die noch dadurch kompliziert wird, dass aufsuchende medizinische Hilfen etwa über Institutsambulanzen oder konkrete Kriseninterventionsabsprachen in unzureichendem Maße realisiert werden. Noch zu selten wird dabei selbst das Instrument von Fallkonferenzen genutzt, an denen Mitarbeiter der verschiedenen, in der Betreuung und Behandlung involvierten Hilfesysteme, beteiligt werden.

Als **institutionelle Voraussetzungen** für einen angemessenen Umgang mit diesem Problemklientel wurden u.a. ein ausreichendes Qualifikationsprofil der Mitarbeiter, eine offen und variabel zu handhabende Anpassung des Personalschlüssels an das aktuelle Klientel der Einrichtungen und eine qualifizierte Praxisberatung und Supervision genannt. Die Einrichtung spezieller Fort- und Weiterbildungsmodule zur „Systemsprengerproblematik“ wurde angefordert, die vor allem das Erlernen von Deeskalationstechniken erlauben sollen. Zudem wurde in der Diskussion deutlich, dass angemessene räumliche Gegebenheiten in den Einrichtungen notwendig sind, die adäquate Rückzugsmöglichkeiten ermöglichen und im Falle von Verhaltenseskalationen die Option auf „Time-out-Räume“ oder „-Wohnungen“ beinhalten. Ein prinzipiell strittiges Thema betrifft den z.B. störungs- oder erkrankungsbezogenen Spezialisierungsgrad von Einrichtungen. Die Einrichtungen sollten in diesem Zusammenhang klare Indikations- und Kontraindikationskriterien für die Aufnahme von Betroffenen entwickeln, die sich an ihren speziellen Rahmenbedingungen orientieren, die Grenzen der Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten berücksichtigen und sich auch daran ausrichten, dass eine möglichst gute Passgenauigkeit mit den bereits betreuten Klienten möglich wird.

Ein zentrales Problem stellt darüber hinaus die **Anpassung des Strukturierungsgrades an die Möglichkeiten und Ressourcen der Problemlisten** dar. So zeigte sich in der Diskussion anhand von Einzelfalldarstellungen, dass eine lineare Beziehung zwischen dem Ausmaß der bestehenden interaktionellen und Verhaltensstörungen einerseits und dem Ausmaß der Betreuung und den damit verbundenen Restriktionen nicht zu ziehen ist. Vor allem „Systemsprenger“, die durch ihre interpersonellen Beziehungsstörungen in stark gruppenorientierten und räumlich engen therapeutischen Gemeinschaften überfordert sind, bedürfen individueller Einzellösungen. So kann die Einbindung von „Systemsprengern“ bei „Nicht-Profis“ etwa im Einzelarbeitsbereich die Gruppenunfähigkeit der Betroffenen relativieren sowie soziale Kompetenz und Wiedereingliederung fördern. Tagesstrukturelle Maßnahmen sind dabei stark an der individuellen psychosozialen Funktionsfähigkeit auszurichten. Auch die verbesserte Anpassung des ambulanten Hilfesystemes an die individuellen Unterstützungsprofile könnte Gemeinwesenorientierung stärken und „Systemspengung“ verhindern. Vor allem bei stark beziehungsstörungen Klienten kann beim Verlassen einer (teil-) stationären Einrichtung eine krisenorientierte, ambulante Nachbetreuung über 24 Stunden an 365 Tagen die Rückkehr in die höher strukturierte Einrichtung verhindern.

5. Diskussion und Ausblick

Wie die bisherigen Ergebnisse unserer Untersuchung zu „Systemsprengern“ in Mecklenburg-Vorpommern zeigen, ist bei einer an kritischen Verhaltensmerkmalen orientierten Sichtweise der Problematik zwischen „schwierigen Menschen“ und „Systemsprengern“ zu differenzieren. Die Anzahl der von uns in einer repräsentativen Totalerhebung im Bundesland identifizierten Stichprobe lag mit $n = 137$ in einem unerwartet niedrigen Bereich, was bei einer Rücklaufquote von 83.5% im Rahmen der Studie zu einer Gesamtschätzung von $n = 169$ „Systemsprengern“ für das Land Mecklenburg-Vorpommern mit etwa 1.7 Mio. Einwohner führt (vgl. Freyberger et al., im Druck). Das dabei -bezogen auf die Gesamtzahl der im Hilfesystem Betreuten- nur 5.2% als „Systemsprenger“ identifiziert wurden, spricht dafür, dass das Hilfesystem nur einen vergleichsweise geringen Anteil unzureichend integriert. Nicht vergessen werden sollte allerdings in diesem Zusammenhang, dass für die anders desintegrierten, z.B. obdachlosen „Systemsprenger“ keine verlässlichen Schätzungen für das Bundesland vorliegen. Werden in einem weiteren Analyseschritt härtere Verhaltenskriterien als Definitionsmerkmal für „Systemsprenger“ herangezogen, so reduziert sich die Stichprobe bei Berücksichtigung

von mindestens 3 der 4 identifizierten „Systemsprengerfaktoren“ „Aggressivität, Unangepasstheit und Impulsivität“, „Suizidalität“, „Delinquenz und Konsum“ sowie „Manipulation und Belästigung“ auf 51 Klienten und somit auf deutlich unter 3% aller psychiatrischen Betreuungsfälle des Bundeslandes.

In der qualitativen Analyse der bisher vorliegenden Daten ließen sich eine Reihe von kontextuellen, institutionellen und strukturellen Faktoren herausarbeiten, die darauf schließen lassen, dass ein sozialpsychiatrisches Versorgungssystem, das alle Versorgungssegmente in einem gegebenen Sektor integriert, noch deutlich weniger „Systemsprenger“ generieren dürfte. Kreative und übliche Systemregeln zumindest partiell außer Kraft setzende Lösungen sind dabei auf Einzelfallebene gefragt. Unseres Erachtens besteht kein Zweifel daran, dass auch bei einem optimierten Versorgungssystem „Systemsprenger“ weiterhin einen Teil der Arbeitsrealität prägen werden. Zu erinnern ist daran, dass es sich bei „Systemsprengern“ aus medizinisch-psychiatrischer Perspektive auch um zumindest partiell „therapieresistente“ Patienten handeln kann, deren Verhaltensproblematik nur im Rahmen von konzeptionell gut zu planenden Intervallbehandlungen mit wechselnden ambulanten, teilstationären und stationären Therapiephasen zu begegnen ist. Multiple stationäre Aufenthalte sind dabei nur dann sinnvoll, wenn sie in ein längerfristiges Gesamtbehandlungs- und Betreuungskonzept integriert werden. Ein solches Konzept zu erarbeiten, das eine Hilfeplanung auf der Grundlage individueller Behandlung wie psychosozialer Unterstützung beinhaltet und dieses dann noch konsequent über einen längeren Zeitraum in den Alltag unter Beteiligung unterschiedlichster Einrichtungen umzusetzen, dies scheint eine der größten Herausforderungen für die professionelle Seite zu sein. Dass bei einem solchen Konzept auch kreativ ausgestaltete ambulante Unterstützungskonzepte eine hohe Chance der Akzeptanz haben, wird vielfach übersehen.

In einem Längsschnittansatz werden derzeit in im Rahmen von Einzelinterviews von uns alle identifizierten 137 „Systemsprenger“ persönlich befragt. Wir sind gespannt darauf, wie viele von ihnen mittlerweile in ambulante Hilfeformen oder nichtpsychiatrische Systeme integriert wurden, wie viele das Hilfesystem ganz verlassen haben, wie sich die „Systemsprenger – Karrieren“ entwickelt haben und wie die Psychiatrie-Erfahrenen selbst ihre „Systemsprenger-Karrieren“ im psychiatrischen System beschreiben und einschätzen.

Literatur

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.

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., 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. 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.

Freyberger HJ, Ulrich I, Barnow S, Steinhart I (im Druck): Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen - eine Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. *Psychiatrische Praxis*.

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“. *Psychiat 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. *Psychiat Prax*, 29, 274-380.

Krautgartner, M., Scherer, M., Katschnig, H. (2002). Psychiatrische Krankenhaustage: Wer konsumiert die meisten?. *Psychiat 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. Landesverband Psychosozialer Hilfsverein M-V, Rostock.

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

Richter, D., Venzke, A., Settlemayer, 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.

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.

Weig, W. (1998). Der „schwierige“ Patient im Psychiatrischen Krankenhaus. Regensburg: S. Roderer Verlag.

Tabelle 1. Merkmalsbereiche der Verhaltensauffälligkeiten von Systemsprengern

A. Selbstbeschädigung und Suizidalität		
1.	Selbstschädigendes Verhalten mit körperlichen Verletzungen	
2.	Akut auftretendes suizidales Verhalten	- ohne Suizidversuche - mit Suizidversuchen
3.	Chronische Suizidalität	
B. Fremdaggressives Verhalten		
1.	Körperbezogenes, fremdaggressives Verhalten	- gegenüber Mitbewohnern - gegenüber Mitarbeitern
2.	Sexuelle Übergriffe/Belästigung	- gegenüber Mitbewohnern - gegenüber Mitarbeitern
C. Impulsivität		
1.	Akut auftretendes impulsives Verhalten	
2.	Chronisch auftretende Impulsdurchbrüche	
3.	Unfähigkeit zur Selbststeuerung	
D. Delinquenz		
1.	Delinquente/strafbare Verhaltensweisen	
2.	Bewusstes Lügen	
3.	Stehlen	
4.	Andere wegen materieller Dinge erpressen	
5.	Verstöße gegen Regeln	
6.	Andere zu bestimmten Verhaltensweisen zwingen	
7.		
D. Störungen in Krankheitskonzept und Krankheitsverhalten		
1.	Keine Krankheitseinsicht vorhanden	
2.	Häufige Krankenhausaufenthalte	
3.	Häufige ambulante Arztkontakte	
4.	Unzuverlässige Medikamenteneinnahme	
5.	Ablehnung der Medikamenteneinnahme	
E. Störungen im gruppenbezogenen Verhalten		
1.	Herstellen unangemessen enger Beziehungen	- gegenüber Mitbewohnern - gegenüber Mitarbeitern
2.	Zeigt sich wenig kooperativ	
3.	Schwierigkeiten sich in Gruppen einzuordnen	
4.	Unfähigkeit, sich in Gruppen einzuordnen	
5.	Bewusstes Stören der Gruppenarbeit	
6.	Manipulatives Verhalten	
7.	Andere gegeneinander ausspielen	
8.	spaltet Mitarbeiterteam	
9.	Löst bei anderen Angst aus	
10.	Setzt Suizidalität oder andere Symptome als Druckmittel ein	
E. Konsum psychotroper Substanzen		
1.	Unkontrollierter Konsum von Alkohol	
2.	Unkontrollierter Konsum von Medikamenten	
3.	Unkontrollierter Konsum von Drogen	

Abbildung 1. Interventionen bei Systemsprengern

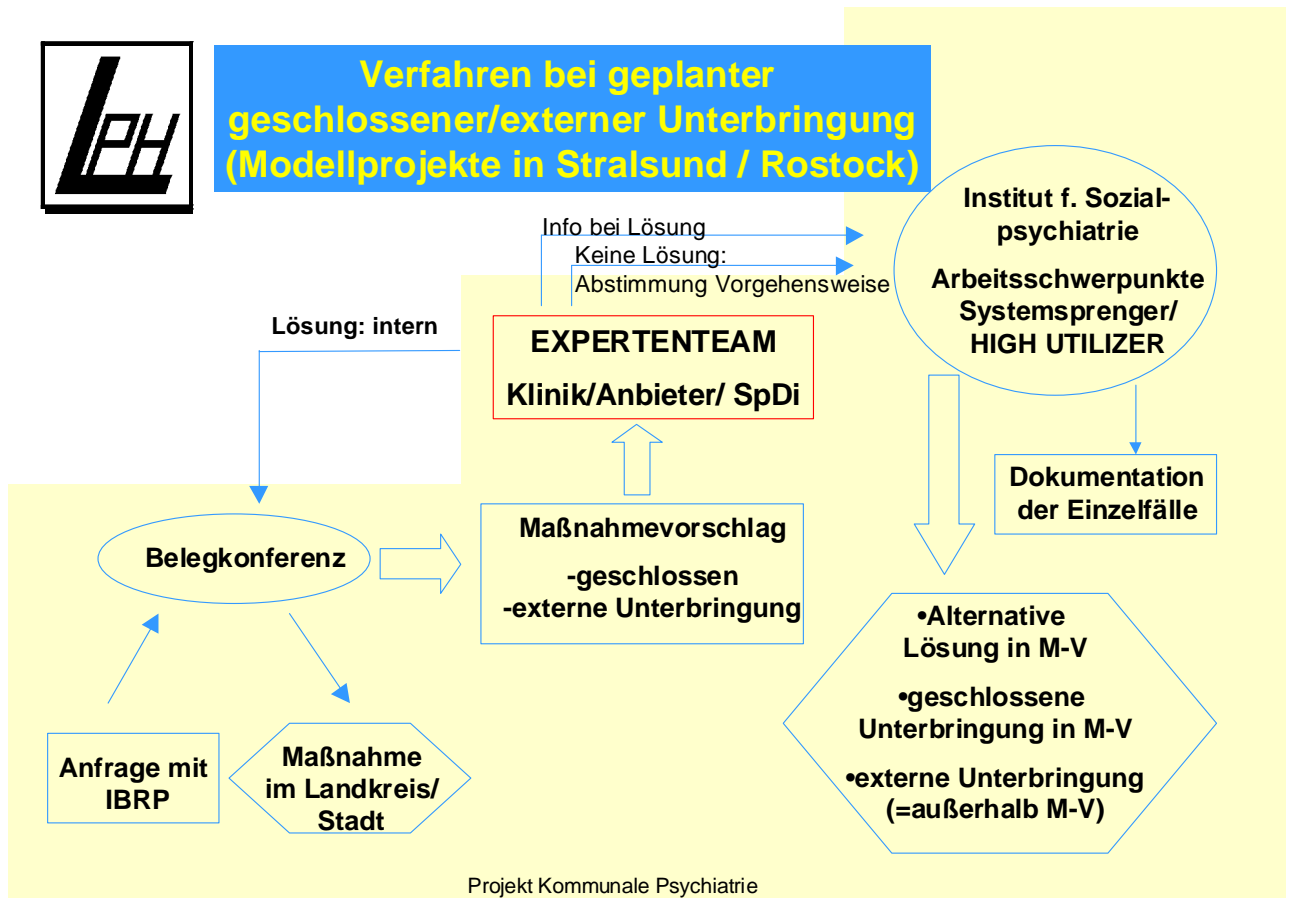


Tabelle 2. Faktoren, die das Handling von Systemsprengern beeinflussen

- A. Verfügbarkeit des gesamten Spektrums ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfen im definierten Versorgungssektor
- B. Informationsdefizit zu den Betroffenen insbesondere im medizinisch-psychiatrischen Bereich
- C. Mangelhafte Kooperation zwischen Kliniken, ambulant behandelnden Ärzten/Psychologen und komplementären Einrichtungen
- D. Betreuungskontrakte zwischen Einrichtung und Klienten
- E. Institutionelle Voraussetzungen
 - Qualifikationsprofil der Mitarbeiter
 - variable Anpassung des Personalschlüssels an die aktuelle Klientel
 - Supervision und Praxisberatung
 - räumliche Gegebenheiten (z.B. „Time-out-Räume“)
- F. Anpassung des Strukturierungsgrades an die Möglichkeiten und Ressourcen des Klienten

-