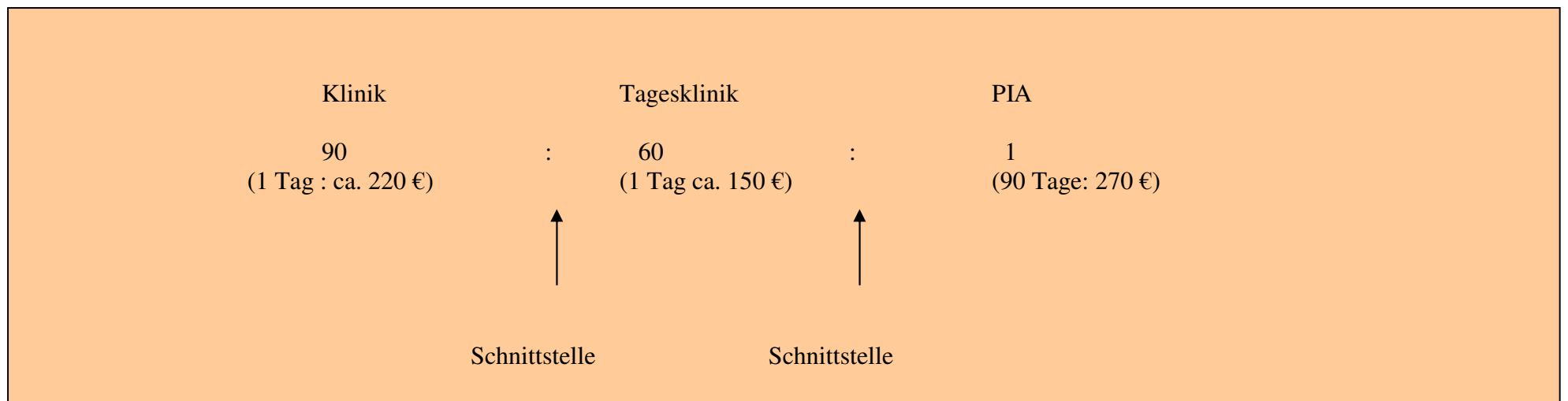


Ressourcenverteilung im klinisch-psychiatrischen Versorgungssystem



Wie denkt ein ausschließlich (teil-)stationärer Versorger? Strukturelle (Anreiz-)Faktoren

In der Somatik (DRG-...):

- kürzest mögliche Liegezeit
- max. viele und schwere Diagnosen (case-load)
- max. diagnostischer Aufwand

In der Psychiatrie / Psychosomatik:

möglichst lange „Liegezeit“ aufgrund von 3 Motiven:

Die Verantwortung für den Patienten endet mit der Entlassung ↷

Unsicherheit, wie gut es draußen geht ↷
Patient bleibt so lange, bis man sich sicher(er) ist.

1.

“Belegungssicherheit”: Erfolg ist die Vollbelegung

Hoher Aufnahmepressure mit vielen nicht-wartefähigen Patienten führt zu kürzeren Liegezeiten

↷ Aber: längere Liegezeiten auf Station, wenn wartefähige Patienten draußen

2.

Aufwand für Neuaufnahmen deutlich höher (falsches Auszeitsystem) ↷

1. bei pflichtversorgenden Stationen je nach Belegung ↷
2. bei „Spezialstationen“ zumeist Wartelisten ↷

3.

Fachliche Argumente für “ausreichende Behandlungszeit”

○ **Harte Faktoren**

Unbestrittene medizinische Gründe:

- Delir
- Wahn, Manie
- Akute Suizidalität
- Fremdgefährdung
- Akutes org. Psychodynamik

○ **Weiche Faktoren**

- die Dosis des „therapeutischen Settings“ einer Station muss ausreichend lange wirken, bis ein nachhaltiger Erfolg eintritt
- die psychotherapeutische Beziehung / Übertragung braucht Zeit bis...
- die „Auszeit“ / der Schutz vor einem pathologischen häuslichen Milieu / Beziehung muss lange genug sein bis...
- die kontrollierte „therapeutische Gemeinschaft“ lehrt neue Beziehungsmuster (je länger desto besser?)

Hypothese:

Je größer die Entfernung zum Heimatort, desto länger die Liegezeiten?
Bei Tagesklinik umgekehrt?