

DVKC-Kolumne

Zuwendungsleistungen integrieren

Auf die Psyche orientierte Leistungen werden im gegenwärtigen Entgeltsystem nicht erbracht, weil nicht explizit vergütet. Neben der Zeit fehlen auch qualifizierte Kräfte. Doch der Bedarf wächst. Abhilfe könnten sogenannte „Zuwendungsgespräche“ schaffen.

Von Prof. Günter Neubauer



Ein generelles Manko eines Fallpauschalen-Vergütungssystems ist, dass die Zahl und Struktur der Behandlungsfälle über die Erlöse und Kosten eines Leistungserbringers entscheiden. Bei vorgegebener Fallvergütung ist zudem der Zwang gegeben, die Kosten pro Fall zu minimieren, weil dadurch ein Gewinn erhöht oder ein Verlust reduziert werden kann. Bei dieser Handlungsmaxime werden erwünschte Leistungen dann zu Kosten und Gegenstand der Rationalisierungsbemühungen, wenn diese Leistungen nicht als solche definiert und vergütet werden. Will man hier gegensteuern, müssen die erwünschten Leistungen definiert und vergütet werden. Dadurch werden aus rationalisierbaren Kosten erwünschte und angestrebte Leistungen, welche die betriebswirtschaftliche Situation des Leistungserbringers verbessern und zugleich die Leistungsqualität anheben. Wie könnte ein solcher Ansatz im Rahmen des gegebenen DRG-Systems aussehen?

Krankheit ist immer ein psychosomatisches Geschehen. Das DRG-System ist auf das somatische Krankheitsbild fixiert. Auf die Psyche orientierte Leistungen werden im gegenwärtigen Entgeltsystem nicht erbracht, weil nicht explizit vergütet. Dazu ist im derzeitigen System keine Zeit, aber es fehlen auch qualifizierte Kräfte im Krankenhaus. Dass es einen wachsenden Bedarf für psychische Zuwendungsleistungen gibt, signalisiert das zunehmende Alter der Krankenhauspatienten, die passiv und orientierungslos sind. Abhilfe kann hier ein definiertes „Zuwendungsgespräch“ mit dafür qualifizierten Fachkräften von täglich 30 Minuten schaffen. Es ersetzt jedoch keinesfalls die Funktionspflege, ergänzt sie aber in einem Bereich, der von vielen Patienten, insbesondere von Betagten, als mangelnde Behandlungsqualität empfunden wird.

Für ärztliche Leistungen sollte in Anlehnung an die auf der Bettenstation stattfindenden Zuwendungsgespräche ein halbstündiges Aufnahme- und Entlassungsgespräch mit jedem Patienten verpflichtend gefordert werden. Zusammen können die Zuwendungsleistungen pro DRG in einem Index abgebildet werden, dem die durchschnittliche Verweildauer zugrunde liegt. Der Zuwendungsindex kann die Grundlage für eine leistungsbezogene Vergütung je Krankenhaus bilden. Zuwendungsleistungen sollten nicht in das Pflegebudget des Krankenhauses integriert werden, da sie nicht in das Aufgabengebiet des Pflegepersonals fallen, sondern zum Beispiel von Psychologen und Sozialpädagogen zu leisten sind. Eine Kontrolle der erbrachten Zuwendungsleistung findet in erster Linie durch die informierten Patienten beziehungsweise deren Angehörige statt. Sind beide Gruppen über ihre Leistungsansprüche aufgeklärt, findet quasi vor Ort eine individuelle „Qualitätskontrolle“ durch die Patienten statt. Eine direkte Integration in das DRG-System wiederum wäre möglich. Es könnte aber auch ein eigenes zu verhandelndes Budget, ähnlich wie das Pflegebudget, gebildet werden. Letzteres ist vor allem in einer Anfangsphase, in der das benötigte Fachpersonal noch nicht in vollem Umfang zur Verfügung steht, zweckmäßig. Andererseits ist nicht zu erwarten, dass die Zuwendungsleistungen die Behandlungskosten in vollem Umfang steigern, sondern es sind auch Entlastungseffekte dadurch zu erwarten, dass die Verweildauern reduziert werden. Dies trifft insbesondere zu, wenn die Personen, die Zuwendungsleistungen erbringen, eng mit dem Entlassungsmanagement des Krankenhauses zusammenarbeiten, bestenfalls sogar Teile des Entlassungsmanagements übernehmen.

Der Autor ist Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des DVKC.