

# Die Konsequenzen pauschalisierter Vergütungssysteme

**In Vergütungssystemen, die ausschließlich auf Kostensenkung und Optimierung der Prozesse fokussiert sind, sollten auch leistungsorientierte Komponenten miteinbezogen werden. Nur zweistufige Vergütungskonzepte bieten das Potenzial, Kosten und Qualitätsaspekte adäquat zu berücksichtigen.**

**Volker Eric Amelung**

Die zentrale Bedeutung von Vergütungssystemen für die Gestaltung eines Gesundheitssystems wurde in den letzten Jahrzehnten intensiv diskutiert, und eine Vielzahl von Instrumenten wurde implementiert. Dabei ist die Kernaufgabe eines Vergütungssystems einerseits die Verteilung von Geldern, andererseits soll es die Akteure zu zielgerichtetem Verhalten motivieren [1]. Somit ist die Anreizfunktion ein wesentliches Element der Zielsetzung. Bei den klassischen Vergütungssystemen (Gehalt, Einzelleistungsvergütung, Kostenerstattung, Fallpauschalen, Kopfpauschalen oder auch bei der in den USA aktuellen Diskussion mit sehr prominenten Ansätzen von leistungsorientierter Vergütung [pay for performance]) [2] zeigt sich deutlich, dass einstufige Vergütungssysteme erhebliche Fehlsteuerungen hervorrufen. Simpel formuliert ist es immer das Gleiche: Sind die Kosten unter Kontrolle, gibt es ein Qualitätsproblem und vice versa.

## **Steuern über Anreize**

DRG<sup>1</sup> sind hierfür ein Paradebeispiel: Für den Ökonomen ist offensichtlich, dass DRG

ein Qualitätsproblem hervorrufen und es zwangsläufig zu Kostenverlagerungen kommen wird. Die Anreize in einem DRG-System bestehen darin, eine definierte Mindestqualität möglichst kostengünstig zu erreichen. Qualität spielt nur vor dem Hintergrund der Marktanteilsicherung respektive Erhöhung und Einhaltung von Mindestqualitäten eine Rolle (Gefahr der Wiedereinweisung). Eine dem Vergütungssystem immanente Motivation zur Qualitätssteigerung gibt es hier nicht. Upcoding<sup>2</sup> und ähnliche Konzepte rücken in den Vordergrund strategischer Überlegungen.

In der Gesundheitspolitik ergibt vor diesem Hintergrund eine DRG-Vergütung nur dann einen Sinn, wenn parallel ein radikaler Qualitätswettbewerb über die Veröffentlichung der Ergebnisqualität eingeführt wird. Entsprechend lässt sich auch festhalten, dass Vergütungssysteme immer in einen Gesamtkontext eingebunden werden müssen, der aus unterschiedlichen, gegenläufigen Instrumenten und Anreizstrukturen besteht. Die Akteure müssen dann zwischen den Zieldimensionen Qualität und Kosten entscheiden und divergierende Ziele im Sinne von «Sowohl-als-auch»-Strategien umsetzen.

## **«Nebeneffekt» Prozessoptimierung**

In der Diskussion über Gesundheitssysteme wird immer wieder die Umsetzung von prozessorientierten Konzepten gefordert. Hier-



**Volker Eric Amelung**

1 Diagnosis Related Groups, ein Fallpauschalensystem zur Abgeltung im stationären Spitalbereich. Das DRG-System wird 2009 auch in der Schweiz eingeführt.

2 Erlösoptimierung eines individuellen Falles.

**Literatur:**

1. Amelung V: *Managed Care – neue Wege im Gesundheitsmanagement*. Gabler-Verlag, 4. Auflage 2007.
2. Institute of Medicine (IOM): *Rewarding provider performance*, National Academies Press 2007.

zu gehören die Disease-Management-Programme<sup>3</sup>, die als wesentliche Säulen einer optimierten Versorgung angesehen werden, wie auch die ebenso bedeutenden und eng damit verbundenen Leitlinien. Die Programme und Leitlinien laufen streng genommen auf die konsequente Umsetzung von Evidence based Medicine<sup>4</sup> und die systematische Optimierung von Geschäftsprozessen hinaus.

Im Sinne der klassischen Organisationslehre werden bei Disease-Management-Programmen komplexe Aufgaben zuerst in Teilaufgaben zerlegt und dann in sinnvolle Leistungspakete zusammengeführt. Dies bedeutet nichts anderes als Ablauforganisation. Im Gesundheitswesen zeigt sich immer wieder deutlich, dass die Umsetzung derartiger Sektoren und/oder berufsfeldübergreifender Ansätze nur funktioniert, wenn sie durch monetäre Anreize unterstützt werden.

Mit der Einführung von pauschalierten Vergütungssystemen hat sich allerdings gezeigt, dass die Prozessoptimierung als «Nebenprodukt» entsteht.

### Chance für inhaltliche Optimierung

Die Einführung von DRG fördert zwangsläufig eine prozesskosten- und targetkostenorientierte Denkweise. Um die in einem DRG-System notwendige Portfoliostrategie umsetzen zu können, müssen in einem ersten Schritt sämtliche Geschäftsprozesse detailliert analysiert werden. Ohne eine fundierte Prozesskostenrechnung beziehungsweise eine sehr fundierte Kostenträgerrechnung können keine strategisch notwendigen Entscheidungen getroffen werden. Vor diesem Hintergrund sind die benötigten Informationen neu aufzubereiten, Wertschöpfungsketten werden offensichtlich, und insbesondere werden die jeweiligen Kostentreiber identifiziert. Bereits hier wird deutlich, dass eine Umstellung auf DRG quasi als Nebenprodukt eine Diskussion über Prozessoptimierung hervorruft. Immer wenn Prozesse und die damit verbundenen Kosten

analysiert werden, bietet es sich an, die Chance zu nutzen und die Prozesse auch inhaltlich zu optimieren. Häufig waren Prozessoptimierungen in den letzten Jahren nicht von dem Ziel einer verbesserten Versorgungsqualität geleitet. Vielmehr hat es sich so ergeben, wenn ein Krankenhaus DRG-getriebene Portfoliostrategien umsetzen musste.

Dabei wird sich herausstellen, dass, wie oben dargestellt, die Qualitätskomponenten nicht im Vordergrund stehen müssen. Vielmehr wird primär aus Kosten- und Erlösgeichtspunkten optimiert. Gerade deshalb sollten Vergütungssysteme, die ausschliesslich auf Kostensenkungs- beziehungsweise Prozessoptimierung fokussieren, stets mit leistungsorientierten Komponenten versehen werden. Nur zweistufige Vergütungskonzepte bieten das Potenzial, adäquat Kosten und Qualitätsaspekte zu berücksichtigen.

### Fazit

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung der Versorgung multimorbid chronisch Kranker wird das Prozessmanagement – und integrierte Versorgung ist im Wesentlichen ein Synonym für Prozessmanagement – die wesentliche Schlüsselgrösse darstellen. In Deutschland hat sich deutlich gezeigt, dass nicht die inhaltlichen, sondern die finanziellen und somit nur unmittelbaren Anreize zu einer erheblichen Diskussion und auch zur Implementierung von Prozessoptimierungen geführt haben. Vergütungssysteme sollten deshalb nicht nur auf die unmittelbaren finanziellen Auswirkungen überprüft werden, auch die oftmals wenig ersichtlichen indirekten Konsequenzen sollten stärker fokussiert werden. Es ist nicht entscheidend, wie die einzelnen Anreizsysteme isoliert funktionieren und wirken. Im Sinne systemtheoretischer Analysen gilt es zu ermitteln, welche verstärkenden, aufhebenden oder konkurrierenden Anreize im System wirken und wie ein sinnvolles Anreizportfolio gestaltet werden kann.

Autor:

**Uni-Prof. Dr. oec. Volker Eric Amelung**  
Medizinische Hochschule Hannover und  
Bundesverband Managed Care e.V., Berlin  
Carl Neuberg-Strasse 1  
D-30625 Hannover  
amelung@berlin.de

<sup>3</sup> Disease Management: diagnosespezifische Gestaltung und Koordination der Leistungsprozesse während der gesamten Behandlungskette.

<sup>4</sup> Bewusste, ausdrückliche und wohlüberlegte Nutzung der besten Informationen für die Entscheidungsfindung über die Behandlung eines Patienten.