

Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm

Leitung: Prof. Dr. med. Eckart Jacobi

Erfolgsorientierte Vergütung in der stationären Rehabilitation

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie
(Dr. biol. hum.) der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Kathrin Pauline Spendl

Wolfsberg

2010

Amtierender Dekan: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Eckart Jacobi

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Harry Hahmann

Tag der Promotion: 21. Januar 2011

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	III
Abkürzungsverzeichnis.....	IV
1. Einleitung	1
2. Material und Methoden	7
3. Ergebnisse	71
4. Diskussion.....	114
5. Zusammenfassung	127
6. Literaturverzeichnis	129
Anhang.....	146
Danksagung.....	151

Abkürzungsverzeichnis

AHB / AB	Anschlussheilverfahren / Anschlussbehandlung
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BpflV	Bundespflegegesetzverordnung
CARF	Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities
DEGEMED	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation
DIN	Deutsche Industrienorm
DKG-NT	Deutsche Krankenhausgesellschaft: Nebenkosten-Tarif
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EFQM	European Foundation for Quality Management
FDA	Food and Drug Administration
FMEA	Failure Mode and Effects Analysis
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
ICF	International Classification of Functioning
ICIDH	International Classification of Impairments, Disability and Health
IQMP	Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen
JUSE	Japanese Union of Scientists and Engineers
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
LEP	Leistungserfassung in der Pflege
NHS	National Health Service
P4P	Pay for Performance
QFD	Quality Function Deployment
QMK	Qualitätsmodell Krankenhaus
RPS	Rehabilitation Problem-Solving Form
RV	Rentenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
SLA	Service Level Agreement
TEP	Totalendoprothese
TQM	Total Quality Management
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

1.1 Ausgangssituation

Mit dem Jahr 2004 wurde es für Krankenhäuser in Deutschland verpflichtend, Abrechnungen über Diagnosis Related Groups (DRG)-Fallpauschalen zu gestalten, was auf Grund der verkürzten Verweildauer von Patienten in Kliniken eine Verlagerung von Kosten in die nachgelagerten Leistungsbereiche, u. a. Pflege und Rehabilitation, mit sich bringt [11]. Neubauer schätzt die zu erwartende Leistungsverschiebung, die von anderen Wertschöpfungsstufen aufgefangen werden muss, um eine Grundversorgung der Patienten zu gewährleisten, auf rund 60 Millionen Leistungstage [52]. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erwartet im Zuge der DRG-Einführung nicht nur eine Veränderung der Behandlungsstrukturen, sondern spricht sich im Zuge des Jahresgutachtens 2003 auch für ein eigenständiges Vergütungssystem in der Rehabilitation aus, wobei ihm Komplex- und Fallpauschalen als bedenklich erscheinen [96, 3].

Die prognostizierte Erhöhung der Fallzahl im Klinikbereich lässt erwarten, dass sich auch die Zahl der Folgebehandlungen im Rehabilitations- und Pflegebereich erhöhen wird [22]. Da nicht davon auszugehen ist, dass diese Mehrbelastungen mit den bestehenden Budgets zu realisieren sind, hält der Sachverständigenrat es für notwendig, ein Klassifikationssystem zur Bedarfs- und Leistungsorientierung der Vergütung von Rehabilitationsleistungen zu entwickeln [17].

In der Rehabilitationsmedizin gibt es heute tagesgleiche Pflegesätze oder Fallpauschalen, beides jedoch ohne Leistungsbezug [23]. Außerdem werden weder Leistungsmengen, -inhalte noch Erfolge der Rehabilitation in Bezug zur Vergütung gesetzt. Zudem sieht auch § 21 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV zur Vereinbarung von Vergütungen Grundsätze der Rehabilitationsträger vor [109].

Die derzeitigen Entwicklungen im Gesundheitswesen zeigen, dass der Kostendruck sowohl in der kurativen als auch rehabilitativen Medizin bestehen bleiben wird. Während früher Kliniken sämtliche Kosten erstattet bekommen haben, müssen sie heute lernen betriebswirtschaftlich zu handeln. Der Widerspruch zwischen einer steigenden Bedarfsentwicklung in der Rehabilitationsmedizin, der einerseits zurückzuführen ist auf

die demografische Entwicklung, dem Ansteigen des Durchschnittsalters der Bevölkerung, wie auch andererseits auf die Zunahme von chronischen Krankheiten, die durch die Errungenschaften der modernen Medizin zwar vermehrt erkannt, aber nicht geheilt werden können, und Sparmaßnahmen seitens der Kostenträger rücken die Effektivität und Effizienz medizinischer Leistungen immer mehr in den Fokus. Ein wichtiger Indikator für Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation ist dabei der Zusammenhang zwischen dem Aufwand an medizinischen Leistungen, den individuell zwischen Arzt und Rehabilitand vereinbarten Rehabilitationszielen und dem erzielten Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme. Durch die Bewertung des Erfolges lassen sich auch Kosten und Nutzen der Rehabilitation beurteilen und klinikvergleichend darstellen.

Diese Arbeit basiert auf folgenden Thesen:

1. Der Kostendruck in der Rehabilitation bleibt bestehen.
2. Der Bedarf an medizinischen Leistungen nimmt zu.
3. Effektivität und Effizienz der medizinischen Leistungen sind im Fokus, um ökonomischen Erfolg bei gleichzeitig hoher Qualität der Leistungen zu sichern.

Ziel dieser Arbeit ist es ein erfolgsorientiertes Vergütungssystem zu entwickeln, das durch die Rehabilitationsträger als Anreizsystem für Rehabilitationskliniken eingesetzt werden kann, um bei hoher Qualität die Kosten im medizinischen System zu senken.

1.2 Problemstellung

Mit der Einführung von DRGs in der Akutmedizin in Deutschland wurde auch eine Erhöhung der Folgebehandlung im Rehabilitations- und Pflegebereich prognostiziert. Aktuelle Statistiken der Deutschen Rentenversicherung [33] zeigen, dass sich seit 2004 die medizinischen Leistungen in der stationären Rehabilitation erhöht haben und dieser Trend wird voraussichtlich anhalten.

Tabelle 1 Medizinische Leistungen in der stationären Rehabilitation in Deutschland, 2004 bis 2009, eigene Darstellung

Medizinische Leistungen in der stationären Rehabilitation in Deutschland, Indikation Skelett, Muskel, Bindegewebe				
Jahr	Männer	Frauen	Gesamt	Steigerung p.a. in Prozent
2004	132.765	120.188	252.953	-
2005	124.442	116.490	240.932	- 4,75
2006	121.812	119.220	241.032	+ 0,04
2007	133.811	128.892	262.703	+ 9,0
2008	136.181	135.503	271.684	+ 3,4
Steigerungsrate seit 2004				+ 7,4

Das bestehende Vergütungssystem in der stationären Rehabilitation in Deutschland ist in eine gesundheitsökonomische Anreizstruktur eingebettet, die Fehlanreize sowohl auf der Seite der Leistungserbringer als auch auf der Seite der Leistungsempfänger setzen. Daher gilt es im Rahmen dieser Arbeit ein mehrgliedriges System, das auch den Erfolg der Leistung in die Vergütung mit einbezieht, hinsichtlich seiner Auswirkungen auf die Kostensituation von Rehabilitationskliniken auf mikroökonomischer Ebene zu prüfen und eine Bewertung über die Übertragbarkeit eines derartigen Modells, wie es in ähnlicher Form in der Industrie seit langem im Einsatz ist, abzugeben.

Da im Klinikumfeld der Begriff der Qualität als maßgebliches Kriterium zur Beurteilung über die Güte und den Erfolg einer medizinischen Leistung bereits wissenschaftlich fundierte Anerkennung gefunden hat und auch als Bewertungskriterium in dieser Arbeit einfließen wird, gilt es im ersten Schritt den Status über den Forschungsstand hinsichtlich der Ergebnisqualität in Kliniken zu beurteilen.

1.3 Behandlung der Thematik in der Literatur - Studien zur Ergebnisqualität

Studien zur Ergebnisqualität unterscheiden sich in Studien, die sich mit der Qualität des medizinischen Ergebnisses der Rehabilitation befassen, und Studien, die an der Entwicklung geeigneter Erhebungsverfahren für die Ergebnisqualität arbeiten.

Die QMK-Entwicklungsgruppe hat an der Identifikation von medizinischen Indikatoren für die Ergebnisqualität in der internistischen Krankenhausversorgung gearbeitet.

Das Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung in Bad Säckingen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen in Sachsen, die Barmer Ersatzkasse und Trägergesellschaften der m&i-Klinikgruppe Enzensberg und Wittgensteiner Kliniken AG haben ein Forschungsprojekt ins Leben gerufen, das die Möglichkeiten einer ergebnisorientierten Vergütung in der Rehabilitation bewertet. Das zur Ergebnismessung entwickelte Instrument SINGER (Selbstständigkeitsindex für Geriatrische und Neurologische Rehabilitation) wurde an 100 Schlaganfall-Patienten pilothaft getestet und beurteilt vor allem die erreichte Selbstständigkeit im Alltag nach einem Schlaganfall. Die Studienergebnisse sollen dabei in ein Vergütungssystem überführt werden, das finanzielle Anreize für Kliniken schafft [90]. Ein weiteres Modell, das sich auf die geriatrische und neurologische Rehabilitation beschränkt, wurde vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz (MDK RLP) 2003 erprobt. Die sogenannte EVA-Reha („Evaluation der Rehabilitation“) wird seit Anfang 2006 von der Techniker Krankenkasse in ausgewählten Piloteinrichtungen eingesetzt. Die Datenbanksoftware EVA-Reha wird zwar nicht vorrangig als Vergütungsmodell angesehen, sondern gilt eher als Qualitätsmaß für Versicherte der Techniker Krankenkasse. Der Rehabilitationsfortschritt wird dabei in Abständen von 14 Tagen erhoben. Die Daten fließen anschließend in ein Benchmarking ein und können vor allem dazu benutzt werden zu bestimmen, ob die Rehabilitationsdauer zur Zielerreichung ausreichend war oder ob ein Rehabilitationsverlängerungsvertrag sinnvoll erscheint [83]. Als Bestandteil der Qualitätssicherung kann das Konzept durchaus auch als Grundlage für Budgetverhandlungen mit Kostenträgern verwendet werden. In diesem Zusammenhang sind auch subjektive Arzt-Patient-Bewertungen von großer Bedeutung. Sie werden beispielsweise heute im internen Qualitätsmanagement von Arztpraxen eingesetzt, um

individuelle Qualitätsziele, die auch Erfolg als einen Aspekt der Qualität ansehen, zu konkretisieren und den Erfüllungsgrad zu objektivieren [20].

1.4 Bewertung des Standes der Literatur

In der jüngsten Fachliteratur wird von zahlreichen Pilotstudien zur ergebnisorientierten Vergütung in der Rehabilitation in Deutschland berichtet. Viele davon gehen auf den Zusammenhang zwischen Bezahlung und Qualität ein und prüfen die Übertragbarkeit dieses Gedankens auf das Gesundheitswesen. Die Frage nach der Ergebnisqualität als elementarer Faktor für die Zusammensetzung der Vergütung wird jedoch kaum beachtet. Es liegen zwar validierte Verfahren zur Bestimmung des medizinischen Erfolges von Rehabilitationsmaßnahmen vor, die Nutzung dieses bestätigten Wissens hat jedoch als Komponente der Vergütung noch keine Berücksichtigung gefunden. Dieser Punkt soll wie im folgenden Kapitel beschrieben im Rahmen dieser Arbeit hervorgehen und anhand eines Modells getestet werden.

1.5 Zielsetzung und Vorgehensweise

Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist die Erarbeitung eines Vergütungsmodells für die stationäre Rehabilitation, die den Leistungsbezug berücksichtigt und den medizinischen Erfolg finanziell belohnt. In diesem Zusammenhang sind die Stellhebel eines Vergütungssystems zu analysieren. Dies beinhaltet die Betrachtung aller Möglichkeiten zur Gestaltung der Vergütungsstruktur, die den Leistungsbezug im Aufbau berücksichtigen und mit finanziellen Anreizsystemen, die Erfolg belohnen oder auch Misserfolg bestrafen, kombinierbar sind. Gleichzeitig soll dabei der mehrgliedrige Aufbau eines erfolgsorientierten Vergütungssystems und dessen Auswirkungen auf die Kostensituation einer Rehabilitationsklinik anhand einer fiktiven Modellklinik aufgezeigt werden.

Zur Erreichung der dargestellten Ziele wird die in Abbildung 1 skizzierte Vorgehensweise gewählt. Nach Erörterung der Problemstellung erfolgt im zweiten Kapitel eine Beschreibung des Rehabilitationsmarktes in Deutschland, insbesondere der Qualitätsdefinition in der Rehabilitation als Maßstab für Erfolg, und der Einflussfaktoren

bzw. Rahmenbedingungen am Rehabilitationsmarkt. Das folgende Kapitel schlägt die Brücke zum theoretischen Bezugsrahmen, der sich in der Industrieökonomie findet. Der Fokus liegt dabei auf der Anreiz-Beitrag-Theorie, die das Wirken von Anreizmechanismen, wie zum Beispiel einer Bonuszahlung, erklärt und auf erfolgs- und leistungsorientierten Vergütungsmodellen, wie sie in der Mitarbeiterentlohnung oder auch Lieferantenvergütung seit längerem eingesetzt werden. Es werden spezielle Lösungsbeiträge für Vergütungsstrukturen aus dem industriellen Umfeld vorgestellt, deren Übertragbarkeit auf das Gesundheitswesen, speziell auf die Rehabilitation in Deutschland, untersucht wird. Gegenstand des vierten Kapitels ist die Konzeption eines möglichen erfolgsorientierten Vergütungsmodells für stationäre Rehabilitationsleistungen. Anhand einer empirischen Analyse wird eine Erfolgsmessgröße festgelegt, die im Weiteren als Kennzahl für die Ausgestaltung eines Erfolgsbonus genutzt werden kann. Für die Beschreibung einer mehrgliedrigen Vergütung werden die Einflussgrößen systematisiert. Sie bilden die Grundlage für die Ermittlung einer durchschnittlichen Kosten- und Erfolgsgröße, die in der betriebswirtschaftlichen Musterrechnung hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Kostensituation der fiktiven Modellklinik getestet wird. Diese Sensitivitätsanalyse legt den Schwankungskorridor fest, in dem sich eine Erfolgsgröße bewegen sollte, ohne nachhaltige negative Auswirkungen auf die Klinik zu verursachen. Im abschließenden Kapitel erfolgt eine Diskussion, werden Normstrategien und Entwicklungsschritte für eine erfolgsorientierte Vergütung in der stationären Rehabilitation in Deutschland abgeleitet.

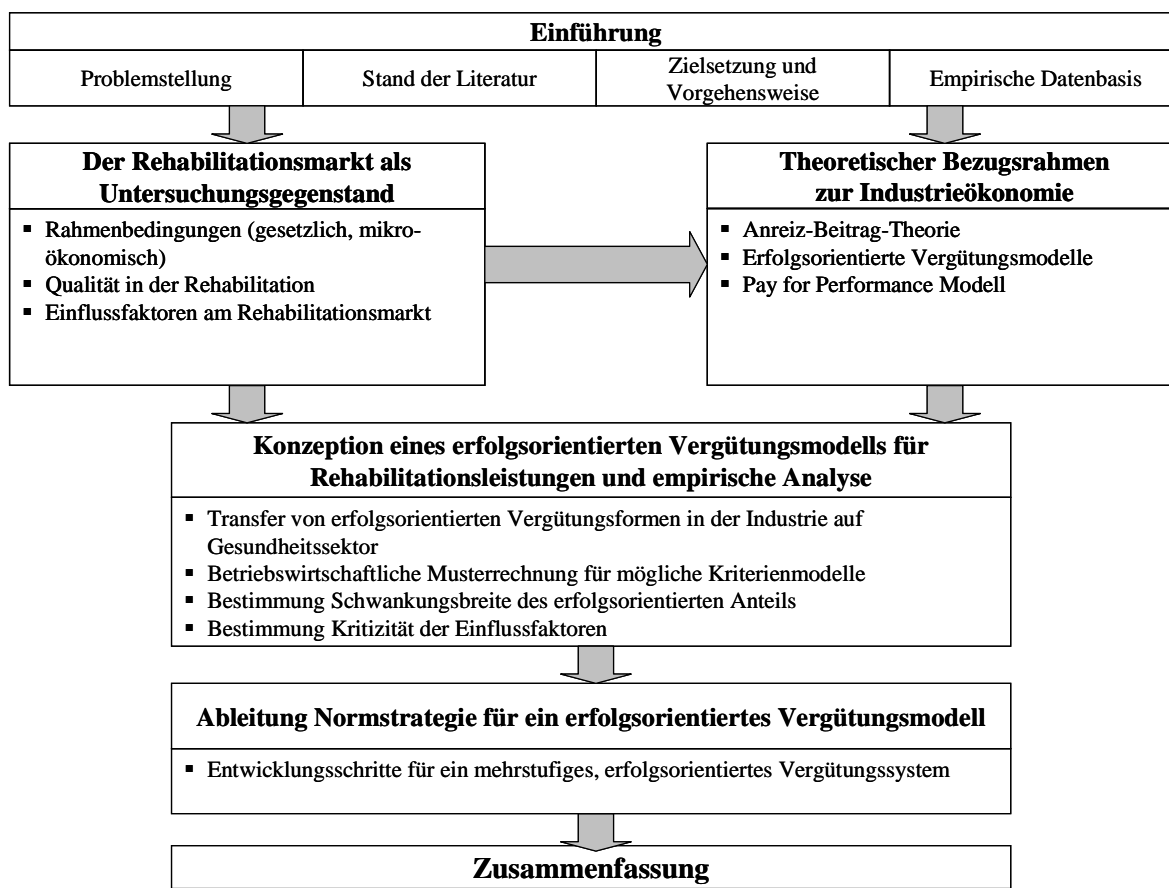


Abbildung 1 Vorgehensweise der Untersuchung

2. Material und Methoden

2.1 Untersuchungsbereich, Begriffsdefinitionen und Bezugsrahmen

2.1.1 Rehabilitation

Der Begriff Rehabilitation leitet sich ab vom Lateinischen *rehabilitatio* und bedeutet Wiederherstellung, Wiedereinsetzung.

Ausgehend vom biopsychosozialen Modell der Gesundheit und Krankheit der WHO befasst sich Rehabilitation mit den Auswirkungen von Krankheit, Unfall und angeborenem Leiden oder des Alterns. Es soll vermieden werden, dass Funktionsstörungen zu

dauerhaften Beeinträchtigungen bzw. Einschränkungen der Lebensumstände führen [126]. Die wachsende Bedeutung chronischer Erkrankungen und deren Folgen für die medizinische Versorgung hat dazu geführt, dass ein neues Klassifikationssystem, das ausdrücklich auf die Folgen von gesundheitlichen Einschränkungen abzielt, von der WHO entwickelt wurde. Im Jahr 1980 wurden die International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, abgekürzt mit ICIDH, von der WHO veröffentlicht. 1997 wurde mit den ICIDH-2 eine Überarbeitung herausgegeben. Begriffe wie „disability“ und „handicap“ erhielten damit den gleichen Rang wie „disease“ und „impairment“. Mit den ICIDH-2 wurde dazu beigetragen, dass die Rehabilitation als eigenständiger Bereich in der Gesundheitsversorgung angesehen wurde [125]. Es löst das vorrangig eindimensionale Modell der ICIDH aus dem Jahr 1980 ab und wurde im Mai 2001 von der WHO durch die Vollversammlung unter Anwesenheit der deutschen Gesundheitsministerin verabschiedet (Resolution WHA54.21) [127]. Mit der 54. Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation wurden die ICIDH unter dem Titel International Classification of Function, Disability, and Health, kurz ICF, festgehalten und die Forderung an alle Mitgliedsstaaten gestellt, die ICF in geeigneter Form bei der Berichterstattung, Forschung und Überwachung zu verwenden [32]. Mit dem Sozialgesetzbuch SGB IX wurden wesentliche Aspekte der ICF in das deutsche Rechtssystem übernommen und in der Rehabilitationspraxis implementiert [13, 103].

2.1.2 Formen der Rehabilitation

Es werden fünf Formen der Rehabilitation unterschieden: medizinische, psychische, soziale, edukative und berufliche Rehabilitation. Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht die medizinische Rehabilitation, deren zahlenmäßig wichtigste Träger die gesetzliche Rentenversicherung sowie Kranken- und Unfallversicherung sind.

Medizinische Rehabilitation

Durch medizinische und/oder therapeutische Maßnahmen wird versucht, eine Krankheit bzw. Behinderung zu heilen, abzuwenden oder bei daraus resultierenden Einschränkungen diese so gering wie möglich zu halten. Grundsätzlich kann dies stationär oder ambulant erfolgen [7]. Diese Arbeit beschränkt sich auf stationäre Maßnahmen der Rehabilitation.

Berufliche Rehabilitation

Die berufliche Rehabilitation befasst sich mit der Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit von Arbeitnehmern, die durch Krankheit oder Behinderung in der Ausübung ihrer Tätigkeit eingeschränkt sind. Maßnahmen können hierbei die Verbesserung der beruflichen Möglichkeiten sowie der Arbeitsbedingungen sein.

Soziale Rehabilitation

Soziale Rehabilitation umfasst die Eingliederung der Rehabilitanden in die Gesellschaft, sodass auch mit Behinderung oder Einschränkung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben möglich ist. Leistungen reichen hierbei von Hilfsmitteln zur Verstärkung der Sinne (z. B. Hörgeräte) bis hin zur Anpassung behindertengerechter Wohnungen.

Edukative Rehabilitation und Psychische Rehabilitation

Während sich die edukative Rehabilitation mit der Vermittlung von Grundlagen zum Verständnis der Erkrankung, ihrer Folgen und Therapiemöglichkeiten beschäftigt, wird im Zuge der psychischen bzw. psychologischen Rehabilitation durch ein psychologisches Screening versucht Depressionen zu erkennen und gegebenenfalls eine adäquate Diagnostik und Therapie eingeleitet.

Um die Bedeutung des Rehabilitationsmarktes in Deutschland, als Teilbereich des Gesundheitswesens, das hierzulande den größten Dienstleistungssektor ausmacht, darzustellen, werden statistische Daten verwendet und im Folgenden vorgestellt.

2.2 Der Rehabilitationsmarkt als Untersuchungsgegenstand

2.2.1 Struktur der Rehabilitation in Deutschland

Die Sozialgesetzgebung in Deutschland ist zurückzuführen auf Otto von Bismarck, unter dem 1881 die Sozialversicherung gesetzlich verankert wurde. Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungen waren die wesentlichen Bereiche der sozialen Sicherung. Weitere Bereiche der sozialen Sicherung wurden erst später gesetzlich fixiert [91]. Im Laufe der

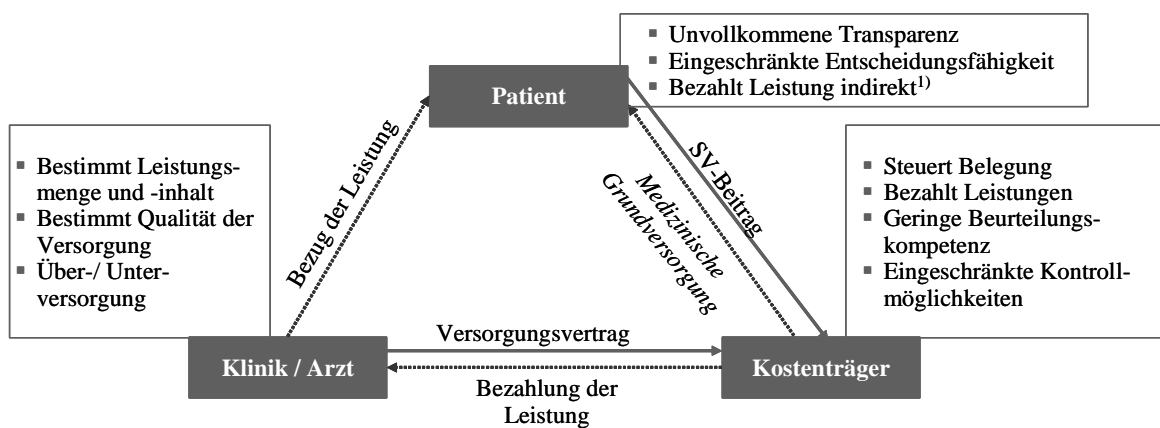
Zeit sind somit viele unterschiedliche Versicherungsträger entstanden. Diese unterschiedlichen Zuständigkeiten haben so zu vielen Schnittstellenproblemen und Uneinigkeit über die Verantwortlichkeiten der einzelnen Versicherungsträger geführt. Mit dem Rehabilitations-Angleichungsgesetz wurde 1974 der erste Schritt getan, um die Probleme bezüglich der Zuständigkeit zu lösen. Mit dem Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation hat man eine Lösung geschaffen, die die formale Begrenzung auf den Rentenversicherungsträger beendet und sämtliche Versicherungsträger zur Kooperation verpflichtet [28]. Heute gibt es sieben Träger der medizinischen Rehabilitation – die gesetzliche Rentenversicherung bzw. Träger der Alterssicherung der Landwirte, die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Sozialhilfe, die Bundesagentur für Arbeit sowie die Träger der Kriegsopferversorgung und Träger der Kriegsopferfürsorge [70].

Die gesetzliche Rentenversicherung ist der bedeutendste Anbieter medizinischer Rehabilitation. Sie verfolgt den Versorgungsauftrag die Erwerbsfähigkeit durch Rehabilitation wiederherzustellen bzw. aufrecht zu erhalten um eine Frühberentung zu vermeiden. Das Motto dabei lautet „Rehabilitation vor Rente“. Die gesetzliche Krankenversicherung versorgt Personen, die nicht mehr erwerbstätig sind. In diesen Fällen gilt es vor allem Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Bei Arbeits-, Wegeunfällen und Berufskrankheiten trägt die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten der Rehabilitation. Weitere Rehabilitationskostenträger sind die Sozialhilfe, wenn der Rehabilitand nicht versichert ist sowie die Bundesanstalt für Arbeit für Fälle mit dem Schwerpunkt der beruflichen Rehabilitation.

Für das ausreichende Angebot hinsichtlich Menge und Qualität der rehabilitativen Leistungen in Deutschland gibt es einen Sicherstellungsauftrag, der bei den Rehabilitationsträgern liegt. Unter der Mitwirkung von Landes- und Bundesregierung wird dafür Sorge getragen, dass das Angebot an Einrichtungen sowohl regional als auch indikationsspezifisch ausreichend ist. Außerdem steht es den Trägern der Rehabilitation frei, zur Ausführung von Leistungen besondere Rehabilitationsdienste oder Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch zu nehmen [107]. Dabei ist es eine Besonderheit des deutschen Systems, dass nicht die Nachfrage das Angebot bestimmt, sondern die Nachfrage dem Angebot unterliegt.

Im Rahmen dieser Arbeit liegt der Schwerpunkt auf der medizinischen Rehabilitation. Daher beziehen sich die Ausführungen über den Rehabilitationsmarkt auf Rehabilitationsmaßnahmen, die durch die Träger der Deutschen Rentenversicherung vergütet werden.

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt dabei sowohl im deskriptiven als auch im empirischen Teil auf Rehabilitationsmaßnahmen, die durch die LVA Baden-Württemberg, heute die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, finanziert wurden bzw. auch eine Auswahl spezieller Kliniken, die in Baden-Württemberg angesiedelt sind und unter privater Führung stehen. Auf induktivem Weg wird dabei die These verfolgt, dass ein Finanzierungssystem, das den Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme in der Vergütung finanziell berücksichtigt, nicht nur positiv auf die Qualität der angebotenen Leistungen der entsprechenden Kliniken wirkt, sondern auch den Qualitätswettbewerb unter den Kliniken stärkt und sich positiv auf die Ausgaben der Rentenversicherungsträger auswirkt. Im Wesentlichen zeigt der Gesundheitsmarkt, im speziellen der Rehabilitationsmarkt, dabei eine Beziehungsstruktur, die Anreize setzt, die nicht unbedingt zu wirtschaftlichem Verhalten führen. Der Rehabilitationsmarkt unterscheidet sich von anderen Märkten dadurch, dass externe Effekte sowie keine vollkommene Transparenz für die Marktteilnehmer vorhanden sind. Außerdem sind medizinische Leistungen öffentliches Gut und es herrscht keine vollkommene Konkurrenz zwischen den Marktteilnehmern. Um trotzdem zu einer pareto-optimalen Allokation der Ressourcen zu gelangen, ist es notwendig, den Gesundheits- und somit auch den Rehabilitationsmarkt zu regulieren, da es andernfalls zu einem Versagen des Marktes kommen würde. Staatliche Eingriffe lassen sich dadurch rechtfertigen, dass Informationen über medizinische Leistungen, auch Rehabilitationsleistungen, vor dem Konsum der Leistung nicht bzw. nur unvollständig vorhanden sind, da wie bei Dienstleistungen üblich, Produktion und Konsum zusammenfallen. Außerdem ist davon auszugehen, dass im Falle der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen die Konsumentensouveränität eingeschränkt ist, da, wenn es um die eigene Gesundheit geht, ein Konsument nicht im Sinne des homo oeconomicus handelt, d. h. nicht rational auswählt, welches Versorgungsangebot seinen Nutzen bei gegebenen Kosten maximiert. Abbildung 2 gibt dabei das Anreiz-Wirkungsgeflecht des Rehabilitationsmarktes wider.



¹⁾ Ausnahme: Grundsätzlich steht jedem die Möglichkeit zu, privat eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen. In diesen Fällen zahlt der Rehabilitand die Leistung direkt an die Klinik. Aufgrund des seltenen Vorkommens dieser Option wird sie im Rahmen dieser Arbeit vernachlässigt.

Abbildung 2: Anreiz-Wirkungsgeflecht am Rehabilitationsmarkt, eigene Darstellung, schematisch

Es sind nicht nur wohlfahrtsökonomische Argumente, die für eine staatliche Regulierung des Gesundheitsmarktes sprechen, sondern es gibt auch ethische Gründe für das Einschreiten des Staates. Die medizinische Versorgung, und damit auch die Inanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen nach einer Akutintervention, sollten jedem Bürger in gleichen Maßen zugänglich sein. Würde der Staat nicht eingreifen, würde die Zahlungsfähigkeit des Einzelnen über die Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen entscheiden und somit gegebenenfalls weniger solvente Bürger diskriminieren. Dies wiederum würde nicht dem Gerechtigkeitsanspruch eines Sozialstaates entsprechen. Abgesehen davon, gibt es eine weitere Besonderheit des Gesundheitsmarktes, die bereits aus der Versicherungstheorie bekannt ist, nämlich die besonderen Mechanismen auf Märkten mit asymmetrischer Information [23]. Hinzu kommt die Problematik, dass aus ethischen und rechtlichen Gründen auf einem Markt mit externen Effekten eine Versorgung nicht ausgeschlossen werden kann, auch wenn jemand die notwendigen finanziellen Mittel für die Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung nicht aufbringen kann. Laut Tatbestand des Strafgesetzbuches, würde dies einer unterlassenen Hilfeleistung gleichkommen. D.h. auch auf einem regulierten Markt, auf dem Leistungen nicht direkt bezahlt werden, besteht für Personen, die nahe einer bestimmten Einkommensgrenze liegen, kein Anreiz sich zu versichern, da sie im Bedarfsfall trotzdem kostenlos behandelt werden. Dieses als „Trittbrettfahrerverhalten“ bekannte Phänomen wird in Deutschland durch den Versicherungszwang nahezu ausgeschlossen. Für Personen, die nicht in der Lage sind, sich zu versichern, tritt die Solidargemeinschaft ein. Betrachtet man am

Rehabilitationsmarkt diese auch in der Beziehung zwischen Leistungserbringer und Financier der Leistung auftretende Informationsasymmetrie, so tritt auch hier die Problematik des Moral Hazard auf. Moral Hazard wird allgemein als „eine Situation, in der eine besondere Art von Verhaltensunsicherheit besteht“ definiert [110]. *„Eine Person ist Moral Hazard ausgesetzt, wenn ein Vertragspartner auch im Nachhinein nicht feststellen kann, ob die Person Fleiß, Anstrengung, Sorgfalt hat walten lassen“* [110]. Alleine durch Vergütungssystematik in Form tagesgleicher Pflegesätze wird ein negativer Anreiz gesetzt, der dazu führt, dass Rehabilitationskliniken versuchen werden, die Verweildauer zu erhöhen. Zwar wurde die Verweildauer der Rehabilitation in Deutschland in den meisten Fällen auf 21 Tage festgelegt, doch schließt auch diese Maßnahme eine falsche Anreizwirkung nicht aus und ist kein Garant dafür, dass Leistungen effizient erbracht werden. Das neue Vergütungsmodell, das die Autorin verfolgt, soll dazu beitragen, diese negativen Anreize zu minimieren, da für Leistungserbringer durch erfolgsabhängige Zu- und Abschläge ein finanzieller Anreiz gesetzt wird, hervorragende medizinische und pflegerische Versorgungsleistungen effizient zu erbringen. Mit diesem Modell wird das ökonomische Handeln der Rehabilitationskliniken verstärkt angetrieben, da sie bei möglichst effizientem Einsatz der Mittel einen Anreiz dazu haben, herausragende Versorgungsleistungen zu erbringen, für die sie einerseits finanziell, andererseits aber auch durch ein verbessertes Image am Rehabilitationsmarkt belohnt werden. Nach Meinung der Autorin trägt eine erfolgsabhängige Vergütung nicht nur dazu bei, dass die Qualität der Rehabilitation mehr Bedeutung und Berücksichtigung erfährt, sondern auch die Preissensitivität im Gesundheitswesen gesteigert wird.

Das dritte Wirkungsgeflecht besteht zwischen dem behandelnden Arzt und dem Rehabilitanden. Laut Transaktionstheorie kann bei einem Transaktionspartner ein Informationsdefizit entstehen, weil sich zum Beispiel Rahmenbedingungen geändert haben. Der informierte Partner kann dies zu seinem Vorteil nutzen, wenn er den zweiten nicht informiert. Dieses moralische Risiko des Verschleierns oder auch Verschweigens der wahren Leistung wird immer dann relevant, wenn das Ergebnis der Transaktion nur schwer messbar ist bzw. wenn der Transaktionspartner nicht über ausreichend Wissen über die Leistungen des erbringenden Transaktionspartners hat. Im Fall der Beziehung zwischen Arzt und Rehabilitand kann sich der Moral Hazard beispielsweise auf die Entscheidung des Arztes, eine potenziell erfolgreiche Therapie dem Rehabilitanden aus finanziellen Gründen vorzuenthalten (hidden action), beziehen. Aufgrund des unterschiedlichen

Informationsstandes zwischen behandelndem Arzt und Rehabilitand kann dieser sowohl im Laufe der Behandlung als auch danach nicht oder nur eingeschränkt beurteilen, welche Güte die Behandlung hatte. Ellis beschrieb diese Problematik, die auch als Risiko des Rehabilitanden, nicht die bestmögliche Behandlung zu erhalten, verstanden werden kann, als „supply-side moral hazard“ [41]. Die Form der Vergütung trägt dazu bei, dass dieses Problem zu Ineffizienzen führt, d.h. es entweder zu einer Über- oder Unterversorgung kommt. Tagesgleiche Pflegesätze bzw. Fallpauschalen unterstützen diese Wirkung, da die Vergütung weder Leistungsmengen, Leistungsinhalte, noch den dadurch erzielten Erfolg zueinander in Bezug setzt. Die Form der Vergütung bestimmt auch, wer das finanzielle Risiko für die Rehabilitation trägt. Bei einem rein retrospektiven Vergütungssystem wird das Finanzrisiko ausschließlich durch den Kostenträger getragen. Bei einem rein prospektiven System, bei dem im Vorhinein Kostensätze verhandelt werden, trägt das Risiko der Leistungserbringer, da es zu keiner Nachverhandlung der Preise kommt. Dadurch kann die Klinik zwar erzielte Gewinne einbehalten, eventuelle Verluste müssen aber auch durch den Leistungserbringer getragen werden. In einer Zeit, in der neue Vergütungssysteme in der Akutmedizin, vor allem die DRG-Systematik, darauf schließen lassen, dass Patienten vorzeitig in die Rehabilitation entlassen werden, scheint eine mengen- und erfolgsunabhängige, prospektive Vergütung, die oft über Jahre nicht neu verhandelt wird bzw. nur inkrementelle Steigerungen zeigt, nicht mehr für zweckmäßig. Nur ein neues Modell der Vergütung, das sowohl retro- als auch prospektive Vergütungselemente berücksichtigt, kann Qualität sichern und Minder- bzw. Überversorgung reduzieren.

Die derzeitige Diskussion in Deutschland zeigt, dass die Finanzierbarkeit nach dem bisherigen Modell an ihre Grenzen gestoßen ist [95, 101]. Dies gilt nicht nur für akutmedizinische, sondern auch für Rehabilitationsleistungen. Ein staatliches Gesundheitssystem kann durchaus ein gewisses Maß an Grundversorgung sichern. Da aber auch im Staatshaushalt die finanziellen Mittel für den Gesundheitssektor begrenzt sind und jedem die Versorgung auf dem privaten Markt offen steht, kann nicht verhindert werden, dass sich ein Nebenmarkt für zahlungsfähigere Bürger entwickelt und Rumore über eine Zweiklassenmedizin entstehen. Ziel eines neuen Vergütungssystems sollte es deshalb nicht nur sein zu versuchen, die Einnahmen durch eine stärkere Belastung der Bürger zu erhöhen, sondern die Vergütung in Bezug zu der erbrachten Leistung, der Qualität und die dabei erzielten Erfolge zu setzen.

Statistischer Überblick über das Rehabilitationssystem in Deutschland

Zugang zur Rehabilitation in Deutschland beruht auf einem Antragsverfahren durch den Versicherten, der dies entweder aus eigenem Antrieb macht oder von ihm nahe stehenden Personen, Ärzten, sogar von der Krankenversicherung selbst dazu veranlasst wird. Dabei ist es nicht selbstverständlich, dass alle Rehabilitationsanträge auch bewilligt werden. Eine Bewilligung hängt von der Erfüllung gesetzlich vorgegebener, persönlicher wie auch versicherungsrechtlicher Voraussetzungen ab.

Der aktuelle Gesundheitsbericht, herausgegeben vom Statistischen Bundesamt und dem Robert Koch Institut, bezieht sich auf Zahlen des Jahres 2003 und berichtet, dass 1.316 Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen Ende 2003 in Deutschland zur Verfügung gestanden haben. Seit 1996 ist es laut Aussagen des Berichtes zu einer kontinuierlichen Abnahme der Einrichtungen gekommen, wobei dies hauptsächlich für mittelgroße und kleine Einrichtungen gilt. Bei den Einrichtungen mit mehr als 200 Betten war zwischen 1993 und 2003 ein Anstieg um 42,7 Prozent zu vermerken. Bezüglich der Trägerschaft zeigt sich auf Bundesebene ein differenziertes Bild. Nach wie vor die meisten Einrichtungen stehen unter privater Trägerschaft (57 Prozent). Die Quote hat sich seit 1993 allerdings auch verringert. 17,4 Prozent sind öffentliche Einrichtungen und 25,6 Prozent zählen zu den freigemeinnützigen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Erhebungen des statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2004 zeigen, dass die Anzahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland auf 1.294 gesunken ist. Mit 56,6 Prozent sind nach wie vor Häuser unter privater Führung an der Spitze. Die meisten Einrichtungen befinden sich mit 17,6 Prozent der gesamten Häuser in Baden-Württemberg. Die meisten Betten sind mit 32.603, das sind 18,5 Prozent des Gesamtbestandes, jedoch in Bayern aufgestellt. An zweiter Stelle folgt mit 28.613 Baden-Württemberg. Rund ein Drittel der gesamten in Deutschland vorhandenen stationären Rehabilitationsbetten liegt somit im süddeutschen Raum. Während die Anzahl der Häuser deutschlandweit von 1994 bis 2004 um 2,6 Prozent gefallen ist, ist die Anzahl der Betten um 2,2 Prozent gestiegen. Im gleichen Zeitraum haben sich die verzeichneten Pflgetage um 13,8 Prozent verringert. Vorläufige Zahlen des statistischen Bundesamtes für 2005 zeigen einen weiteren Rückgang hinsichtlich der aufgestellten Betten. Die Datenerfassung des statistischen Bundesamtes gibt eine bestimmte Unschärfe wieder, da bei der Erhebung nicht zwischen Rehabilitation und Vorsorge unterschieden wird. Für eine bundesweite Trendaussage im Bereich der

medizinischen Rehabilitation sollten diese Werte jedoch genügen. In jedem Fall ist ersichtlich, dass in der Dekade von 1995 bis 2005 ein Kapazitätsabbau zu verzeichnen war.

Genauere Daten für die medizinische Rehabilitation werden für ihren Zuständigkeitsbereich von der Deutschen Rentenversicherung erhoben. Laut den neuesten Statistiken der Deutschen Rentenversicherungen gab es in Deutschland im Jahr 2005 im Rahmen der medizinischen Rehabilitation 1.295.991 Anträge, wovon 879.796 bewilligt wurden. Dabei sind insgesamt 804.064 Leistungen angefallen. Nach vorläufigen Berechnungen wurden dafür 4.782 Mio. Euro ausgegeben. Rund 51 Prozent sind dabei für medizinische Leistungen, ohne Berücksichtigung der Übergangsgelder, angefallen. Und obwohl die Anzahl der Bewilligungen leicht zurückgegangen ist, werden die Kosten im Vergleich zum Vorjahr voraussichtlich um 5 Prozent steigen [123]. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei weiteren Trägern der Rehabilitation. Héon-Klin und Raspe gehen davon aus, dass 30 bis 50 Prozent der Anträge zur Rehabilitation von Sozialleistungsträgern abgelehnt werden [55].

Fast ein Drittel der im Jahr 2005 von der deutschen Rentenversicherungen übernommenen stationären Leistungen der Rehabilitation entfielen sowohl bei Männern (34,4 Prozent) als auch Frauen (34,8 Prozent) auf Krankheiten des Bewegungsapparates (Diagnosegruppe Skelett, Muskeln und Bindegewebe).

Richtet man den Blick nun im speziellen auf die durch die Deutsche Rentenversicherung in Baden-Württemberg übernommenen Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Jahr 2005, zeigt sich, dass 91.086 Anträge gestellt wurden. Dabei wurden 58.457 stationär bewilligt, 54.120 davon wurden angetreten. Im Bereich der ambulanten Rehabilitation wurden 3.624 ganztägig ambulant und 994 ambulant bewilligt. Angetreten wurden davon 3.061 und 711 respektive. Der Großteil der Leistungen im stationären Bereich bezog sich dabei auf Leistungen nach § 15 SGB VI. Im Jahr 2006 ist die Anzahl der erbrachten Leistungen im stationären Bereich nach § 15 SGB VI leicht gefallen auf 38.386 (0,77 Prozent) Leistungen, wobei die Anzahl der Bewilligungen geringfügig auf 41.553 (2,82 Prozent) gestiegen ist. Für die stationäre Behandlung inklusive der onkologischen Nachsorge sind dabei Kosten in Höhe von 189.173 Euro angefallen. Darin sind Kosten für die stationäre Behandlung von Kindern und Leistungen zur Sicherung der Erwerbstätigkeit nicht enthalten. Die stationäre Behandlung von Kindern belief sich in Baden-Württemberg im Jahr 2006 auf 14.785 Euro. Das Übergangsgeld im gleichen Zeitraum betrug 29.854

Euro. Sonstige ergänzende Leistungen wurden mit 5.681 Euro veranschlagt und für die ambulanten Maßnahmen wurden von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg 8.970 Euro bezahlt [106]. Insgesamt gab es 2005 in Baden-Württemberg 221 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die 7.247.733 Pflage tage geleistet haben. 196 davon hatten einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V. 20 Prozent der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind öffentliche Einrichtungen, 22 Prozent sind unter freigemeinnütziger Trägerschaft und 58 Prozent sind private Einrichtungen [112]. Es gibt 113 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit über 100 Betten. Die Anzahl der Behandlungsfälle unter vollstationären Patienten beläuft sich auf 220.037. 35,75 Prozent der Fälle entfielen dabei auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (nach ICD-10). Diese Diagnosegruppe lieferte 2005 den größten Teil der Rehabilitanden. An zweiter Stelle folgten Krankheiten des Kreislaufsystems mit 15,56 Prozent der behandelten Fälle. Rund 70 Prozent der gesamt behandelten Rehabilitanden hatten dabei auch ihren Wohnsitz in Baden-Württemberg [112].

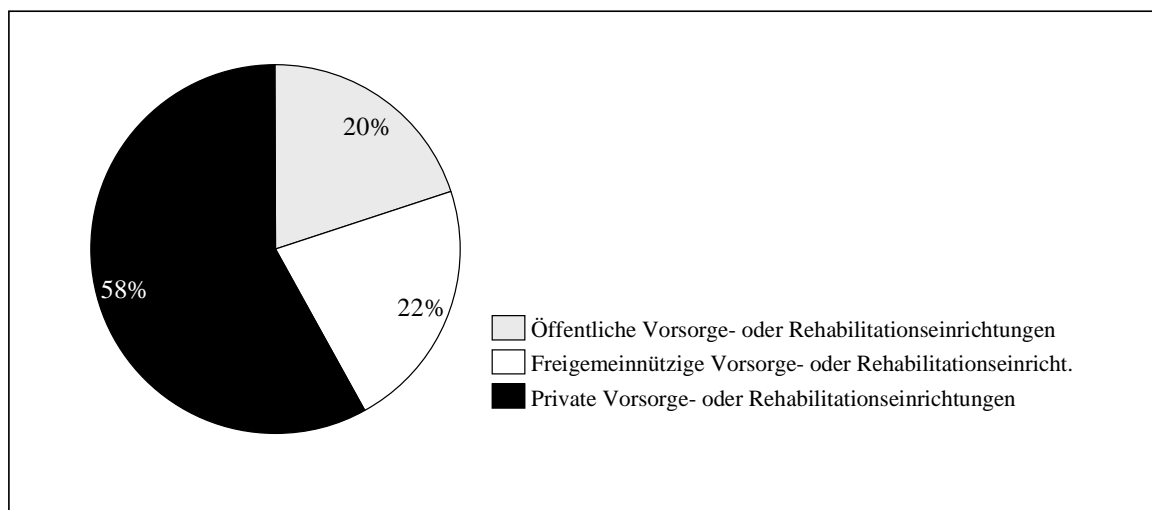


Abbildung 3: Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2005 nach Trägern, n=221; Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Darstellung

Bezogen auf die Personalstruktur in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Baden-Württembergs im Jahr 2005 kann festgehalten werden, dass das Verhältnis ärztliches Personal zu nicht ärztliches Personal im Jahresdurchschnitt 1:10,42 betrug. Die Belastungszahl nach Betten (Berechnungs- bzw. Belegungstage / Vollkräfte x 365 Tage) beträgt dabei im ärztlichen Dienst 16,1, während der Pflegedienst mit 6,7 belastet ist. Dabei zeigt sich, dass die Belastungszahl in Häusern ohne Versorgungsvertrag deutlich höher ist als die Belastung in Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag haben.

Außerdem zeigt sich, dass in freigemeinnützigen Häusern Beschäftigte im ärztlichen Dienst einer größeren Belastung gegenüber stehen als Ärzte in öffentlichen und privaten Einrichtungen. Dem gegenüber ist der Pflegedienst in freigemeinnützigen Häusern geringer belastet [112].

Tabelle 2 gibt einen Überblick über den Personalschlüssel in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Baden-Württembergs.

Tabelle 2: Personal und Personalbelastung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg, 2005

Baden-Württemberg 2005	Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen					
	Insgesamt	davon		öffentliche	freigemeinnützige	private
		mit Versorgungsvertrag	sonstige			
Ärztliches Personal						
Vollkräfte im Jahresdurchschnitt	1232	1145	87	285	170	778
Hauptamtliche Ärzte	1411	1312	99	329	218	864
Hauptamtliche männliche Ärzte	805	741	64	189	128	488
Hauptamtliche weibliche Ärzte	606	571	35	140	90	376
Teilzeitbeschäftigte Ärzte	358	339	29	92	87	189
Nichtärztliches Personal						
Vollkräfte im Jahresdurchschnitt	12843	11790	1053	2832	2239	7772
Beschäftigte Insgesamt	16738	15482	1256	3678	3169	9891
Männliche Beschäftigte	3712	3397	315	855	765	2092
Weibliche Beschäftigte	13026	12085	941	2823	2404	7799
Teilzeitbeschäftigte	7462	7218	424	1697	1676	4269
Belastungszahl nach Betten						
Personal gesamt	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,4
Ärztlicher Dienst	16,1	15,8	19,9	15,5	19,6	15,6
Pflegedienst	6,7	6,4	12	7,2	5,5	6,9

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Darstellung

Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg belegt regelmäßig rund 130 stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen sowie rund 30 Einrichtungen zur Durchführung der (ganztägig) ambulanten medizinischen Rehabilitation vorwiegend, aber nicht ausschließlich, im süddeutschen Raum. Hinzu kommt eine Vielzahl von Kliniken, die nur in Einzelfällen, hauptsächlich im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten nach § 9 SGB IX, belegt werden.

Die Angebotsstruktur in Deutschland zeigt, dass stationäre Leistungen fokussiert werden. Ambulante Rehabilitation trifft man hauptsächlich in Ballungsgebieten an. Ein Grund dafür liegt darin, dass viele Rehabilitanden nur eingeschränkt mobil sind und ihnen nicht zugemutet werden kann mehr als maximal 45 min für die teilweise tägliche Anreise zur Rehabilitationsstätte aufzuwenden. Außerdem ist es Voraussetzung für eine ambulante Betreuung, dass die häusliche Versorgung gesichert ist. Im Hinblick auf die steigende Anzahl von Single-Haushalten in Deutschland und dem demografischen Wandel ist davon auszugehen, dass die ambulante Versorgung die stationäre nicht substituieren kann. Sie gilt vielmehr als ein Zusatzangebot zur herkömmlichen Rehabilitation in speziell dafür vorgesehenen Kliniken [10].

Hinsichtlich der Leistungen unterteilt nach Diagnosegruppen (ICD 10) zeigen sich nur geringe Unterschiede. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen werden rehabilitative Leistungen am häufigsten im Zusammenhang mit Krankheiten des Skeletts / Muskeln / Bindegewebe bewilligt. An zweiter Stelle liegen Neubildungen gefolgt von psychischen Erkrankungen. Bei Männern kommen Rehabilitationsleistungen im Bereich von Krankheiten des Kreislaufsystems häufiger zum Tragen als bei Frauen.

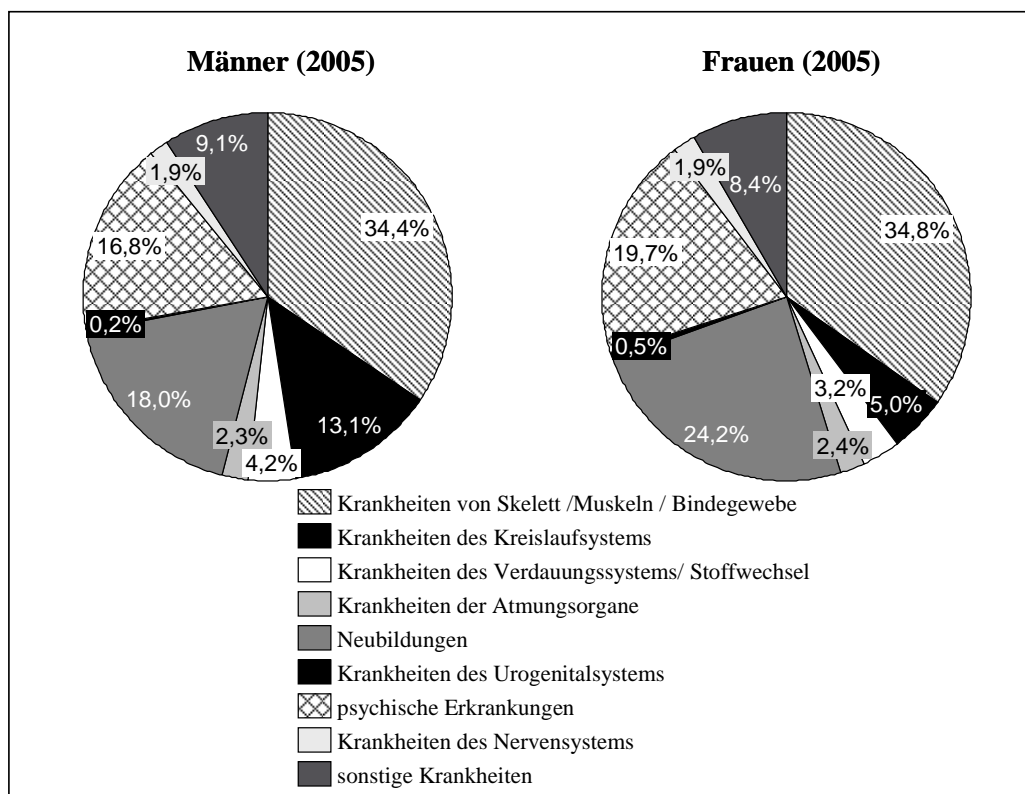


Abbildung 4: Rehabilitationsleistungen nach Indikationsgebiet 2005, eigene Darstellung, Quelle: VDR

Frührehabilitation, Anschlussrehabilitation und das traditionelle Heilverfahren sind die wesentlichen Formen der Rehabilitation, die in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland vorkommen. Frührehabilitation findet dabei direkt in Akutkliniken statt, in Sonderfällen der Neurologie auch in Rehabilitationskliniken. Anschlussrehabilitation erfolgt direkt im Anschluss, bis zu 14 Tage, an eine akutmedizinische Versorgung. Im Unterschied zum traditionellen Heilverfahren ist hier meist mit einem größeren Therapie- und Pflegeaufwand zu rechnen, da die Aufnahme direkt nach einem akutmedizinischen Ereignis erfolgt. Es ist anzunehmen, dass vor allem die Anschlussrehabilitation (AHB / AB) in Zukunft an Bedeutung und deutlich an Zuwachs erfahren wird, da Patienten immer älter werden und Multimorbidität sehr häufig auftritt. Erschwerend kommt hinzu, dass durch die Einführung der DRG in der Krankenhausvergütung zu einer Verkürzung der Verweildauer in der Akutklinik führt. Am häufigsten kommt diese Form der Rehabilitation in den Indikationsgebieten Onkologie, Orthopädie, Kardiologie sowie auch in der Neurologie vor. Aufgrund der Besonderheiten des Krankheitsbildes bei psychosomatischen Krankheiten gibt es bei dieser Indikation keine Anschlussrehabilitation.

Die traditionellen bzw. allgemeinen Heilverfahren folgen einem Antragsverfahren bei den Leistungsträgern, die in den meisten Fällen von einem Hausarzt bzw. Facharzt eingeleitet werden. Hier muss zuerst individuell Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit überprüft werden, bevor es zu einer Bewilligung kommt. Neueste Änderungen in der Beantragung von Rehabilitationsleistungen in spezifischen Indikationen lassen seit 2007 jedoch nicht mehr unabhängig von den Kostenträgern und Leistungsart eine Beantragung durch Vertragsärzte zu [84].

2.2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen in der Rehabilitation

Rehabilitation als Bestandteil der sozialen Sicherung hat in Deutschland tiefe Wurzeln im Sozialrecht. Mit dem Sozialgesetzbuch IX wurde speziell für den Bereich der Rehabilitation erstmals ein eigenes Buch geschaffen, das am 1. Juli 2001 in Kraft getreten ist. Ziel dabei ist die Förderung von Behinderten oder von Behinderung bedrohter Menschen zur Selbstbestimmung und zu gleichberechtigter Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und die Vermeidung von Benachteiligungen. Teil I des SGB IX regelt dabei nicht nur die Leistungen und Leistungsträger der Teilhabe, sondern enthält auch klare

Aussagen darüber, wie die Qualität der Rehabilitation zu sichern ist. Die rechtlichen Grundlagen der Rehabilitation beziehen sich dabei auf den Begriff Behinderung, der explizit in § 2 des SGB IX definiert wurde.

„(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(2) Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

(3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).“ [14].

Ausschlaggebend dabei ist, dass der Begriff der Behinderung - eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen - von einer bestimmten Dauer abhängig ist. Bezieht man sich auf die medizinische Rehabilitation, so wird klar, dass es die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit ist, die im Mittelpunkt des Begriffes der Behinderung steht. Daher gilt es vor allem für die Träger der medizinischen Rehabilitation, insbesondere der Rentenversicherung, mit den erbrachten Leistungen die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen und den Rehabilitanden nach dem Aufenthalt wieder in das Berufsleben einzugliedern. Die erbrachten Leistungen dienen vor allem dazu, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern, wiederherzustellen oder als Präventivmaßnahme zu erhalten.

Rentenversicherungsträger können in Deutschland von den Versicherten nicht selbst ausgewählt werden. Neuversicherte Arbeitnehmer werden seit dem 1. Januar 2005 durch

die Datenstelle der Rentenversicherung einem Rentenversicherungsträger zugeordnet. Die Zuordnung erfolgt anhand der jeweiligen Versicherungsnummer in einem Ausgleichsverfahren und wird auf alle Rentenversicherungsträger gleichmäßig verteilt. Die Aufgaben der Rentenversicherung werden dabei von Regionalträgern und Bundesträgern wahrgenommen, die seit dem 01. Oktober 2005 unter der gemeinsamen Bezeichnung Deutsche Rentenversicherung firmieren. Davor verteilten sich die Versicherten im Bereich der Arbeiter auf regionale Landesversicherungen sowie auf die Seekasse und die Bahnversicherungsanstalt. Angestellte waren entweder bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) oder der Bundesknappschaft versichert.

Leistungen zur Rehabilitation dienen dazu, Personen vor einer drohenden Behinderung zu schützen. Für die Rentenversicherungsträger sind ausdrücklich im SGB IX Leistungen gesetzlich verankert worden, die zu erbringen sind, um dem Auftrag der Rentenversicherungsträger im Bereich der Rehabilitation und Behinderung gerecht zu werden. Zu diesen Leistungen zählten lt. § 4 Leistungen zur Teilhabe des SGB IX

„(1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

- 1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,*
- 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,*
- 3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder*
- 4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbst bestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ [69].*

§ 8 Absatz 2 des SGB IX trifft auch eine klare Aussage darüber, dass Rehabilitationsleistungen Vorrang vor Rentenleistungen haben und somit der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ Gültigkeit hat. Absatz 3 äußert sich gleichermaßen zum Vorrang vor Pflegeleistungen.

2.2.3 Ökonomische Rahmenbedingung in der Rehabilitation – Finanzierung und Vergütung

Bei der Finanzierung von Krankenhausleistungen wird grundsätzlich zwischen zwei möglichen Formen unterschieden. Während Akutkrankenhäuser generell dualistisch finanziert werden, d. h. es zu einer getrennten Finanzierung von Investitions- und Betriebskosten kommt, herrscht in der Rehabilitationslandschaft eine monoistische Finanzierung der Kliniken vor. D. h. dass sämtliche Kosten über die Vergütungssätze der Kostenträger, in der Regel tagesgleiche Pflegesätze oder Fallpauschalen, gedeckt werden sollten. Aufgrund der überlegenen Einkaufsmacht der Kostenträger ist eine Kostendeckung keinesfalls gesichert. Konzentrationstrends am deutschen Rehabilitationsmarkt sowie das Streben der Kliniken nach zusätzlichen Einnahmenquellen, in der Regel im kurativen und Wellness-Bereich für privat zahlende Kunden, bestätigen dieses Bild. Während es laut Statistischem Bundesamt im Jahr 1995 noch 1.373 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland gab, ist die Zahl im Jahr 2005 auf 1.270 gesunken [111]. Die Pflegesätze werden dabei individuell und einrichtungsbezogen zwischen den einzelnen Rehabilitationskliniken und den Kostenträgern verhandelt. Der Prozess an sich ist dabei nicht transparent. Dies gilt auch für Anpassungen der Vergütungssätze, die oft nicht einmal der realen Preissteigerungsrate entsprechen. Experten sprechen auch davon, dass in den letzten Jahren keine richtigen Vergütungssatzverhandlungen stattgefunden haben. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass auch die Vergütungssätze in einer Einrichtung in unterschiedlicher Höhe ausfallen können. Neben tagesgleichen Pflegesätzen wird in bestimmten Bereichen auch mittels Fallpauschalen vergütet. Außerdem können Vergütungssätze auch hinsichtlich der Kostenträger variieren. Hinzu kommt, dass nicht Angebot und Nachfrage den Preis bestimmen, sondern Kostenträger, die in Deutschland auch die Nachfrage bestimmen, oft einseitig Preise diktieren. Das Deutsche Ärzteblatt berichtet darüber, dass sich Krankenkassen und Rentenversicherung hinsichtlich ihrer Vertrags- und Belegungspolitik mit den Rehabilitationskliniken neu positioniert haben, indem Krankenkassen teilweise Pflegesatzverhandlungen aussetzen und Preise vorgeschrieben werden. Diese Tendenz zeigt sich noch dazu in Zeiten, in denen sich die Fallschwere der Rehabilitanden erhöht [24].

Im Jahr 2006 unabhängig voneinander durchgeführte Expertengespräche in Baden-Württemberg mit kaufmännischen Leitern von Rehabilitationskliniken unter privater bzw. gemeinnütziger Führung in den Indikationsgebieten Orthopädie/Rheumatologie, Kardiologie, Neurologie und Psychosomatik bestätigen, dass es mit der Rentenversicherung schon seit längerem zu keinen Verhandlungen mehr gekommen ist. Es würde zwar eine Fortschreibung der Pflegesätze geben, die jedoch nur eine minimale Steigerung (max. 1 Prozent) aufweist. Die meisten haben davon gesprochen, dass es zum letzten Mal in den Jahren 2002 und 2003 zu einer geringfügigen Erhöhung gekommen sei. Außerdem wurde von allen Experten bestätigt, dass die Festsetzung der Pflegesätze nicht nachvollziehbar sei. Im Bereich Neurologie wurde davon berichtet, dass es bei einzelnen Krankenkassen jährlich zu einer Fallpauschalenerhöhung käme, wobei diese jedoch deutlich unter der realen Preissteigerung liegen würde.

Im Hinblick auf die Form der Vergütung haben sich in der Rehabilitation tagesgleiche Pflegesätze und Fallpauschalen etabliert. Bei einer pflegesatzbasierten Vergütung wird je Tag in stationärer Behandlung ein bestimmter Vergütungssatz bezahlt. Dieser ist unabhängig von Quantität und Qualität der erbrachten Leistungen sowie der Fallschwere. Einziges Kriterium für die Vergütung ist der geleistete Pfl egetag. Diese Form der Vergütung setzt einen negativen Anreiz für Kliniken, die Verweildauer der Rehabilitanden zu erhöhen. Eine weitere Form der Vergütung rehabilitativer Leistungen sind Fallpauschalen. Sie setzen im Unterschied zu Pflegesätzen eine pilothafte Erfassung der erbrachten Leistungen und Kosten je Rehabilitand voraus und ermitteln daraus einen Pauschalbetrag je Fall.

Die Sozialgesetzgebung kennt im Weiteren ökonomische Vorgaben für Rentenversicherungsträger, die bei der Steuerung rehabilitativer Leistungen zu berücksichtigen sind. Sie sind als Grundsätze zur Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit definiert und besagen, dass beim Vorhandensein gleichwertiger Leistungen zur Erreichung eines Rehabilitationszieles, die Leistung zu wählen ist, die die geringeren Kosten verursacht. Hierfür wird jedoch eine Erfassung und Operationalisierung des Rehabilitationszieles sowie eine Erfassung der angefallenen Kosten vorausgesetzt. Diese beiden Größen sollten im Idealfall zueinander in Beziehung gesetzt werden, um eine Entscheidung treffen zu können. Aufgrund des Mangels einer geeigneten Messmethodik und dem Fehlen spezifischen Know-hows bei den Kostenträgern ist jedoch nicht eindeutig,

wie dieser Grundsatz am besten in die Haushaltspolitik der Rentenversicherungsträger integriert werden soll. Weitere Ausführungen zu ökonomischen Vorgaben für rehabilitative Maßnahmen der Renten- als auch Krankenversicherungsträger finden sich bei der Arbeitsgruppe „Reha-Ökonomie“ [1]. Auf sie wird nicht näher eingegangen. Wichtig für diese Arbeit ist nur die Kenntnis darüber, dass auch Kostenträger bestimmten ökonomischen und rechtlichen Vorgaben bei der Finanzierung und Budgetierung von Rehabilitationseinnahmen und –ausgaben unterliegen.

2.3 Theoretischer Bezugsrahmen zur Vergütung medizinischer Rehabilitation

Rehabilitation hat in Deutschland in Vergleich zu vielen anderen europäischen Staaten einen hohen Stellenwert. Ein Schwerpunkt auf die stationäre Rehabilitation wird in kaum einem anderen europäischen Staat derart gelebt. Die europäische Rehabilitationslandschaft unterscheidet sich nicht nur strukturell und inhaltlich, sondern kennt auch unterschiedliche Formen der Finanzierung [80]. Im Wesentlichen treten dabei zwei Typen auf: die Finanzierung über Steuereinnahmen bzw. eine Finanzierung über Beiträge im Rahmen der Sozialversicherungssysteme. In Deutschland wird die Rehabilitation dabei über ein Beitragssystem finanziert. Die Kostenträger unterliegen dabei einem gesetzlichen Versorgungsauftrag und je nach Ziel der Rehabilitation treten unterschiedliche Kostenträger für die Leistungen ein. In erster Linie tritt dabei die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein, deren Ziel es ist, die berufliche Leistungsfähigkeit wiederherzustellen. 1975 erhielt auch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) einen gesetzlichen Versorgungsauftrag zur Rehabilitation [92]. Nebenbei treten in der medizinischen Rehabilitation noch Gesetzliche Unfallversicherungen (Berufsgenossenschaften), die Alterssicherung der Landwirte, die Kriegsopferversorgung, die Sozialhilfe und die Jugendhilfe als Leistungsträger auf.

2.3.1 Die Vergütung im deutschen Rehabilitationssystem

Die Grundlage für die Vergütung im deutschen Rehabilitationssystem findet sich, wie vorhin beschrieben, in der Sozialgesetzgebung. Um im weiteren eine neue Form der

Vergütung zu entwickeln, bedarf es der Klärung einiger wesentlicher Grundbegriffe, die später Einfluss in der Modellrechnung zur Ermittlung eines erfolgs- und leistungsabhängigen Modells der Vergütung haben werden bzw. die Basis für jede Diskussion zu einem neuen Modell bieten.

2.3.1.1 Der Kosten- und Leistungsbegriff in Kliniken

Für das Verständnis der Ausführungen über die Finanzierung und Vergütung ist es notwendig, einige Begriffe aus Betriebswirtschaft und Rechnungswesen gegeneinander abzugrenzen. Darunter fällt vor allem das Begriffspaar „Leistungen“ und „Kosten“. Der Kosten- und Leistungsrechnung kommt im Rahmen einer angewandten Betriebsführung allgemein die Aufgabe zu, kostenorientierte betriebliche Entscheidungsprozesse zu erklären sowie den für die Zielrealisierung erforderlichen Einsatz von Wirtschaftsgütern festzulegen [44]. Diese Aussage gilt auch für die Kosten- und Leistungsrechnung im Krankenhaus mit den zusätzlichen Besonderheiten eines derartigen Dienstleistungsbetriebes.

Grundsätzlich kann dabei festgestellt werden, dass die Verteilung und Zurechnung der Kosten in einer Klinik den gleichen Anforderungen und auch Schwierigkeiten unterliegt, wie in Produktionsbetrieben bzw. Betrieben, die ein Gewinnmaximierungsprinzip verfolgen. Trotz unterschiedlichem Unternehmenstypus und Zielstruktur sind grundlegende Begriffe des betrieblichen Rechnungswesens auch auf Kliniken anzuwenden.

Das betriebliche Rechnungswesen hat die Aufgabe betriebliche Informationen bereitzustellen. Es differenziert häufig zwei Bereiche.

1. Finanzbuchhaltung (externes Rechnungswesen mit der Hauptaufgabe der Abbildung finanzieller Beziehungen des Betriebes zu seiner Umwelt sowie der Rechenschaftslegung durch den Jahresabschluss)
2. Betriebsbuchhaltung (internes Rechnungswesen) mit dem Tätigkeitsschwerpunkt der Darstellung des wirtschaftlichen Geschehens im Betrieb sowie der Planung, Steuerung und Kontrolle des betrieblichen Geschehens [58].

Während das externe Rechnungswesen die Erstellung der Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung sowie den Jahresabschluss umfasst, entspringen die Kosten- und Leistungsrechnung, betriebswirtschaftliche Statistiken und Vergleichsrechnungen sowie die Planungsrechnung dem internen Rechnungswesen. Die im Rahmen dieser Arbeit verwendeten Daten sowie Begriffe stammen somit aus dem internen Rechnungswesen von Rehabilitationskliniken, dessen wesentliche Aufgabe es ist, den Verzehr von Produktionsfaktoren (Kosten) und den dabei entstandenen Leistungen wert- und mengenmäßig zu erfassen und die Wirtschaftlichkeit des Leistungserstellungsprozesses zu überwachen [58].

Unterscheidung Kosten- und Leistungsrechnung

Die Kostenrechnung stellt Kosten als leistungsbezogenen Güterverbrauch in Geldeinheiten aller betrieblichen Prozesse dar. Dadurch wird es ermöglicht, die betriebliche Leistungserstellung und Leistungsbewertung abzubilden, zu steuern und zu kontrollieren [124]. Die Kostenrechnung baut auf Ergebnissen der Finanzbuchhaltung auf, unterscheidet sich aber auch von dieser, indem sie eigene Wertansätze wie zum Beispiel kalkulatorische Kosten berücksichtigt. Kalkulatorische Kosten zählen zu den Kosten, die entweder zu keinen Aufwendungen oder Ausgaben führen bzw. sich durch den Betrag oder der Art von den Aufwendungen der betrachteten Periode unterscheiden. In der Klinikkostenrechnung finden vor allem kalkulatorische Abschreibungen und kalkulatorische Zinsen Anwendung. Sie werden als neutrale Aufwendungen, denen keine Kosten gegenüber stehen, in der Kostenrechnung berücksichtigt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass obwohl keine Kosten entstehen, ein Sachbezug anfällt, der bei einem vollständigen Ausweis der Kosten in der Kostenrechnung zu berücksichtigen ist. Die kalkulatorische Abschreibung in der Klinik bewertet dabei die Abnutzung der Anlagen wie zum Beispiel von medizinischen Geräten, bezogen auf den Wiederbeschaffungswert, um die Refinanzierung zu einem zukünftigen Zeitpunkt zu ermöglichen. Sie erfasst dabei den Wertverzehr, der in einer Periode angefallen ist und unterscheidet sich dabei klar von der handels- und steuerrechtlichen Abschreibung, die auf dem historischen Anschaffungswert basiert. Ähnliches gilt für die Berücksichtigung der kalkulatorischen Zinsen in der Kostenrechnung. Sie bewerten die Kosten für den Produktionsfaktor „Kapital“ bezogen auf die Gesamtkapitalsumme und nicht nur die pagatorischen Fremdkapitalzinsen. Sie bewerten das gesamte im Betrieb investierte und betriebsnotwendige Kapital und berücksichtigen somit die

Opportunitätskosten des Eigenkapitalgebers, dem durch die Kapitalbindung in seinem Betrieb Habenzinsen in Höhe der entgangenen Verzinsung der besten nicht gewählten Alternative (z. B. Investition am Kapitalmarkt) entgehen.

Die Kostenrechnung umfasst dabei die Teilgebiete

- Kostenartenrechnung
- Kostenstellenrechnung
- Kostenträgerrechnung.

Die Leistungsrechnung befasst sich hingegen mit der Leistungserfassung, -bewertung und -verrechnung sämtlicher Leistungen des Betriebsprozesses.

Grundlegende Begriffe, die im Rahmen der Arbeit verwendet werden, sollen im folgenden Kapitel näher erläutert werden.

2.3.1.2 Begriffe im betrieblichen und krankenhausspezifischen Rechnungswesen

Leistungen

Während man in der Betriebswirtschaft unter Leistung das mengenmäßige Resultat der Produktion versteht, ist der Leistungsbegriff im Gesundheitswesen umschrieben durch das Resultat der Betätigung im Krankenhausbetrieb, das zu einer Veränderung, im Regelfall Verbesserung, des Gesundheitszustandes des Patienten führt [98]. Zu den Leistungen in der stationären Rehabilitation zählen dabei vor allem therapeutische Leistungen, Diagnoseleistungen, medizinische und pflegerische Leistungen, Verwaltungsleistungen sowie Ver- und Entsorgungsleistungen im Rahmen der Patientenunterbringung.

Eine weitere Besonderheit im Krankenhauswesen ist das Vorhandensein einer gesetzlichen Definition des Leistungsbegriffes, der sich in der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) als auch im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) wieder findet. Als Krankenhausleistung gelten dabei insbesondere

- Krankenpflege
- Ärztliche Behandlung
- Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und
- Unterkunft und Verpflegung.

Krankenhausleistungen umfassen dabei allgemeine Krankenhausleistungen, die für die medizinisch ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Patienten erforderlich sind, als auch Wahlleistungen, die über die nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten notwendige, medizinische, zweckmäßige und ausreichende Versorgung hinausgehen und die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigen. Umfang und Inhalt sind dabei nicht exakt gesetzlich definiert. Es gibt jedoch eine Unterteilung in wahlärztliche Leistungen und nichtärztliche Wahlleistungen [71].

Kosten

In der Betriebswirtschaft werden Kosten definiert als „bewerteter leistungsbezogener Güterverbrauch“ [58]. Der Kostenbegriff wird dabei unterteilt in Grundkosten, Anderskosten und Zusatzkosten. Grundkosten sind dabei Kosten, die aus der Aufwandsrechnung unmittelbar übernommen werden können (z. B. Löhne und Gehälter). Zusatzkosten stellen keinen Aufwand dar. Ein Beispiel dafür ist der kalkulatorische Unternehmerlohn. Weitere Ausführungen zum Begriff der kalkulatorischen Kosten, insbesondere in Hinblick auf die in der Krankenhauskostenrechnung berücksichtigten kalkulatorischen Kosten, finden sich in Kapitel 2.3.1.1. Anderskosten steht zwar ein Aufwand gegenüber. Dieser wird in der Kostenrechnung jedoch nach anderen Kriterien berücksichtigt als in der Aufwandsrechnung. So muss z. B. in der Jahreserfolgsrechnung die Abschreibung nach gesetzlichen Vorschriften vom Anschaffungswert berechnet und berücksichtigt werden. In der Kostenrechnung wird die Abschreibung jedoch nach kalkulatorischen Maßstäben vom Wiederbeschaffungswert festgesetzt. Anders als in der Betriebswirtschaft wird im Krankenhaus ein spezifischer Kostenbegriff verwendet, der gesetzlich geregelt ist und sich in §8 KHBV findet. Wichtig dabei ist, dass die Kosten nachweisbar aus der Buchführung hergeleitet werden müssen und dass sie die Ermittlung der pflegesatzfähigen Kosten ermöglichen müssen [16]. Im Unterschied zum betriebswirtschaftlichen Kostenbegriff handelt es sich hierbei um eine Abgrenzung, die in etwa den Grundkosten, d.h. Kosten denen ein Aufwand in der Buchführung gegenübersteht, entspricht.

Der in dieser Arbeit verwendete Kostenbegriff entspricht der betriebswirtschaftlichen Abgrenzung. Der bewertete Verbrauch von Dienstleistungen und Gütern zur betrieblichen Leistungserstellung in der Rehabilitation wird in der Kosten- und Leistungsrechnung

festgehalten. Diese baut sich generell in drei Stufen auf. Stufe 1, die Kostenartenrechnung, befasst sich mit der Frage, welche Kosten angefallen sind. Sie erfasst primäre Kosten, die unternehmensextern beschafft werden (z. B. Materialkosten). Primäre Kosten (Kostenarten) unterscheiden sich nach Art des eingesetzten Produktionsfaktors [57]. Beispiele dafür sind Personal- und Materialkosten wie auch Anlagenkosten oder Kapitalkosten. Sekundäre Kosten entstehen durch innerbetriebliche Leistungen, d.h. wenn beispielsweise Laboruntersuchungen im hauseigenen Labor erbracht werden.

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die in der Kosten- und Leistungsrechnung von Rehabilitationskliniken berücksichtigten Kostenarten und deren Zuordnung zu den in der Modellrechnung verwendeten Kostenblöcken Struktur, Prozess und Qualität, durch die die Modellklinik charakterisiert wird.

Sekundäre Kosten werden nur in der Kostenstellenrechnung, genau im Betriebsabrechnungsbogen (BAB), der 2. Stufe der Kostenrechnung, erfasst. Hier wird die Frage geklärt, wo Kosten angefallen sind. Neben sekundären Kosten werden auch Gemeinkosten in der Kostenstellenrechnung den Kostenträgern zugeordnet. Kostenstellen sind dabei Leistungsbereiche, in denen Kosten verursacht werden. Beispiele dafür sind medizinische Institutionen wie das Labor oder auch übergreifende Bereiche wie die Verwaltung

Nach Art der Zurechnung unterschieden werden Einzel- und Gemeinkosten. Einzelkosten können direkt und verursachungsgerecht zugeordnet werden. Gemeinkosten werden über Mengen- oder Wertschlüssel in der Kostenstellenrechnung den Kostenträgern zugerechnet. Kosten lassen sich auch in fixe und variable Kosten unterteilen. Wesentliches Kriterium hierbei ist das Verhalten bei Beschäftigungsänderung. Fixe Kosten fallen dabei unabhängig von der Ausbringungsmenge an, im Falle einer Klinik wird unter Ausbringung oder Kapazitätsauslastung die Bettenbelegung verstanden.

Variable Kosten verändern sich mit der Höhe der Ausbringungsmenge bzw. dem Grad der Bettenauslastung. Die Veränderung kann dabei progressiv oder degressiv fallen oder steigen. Beispiele im Krankenhaus sind hierfür der Lebensmittelbedarf für Patienten oder auch der Bedarf an Arzneimitteln. Sprungfixe Kosten stellen eine weitere Form dar. Diese Kosten bleiben bis zu einem bestimmten Auslastungsgrad konstant. Erst wenn dieser

Auslastungsgrad überschritten wird, kommt es zu einer Anpassung. Die Leistungsausweitung erfolgt dabei nicht proportional, sondern in Intervallen/ Sprüngen. Kurzfristig sind beispielsweise Personalkosten sprungfixe Kosten.

Die dritte Stufe, die Kostenträgerrechnung, geht der Frage nach, wofür und in welcher Höhe Kosten entstanden sind bzw. wer die Kosten zu tragen hat. Dabei wird im Wesentlichen zwischen der Kostenträgerzeit- und der Kostenträgerstückrechnung unterschieden [57, 58]. Mit der Kostenträgerzeitrechnung wird der Betriebserfolg einer bestimmten Periode ermittelt. Die Kostenträgerstückrechnung ermöglicht die Kalkulation der Kosten für eine bestimmte Leistungseinheit. Der hier beschriebene betriebswirtschaftliche Begriff des Kostenträgers meint die vom Unternehmen, in diesem Sinne der Klinik, erbrachten Leistungen und ist nicht gleichzusetzen mit dem in der Rehabilitation häufig verwendeten Begriff des Kostenträgers. Im Rehabilitationswesen in Deutschland versteht man unter Kostenträger die Financiers der ambulanten und stationären Rehabilitation, d.h. Rentenversicherungs- oder sonstige Sozialversicherungsträger.

Tabelle 3: Abgrenzung Kostenarten in der Rehabilitationsklinik, eigener Entwurf

Kostenart	Struktur	Prozess	Fixkosten	Variable Kosten
Küchen- und Servicepersonal	x		x	
Lebensmittel	x			x
Reinigungspersonal	x		x	
Reinigungsbedarf	x			x
Fremdreinigung	x			x
Müllabfuhr	x		x	
Personalkosten Hausmeister	x		x	
Sachkosten Sonstige Wirtschaftsgüter	x			x
Unterhaltung Patienten	x			x
Verwaltungspersonal	x		x	
Verwaltungsbedarf	x			x
Versicherungen	x		x	
Steuern & Abgaben	x		x	
Energiekosten / Strom	x		x	
Wasser / Abwasser	x		x	
Laufende Instandhaltung	x			x
Außerordentliche Instandhaltung	x			x
Gebrauchsgüter	x			x
Personalkosten Ärzte		x	x	
Personalkosten Pflegedienst		x	x	
Personalkosten medizin-technisch		x	x	
Personalkosten physisch/therapeutische		x	x	
Personalkosten Schreibdienst		x	x	
Medizinischer Bedarf Diagnostik		x		x
Therapeutischer Bedarf		x		x
Externe medizinische Leistungen		x		x
Externe physio-therapeutische Leistungen		x		x
Personalkosten Cafeteria	x		x	
Sachkosten Cafeteria	x			x
Andere Sachkosten	x			x
Kalkulatorische Zinsen	x		x	
Kalkulatorische Abschreibungen	x		x	
Mieten / Pachten	x		x	
Leasing technische Geräte	x		x	
GK-Umlage	x		x	

Abbildung 5 zeigt den Zusammenhang von fixen, variablen sowie Einzel- und Gemeinkosten. Einzelkosten sind immer auch variable Kosten. Umgekehrt können variable Kosten aber auch Gemeinkosten sein. Fixe Kosten sind in einem Großteil der Fälle auch Gemeinkosten. Dieser Exkurs über die in der Betriebswirtschaft üblichen Definitionen von Kosten erscheint wichtig, da die im empirischen Teil dieser Arbeit entwickelte Modellrechnung von durch die Kostenrechnung in Rehabilitationskliniken ermittelter Verteilung von fixen und variablen Kosten ausgeht.

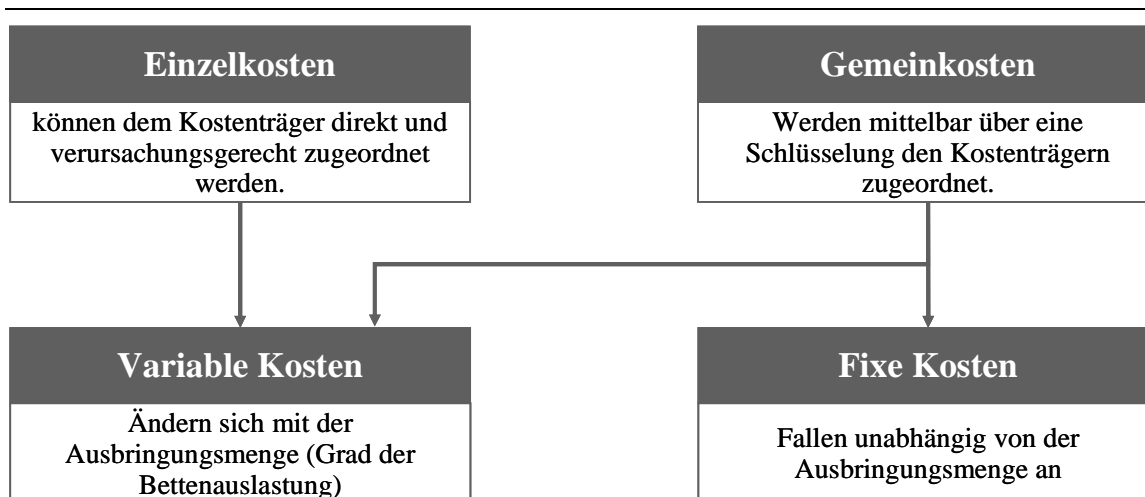


Abbildung 5: Zusammenhang fixe, variable, Gemein- und Einzelkosten, eigene Darstellung nach Coenenberg [25]

2.3.2 Kostenträger der Rehabilitation

Die Rehabilitation in Deutschland wird hauptsächlich durch die Sozialleistungsträger finanziert. Je nach Erwerbsstatus treten unterschiedliche Versicherungsträger bzw. Ämter als Kostenträger auf. Die bedeutendsten Financiers der Rehabilitation sind somit die Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Versorgungsämter, Krankenversicherungen und Sozialämter. In der medizinischen Rehabilitation, die Schwerpunkt dieser Arbeit ist, sind es die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die die Kosten für Rehabilitationsleistungen tragen. Wie Abbildung 3 erkennen lässt, sind die Sozialleistungsträger nicht nur Financiers der Rehabilitation, sondern gleichzeitig auch Träger der dazu notwendigen stationären Einrichtungen.

2.4 Theoretische Modelle zur leistungs- und erfolgsorientierten Vergütung

Leistungs- und erfolgsorientierte Vergütungssysteme haben in der Managementforschung in den letzten 30 Jahren eine bedeutende Rolle gespielt. Im Rahmen dieser Arbeit wird vor allem auf eine Theorie Bezug genommen, die die Problematik der unterschiedlichen Informationsverteilung zwischen Eigentümer und Manager beschreibt und zu lösen versucht. Obwohl sie in ihrer Urform auf die Vertragsbeziehung zwischen Eigentümer und

angestelltem Manager bezogen ist, wird im Rahmen dieser Arbeit die Auffassung vertreten, dass sie auch als hinreichendes Erklärungsmodell für die Informationsasymmetrien, die in der Kunden-Lieferanten-Beziehung auftreten, verwendet werden kann.

Principal-Agent-Theorie

Die Principal-Agent-Theorie basiert auf dem Gedanken der Trennung von Eigentum und Verfügungsgewalt und findet sich vor allem in nicht eigentümergeführten Unternehmen, bei dem fremde Manager (Agenten) mit der Geschäftsführung durch Inhaber (Prinzipale) beauftragt werden. Sie kann als vertragliche Beziehung verstanden werden, die Probleme von Auftragnehmer- / Auftraggeber-Beziehungen löst. Die Trennung zwischen Principal und Agent bringt eine asymmetrische Verteilung der Informationen zwischen den beiden Parteien mit sich. Dabei werden vier wesentliche Typen von Informationsasymmetrien unterschieden, die durch erfolgsabhängige Vergütungsmodelle und Anreizsysteme minimiert werden können. Im Bereich der Managemententlohnung sind dabei vor allem zwei Typen, „hidden actions“ und „hidden characteristics“ [4] von Bedeutung. Diese unterscheiden sich vor allem durch den Zeitpunkt ihres Auftretens. Während „hidden characteristics“ vor Vertragsschluss auftreten, treten „hidden actions“ nach Abschluss des Vertrages auf.

1. Hidden Characteristics

Bei Hidden Characteristics bezieht sich die Informationsasymmetrie auf Eigenschaften von Vertragspartnern vor Abschluss des Vertrages. Principals müssen Entscheidungen über die Eigenschaften der Agents treffen, die in dieser Phase als private Informationen gelten und somit für die Principals nicht zugänglich sind. Dadurch entsteht das Problem der Auswahl unerwünschter Vertragspartner. In der Literatur ist dieses Phänomen auch als „Adverse Selection“ bekannt. Erfolgsabhängige Vergütungsmodelle bieten hier eine Möglichkeit, unerwünschte Vertragspartner von einer Einwilligung in den Vertrag abzuhalten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass hohe erfolgsabhängige Entlohnungsanteile weniger geeignete Manager davon abhalten in den Vertrag einzuwilligen, da sie eine niedrige Gesamtvergütung zu erwarten haben, wenn sie die geforderten Erfolge nicht erbringen.

2. Hidden Action

Hidden Actions beziehen sich vor allem auf Situationen, in denen Principals keine Rückschlüsse auf die Leistungen der Manager nach Vertragsschluss ziehen können. Diese Problematik ist in der Managementliteratur auch unter dem Begriff „Moral Hazard“ bekannt und bezeichnet das Verhalten von Agents, eigennütziges Verhalten in den Vordergrund zu stellen. Wesentliche Folge von Hidden Actions ist, dass Agents nicht im Sinne der Eigentümer handeln, da der geleistete Arbeitseinsatz durch den Prinzipal nicht beobachtbar bzw. nicht vollkommen kontrollierbar ist. Dadurch können auch Arbeitsverträge von Agents nicht direkt auf den geleisteten Arbeitseinsatz oder auf die durchgeführten Aktionen des Agenten bezogen werden. Um trotzdem zu gewährleisten, dass Entscheidungen im Sinne der Eigentümer getroffen werden und Informationen offengelegt werden, haben sich in der industriellen Vergütung spezifische Motivations- und Anreizsysteme wie auch Kontrollinstrumente entwickelt, die bei der Vergütung der Leistung berücksichtigt werden.

3. Hidden Intention

Hidden Intention bezieht sich auf Situationen, die dadurch entstehen können, dass Agents sich bewusst oder unbewusst unfair gegenüber den Eigentümern verhalten. Fehlendes Commitment kann Eigentümer schädigen. Zur Vermeidung dieser Problematik haben sich in der Praxis langfristige Verträge wie auch bonus-basierte Anreizsysteme bewährt.

4. Hidden Information

Hidden Information liegt vor allem dann vor, wenn Principals zwar vom Management getroffene Entscheidungen beobachten können, jedoch keine Beurteilung des Erfolgsbeitrages und Angemessenheit der Entscheidung des Agents möglich ist.

Die Wege zur Lösung des Principal-Agent-Problems stellen zusammengefasst Risikoteilung und Anreizsetzung in den Vordergrund. Erfolgsabhängige Vergütungsbestandteile übertragen dabei einen Teil des Risikos an die angestellten Manager, die dadurch Anreize erhalten, durch höhere Anstrengungen den Unternehmenswert zu steigern und im Sinne der Eigentümer zu handeln. Im Fokus der

vorliegenden Arbeit liegt das Moral-Hazard-Problem, das in der Vergütung von Rehabilitationsleistungen durch verweildauerorientierte tagesgleiche Pflegesätze generiert wird. Nach Abschluss eines Vertrages mit einem Versicherungsträger ist dieser nicht mehr in der Lage, Entscheidungen der Rehabilitationsklinik (Agent) vollkommen zu kontrollieren. Dadurch wird es möglich, dass Kliniken ihre Ziele in den Vordergrund stellen und nicht mehr die bestmögliche Leistung für Rehabilitand und Versicherungsträger (Prinzipal) erbringen, sondern Anreiz erhalten, eine möglichst hohe Bettenauslastung unabhängig vom Erfolg der Leistung zu erzielen. Die Qualität und das Ergebnis der Leistung treten in den Hintergrund. Dieser systemimmanente Fehlanreiz, der negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität mit sich bringt, wird heute mit internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen minimiert. Somit wird zwar die Behandlungsqualität abgesichert, jedoch kein Einfluss darauf ausgeübt, ob die Behandlung für den Rehabilitanden erfolgreich verläuft oder nicht. Aspekte der Wirtschaftlichkeit werden vernachlässigt. Die Autorin verfolgt die Hypothese, dass mit Einführung eines erfolgsabhängigen Bestandteils in der Vergütung Anreize gesetzt werden, das bestmögliche Ergebnis für den Rehabilitanden zu erzielen, da bessere medizinische Erfolge auch einen ökonomischen Mehrwert für den Leistungserbringer, und somit ein besseres finanzielles Ergebnis für die Klinik, mit sich bringen.

Der nächste Abschnitt hat zum Ziel, in der Kunden-Lieferanten-Beziehung etablierte Vergütungssysteme in der industriellen Praxis vorzustellen, die sich an Erfolg und Leistung orientieren und diese honorieren. Anhand von drei unterschiedlichen Modellen wird gezeigt, welche Implikationen die Übertragung der jeweiligen Modelle auf die Vergütung von Rehabilitationskliniken mit sich bringt. Im Besonderen wird dabei untersucht, welche Auswirkungen bzw. Vor- und Nachteile die unterschiedlichen Vergütungsformen auf die Kostensituation der Kliniken haben, welche Einflussparameter gegeben sind und welche Effekte dabei bei den Kostenträgern erzielt werden können.

2.5 Modelle zur leistungs- und erfolgsorientierten Vergütung in der Industrie

Im ersten Abschnitt werden erfolgs- und leistungsorientierte Vergütungsmodelle aus der Kunden-Lieferantenbeziehung dargestellt. Im zweiten Abschnitt erfolgt die Vorstellung von erfolgsabhängigen Modellen in der Mitarbeitervergütung. Zuletzt erfolgt noch die Darstellung eines leistungs- und vor allem qualitätsorientierten Modells namens „Pay for

Performance“, das bereits in der Vergütung medizinischer Leistungen eingesetzt wird und ursprünglich auch aus dem industriellen Umfeld stammt.

2.5.1 Modell 1: Die Automobilindustrie

In der Automobilindustrie haben sich in den letzten Jahrzehnten Modelle zur Vergütung von Leistungen von Lieferanten entwickelt, die die Kriterien Qualität und Leistung in sehr hohem Maß berücksichtigen. Das Risiko fehlerhafter bzw. schlechter Leistung wird dabei zu 100 Prozent auf den Lieferanten übertragen. Die spezifische Anforderung an den Lieferanten attestiert sich in der Anlieferung von 100 Prozent Qualität basierend auf Plan- und Mindestmengen. Ein Praxisbeispiel hierfür ist die Vergütung von Sitzen. Automobilhersteller sind in den letzten Jahren dazu übergegangen, mit Sitzherstellern Verträge zu schließen, die auf Plan- und Mindestmengen beruhen und die die gelieferte Qualität der Sitze zu 100 Prozent berücksichtigen. So zum Beispiel weiß der Sitzhersteller, dass er für den Kunden A mindestens 200.000 Sitze pro Jahr zu fertigen hat und dass er aufgrund definierter Qualitätskriterien nur Sitze vergütet bekommt, die zu 100 Prozent den definierten Anforderungen entsprechen. Dies bringt für den Sitzhersteller einerseits den Nachteil mit sich, dass das Risiko von fehlerhaften Teilen vollständig auf ihn übertragen wird. Gleichzeitig wird jedoch auch der Anreiz gesetzt, interne Produktionsstrukturen so zu gestalten, dass hohe Qualität von Anfang an produziert wird und nicht durch nachträgliche Kontrolle entsteht. Dieses Vorgehen wirkt sich nicht nur positiv auf den Wettbewerb in der Industrie aus, sondern bietet dem Einzelunternehmer auch den Vorteil, dass er seine internen Strukturen optimiert, was zum Regelfall auch zu geringeren Kosten führt. Für den Kunden hat diese Form der Vergütung den Vorteil, dass fehlerhafte Teile nicht bezahlt werden müssen. Außerdem ist davon auszugehen, dass sich der Betrag der Gesamtvergütung verringert, da der Anteil der fehlerhaften Ware vom Lieferanten minimiert wird.

2.5.2 Modell 2: Der Anlagenbau (Pay-on-Production)

Ein weiteres Modell findet sich beispielhaft häufig im Anlagenbau. Projekte im Anlagenbau werden durch hohe Investitionskosten charakterisiert. In der Unternehmenspraxis werden Projekte im Anlagenbau häufig über ein Betreibermodell realisiert, in dem der Lieferant die Investitionskosten übernimmt und der Bezug der Leistung durch den Kunden vergütet wird. Das besondere an der Vergütung sind langfristige Verträge, die die Vorleistung des Lieferanten sichert. Mindestmengen und Mindestpreise werden dabei in der Regel definiert. Zusätzlich werden variable Mengen vereinbart. Die Bezahlung der Leistung erfolgt per Pay on Production, d.h. über Bezahlung der tatsächlich vom Hersteller produzierten Einheiten. Für den Kunden ergeben sich dadurch die Vorteile eines geringen Kapitaleinsatzes, Risikoteilung und Know-how-Gewinn. Umgesetzt wird dieses Modell zum Beispiel bei Ford in Köln, wo der Anlagenbauer Eisenmann eine Elektrohängebahn zur Montageversorgung für rund 80 Millionen Euro finanziert und gebaut hat. Seit Betrieb der Fiesta-Produktion 2001 hat Eisenmann auch die Instandhaltung und Wartung der Anlage übernommen. Ford hat sich dabei nicht einmal an der Vorfinanzierung der Anlage beteiligt, sondern bezahlt Eisenmann ausschließlich nur für jedes Fahrzeug, das die Produktion verlässt. Vorteile ergeben sich dadurch vor allem für den Autobauer, der das Risiko zu einem Großteil auf den Lieferanten überträgt. Dieser hat dabei den erheblichen Nachteil, dass er ein Risiko übernimmt, das er nicht beeinflussen kann. Verkauft der Automobilhersteller weniger Fahrzeuge als geplant, partizipiert der Anlagenbauer anteilig an der Umsatzeinbuße. Andererseits bringt dieses Modell für den Anlagenbauer auch Vorteile im hart umkämpften Wettbewerb. Dadurch dass er als Betreiber der Anlage fungiert, erhält er ständig Rückmeldung über Produktqualität, Bedienerfreundlichkeit und Produktivität der Anlage. Dieser Know-how-Vorteil ermöglicht einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess und bietet auch Wettbewerbsvorteile bei der Generierung von Neukunden [130].

Auch dieses Modell scheint interessant hinsichtlich der Übertragbarkeit auf das Rehabilitationswesen überprüft zu werden, da auch in Kliniken die Infrastrukturkosten einen sehr hohen Anteil ausmachen. Da jedoch im medizinischen Umfeld der Projektcharakter und die Begrenzung auf eine vorab definierte Laufzeit fehlen, wird dieses Modell von der Autorin nicht weiter verfolgt.

2.5.3 Modell 3: Die Medizintechnik (Risk-Award-System)

Das dritte Modell, dessen Übertragbarkeit auf den Kliniksektor überprüft werden soll, wird vor allem in Industrien mit sehr hohen Qualitätsanforderungen bzw. beim Outsourcing von Leistungen an einen externen Dienstleister eingesetzt. Es basiert auf einer Grundentlohnung und einem variablen Anteil, der bei Erreichen einer vereinbarten Gruppenleistung hinsichtlich Menge und Qualität oder aufgrund von definierten Service Level Agreements (SLA) vergütet wird. Dabei gibt es nicht nur die Gestaltungsmöglichkeit über ein Bonussystem, das bis zu 20 Prozent des Grundlohns betragen kann, sondern auch eine Berücksichtigung der negativen Ausprägung in Form eines Malussystems.

Bonus-Malus-Systeme arbeiten mit Anreizen (Incentives), die beim Erreichen spezifischer Ziele ausbezahlt oder abgezogen werden. Einfache Bonus-/Malussysteme legen dabei Zielgrößen zugrunde, die üblicherweise auch Gegenstand der vertraglichen Vereinbarung sind. Zielgrößen können etwa die Vertragserfüllung innerhalb der vereinbarten Zeit (on time) und im Rahmen des vereinbarten Budgets (on budget) sein. Wird die Leistung innerhalb der vorgesehenen Zeit und innerhalb des vorgegebenen Budgets oder sogar schneller oder mit weniger Kosten erbracht, wird dem Auftragnehmer ein Bonus ausgeschüttet. Bei Verspätungen oder Überschreitungen des Budgets muss der Auftragnehmer jedoch mit Kürzungen seiner Vergütung rechnen. Weitaus komplexer und stärker am Thema Qualität und Performance orientiert sind Service Levels als Messgröße von Risk-Award-Modellen. Mit Service Levels lässt sich weitaus eher als mit Bonus-Malus-Systemen eine Bewertung der Qualität der Leistungen des Auftragnehmers erreichen. Diese Form der Vergütung wird häufig für outgesourcte Leistungen verwendet. Die Qualität der erwarteten Leistung wird dabei in Form von Service Levels definiert. Werden diese Service Levels erfüllt, erhält der Dienstleister einen Bonus. Anhand eines realen Beispiels von einem Medizingerätehersteller in Deutschland stellt sich die Situation wie folgt dar:

Der Medizingerätehersteller hat das Betreiben einer Logistikabwicklung für Geräte der pränatalen Diagnostik an einen Logistikdienstleister outgesourct. Diesem obliegt dabei das Verpacken und Versenden der Geräte an Kunden des Herstellers. Der gesamte Prozess ist durch sehr hohe qualitative Anforderungen an den Dienstleister gekennzeichnet. Klebt zum Beispiel der Dienstleister eine vorgeschriebene Kennzeichnung nicht an den richtigen Platz

auf dem Gerät, besteht die Gefahr, dass der Hersteller seine FDA-Zulassung verliert. Um dieses Risiko zu minimieren, wurden unter anderem Service Levels für die „Korrekte Kennzeichnung“ am Produkt festgelegt. Die Vergütung der erbrachten Leistung erfolgt dabei anhand mehrerer Kennzahlen, die wöchentlich, teilweise täglich, an den Hersteller zu berichten sind. Nur wenn der Dienstleister die definierten Service Levels erfüllt, bekommt er 100 Prozent der Grundvergütung erstattet. Übertrifft er die erwarteten Service Levels, erhält er zusätzlich gestaffelte Bonuszahlungen. Der Bonus ist dabei auf einen Maximalwert begrenzt. Das Bonussystem setzt dabei für den Dienstleister Anreize, kontinuierlich hohe Qualität zu liefern, da er, um auch wirtschaftlich erfolgreich arbeiten zu können, auf den Bonus angewiesen ist. Die Grundvergütung ist im System so gewählt, dass nur ein kontinuierliches Erreichen und Übertreffen der vereinbarten Service Levels für den Dienstleister nicht nur zur Kostendeckung, sondern auch zur Gewinnerzielung führt. Für den Hersteller haben Service Levels den Vorteil, dass sein Risiko, die FDA-Zulassung durch Fehler des Dienstleisters zu verlieren, minimiert wird. Das Risiko steht im direkten Zusammenhang mit der Vergütung des Dienstleisters und dessen Gewinnerzielungsabsicht. Es liegt zwischen beiden Partnern eine Risikoteilung vor.

2.6 Modelle zur erfolgsorientierten Vergütung in der Mitarbeiterentlohnung

In der Mitarbeiterentlohnung haben sich im Laufe der Zeit alternative Konzepte entwickelt, die unterschiedliche Mitarbeiterbilder, die durch die Motivationspsychologie beschrieben werden, voraussetzen. Die bedeutendsten Modelle dabei sind Zeitlohn- und Prämienlohnkonzepte und Bonussysteme.

2.6.1 Prämienlohnkonzepte und Bonussysteme

Prämienlohnkonzepte finden vor allem im gewerblichen Bereich Anwendung. Im Gegensatz zum Akkordlohn wird das Entgelt des Arbeitnehmers in Relation zu der erbrachten Leistung ermittelt, wobei unterschiedliche Bezugsgrößen der Prämie zu Grunde gelegt werden können. Die am häufigsten verwendeten Bezugsgrößen sind dabei die Qualität der erbrachten Leistung bzw. die Fehler- oder Ausschussquote in der industriellen

Produktion sowie die Produktivität des Leistungserbringers bzw. des Teams/ Gruppe. Vielfach werden Prämien dabei mit Ober- und Untergrenzen bedacht. Diese Grenzen schränken die Leistungsanreizwirkung dabei ein, d.h. Mitarbeiter haben keinen Anreiz bei Überschreiten der Prämienlohobergrenze den Output in quantitativer wie auch qualitativer Hinsicht zu erhöhen [117].

Bonussysteme basieren auf einem Grundlohn, je nach Lohngruppe des Mitarbeiters, und einem Bonus, der abhängig von vorab vereinbarten Leistungskriterien ermittelt wird. In der Industrie haben sich dabei Mengenleistung, Nutzung, Qualität, Flexibilität und Materialkosten als Kriterien durchgesetzt. Der Bonus wird dabei häufig anhand der in der Gruppe erbrachten Leistung ermittelt. Dabei sind sowohl Leistungskriterien als auch deren Gewichtung vorab festzulegen. Die einzelnen Leistungsstufen sind dabei mit genau definierten Leistungskriterien beschrieben. Der Bonus wird entsprechend der Leistungsstufe festgelegt. Voraussetzung für das gesamte Bonussystem ist dabei, dass mit den Mitarbeitern in definierten Perioden vereinbart wird, welche Leistungserwartung erfüllt bzw. übertroffen werden muss, um in Anspruch eines Bonus zu kommen.

2.6.2 Entlohnung nach Zielvereinbarung

Die Entlohnung nach Zielvereinbarung ist eine weitere Form der variablen Vergütung. Unter Zielvereinbarung wird dabei „das gemeinsame Festlegen anzustrebender Ergebnisse zwischen Vorgesetzten und Mitarbeiter in knapper schriftlicher Form unter Nennung von Messkriterien und Zeiten, anhand derer die Zielerreichung objektiv überprüfbar ist,“ verstanden [67, 77]. Zielvereinbarungen werden in der Unternehmenspraxis als Führungsinstrument und Basis der Personalbeurteilung mit oder ohne Bezug zum Entgelt eingesetzt. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist vor allem die Zielvereinbarung in Verbindung mit einer leistungs- bzw. erfolgsorientierten Bezahlung von Bedeutung. In der Industrie hat sich das Entlohnungssystem mittels Zielvereinbarung entwickelt, da die bis dato gängigen Formen wie Zeitlohn oder Bezahlung nach Akkord das Prinzip der Gruppenarbeit nicht vollumfänglich unterstützt haben und Leistungsorientierung nur auf die individuelle Leistung der Arbeiter orientiert war und nicht den Grundgedanken einer Produktivitätssteigerung in der Gruppe unterstützte. Die Entlohnung mittels Zielvereinbarung ist dabei immer eine zusätzliche Komponente zu einem garantierten

Grundentgelt. Ein Teil des quasi-fixen Grundentgeltes wird im Rahmen einer Zielvereinbarung variabilisiert. Dies kann zum Beispiel der ursprünglich fixe 13. Monatslohn sein. In der Mitarbeitervergütung sind im Rahmen der flexiblen Entlohnung mittels Zielvereinbarung persönliche Leistungszulagen entsprechend einer persönlichen jährlichen Beurteilung durch den Vorgesetzten wie auch Gruppenprämien anhand gesetzter Ziele üblich. Wesentliches Kriterium bei der Zielvereinbarung zwischen Mitarbeiter und Vorgesetztem ist dabei, dass die ausgewählten Kriterien für die Zielvereinbarung durch den jeweiligen Mitarbeiter persönlich beeinflussbar sind, die dabei jedoch nicht gleichzeitig die Zielerreichung einer Gruppenprämie negativ beeinflussen. Kriterien für die Leistungsprämie könnten beispielsweise qualitative Faktoren wie die Selbstständigkeit beim Arbeiten, die Kreativität der Mitarbeiter oder auch die Qualität der geleisteten Arbeit sein. Die Gruppenprämie könnte dann anhand von Zielen wie Verbesserung der Produktivität oder auch die Senkung des Ausschusses in der Produktion sein. Vorstellbar sind hierbei die unterschiedlichsten Kriterien. Sie sind im Maßgeblichen von der Art der Unternehmensstrategie und Zielen des Unternehmens abhängig. Beispiele aus der industriellen Praxis zeigen, dass mit derartigen Entlohnungssystemen unter Produktionsmitarbeitern langfristig Produktivitätssteigerungen von rund 15 Prozent, nachhaltige Steigerungen der Qualität wie auch eine verbesserte Kommunikation im Unternehmen erreicht werden können [100].

2.6.3 Erfolgsbeteiligung

Erfolgs- oder Gewinnbeteiligungssysteme gehören zu den leistungsorientierten Entlohnungsarten, die erfolgsabhängig als zusätzliche Vergütung an die Mitarbeiter bezahlt werden. Typisch für diese Modelle ist, dass meist kein Anspruch besteht, sondern auf freiwilliger Entscheidung der Unternehmenseigentümer oder des obersten Managements zustande kommt [39]. Da dieses Modell vom Geschäftsergebnis abhängig gemacht wird, ist es aus Gründen der Vollständigkeit genannt, wird in den weiteren Betrachtungen aber nicht weiter berücksichtigt.

2.7 Pay for Performance

Pay for Performance ist ein Vergütungsmechanismus, der Unternehmen für das Erreichen von Leistungs- und Erfolgszielen belohnt. Die American Medical Association definiert Pay for Performance als „... describes a model of reimbursement that relates payment to one or several measures which are based on individual or group performance“ [3]. Das Institute for Medicine erweitert diese Definition um den Faktor, dass es sich bei Pay for Performance nicht ausschließlich um einen Vergütungsmechanismus handelt, sondern dass es ein Mechanismus ist, der diejenigen, die eine gute Leistung erbringen oder Kosten reduzieren, belohnt. Das Ziel dabei ist, finanzielle Anreize zu nutzen, um einen fortlaufenden Verbesserungswettbewerb in Gang zu setzen, durch den eine hohe Qualität der Pflege für alle sichergestellt wird [60].

Pay for Performance wird als Anreizmechanismus zur Erzielung von Qualitätsverbesserungen angesehen. Das SVR-Gutachten aus 2007 spricht davon, dass eine Vergütung mit Qualitätsfokus ein Finanzierungssystem ist, das die Qualität der Leistungserbringer in den Mittelpunkt stellt [40]. Grundsätzlich sind alle Formen der Vergütung mit einem Anreizmechanismus verbunden. Doch während zum Beispiel transaktionsbasierte Vergütungsformen wie Einzelleistungsvergütungen – hierunter fallen auch tagesgleiche Pflegesätze – den Anreiz einer Verlängerung der Verweildauer wecken und Kopfpauschalen eher dazu führen, dass möglichst wenige Leistungen erbracht werden, wird mit dem Pay-for-Performance-System ein System eingesetzt, das Qualitätsziele über Leistungs- und über Volumenziele setzt und somit Fehlanreize durch als zielführend eingeschätzte Anreize ersetzt. Der damit verbundene Steuerungsmechanismus soll dafür sorgen, dass Leistungen bedarfsgerecht und wirtschaftlich erbracht werden, wobei das Finanzierungsrisiko zwischen der leistungserbringenden Klinik und den Leistungsfinanzierern möglichst gerecht verteilt werden soll.

Pay for Performance (P4P) wird heute bereits in der Finanzierung des Gesundheitswesens eingesetzt. Prominentestes Beispiel dafür ist das flächendeckend in Großbritannien durch das National Health Service (NHS) eingesetzte P4P-System für Hausärzte. 2007 beteiligten sich 97 Prozent der Ärzte am Programm, obwohl es freiwillig ist [79]. 2003 wurde diese Vergütungsform erweitert und ist heute unter dem Namen Quality and Outcomes Framework (QOF) bekannt. Dieses weltweit einzigartige Leistungsbewertungssystem

basiert dabei auf klinischen, Praxisorganisations- und erfahrungsbasierten Patientenmessgrößen. Anhand von 146 Qualitätsindikatoren mit insgesamt 1.050 zu vergebenen Punkten wird beurteilt, inwiefern Qualitätsmessgrößen erfüllt werden. Die Arztpraxen werden dabei mittels Punktesystem bewertet, die je nach Indikator unterschiedlich verteilt sind, um die Wichtigkeit und den Nutzen der einzelnen Kategorien widerzuspiegeln. Jeder erreichte Punkt wird dabei mit einem finanziellen Bonus vergütet. Für die Bewertung wird meist auf Indikatoren in fünf Dimensionen zurückgegriffen. Dazu zählen Prozess und Ergebnis wie auch die Patientenzufriedenheit, die Kosteneffizienz und der Einsatz von Informationstechnologie. Rund die Hälfte der Indikatoren bezieht sich dabei jedoch auf die klinische Qualität der Leistung [45].

Erste Erfahrungswerte und Anpassungen des zu erreichenden Punktezieles haben gezeigt, dass für die praktischen Ärzte in Großbritannien eine Steigerung ihres Bruttoeinkommens von bis zu 33 Prozent möglich ist, in Abhängigkeit davon, wie viel sie wieder in ihre Praxen reinvestieren, um die hohen Qualitätsstandards aufrecht zu erhalten [89]. Vor allem im ersten Jahr der Einführung des neuen Systems konnte festgestellt werden, dass sich die Qualität der Versorgung durch die Hausärzte durch das neue Vergütungssystem erhöht hat [46]. Bevor es jedoch zu einer flächendeckenden Einführung eines derartigen Systems kommen kann, muss Gewissheit über mindestens drei Fragestellungen vorhanden sein, um die Vorteile eines leistungs- und erfolgsorientierten Vergütungssystems erlangen zu können. Das britische P4P-System hat bewiesen, dass Anreize das Verhalten beeinflussen können, dadurch dass durch die Auszahlung eines finanziellen Bonus die Qualität des medizinischen Prozesses erhöht werden konnte. Außerdem hat es gezeigt, dass es ausschlaggebend ist, den Ausgangspunkt zu kennen, mit dem die Zielerreichung verglichen wird. Übertragen auf das in dieser Arbeit beschriebene Modell heißt das, dass vor Einführung des erfolgsorientierten Vergütungssystems bekannt sein muss, welches Ausmaß an qualitätsadjustierten Lebensjahren heute im Durchschnitt in den bewerteten Indikationen erzielt wird. Wird diese Zielmessgröße unter dem heute bereits erzielten Wert festgelegt, ist es nicht weiter verwunderlich, wenn ein Großteil der teilnehmenden Kliniken dieses Ergebnis auch im nächsten Jahr erfüllen bzw. übererfüllen und es zu deutlichen Mehrkosten im System kommen würde.

In den USA hingegen ist seit einigen Jahren ein P4P-System in der Klinikvergütung eingeführt. Im Jahr 2006 hatten mehr als die Hälfte aller privaten Gesundheitsinstitutionen

in den USA ein P4P-Programm eingesetzt [94]. Zusätzlich hatten sich ungefähr 40 P4P-Programme auf die Patientenversorgung und Pflege in Krankenhäusern spezialisiert [27]. Kliniken, die bessere Qualität erzielen, Patienten in den Fokus stellen und effiziente Behandlungsprozesse leben, bekommen eine bessere finanzielle Vergütung, als Kliniken mit einer schlechteren Leistung. Das einflussreichste P4P-Programm auf Klinikebene wurde vom Centre for Medicare and Medicaid Services (CMS), das die zwei staatlichen Gesundheitsversorgungsprogramme Medicare und Medicaid verwaltet, 2003 initiiert. P4P-Projekte haben in diesem Fall zum Ziel, einen Bonus an Kliniken auszuschütten, die die erzielte Qualität dokumentieren und veröffentlichen bzw. die bestimmte Qualitätsziele erreichen [21].

Generell geht man von zwei unterschiedlichen Ansätzen aus. Der 1. Ansatz basiert auf der Reglementierung durch eine Aufsichtsbehörde mit Sanktionen für Teilnehmer der medizinischen Gemeinschaft, die medizinische Fehler verursachen. Der 2. Ansatz basiert auf finanziellen Anreizen, die beim Erreichen von Qualitätszielen ausbezahlt werden und dazu dienen, die hohe Qualität in der medizinischen Pflege zu sichern [5].

P4P-Programme werden in den USA als Werkzeug angesehen, um die Qualität der medizinischen Versorgung und Pflege zu verbessern. Die Auswirkungen der Anreizmechanismen durch Langzeitstudien sind jedoch noch nicht bekannt. Um zu bestimmen, ob Pay for Performance-Systeme die Qualität des medizinischen Prozesses oder des Ergebnisses verbessern, wurden bis dato diverse Studien durchgeführt. Eine langfristige Absicherung der Ergebnisse liegt jedoch noch nicht vor. Eine Studie an Patienten mit akutem Myokardinfarkt im Zeitraum 2003 bis 2006 in 54 am CMS-Programm teilnehmenden Kliniken und 446 Kontrollkliniken in den USA konnte keine signifikante inkrementelle Verbesserung der Pflege in den freiwillig am Pay-for-Performance-Programm teilnehmenden Kliniken wie auch keine Verbesserung des Ergebnisses bei akutem Myokardinfarkt feststellen. Gleichzeitig konnte bei dieser Studie aber auch kein Beweis gefunden werden, dass Pay for Performance eine adverse Assoziation in der Verbesserung der Prozessqualität aufweist, die nicht finanziellen Anreizen unterliegen [48]. Auch andere Studien konnten bis jetzt nur schwache Beweise dafür liefern, dass Pay-for-Performance-Programme tatsächlich effektiv funktionieren [9]. Es ist noch nicht abschließend erforscht, inwiefern derartige Anreizmechanismen die medizinische Qualität verbessern [118] und wie hoch ein Bonus sein muss, um die Qualität

signifikant zu erhöhen [49]. Klar ist jedoch, dass die Transparenz im Gesundheitswesen durch Pay-for-Performance-Systeme erhöht wird und die Auswahlentscheidung durch Konsumenten einfacher, da bessere, akkurate und vergleichbare Informationen vorhanden sind, getroffen wird. Qualitätsmessungen als Grundlage für die Vergütung gelten in den USA als Standard. Es wird berichtet, dass amerikanische Akutkliniken durch das Bereitstellen von ausgezeichneter Qualität bis zu 20 Prozent höhere Preise mit den Krankenkassen aushandeln können und im Umkehrschluss auch Versicherungen bis zu 15 Prozent höhere Vergütungen an Kliniken ausschütten, die vorab festgelegte Qualitätsstandards erfüllen.

Mittlerweile findet die Idee einer Vergütung anhand von Qualitätsmaßstäben auch im deutschen Gesundheitswesen Anerkennung [93]. Eine tatsächliche Vergütung anhand von Qualitätsindikatoren in der Form eines Pay-for-Performance-Programmes ist jedoch erst im Aufbau. Unterschiedlichste Projekte wie zum Beispiel das AQUIK-Projekt (Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen) prüfen aktuell die Machbarkeit der Einführung einer leistungs- und qualitätsorientierten Pay-for-Performance-Vergütung unter niedergelassenen Ärzten [74, 97]. Das System dient zurzeit im Wesentlichen zur Gewinnung von Transparenz über die Qualität von ärztlichen Leistungen und der Schaffung einer Grundlage für die Feststellung der ärztlichen Vergütung, steht aber noch dem Nachteil eines zurzeit nicht vertretbaren Aufwandes zur Erhebung und Zusammenführung der notwendigen Daten gegenüber [30]. Doch langfristig sollte auch dieses Hindernis überwunden werden und eine flächendeckende, qualitätsorientierte Vergütung nach Pay for Performance in Deutschland ermöglichen. Experten sehen die Vielzahl der Qualitätssicherungsmaßnahmen bereits heute als P4P-System an, da Vertragsärzte für bestimmte Leistungen nur dann bezahlt werden, wenn sie eine spezielle Qualifikation dafür nachweisen [47].

Das in dieser Arbeit in Kapitel 3 vorgestellte Modell zur Integration einer erfolgsorientierten Komponente in der Vergütung von Rehabilitationsleistungen enthält Elemente, die in allen hier beschriebenen industriellen Methoden vorkommen.

2.8 Einflussgrößen eines leistungs- und erfolgsabhängigen Vergütungssystems

2.8.1 Qualität in der Rehabilitationsmedizin

Qualitätsmanagement zählt zu den Kernaufgaben jedes erfolgreichen Unternehmens, da der Faktor „Qualität“ mitunter eine bedeutende Rolle bei der Vergabe von Verträgen spielt. So werden zum Beispiel in der Automobilindustrie dem Zulieferer nur Gutteile nach dem Einbau in das Endprodukt und nach erfolgter Gesamtfunktionsprüfung vergütet. Spezifische Anforderung dabei ist die Lieferung von 100-prozentiger Qualität der Teile bei vereinbarten Plan- und Mindestmengen. Schlechtheile werden vom Abnehmer nicht vergütet. Ähnliches gilt für fast alle Industriezweige. Darunter befinden sich auch weitere hochsensible Industrien wie zum Beispiel die Medizintechnik. Natürlich wurden in der industriellen Fertigung auch Fehler gemacht. Da man aber wusste, dass nur Teile mit 100 Prozent Qualität bezahlt werden, musste man sich Wege überlegen, wie der Leitgedanke fehlerfreier Teile und Prozesse in der Leistungserstellung so verankert werden könnte, dass es nicht notwendig ist, viele Prüfprozesse durchzuführen, die den Preis des Produktes wesentlich erhöhen.

Mit dem Einzug des TQM-Ansatzes als Management-Philosophie in der japanischen Automobilindustrie in den 1950er-Jahren wurde der Grundstein für einen Eroberungszug qualitativ hochwertiger, preisgünstiger Produkte und Leistungen weltweit gelegt. Der amerikanische Qualitätsexperte Joseph M. Juran war dabei der erste Wissenschaftler, der Qualitätssicherung nicht nur mit statistischen Kontrollverfahren in Verbindung gebracht hat, sondern er war der Meinung, dass der Qualitätsgedanke auch auf Unternehmensführungsebene verankert werden muss, sodass mittels der Vorgabe kontinuierlicher Qualitätsverbesserungsziele einerseits die Kosten gesenkt wie auch andererseits der Gewinn gesteigert werden kann [68]. Die Qualitätskostenrechnung war dabei das wichtigste Instrument um Qualitätsziele zu erreichen. W. E. Deming ist einer der weiteren Wissenschaftler, die dem TQM-Ansatz zum Durchbruch verholfen haben [29]. Sein Forschungsschwerpunkt lag auf statistischen Analysen in Verbindung mit einem 14-Punkte-Programm für das Unternehmensmanagement. Ungefähr zur gleichen Zeit kam auch erstmals der Begriff „Total Quality Management“ auf, der von einem weiteren amerikanischen Wissenschaftler, Armand V. Feigenbaum, erstmals verwendet wurde [43]. Das Qualitätskonzept von Feigenbaum ist ein ganzheitlicher unternehmensweiter Ansatz,

der sich dadurch von Qualitätskontrollkonzepten abgrenzt, dass nicht Qualitätsbeauftragte in den einzelnen Bereichen die Verantwortung übernehmen, sondern dass von Top Management bis hin zur Forschung jeder selbst für seine Arbeit die Verantwortung trägt. Mitte der 1980er-Jahre wurde dem TQM-Konzept eine weitere Perspektive durch Ishikawa hinzugefügt [61]. Seine Arbeit befasste sich hauptsächlich mit internen Kunden-Lieferanten-Beziehungen, wobei alle Mitarbeiter am Qualitätsprozess beteiligt werden sollten. Er war einer der Mitbegründer der Qualitätszirkel, die noch heute ein wesentlicher Bestandteil von TQM sind.

Deming und Feigenbaum waren als Wissenschaftler für die Japanese Union of Scientists and Engineers (JUSE) tätig. Obwohl die Ursprünge des TQM in den USA lagen, wurden sie zuerst in Japan verwirklicht und in die restliche Welt exportiert und an die kulturellen Gegebenheiten angepasst. Im deutschsprachigen Raum zählte seit den 1960er-Jahren Philip B. Crosby zu den bedeutendsten Qualitätsexperten [26]. Es war vor allem die Null-Fehler-Strategie, die schon frühzeitig Umsetzung in der deutschen Industrie fand. Heute sind es vor allem Qualitätsmanagement-Konzepte wie Total Quality Management und Six Sigma, die mit Methoden wie zum Beispiel Quality Function Deployment (QFD), FMEA, Stichproben, Statistic Process Control, Qualitätsregelkarten oder auch Ishikawa-Diagrammen arbeiten, und die in der Industrie und dem Dienstleistungssektor erfolgreich eingesetzt werden.

Es gibt auch heute keine einheitliche Definition von Total Quality Management. Jeder Wissenschaftler, der maßgeblich an der Entwicklung des TQM-Ansatzes beteiligt war, hat andere Schwerpunkte in seiner Arbeit gesetzt. Was allen jedoch gemein ist, sind Merkmale, die sich in allen Arbeiten wieder finden. Die Gesamtheit dieser Merkmale zeigt, wie sich TQM von traditionellem Qualitätsdenken, dem Kontrolldenken, abgrenzt. Als wesentliche Merkmale des TQM-Ansatzes anzusehen sind:

- **Kundenbezogener Qualitätsbegriff**

Im Total Quality Management wird Qualität durch die Anforderungen des Kunden bestimmt.

- **Ganzheitlichkeit des Ansatzes**

D. h. die kontinuierliche Qualitätsverbesserung ist nicht auf einige wenige Mitarbeiter bzw. Unternehmensbereiche beschränkt, sondern wird im gesamten Unternehmen von allen Mitarbeitern gelebt.

- **Integration der Verantwortung im Leistungserstellungsprozess**

Die Verantwortung für Qualität liegt nicht nur bei der Qualitätsmanagement-Abteilung. Jeder Mitarbeiter trägt für den Schritt, den er innerhalb des Leistungserstellungsprozesses durchführt, auch die Verantwortung. Übertragen auf das Gesundheitswesen umfasst dies von der Falschaufnahme der Patientendaten, der mangelhaften Therapieleistung bis hin zu dem nicht dem Rehabilitationsziel entsprechendem Ergebnis alle Tätigkeiten, die während der Leistungserstellung anfallen. Im engen Zusammenhang dazu steht auch die

- **Kunden-Lieferanten-Beziehung**

Im Total Quality Management wird der Kundenbegriff in zwei Dimensionen verstanden. Es gibt sowohl interne als auch externe Kunden. D. h. neben den externen Abnehmern, in der Rehabilitation sind dies zum Beispiel Rehabilitanden oder auch Rehabilitationskostenträger, werden auch Mitarbeiter als Kunden im Leistungserstellungsprozess verstanden. Da es das Ziel ist, Qualitätsansprüchen der Kunden zufrieden zu stellen, haben Mitarbeiter als Abnehmer des ihrer Tätigkeit vorausgegangenen Bearbeitungsschrittes große Bedeutung. Um Qualität im gesamten Prozess kontinuierlich zu verbessern, müssen deshalb nicht nur qualifizierte Mitarbeiter eingestellt, sondern auch der Führungsstil angepasst werden. Den Mitarbeitern muss Wertschätzung entgegengebracht und Möglichkeiten zur persönlichen Entwicklung bereitgestellt werden. Außerdem gilt es Mitarbeiter zur laufenden Erbringung von Qualität zu motivieren.

- **Transparenz**

Durch den Fokus des TQM auf die Kunden-Lieferanten-Beziehung wird als Nebeneffekt auch Transparenz über den gesamten Leistungserstellungsprozess geschaffen.

TQM grenzt sich zu älteren Qualitätsparadigmen dadurch ab, dass sich die Qualität nicht nur auf die Dienstleistung selbst bezieht, sondern dass es sich um ein mehrdimensionales Konstrukt handelt, in dem der Kunde, d. h. der Patient, im Mittelpunkt steht. Der Grundgedanke des TQM dabei beschränkt sich somit nicht auf die Qualität der Leistung und die eingesetzten Ressourcen, sondern umfasst auch die Beziehung zwischen dem Unternehmen und seinen Kunden, Mitarbeitern und der Gesellschaft. Es handelt sich um ein System, das auf den drei Säulen Prozess-, Kunden- und Mitarbeiterorientierung aufgebaut ist [65].

1. Kundenorientierung

Nach der Vorstellung des TQM-Ansatzes ist die Kundenorientierung der leitende Qualitätsgedanke, wobei Qualität mit der Befriedigung der Anforderungen der Kunden gleichzusetzen ist [66]. Übertragen auf die Gesundheitsversorgung, im Speziellen die personenbezogene, medizinische Rehabilitationsleistung, ergibt sich die Problematik, dass es mehrere Abnehmer gibt, deren Interessen bzw. Anforderungen nicht übereinstimmen müssen. Qualität steht dabei im Spannungsfeld der Ansprüche der Patienten, Kostenträger sowie der vor- und nachgelagerten Leistungserbringer. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird die Qualitätsleitlinie „Kundenorientierung“ als Zusammensetzung der Anforderungen der drei Kundenperspektiven gesehen, wobei die Qualitätsansprüche der Kostenträger etwas stärker gewichtet werden. Um Qualität als Bestandteil der Vergütung betrachten zu können, ist es aus der Sicht von Rehabilitationskostenträgern vor allem der Aspekt der Transparenz der erbrachten Leistungen, sowohl in medizinischer als auch ökonomischer Hinsicht, der Bedeutung hat.

2. Prozessorientierung

Beispiele aus der Industrie zeigen, dass mit der Ausrichtung der Abläufe in Unternehmen nach einzelnen Prozessen einerseits die Kosten um bis zu 30 Prozent gesenkt und Fehlerquellen minimiert wie andererseits auch die Qualität der erbrachten Leistungen/Produkte erhöht werden können. Verbunden mit der Umstrukturierung der Ablauforganisation ist dabei auch ein mentaler Veränderungsprozess der Personalressourcen im Unternehmen. Im Fokus steht dabei ein ganzheitliches Qualitätsdenken, das über die eigene erbrachte Leistung hinausgeht und auch vor- und nachgelagerte Prozessschritte betrachtet.

Im Hinblick auf die Rehabilitationslandschaft in Deutschland stellt sich zurzeit die Problematik, dass Kliniken grundsätzlich dreigliedrig strukturiert sind. Die drei Säulen sind dabei ärztlicher Dienst, nichtärztlicher Dienst und Verwaltung. Die funktionale Gestaltung der Kliniken verursacht dabei häufig ein Suboptimum in der Leistungserbringung, da die Mitarbeiter in den einzelnen Einheiten versuchen diese optimal zu gestalten, dabei das Gesamtsystem „Klinik“ aus den Augen verlieren. Schnittstellenprobleme stehen an der Tagesordnung [66].

Beispiele aus der Industrie zeigen, dass mittels der Ausrichtung der Organisation nach den Prozessen sowohl die Effektivität als auch die Effizienz der Leistungserbringung gesteigert werden kann. Dies gilt gleichermaßen für die Rehabilitation. Wenn der Grundlogik gefolgt wird, dass bei der prozessorientierten Erbringung von Dienstleistungen die Gesamtleistung, in diesem Fall der gesamte Rehabilitationsprozess, mehr wert ist als die Summe der von den einzelnen Einheiten (z. B. Pflege, Labor, Therapie etc) erbrachten Leistungen, so wird auch automatisch sichergestellt, dass bei hoher Qualität die Kosten der Leistungserbringung sinken.

Zur Steuerung von prozessorientierten Organisationen haben sich in der Industrie Systeme etabliert, die die unterschiedlichen Perspektiven, die für das Unternehmen für ein langfristiges erfolgreiches Bestehen am Markt von Bedeutung sind, berücksichtigen. Ein Modell, das teilweise auch schon adaptiert im Gesundheitswesen Einsatz findet, ist das von Norton und Kaplan entwickelte Modell der Balanced Scorecard. Der Verein Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) hat u. a. einem Forschungsprojekt mit Fokus auf die Entwicklung von Kennzahlen zur Erhöhung der Transparenz in der Rehabilitation gefördert [87]. Ferner wird mit dem vermehrten Einsatz betriebswirtschaftlicher Führungsinstrumente der effiziente Einsatz von Ressourcen im Behandlungsprozess gesteuert. Wichtig dabei ist, dass diese ökonomischen Kennziffern nicht nur am Prozessende betrachtet werden, sondern den gesamten Prozess begleiten.

3. Mitarbeiterorientierung

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter hat im TQM-Modell große Bedeutung. Nur zufriedene, motivierte Mitarbeiter sind auf Dauer in der Lage, qualitativ hochwertige, effiziente Leistungen zu erbringen. Aufgrund der Hierarchien in Kliniken ergibt sich ein verzerrtes Bild. Mitarbeitern im Pflegedienst oder Therapeuten, die einen beträchtlichen Teil des Rehabilitationsprozesses mit dem Patienten verbringen, wird oft eine geringere Wertschätzung entgegengebracht als der Berufsgruppe der Ärzte, obwohl vor allem die von ihnen erbrachten Leistungen maßgeblichen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben. Qualitätsmanagementstrategien legen großen Wert auf einen partizipativen Managementprozess. Teamarbeit steht dabei im Vordergrund. TQM verfolgt „eine Führungsstrategie des Empowerments“, wobei häufig Coaching-Modelle eingesetzt werden [66]. Badura macht des Weiteren darauf aufmerksam, dass hohe Krankheitsquoten ein Indikator für mangelnde Arbeitsbedingungen sind, die wiederum als Ursache für

Qualitätsmängel angesehen werden können [6]. In der Industrie gelten hohe Abwesenheitsraten bereits als Barometer für die Arbeitszufriedenheit.

Implementierung von TQM im deutschen Gesundheitswesen

Erfahrungen zur Implementierung des TQM-Ansatzes im Gesundheitswesen in Deutschland zeigen, dass der Wandel von einem System, das Qualität über Jahrzehnte als Ergebnis angesehen hat, hin zu einem System, das hohe Qualität als Basis für medizinischen und ökonomischen Erfolg ansieht, nicht einfach zu bewerkstelligen ist, da die gesamten Ablauf- und Aufbauorganisation sowie die Unternehmenskultur von einer Veränderung betroffen ist.

Umfragen zeigen, dass mit der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes in Deutschland circa 73 Prozent der Krankenhausleitungen die Einführung von Total Quality Management in Erwägung gezogen haben [54]. Seit den 1990er Jahren arbeiten Kliniken bundesweit daran, TQM einzuführen. In vielen Kliniken sind mittlerweile Instrumente wie z. B. Qualitätszirkel installiert, EFQM-Modelle implementiert oder Kliniken haben eine Zertifizierung nach KTQ erlangt. Neuere Studien zeigen jedoch, dass nur in wenigen Kliniken TQM tatsächlich gelebt wird. Im Klinikum Ludwigshafen am Rhein wird zum Beispiel schon seit 1994 an der Einführung eines Total Quality Managements gearbeitet [50]. Immer wieder gab es während des Einführungsprozesses Widerstände aller Führungsebenen. Auch andere Kliniken berichten von ähnlichen Widerständen bei der Einführung eines ganzheitlichen Qualitätsansatzes.

Übertragen auf die medizinische Rehabilitation kann der Einsatz der Total-Quality-Management-Philosophie in Rehabilitationskliniken dazu genutzt werden, Entscheidungen darüber zu fällen, mit welchen Kliniken Versorgungsverträge ausgebaut werden sollten. Außerdem eignet sich der Faktor „Qualität“ unter anderem auch dazu, die Versorgungsstruktur zu steuern und die Vergütung der erbrachten Leistungen danach zu bewerten. Um die Effizienz und Effektivität medizinischer Leistungen zu gewährleisten, ist es auf jeden Fall lohnenswert, einen langfristigen Veränderungsprozess auf sich zu nehmen und die Klinik-Organisation zu einem System, das kontinuierliche Qualitätsverbesserung lebt, zu entwickeln.

Das folgende Kapitel zeigt, wie Qualität in der medizinischen Rehabilitation definiert wird. Um Qualität als Einflussfaktor der Verrechnung von medizinischen Leistungen zu nutzen, müssen auch Messverfahren vorhanden sein, die Qualität operationalisierbar machen. Ein Überblick über die wesentlichen in Deutschland eingesetzten Qualitätssicherungsverfahren und Qualitätsmanagement-Instrumente zeigt, wie aktuell versucht wird die Qualität der medizinischen Leistungen intern und extern zu gewährleisten.

Der Unterschied zwischen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement attestiert sich darin, dass Qualitätssicherungsverfahren von extern eingesetzt werden, um Transparenz zu schaffen und die Rehabilitation als wesentliche Säule im deutschen Gesundheitssystem zu etablieren und Leistungserbringer mit wertvollen Informationen über ihre Stärken und Schwächen zu versorgen, um sie für das interne Qualitätsmanagement zur Verfügung zu stellen [81]. Laut § 135a Abs. 2 SGB V umfasst die externe Qualitätssicherung alle *„verpflichtende einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung mit dem Ziel die Ergebnisqualität zu verbessern“* [12]. Hildebrand wiederum definiert externe Qualitätssicherung mit dem *„Nachweis von Qualität – im Sinne von Beachtung exakt vorgegebener Regeln – nach außen“* [56]. Die externe Qualitätssicherung in der Rehabilitation dient hauptsächlich einem Vergleich von Kliniken.

Das Sozialgesetzbuch IX verpflichtet sowohl Leistungsträger zur Qualitätssicherung als auch Leistungserbringer ein Qualitätsmanagementsystem aufzubauen [108]. Abbildung 6 stellt die wesentlichen Unterschiede zwischen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement dar.

Unterschiede	Qualitätssicherung	Qualitätsmanagement
Definition	Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen zur barrierefreien Leistungserbringung	Zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen zur Gewährleistung und kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Versorgung
Durchführende Institution	Rehabilitationsträger	Leistungserbringer
Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IQMP-Reha (Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten) ▪ QS-Reha (GKV) ▪ Qualitätssicherungsprogramm (RV) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsmanagement-Beauftragter ▪ Qualitätszirkel ▪ Patienten-, Mitarbeiterbefragung ▪ Systematisches Beschwerdemanagement ▪ Qualitätsbarometer (IQEM)
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schaffung Voraussetzung zur barrierefreien Leistungserbringung ▪ Vergleichende Qualitätsanalysen ▪ Grundlage effektives Qualitätsmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewährleistung und kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Leistungen ▪ Erfüllung der Anforderungen aus § 137 d SGB V

Abbildung 6: Unterschiede Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (in Anlehnung an SGB IX)

Da Qualität Nutzen schafft, müssen Ergebnisse implementierter Qualitätsmanagement-Systeme zur Gewährleistung und kontinuierlichen Verbesserung der Qualität bei der Preisgestaltung durch Rehabilitationsträger als Anreiz- bzw. Sanktionsmechanismus berücksichtigt werden. Qualität als Bestandteil eines erfolgsabhängigen Vergütungssystems zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern anzusehen, ist ein Weg, um einerseits Rehabilitationskliniken für ihr Bemühen zu honorieren oder zu sanktionieren, andererseits wird aber auch durch den monetären Effekt der ökonomische Nutzen der Rehabilitation bei den Kostenträgern verdeutlicht und gleichzeitig die Leistungserbringung nach Leistungs- und Erfolgskriterien gerechter gestaltet.

Das Kapitel 2.8.1.1 zeigt ausgehend von einer Definition der medizinischen Qualität in den Dimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis, welche Instrumente eingesetzt werden können, um einerseits klinikinterne Stärken und Schwächen in den einzelnen Qualitätsparametern aufzuzeigen, andererseits aber auch um Klinikvergleiche (Benchmarking) zu ermöglichen und die Position der Klinik am Rehabilitationsmarkt zu bestimmen [85].

In Kapitel 2.8.1.2 wird der aktuelle Stand der Qualitätssicherung in Deutschland dargestellt. Es wird zusammengefasst, wie sich das Zusammenwirken externer Qualitätssicherungsverfahren und interner Qualitätsmanagementsysteme gestaltet und

schließt mit einer Darstellung der Bedeutung der Qualität in der Rehabilitation als Bestandteil eines leistungs- und erfolgsorientierten Vergütungssystems.

2.8.1.1 Begriffsdefinition Qualität: Dimensionen der Qualität

Der Qualitätsbegriff ist mit einer Vielzahl von Bedeutungen belegt. Erste Überlegungen gab es bereits in der Antike. Aristoteles nahm eine Kategorisierung der Eigenschaften in subjektive, durch die Wahrnehmung zustande kommende, und objektive, von der Sinneempfindung durch den Menschen unabhängige, Qualitäten vor [42]. Der Qualitätsbegriff selbst ist im 16. Jahrhundert entstanden und traf dabei Aussagen zur Beschaffenheit, Güte bzw. Wert abgeleitet vom Lateinischen „qualitas“ [38]. Selbst namhafte Qualitätsforscher konnten sich auf keinen einheitlichen Qualitätsbegriff einigen, sondern setzten jeweils andere Schwerpunkte. Deming fokussiert auf das Zusammenwirken dreier Faktoren: *„dem Produkt, dem Benutzer und der Anleitung / Unterstützung des Gebrauchs“* während Crosby Qualität als *„conformance to requirements“* sieht und Feigenbaum Qualität definiert als *„Quality means best for customer conditions. These conditions are a.) the actual and b.) the selling price“* [86].

Auch im deutschsprachigen Raum wurde versucht, Qualität zu definieren. Auch hier zeigt sich keine Einheitlichkeit. Beispielhafte Qualitätsdefinitionen sind u. a.:

Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit (der Begriff Einheit umfasst sowohl materielle als auch immaterielle Produkte, also auch Dienstleistungen aller Art), bezüglich ihrer Eignung, festgelegte Erfordernisse zu erfüllen [59].

Die Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen aller kundenorientierter Prozesse, Strukturen und Einstellungen hinsichtlich der Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse im humanistischen, ökonomischen und ökologischen Sinne zu erfüllen [53].

Auch wenn es bis heute keine einheitliche Definition von Qualität gibt, die für ein ausgeprägtes Qualitätsbewusstsein auch nicht notwendig ist, so kann doch festgehalten

werden, dass Qualität als ein Bündel von Eigenschaften angesehen wird, die dazu dienen im Vorhinein festgelegte Erfordernisse zu erfüllen [59].

Das Qualitätsbewusstsein war bereits in vorgeschichtlichen Kulturen vorhanden. Aber erst mit Beginn der Industrialisierung haben Prüfverfahren und Qualitätskontrollen an Bedeutung gewonnen, wurden weiterentwickelt und letztendlich auch auf den Dienstleistungssektor übertragen.

Im medizinischen Bereich wird Qualität generell im Hinblick auf die Erreichung individueller Ziele bezogen [104, 105]. Steffen verwendet folgende Definition von Qualität im Bereich der medizinischen Versorgung: „*Qualität medizinischer Versorgung ist die Fähigkeit der Bestandteile dieser Versorgung, legitime medizinische und nichtmedizinische Ziele zu erreichen*“ [113]. Je nach den Beteiligten am Rehabilitationsprozess können diese Ziele unterschiedlich ausfallen. Es handelt sich dabei aber immer um individuelle Ziele. Die Zielerreichung beschränkt sich dabei nicht nur auf die Dimension der Ergebnisqualität, sondern ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das auch den Prozess der Leistungserbringung wie auch die strukturellen Gegebenheiten, in denen die Leistung erbracht wird, berücksichtigt.

Bereits in den 1930er-Jahren wurde versucht, medizinische Qualität zu definieren. Eine einheitliche Bestimmung konnte jedoch nicht gefunden werden. Ein internationaler Lösungsansatz ist die Strukturierung der qualitätsrelevanten Merkmale der medizinischen Versorgung in den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die auf Avedis Donabedian zurückzuführen ist. Er hat sich in den 1960er-Jahren des letzten Jahrhunderts mit Verfahren beschäftigt, mit denen die Qualität im amerikanischen Gesundheitswesen bewertet und überwacht werden kann. Diese Einteilung hat sich auch in der Rehabilitation durchgesetzt. Die deutsche Rehabilitationsforschung hat dieselbe dreigliedrige Einteilung der Qualität in ihre Arbeit übernommen.

In Deutschland hat sich Rehabilitation erst in den letzten Jahren des 20. Jahrhunderts als eigenständige Wissenschaft etabliert. Vor allem in der medizinischen Rehabilitation haben sich an Universitäten erst Ende der 1980er-Jahre rehabilitationswissenschaftliche Forschungsschwerpunkte entwickelt. Zu nennen sind dabei unter anderem die Universitätskliniken in Hamburg und Lübeck sowie die Universitäten in Berlin, Bremen, Freiburg und Ulm. Daneben waren es vor allem die Rentenversicherungen, die einen

wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der Rehabilitationsforschung beigetragen haben. Vor allem im Bereich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements nimmt die Deutsche Rentenversicherung eine Vorreiterrolle ein. Das gemeinsam mit mehreren rehabilitationswissenschaftlichen Instituten entwickelte 5-Punkte-Programm zur Qualitätssicherung ist noch heute eine der bedeutendsten Maßnahmen im Bereich der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. Regionale Forschungsverbände in ganz Deutschland arbeiten an der Weiterentwicklung von Qualitätsthemen, wobei nach wie vor die Dimensionen der Struktur- und Prozessqualität im Vordergrund stehen (z. B. Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung Bad Säckingen, Charité Lehrstuhl für Gesundheitssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Institut für Sozialmedizin an der Universität Lübeck, Verband Deutscher Rentenversicherung). Ansätze zur Erforschung der Ergebnisqualität sind weniger verbreitet bzw. beschäftigen sich nur mit dem medizinischen, nicht aber dem ökonomischen Ergebnis. Forschung zur Qualität des medizinischen Ergebnisses wird in den meisten Forschungsverbänden in Deutschland betrieben. Dabei geht es hauptsächlich um die Entwicklung von indikationsspezifischen Instrumenten zur Messung der Ergebnisqualität und somit um die Effektivität medizinischer Leistungen. Erste Entwicklungsansätze, die auch die Effizienz der medizinischen Leistungen mit der Ergebnisqualität in Verbindung bringen, entstehen zur Zeit z. B. am Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin der Universität Ulm wie auch am Universitätsklinikum München. Während dabei Verfahren zur Erfassung der Struktur- und Prozessqualität bereits ausführlich erprobt und teilweise deutschlandweit im Einsatz sind, sind Methoden zur Bewertung der Ergebnisqualität in der Rehabilitation noch im Entwicklungsstadium und werden pilothaft (z. B. am Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin der Universität Ulm) getestet. Selbst in der Akutmedizin gibt es nur wenige Studien, die sich mit der Bewertung der medizinischen Ergebnisqualität befassen [99].

Struktur, Prozess und Ergebnis werden im Gesundheitswesen als wesentlicher Parameter der Qualität in der medizinischen Versorgung angesehen. Eigene Entwicklungsansätze zur Bestimmung der Qualität in der Rehabilitation in Deutschland haben sich nicht hervor getan. Daher werden im Folgenden die Qualitätsdimensionen nach Donabedian genauer beschrieben und hervorgehoben, wie sie in der deutschen Rehabilitationslandschaft integriert werden.

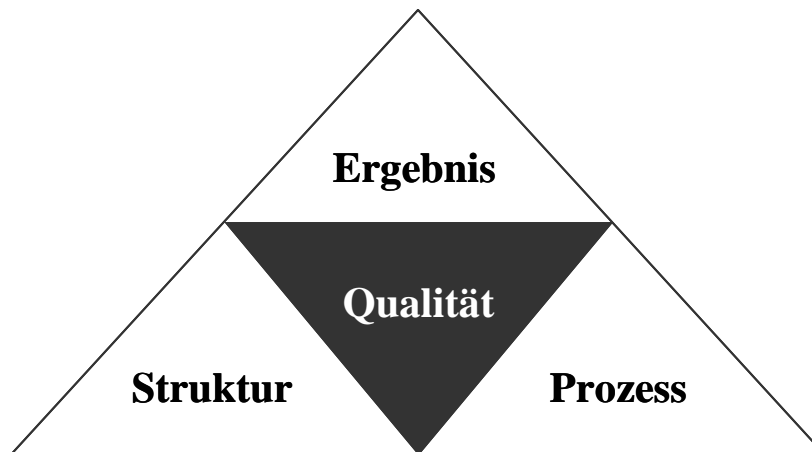


Abbildung 7: Qualitätsdimensionen nach Donabedian

„By ‘structure’ I mean the relatively stable characteristics of the providers of care, of the tools and resources they have at their disposal, and of the physical and organizational settings in which they work. The concept of structure includes the human, physical, and financial resources that are needed to provide medical care. The term embraces the number, distribution, and qualifications of professional personnel, and so, too, the number, size, equipment, and geographic disposition of hospitals and other facilities.” [34].

Strukturqualität befasst sich somit mit sämtlichen organisatorischen und infrastrukturellen Gegebenheiten des Gesundheitssystems, die Einfluss auf die medizinische Leistung haben. Ihre Merkmale bestimmen die Möglichkeit zur Erbringung von Leistungen.

In der deutschen Rehabilitationsforschung teilen Koch und Schulz Strukturmerkmale zusätzlich in so genannte „harte“ Merkmale in Bezug auf die Ausstattung in Kliniken und „weiche“ Faktoren, die sich hinter den konzeptionellen Merkmalen der Abläufe verbergen, ein [75]. Wesentliche Strukturmerkmale sind dabei

- Personal
- Medizin-technische Ausstattung
- Räumliche Gegebenheiten
- Angebot an therapeutischen Leistungen sowie die
- Abbildung des Indikationsspektrums.

Hinter diesen konzeptionellen Merkmalen verbergen sich „weiche“ Faktoren in der Struktur wie z. B.

- Das interne und externe Netzwerk der Kliniken (von internen Besprechungen, über Qualitätszirkel bis zu externen Meetings mit anderen Rehabilitationskliniken)
- Schwerpunkte in den angebotenen Therapieleistungen
- Qualifizierungs-/ Weiterbildungsmaßnahmen der Mitarbeiter.

Ein ähnliches Verständnis für Strukturqualität in klinischen Einrichtungen findet sich auch bei weiteren Qualitätsforschern.

Damit wird klar, dass sich Strukturkriterien vor allem dazu eignen, Kliniken ausführlich zu beschreiben. Da es sich um eine deskriptive Erfassung handelt, haben Erhebungen der Strukturmerkmale einzelner Kliniken nur informatorischen Charakter, der zur Zuweisungssteuerung durch Rehabilitationsträger verwendet werden können. Ein Vorhalten eines bestimmten Ausmaßes an Struktur, sei es in Form von Personal, in Deutschland gesteuert durch Personalschlüssel wie auch diagnostischen Möglichkeiten, gilt als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Rehabilitation und ist Basisanforderung für eine Vertragsvereinbarung zwischen Kostenträger und Versorgungseinrichtung.

Obwohl die meisten Qualitätssicherungsprogramme die Strukturqualität erfassen, wurde lange Zeit keine Bewertung der Kriterien vorgenommen. Je nach erhobenen Parametern und dem Ausführlichkeitsgrad sind derartige Erhebungsbögen trotzdem für eine Zuweisungssteuerung geeignet, da sie Aufschluss darüber geben, ob nur Mindestanforderungen an die Struktur erfüllt oder auch zusätzliche Leistungen geboten werden. Im Gegensatz dazu wird in zahlungsgesteuerten Gesundheitssystemen wie z. B. in den USA schon seit Jahrzehnten eine Akkreditierung nach genau definierten outcomebezogenen Qualitätsstandards als Voraussetzung angesehen, um Bettenzuweisungen zu erhalten [73, 128]. Der Trend zu Akkreditierungen bzw. Zertifizierungen ist seit einiger Zeit auch in Deutschland zu vermerken. Wissenschaftliche Studien bzw. Vergleiche, welcher der beiden Wege besser geeignet ist, um Qualität zu sichern und dabei gleichzeitig die Bettenbelegung zu steuern, sind in Deutschland noch nicht vorhanden. Diese Forschungslücke ist für das Ziel dieser Arbeit jedoch nicht

relevant. Des Weiteren werden Zertifizierungen im Bundesgebiet zurzeit häufig im Marketing genutzt, um sich nach außen darzustellen und sich gegenüber von Konkurrenten hervorzuheben.

Eine systematische Erhebung und Bewertung von Strukturmerkmalen zur Steuerung der Bettenbelegung und für Klinikvergleiche wird in Deutschland erst seit kurzem durch verschiedene Fachgesellschaften empfohlen. So haben z. B. unterschiedliche Kostenträger Basis- und Zuweisungskriterien an die Strukturen der Rehabilitationseinrichtungen formuliert, die erfüllt werden müssen, um bei der Belegung berücksichtigt zu werden [119].

Anfang der 1990er-Jahre wurde in Deutschland von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte auf konzeptioneller Ebene die Basis für ein koordiniertes, wissenschaftlich verwertbares Qualitätssicherungsprogramm in der medizinischen Rehabilitation geschaffen. Da sich dabei in der Industrie bewährte Instrumente zur Qualitätssicherung wie DIN oder ISO-Normen für eine Übertragung auf die Rehabilitation als nur bedingt geeignet herausgestellt haben, wurde auf das unter 2.8.1.1 beschriebene Qualitäts-Modell von Donabedian, mit dem Ziel ein pragmatisches Erhebungsset für alle drei Qualitätsdimensionen zu entwickeln, zurückgegriffen. Mit diesem neuen Instrumentarium sollte es nicht nur möglich sein die verschiedenen Ebenen untereinander in Beziehung zu setzen, sondern es sollte auch eine klinikvergleichende Bewertung ermöglichen und somit der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und der Verband der Deutschen Rentenversicherungsträger (VDR) haben z. B. gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Freiburg und den Spitzenverbänden der Krankenversicherung 2002 einen Kriterienkatalog zur Bewertung der Qualität der Struktur der Rehabilitations-Leistungserbringer in den sieben bedeutendsten somatischen Indikationsbereichen definiert [62]. Mit diesem Katalog wurde ein Standardwerk geschaffen, um die Strukturqualität der Kliniken nicht nur zu beschreiben, sondern auch um Transparenz am Klinikmarkt zu schaffen, indem die erhobenen, standardisierten Strukturdaten für Klinikvergleiche eingesetzt werden können.

Nach einer Testphase in den Jahren 1996 bis 1998 wurde das Erhebungsset auf die speziellen organisatorischen und verwaltungstechnischen Anforderungen der

Rentenversicherungsträger angepasst. Im ersten Schritt wurde das Instrument zur Strukturbewertung flächendeckend eingeführt.

Um eine hohe Qualität der medizinischen Leistungen sicherzustellen, ist eine adäquate Strukturqualität zwar ein wesentlicher, aber kein hinreichender Faktor. Erst die Erweiterung um die Dimension der Prozessqualität und schlussendlich um die Ergebnisqualität der medizinischen und ökonomischen Leistung ergibt ein vollständiges Bild.

“’Process’ of care is a set of activities that go on within and between practitioners and patients.“ [34].

Prozessqualität umfasst das gesamte ärztliche und nicht-ärztliche Handeln. Der Fokus liegt auf Fragestellungen der Angemessenheit von durchgeführten Therapieleistungen, der Diagnostik sowie der sachgerechten Durchführung der Behandlungsmaßnahmen am Rehabilitanden. Diese Auffassung von Prozessqualität findet sich unter anderem auch bei Eldar, der sagt, *„elements of process consist of those activities of rehabilitation professionals that result in desired outcomes“* [40]. Es gibt dabei eine Vielzahl von qualitativen und quantitativen Indikatoren, mit denen sich die Qualität des Rehabilitationsprozesses bestimmen lässt. Messgrößen dabei sind beispielsweise die Zufriedenheit des Rehabilitanden mit dem Behandlungsprozess wie auch die Behandlungskosten in Form von Kosten für therapeutischen Leistungen, Laborleistungen und Pflegeleistungen. Im amerikanischen Gesundheitswesen und speziell im US-amerikanischen Rehabilitationssystem wird schon seit langem auf externe Qualitätssicherung zurückgegriffen. Eigene Akkreditierungsgesellschaften wie z. B. CARF erarbeiten Performanceindikatoren, mit denen einerseits eine hohe Qualität sichergestellt wird, die sich andererseits aber auch im Vergütungssystem wieder finden. Wilkerson et al. beispielsweise benennen Performance-Indikatoren hinsichtlich des Rehabilitationsprozesses, die explizit die Behandlung von Patienten mit chronischen Krankheiten und Funktionseinschränkungen zum Inhalt haben [129].

In Deutschland wird, um die Prozessqualität einzelner Leistungserbringer bewerten zu können, hauptsächlich auf Begutachtungs-Verfahren zurückgegriffen. Das in der deutschen Rehabilitationslandschaft am meisten verbreitete Verfahren ist das so genannte Peer-

Review-Verfahren. Die Erhebung der Prozessqualität als zweiter Baustein des Qualitätssicherungsverfahrens der Rentenversicherung wurde in der ersten Phase 1997 von einer Gruppe von 100 Kliniken auf freiwilliger Basis durchgeführt. 1999 wurde es für alle Kliniken mit somatischen Indikationsschwerpunkten, die von der deutschen Rentenversicherung belegt werden, eingeführt [122]. Dabei werden anonymisierte Entlassungsberichte durch erfahrene, geschulte Mediziner geprüft. Grundlage ist dabei eine von indikationspezifischen Expertengremien entwickelte Checkliste mit qualitätsrelevanten Prozessmerkmalen. Das Peer-Review-Verfahren ermöglicht es somit den Leistungserbringern zu erkennen, wo ihre Stärken und Schwächen liegen, indem Qualitätsmängel festgehalten werden [121]. Durch den standardisierten Einsatz des Peer-Review-Verfahrens, wobei immer sechs Dimensionen bewertet werden (Anamnese, Diagnostik, Therapieziele / Therapie, Klinische Epikrise, Sozialmedizinische Epikrise und weiterführende Maßnahmen zur Nachsorge), wird auch ein klinikübergreifendes Benchmarking der Qualität des medizinischen Prozesses ermöglicht [63].

Neben externen Verfahren wie der Peer Review bietet das interne Qualitätsmanagement noch die Instrumente der Patienten- und Mitarbeiterbefragung, die Hinweise auf die subjektiv empfundene Qualität der erbrachten Leistungen hinsichtlich quantitativer und qualitativer Faktoren geben können. Prozessindikatoren einer Patientenbefragung können unter anderem sein:

- Betreuung durch Ärzte (z. B. Anzahl der Visiten, Erreichbarkeit)
- Betreuung durch Pflegepersonal
- Betreuung durch sonstiges medizinisches Personal
- Organisation des Rehabilitationsaufenthaltes (Aufnahme- und Entlassprozess, Besuchszeiten, Weckzeiten, Planung Tagesablauf Patient).

Im Hinblick auf Mitarbeiterbefragungen können wertvolle Informationen zur Qualität des Leistungserbringungsprozesses gewonnen werden, indem indirekte Aspekte der Leistungserstellung bewertet werden. Dazu gehören unter anderem

- Informationen über das Führungsverhalten
- Abteilungs- und berufsgruppenübergreifender Kommunikationsfluss oder auch
- die Aufbauorganisation der Klinik.

Obwohl mit dem Peer-Review-Verfahren ein aussagekräftiges Verfahren zur Erhebung der Prozessqualität entwickelt wurde, ist es für ein ganzheitliches Qualitätsverständnis in der Rehabilitation nicht ausreichend, nur auf Struktur und Prozess zu fokussieren. Die Messung von Struktur und Prozess ist durchaus nützlich zur Schaffung von Transparenz und zur Steuerung der Belegung. Die Qualität der Behandlung und somit der medizinische und ökonomische Erfolg kann bislang noch nicht hinreichend abgebildet werden. Im Rahmen dieser Arbeit wird ein Weg verfolgt, wie unter Berücksichtigung des Erfolgs einer Rehabilitations-Maßnahme das Vergütungssystem zusammengesetzt sein könnte, um eine Anreizwirkung auf Rehabilitationskliniken auszuüben, hohe Qualität im Leistungserstellungsprozess zu gewährleisten. Zur Vervollständigung der Qualitätsdimensionen nach Donabedian folgt nun abschließend eine Erläuterung zur Ergebnisqualität.

„Outcome“ means „a change in a patient’s current and future health status that can be attributed to antecedent health care“ [34].

Ergebnisqualität befasst sich mit der Effektivität und Effizienz der Veränderungen des Gesundheitszustandes des Rehabilitanden, die auf das medizinische Handeln während der Rehabilitations-Phase zurückzuführen sind [35]. Darunter wird einerseits der Grad der Zielerreichung gemessen in medizinischen Parametern verstanden, andererseits aber auch die Lebensqualität, die durch den psychischen, sozialen und physischen Gesundheitszustand beeinflusst werden kann.

Das Ergebnis kann dabei grundsätzlich aus zwei Perspektiven – der Perspektive des Rehabilitanden oder der Perspektive von medizinischen Experten – betrachtet werden. Aus Sicht der Patienten kann nur eine subjektive Einschätzung des Ergebnisses erfolgen, während aus medizinischer Sicht einerseits Einschätzung des Ergebnisses durch interne als auch externe Experten erfolgen kann, andererseits aber auch Nachweise des Ergebnisses aus symptomatischer Sicht oder über Dokumentationen langfristiger Effekte wie auch Nebenwirkungen erfolgen können.

Die Messung der Ergebnisqualität im Rahmen der externen Qualitätssicherung durch die deutsche Rentenversicherung fokussiert auf der Patientenbefragung, die im ersten Schritt 1999 rentenversicherungswert institutionalisiert wurde [37]. Mit Inkrafttreten der

Gesundheitsreformgesetze 1989 und 2000 sowie dem SGB IX wurde die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung in Deutschland gesetzlich verankert.

Seit Einführung des externen Qualitätssicherungsprogramms der deutschen Rentenversicherung wurde Qualität in der Rehabilitation verstärkt thematisiert. Vor allem die Anzahl der internen Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die Zunahme von Qualitäts-Zertifizierungen von Rehabilitationseinrichtungen nach EFQM, einem von der Industrie entwickelten Verfahren, bzw. speziell für den Gesundheitsbereich adaptierter Verfahren, ist zu erkennen.

Dabei gilt es bei der Qualitätssicherung die Qualität gesundheitsbezogener Dienstleistungen kontinuierlich zu verbessern.

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von generischen und indikationsspezifischen Assessment-Instrumenten, die in Deutschland eingesetzt werden, um die Ergebnisqualität der Rehabilitation hinsichtlich des Gesundheitszustandes aus Patientensicht zu erfassen. Abbildung 8 gibt einen Überblick über die wesentlichen generischen Instrumente. Hinsichtlich der krankheitsspezifischen Instrumente wurde nur eine Auswahl einiger bedeutender Erhebungsinstrumente getroffen [8].

Instrument	Generisch	Krankheits-spezifisch	Rehabilitations-spezifisch
SF-36	X		
IRES-Fragebogen	X		X
Nottingham Health Profile	X		
Sickness Impact Profile	X		
Euroquol EQ-5-D-Fragebogen	X		
Qualitätssicherungsbogen des VDR	X		X
SF-12	X		
Funktionsfragebogen Hannover bei motorischen Störungen		X	
MacNew Heart Disease Quality of Life Questionnaire		X	
Stroke Impact Scale		X	
EORTC-Quality of life Questionnaire – Cancer 30		X	
Allgemeine Depressionsskala, State-Trait-Angstinventar, Symptom-Checkliste 90 – Revised, Subskala Somatisierung		X	
SMFA-D		X	

Abbildung 8 Instrumente zur Ermittlung der Ergebnisqualität, eigene Darstellung

Die dargestellten Instrumente ermöglichen es, den subjektiven Gesundheitszustand vor, während und nach einer Rehabilitationsmaßnahme darzustellen. Um den Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme zu ermitteln sind diese Instrumente jedoch nicht hinreichend, da die erreichte Veränderung hinsichtlich der Teilhabestörung, wie es in § 20 SGB IX gefordert wird, nicht dargestellt werden kann [108]. Um dieser gesetzlichen Anforderung gerecht zu werden ist bisher kein klinisch praktikables Erhebungsinstrument im Einsatz.

Am Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm wurde eine Methode entwickelt, die es zulässt, Veränderungen der individuellen Teilhabestörung mit Bezug zu internationalen Klassifikationen wie der ICF darzustellen. Bei diesem Verfahren wird nicht wie in den bekannten Fragebögen zur Darstellung des subjektiven Gesundheitszustandes einschließlich auf die Einschätzung des Patienten zurückgegriffen, sondern es erfolgt eine Beurteilung der Situation gemeinsam im Gespräch mit dem behandelnden Arzt. Die Methode zeichnet sich des Weiteren dadurch aus, dass eine Unschärfe der Beurteilung zugelassen und nicht artifiziell versucht wird, eine exakte Ausprägung festzulegen [64].

Eine weitere ICF-basierte Methode zum umfassenden Rehabilitationsmanagement mit ergebnisorientierten Ansätzen wurde von Stucki und Shanga entwickelt [116]. Der „Rehab-CYCLE“ ist ein strukturierter Ansatz des Rehabilitationsmanagements, bei dem unter anderem auch die Effekte der Therapie bewertet werden. Ziel dabei ist es, den Gesundheitszustand und die Lebensqualität des Patienten zu verbessern, indem durch den Rehabilitationsprozess die Krankheitsfolgen minimiert werden. Ein wesentlicher Bestandteil dabei ist die „Rehabilitation Problem-Solving Form“, die auf ICF-Klassifizierungen basiert. Mit dem RPS-Formular werden dabei Therapieziele gemeinsam durch den Rehabilitanden und den behandelnden Arzt vereinbart [114]. Obwohl der Rehab-CYCLE eine gute Methode darstellt, um die medizinischen und Effekte einer Rehabilitationsmaßnahme zu beurteilen, fehlt die Möglichkeit, die ökonomischen Effekte bzw. den Nutzen zu bewerten.

Grundsätzlich sollte es das Ziel einer jeden medizinischen Leistung sein, dass sich der Gesundheitszustand des Patienten verbessert. Jedoch ist es aus gesundheitsökonomischer Sicht nicht ausreichend, wenn ausschließlich klinische Effektmaße erhoben werden. Aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten müssen die medizinischen Ergebnisse mit dem dafür

angefallen Kosten in Verbindung gesetzt werden. Ein heute bereits anerkanntes Maß ist dabei der „Nutzenwert“ der Lebensqualität bezogen auf den gesundheitlichen Status sowie die durch die medizinische Leistung erlangte zusätzliche Lebensdauer bewertet. Qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALY) sind dabei ein weit verbreitetes Effektmaß. Dabei werden die gewonnenen Lebensjahre mit der erzielten gesundheitsbezogenen Lebensqualität gewichtet und summiert [76]. Mit dem Konzept der QALY wird das gesundheitliche Wohlbefinden in unterschiedlichen Gesundheitszuständen bestimmt. Der Begriff selbst stammt dabei aus der Lebensqualitätsforschung. Dabei gibt es in Deutschland eine Vielzahl von Instrumenten, die versuchen die gewonnene Lebensqualität nach medizinischen Leistungen zu erfassen. Daraus lassen sich im Folgenden die qualitätsadjustierten Lebensjahre errechnen. Der Euroquol EQ-5D-Fragebogen hat sich dabei auch in Europa als praktikables Erfassungsinstrument durchgesetzt. Er geht von einer Beschreibung des Gesundheitszustandes durch Selbstauskunft der Patienten in Form eines Fragebogens und einer anschließenden Bewertung dieses Zustandes aus. Dabei werden fünf Dimensionen der Gesundheit mit jeweils drei möglichen Ausprägungen bestimmt – Mobilität, Selbstversorgung, gewöhnliche Tätigkeiten, Schmerz, Angst/ Depressionen. Die Auswertungsmöglichkeiten lassen dabei sowohl zeitpunkt- als auch zeitraum-bezogene Messungen zu. Seitz et al. haben dabei 1999 in einer Studie festgestellt, dass der EQ-5D auch für den Einsatz in der Rehabilitation nützlich ist [104].

Ein bedeutender Punkt bei der Outcomebestimmung von Rehabilitationsmaßnahmen ist das Vorhandensein von Prädiktoren. Als Merkmale, die den Erfolg beeinflussen können, kommen in der Literatur häufig soziodemografische Merkmale wie Alter, Geschlecht oder Herkunft vor. Zusätzlich gibt es Merkmale wie die Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen, die Erstdiagnose, die Anzahl der Krankheitstage oder auch Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Rehabilitationsbeginn, der Ausprägungsgrad der Multimorbidität und ähnliches. Der Nachweis von Einflussfaktoren des Rehabilitationserfolges gilt jedoch als schwierig. Es gibt beispielsweise Studien, die keinen oder nur sehr geringen Einfluss des Alters feststellen konnten [72]. Auch das Geschlecht oder der Familienstand konnten nicht als signifikante Merkmale bestätigt werden [72]. Die Ergebnisse bezüglich der Prädiktoren sind jedoch nicht vollkommen eindeutig. Aus diesem Grund werden diese Merkmale im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter berücksichtigt. Gleiches gilt auch für die Compliance der Rehabilitanden. Die vorliegende Arbeit geht von einer Gleichverteilung der Fälle auf die Kliniken durch den zuweisenden Kostenträger aus. Sollte in Ausnahmefällen jedoch

festgestellt werden, dass diese faire Verteilung der Fälle nicht eingehalten werden kann, können durch Rechengrößen bzw. die Bezahlung einer zusätzlichen Risikoprämie die Mehrbelastungen in den betroffenen Kliniken finanziell ausgeglichen werden.

2.8.1.2 Qualitätssicherung in der Rehabilitation in Deutschland – aktueller Stand

Die medizinische Rehabilitation gilt neben der Prävention und der Akutmedizin als wesentliche Säule im deutschen Gesundheitssystem. Mit der Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000 wurde der Stellenwert der Rehabilitation auch gesetzlich verankert sowie der Anspruch formuliert, die Qualität in der medizinischen Versorgung kontinuierlich zu verbessern. Mit freiwilligen Maßnahmen zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements in Rehabilitationskliniken wird nicht nur den Forderungen des Sozialgesetzbuches nachgekommen. Mit der Institutionalisierung eines Qualitätsmanagement-Systems werden Kliniken auch auf externe Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie eventuelle Zertifizierungen vorbereitet.

Im Sozialgesetzbuch V wurden erstmals derartige Regelungen festgehalten. § 135a Abs. 2 SGB V verpflichtet Anbieter der stationären Rehabilitation zur Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements. § 137 Abs. 1 Satz Nr. 6 verpflichtet darüber hinaus zur Verfassung eines strukturierten Qualitätsberichts [15]. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Verfahren und Werkzeuge, die zum Einsatz kommen. Abbildung 9 gibt eine Übersicht über die wesentlichen Qualitätssicherungsprogramme mit klinikvergleichendem Ansatz. Nebenbei haben viele Kliniken auch ein internes Qualitätsmanagement mit Instrumenten wie aktives Beschwerde-Management, Qualitäts-Handbücher, Qualitätsmanagementbeauftragten, Mitarbeiter- und Patientenbefragungen u. v. m. im Einsatz. Hinzu kommen zahlreiche Zertifizierungsverfahren die zeigen, dass am Thema Qualitätsmanagement in Kliniken gearbeitet wird.

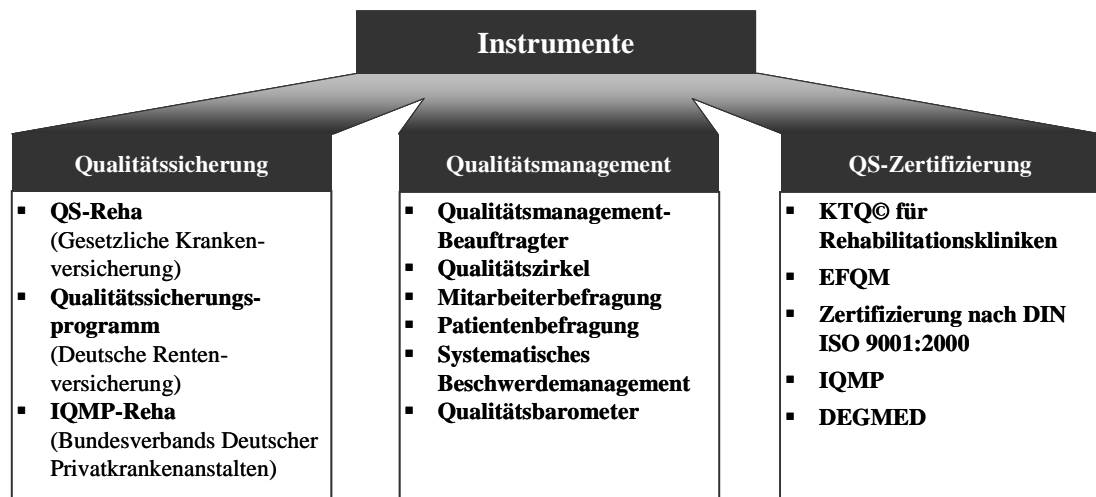


Abbildung 9: Wesentliche Qualitätssicherungsinstrumente in Deutschland

Um die Qualität als Einflussgröße bei der monetären Bewertung der erbrachten Leistungen durch die finanzierenden Träger zu berücksichtigen, ist für eine erfolgsabhängige Komponente von Bedeutung, ob unterschiedliche Therapien gleiche Ergebnisse bringen. Mit Beurteilungsverfahren zur Bestimmung des erzielten Ergebnisses einer Rehabilitationsmaßnahme (siehe Abbildung 8) ist der erste Schritt vollzogen. Die Beurteilung des Rehabilitationsergebnisses als gradierte Teilhabestörung dient somit als ergebnisrelevante Kennzahl, die mit Kostensätzen – Standardkostensätze in Kostenlisten wie GOÄ, EBM oder DKG-NT oder tatsächlichen Kosten in den jeweiligen Kliniken - in Bezug gesetzt werden kann, um ökonomische Effekte der Rehabilitation zu ermitteln [64]. In Kapitel 3 wird weiterführend dargestellt, in welcher Form und welchem Ausmaß eine Erfolgskomponente in der Vergütung von Leistungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern integriert werden kann.

2.8.2 Erfolg in der Rehabilitation

Erfolg in der Rehabilitation ist gleichzusetzen mit dem für den Patienten am Ende des Rehabilitationsaufenthaltes erzielten verbesserten Gesundheitszustandes (Ergebnis). Der Rehabilitand hat wenig Nutzen von der Erbringung des Prozesses, wenn dies nicht zu dem vom Rehabilitanden erwartetem Ergebnis führt. Das Besondere dabei ist, dass der Leistungserbringer nicht sämtliche Faktoren, die den Leistungserstellungsprozess betreffen, beeinflussen kann. So kann der Patient unter anderem Medikamente oder auch Therapien verweigern. Oder es gibt soziale oder genetische Einflussfaktoren, die sich

negativ auf das Rehabilitationsergebnis auswirken können. Folge davon ist, dass der Kostenträger die Erfolgskomponente in der Vergütung der Klinik von Faktoren abhängig machen würde, die diese nur teilweise beeinflussen kann. Dies führt dazu, dass das Ergebnisrisiko einseitig auf die Rehabilitationskliniken übertragen wird, da diese zum Teil keine Möglichkeit haben, unterdurchschnittliche Ergebnisqualität zu vermeiden. Um diesen negativen Effekt einer erfolgsorientierten Komponente bei der Vergütung der Leistung zwischen Kostenträger und Leistungserbringer zu eliminieren, wird in dem in dieser Arbeit verfolgten Modell ein Beurteilungskriterium für die Ergebnisqualität herangezogen, das gänzlich auf den Zielen, die zwischen Arzt und Patient vereinbart werden, aufbaut. Wesentlicher Indikator dabei ist die Lebensqualität des Rehabilitanden. Je höher die für den Patienten erzielte Lebensqualität nach der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen ausfällt, desto besser ist auch die Qualität des Ergebnisses und desto höher wird die erbrachte Leistung in Form einer Erfolgskomponente vergütet.

Lebensqualität kann in unterschiedlichen Dimensionen erhoben werden. Im Laufe der Jahre haben sich in der Outcomeforschung auch unterschiedliche Methoden zur Erhebung der Lebensqualität entwickelt. Abbildung 8 zeigt einige der wesentlichen Instrumente zur Erhebung der Ergebnis- und auch Lebensqualität, die unter anderem Dimensionen wie physische und psychische Gesundheit bewerten. Eine Form dabei ist das Konzept der QALY, auf das auch das in dieser Arbeit verwendete Modell aufbaut. Ein qualitätsadjustiertes Lebensjahr als funktionale Darstellung des Rehabilitationszieles nach ICF anhand der drei Dimensionen Partizipation, Körperfunktion und Aktivität ist dabei wie folgt definiert:

$$U_G = f\{U_{Gt}, [Kt, P_t(A); E_t]; t\}$$

U_{Gt} = eindimensionale präferenzbasierte Gesundheitsbewertung

Kt = Vektor der Körperfunktionen und -strukturen

P_t = Vektor der Partizipation

E_t = Persönliche Kontextfaktoren (zum Beispiel Coping)

In der Literatur findet sich eine Vielzahl von Argumenten, die gegen eine Eignung des Konzeptes der Lebensqualität als Basis für ein ergebnisorientiertes Vergütungssystem sprechen. So zum Beispiel spricht der Punkt der einmaligen Erhebung der erzielten

Lebensqualität laut Greenhalgh et al. gegen eine Eignung als Ergebnismessung im engeren Sinn, da keine Veränderung über den Zeitraum ermittelt wird [51]. Donabedian bemängelt den Informationsverlust, der durch die Aggregation der Erhebungsdimensionen entsteht [35]. Zusätzlich wird in der wissenschaftlichen Diskussion eine methodische Schwäche aufgezeigt. Die Erhebung des Outcomes ist meist sehr aufwendig. Außerdem wird davon ausgegangen, dass Ergebnisse nicht signifikant sind, da Erhebungen nur lückenhaft erfolgen können, da keine Aussagen über die Lebensqualität getroffen werden können, wenn der Patient verstorben ist oder aufgrund physischer und psychischer Probleme nicht antworten kann oder dies auch nicht möchte.

Die vorgebrachten Gründe sind durchaus legitim, führen jedoch nicht zur Abkehr weiterreichender Überlegungen, da die Veränderung des Gesundheitszustandes des Rehabilitanden über einen Zeitraum hinweg bewertet werden. Zusätzlich spricht für die Erhebungssystematik, dass ein unmittelbarer Bezug zu der Situation des Rehabilitanden hergestellt wird und somit der Kundennutzen als Qualitätsfaktor im Vordergrund steht. Dies wiederum entspricht dem Anspruch der Industrie, wo sämtliche Prozesse auf den Kundennutzen ausgerichtet werden und die Ergebnisqualität der erbrachten Leistung als Sanktionsmechanismus im Vergütungssystem berücksichtigt wird. Die Basisannahme dabei ist, dass Sanktionen in Form eines finanziellen Bonus oder Malus als Anreiz agieren, um gute Qualität zu fördern wie auch schlechte zu Qualität zu vermeiden. Eine Form der Sanktionierung bei der Vergütung der Leistung zu berücksichtigen, erscheint vor allem vor dem Hintergrund interessant, dass Kliniken einen Anreiz haben, kosteneffektive Leistungen zu erbringen, wenn die Vergütung höher ist als die für die Leistungen entstandenen Kosten und sich somit ein Gewinn ergibt. Es handelt sich dabei um eine Form des Moral Hazard, der durch eine Berücksichtigung eines Erfolgsbonus oder -malus eliminiert werden kann, da aus betriebswirtschaftlicher Sicht Anreize zur kosteneffektiven Leistungserbringung in Rehabilitationskliniken vom Verhältnis von Kosten und Nutzen ausgehen [102]. Dieser Sichtweise steht konträr die gesellschaftliche Perspektive gegenüber, die Kosten in Bezug auf den Zielerreichungsgrad bewerten, d.h. Kosten-Effektivitäts-Messungen bevorzugen. Das besondere an einer erfolgsorientierten Komponente in der Vergütung ist, dass sie beide Sichtweisen vereint und mögliche Fehlanreize minimiert. Betriebswirtschaftliche Effizienz und medizinische Qualität werden kombiniert eingesetzt, um das bestmögliche Ergebnis für Rehabilitand und Klinik zu erzielen.

3. Ergebnisse

Empirische Analyse der Einflussfaktoren auf ein neues Vergütungssystem

Das vorliegende Kapitel beinhaltet die Dokumentation der empirischen Erhebung sowie die Darstellung der Resultate der betriebswirtschaftlichen Modellrechnung. Ziel der Arbeit ist es, die Auswirkungen eines erfolgsorientierten Vergütungssystems auf die Kostenstruktur von Rehabilitationskliniken aufzuzeigen. Ausgegangen wird dabei von der Hypothese, dass eine erfolgsabhängige Komponente, abhängig von der Ergebnisqualität der Rehabilitationsleistungen, im Vergütungssystem zwischen Kostenträger und Klinik als Anreizsystem genutzt werden kann, und trotz hoher Qualität die Kosten im medizinischen System nicht zu erhöhen.

Zur Erreichung des Zieles werden zunächst die methodischen Grundlagen der durchgeführten empirischen Erhebung vorgestellt. Anschließend wird der Aufbau der Modellrechnung hinsichtlich der Merkmale der fiktiven Modellklinik beschrieben. Eine Sensitivitätsanalyse zeigt dabei, wie sich Schwankungen des erfolgsorientierten Vergütungsanteils auf die wirtschaftliche Situation der Klinik auswirken. Schließlich werden generierte Handlungsempfehlungen in einem Entscheidungsportfolio zusammengeführt und Entwicklungsschritte abgeleitet.

3.1 Auswahl des Untersuchungsobjektes

Voraussetzung zur Durchführung einer empirischen Analyse ist die Festlegung der in der Erhebung berücksichtigen Objekte. Dabei gilt es eine Grundgesamtheit zu definieren und die Form der Auswahl der Objekte festzulegen [115]. Als weiterer Schritt muss das Auswahlverfahren festgelegt werden. Hierbei stehen dem Forscher Voll- und Teilerhebung bzw. Einzelfallstudien zur Auswahl. Die Auswahl kann dabei bewusst oder durch eine Zufallsstichprobe erfolgen [78]. Aus Zeit- und Ressourcengründen kann im Rahmen dieser Arbeit keine Vollerhebung erfolgen. Da heute noch keine erfolgsorientierten Vergütungssysteme in der deutschen Rehabilitationslandschaft im Einsatz sind, kann auch keine Zufallsauswahl durchgeführt werden. Vor dem Hintergrund der Entwicklung einer praxisorientierten Modellrechnung erscheint für die vorliegende Untersuchung eine bewusste Auswahl besser als eine willkürlich generierte. Aus diesen Gründen wurde in

dieser Arbeit auf das Experteninterview zur Erhebung der empirischen Informationen, die am Ende die Modellklinik beschreiben, zurückgegriffen. Zur Bestimmung eines Experten im Sinne der vorliegenden Arbeit eignen sich besonders die Kriterien Indikationsgebiet der Klinik, Größe und Bezug der Interviewpartner zur wirtschaftlichen Situation der Klinik und der erbrachten Leistungen. Es erfolgt dabei ein zweistufiger Auswahlprozess. Zuerst werden die Kliniken anhand von Indikation und Größe ausgewählt. Anschließend werden die zu befragenden Experten ermittelt.

Den Kriterien Indikation und Größe liegt die Hypothese zugrunde, dass unterschiedliche Indikationen eine unterschiedliche Kostenstruktur aufweisen. Wesentliche Indikationen sind dabei Bewegungsapparat, Kardiologie, Onkologie, Psychosomatik und Neurologie. Im Rahmen der Arbeit wurden Experten aus allen genannten Indikationsgebieten befragt und anschließend die Kostenstruktur der Kliniken analysiert und gegenübergestellt. Gegensätzlich der Ausgangshypothese, dass es Unterschiede in den einzelnen Indikationsgebieten gibt, können in der Kostenstrukturanalyse keine signifikanten Abweichungen ermittelt werden. Auch die Größe der Kliniken lässt keine Schlüsse auf unterschiedliche Kostenstrukturen zu.

Dem Kriterium des Bezugs der Tätigkeit des Interviewpartners zur wirtschaftlichen Situation und Qualität der Leistungen liegt die Hypothese zugrunde, dass der Erkenntnisgewinn bezüglich der Zielsetzungen höher ist, da sie sich im Rahmen ihres Berufes mit dem Thema beschäftigen. Für diese Arbeit wird dies angenommen, wenn eine Person als klinischer oder kaufmännischer Leiter in einer Rehabilitationsklinik angestellt ist bzw. im Controlling einer Klinik beschäftigt ist. Die folgende Tabelle gibt einen chronologischen nach Indikation geordneten Überblick über die Untersuchungsteilnehmer.

Tabelle 4 Befragte Kliniken und Experten im Rahmen der empirischen Erhebung

Nr.	Indikation	Größe [Anzahl Betten]	Trägerschaft	Positionsbezeichnung des befragten Experten
1	Kardiologie / Onkologie	200 – 300	Privat	Assistent des Kaufmännischen Leiters
2	Kardiologie / Onkologie	200 – 300	Privat	Chefarzt / Klinischer Leiter
3	Neurologie	100 – 200	Privat	Leiter Controlling
4	Orthopädie	300 – 400	Gemeinnützige	Leiter Controlling
5	Orthopädie	300 – 400	Gemeinnützig	Kaufmännischer Leiter
6	Orthopädie	200 – 300	Privat	Kaufmännischer Leiter
7	Orthopädie	200 – 300	Privat	Chefarzt / Klinischer Leiter
8	Psychosomatik	200 – 300	Privat	Kaufmännischer Leiter

Quelle: Eigene Darstellung

3.1.1 Datenerhebung

Nach Festlegung der zu befragenden Experten muss das Datenerhebungsinstrument und der Aufbau der Interviews festgelegt werden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden Struktur- und Kostendaten sowie Informationen zum eingesetzten Qualitätsmanagementsystem in einem mündlichen Experteninterview ermittelt. Diese Wahl der Form wird damit begründet, dass individuell gestaltete Befragungen einen besseren Zugang zum Know-how der Experten ermöglichen. Außerdem wird dadurch dem Interviewer die Möglichkeit gewährt, differenzierte Antworten zum vorgeschlagenen Modell aufzunehmen. Die Befragung selbst kann als teilstandardisiert klassifiziert werden, da der Fragebogen sowohl standardisierte Teile als auch nicht standardisierte Teile enthält. Die Interviews wurden von der Autorin selbst durchgeführt und sind keiner zeitlichen Begrenzung unterlegen. Dadurch konnte individuell auf die Gesprächspartner eingegangen werden und deren Wissen voll ausgeschöpft werden.

Das Interview selbst wurde durch einen Interviewleitfaden thematisch strukturiert und in eine sinnvolle Abfolge gebracht. Der im Anhang beigefügte Interviewleitfaden ist in 3 Teile untergliedert. Teil 1 erhebt die wesentlichen Strukturmerkmale der Klinik (Größe, Eigentümer, Patienten, Auslastung.). In Teil 2 werden Informationen zu Kostenstruktur und derzeitigen Vergütungsformen eingeholt. Außerdem wird dem Interviewpartner die Möglichkeit gegeben, seine Meinung über die Praxistauglichkeit eines erfolgsorientierten Vergütungsmodells mitzuteilen. Teil 3 schließt mit einer Diskussion zum

Qualitätsmanagement. Hier wird dem Interviewpartner ermöglicht, seine Erfahrungen im Qualitätsmanagement darzustellen. Schwerpunkt liegt dabei auf dem Einsatz der Qualitätssicherungsmaßnahmen in den jeweiligen Kliniken.

Die tatsächliche Datenerhebung erfolgte in mehreren Stufen. Die Kontaktaufnahme erfolgte durch persönliche Kontakte. Zunächst wurde mit einem Telefonat die Bereitschaft zu einem Interview abgefragt. Im affirmativen Fall wurde als Vorbereitung zum Interview der Interviewleitfaden an die Gesprächspartner versendet. Das Interview selbst erfolgte dann anhand des Interviewleitfadens. Alle acht Interviews wurden persönlich durchgeführt. Ziel des Interviews war es, Unterschiede in der Kosten- und Erlösstruktur der Kliniken anhand der Deskriptoren Größe, Trägerschaft und Indikation auszumachen. Die Strukturdaten dienen im Weiteren auch als Basisdaten für die Vergleichsklinik, anhand derer die betriebswirtschaftliche Modellrechnung zur Ermittlung der Auswirkungen einer erfolgsabhängigen Vergütungskomponente durchgeführt wird.

3.1.2 Auswertung der Experteninterviews

Die Expertenbefragung stellt keine repräsentative Umfrage dar. Daher ist eine statistische Auswertung der Daten nur begrenzt möglich. Die quantitative Datenanalyse beschränkt sich auf eine Häufigkeitsanalyse und der Ermittlung der relativen Kostenstruktur. Die untersuchten Rehabilitationskliniken lassen sich mit folgenden Strukturmerkmalen beschreiben.

Tabelle 5 Strukturmerkmale der untersuchten Kliniken, eigene Darstellung

Strukturmerkmal	Klinik A	Klinik B	Klinik C	Klinik D	Klinik E
Indikation	Orthopädie	Neurologie	Orthopädie	Psychosomatik	Kardiologie / Onkologie
Trägerschaft	Privat	Privat	Gemeinnützig	Privat	Privat
Größe (Anzahl Betten)	200 – 300	< 200	301 – 400	200 - 300	200 – 300
Behandelte Fälle	2600	265	5300	7669	3000 – 3200
Verweildauer	-	-	-	RV: Ø 36 T KV: Ø 37 T Privat: Ø 37 T	-
Auslastung	62 %	84,5 %	88 %	92,1 %	92 %

Der Schwerpunkt der Befragung lag bei Kliniken mit einer Bettenkapazität von mehr als 200 Betten. Dies wurde bewusst gewählt, da diese Gruppe in den letzten Jahren die höchsten Zuwachsraten in der Versorgung verzeichnet haben. Ein weiterer Grund für die Auswahl dieser Klinikategorie liegt darin, dass auch in Zukunft davon auszugehen ist, dass die Anzahl großer Einrichtungen zunehmen wird. Der Fokus auf Kliniken in privater Trägerschaft spiegelt auch das generelle Bild in der Rehabilitationslandschaft wider. Da ihnen bereits heute ein höherer Wirtschaftlichkeitsanspruch unterstellt werden kann als Kliniken unter öffentlicher oder gemeinnütziger Trägerschaft, soll die Einführung einer erfolgsorientierten Vergütungskomponente auch anhand einer fiktiven Modellklinik unter privater Trägerschaft erfolgen. Dies kann damit argumentiert werden, dass die privaten Eigentümer einer Klinik in diese nur weiter investieren werden, wenn die Klinik eine Rendite erzielt, die höher ist als die einer alternativen Anlageform. Unterstellt man den Eigentümern eine Gewinnerzielungsabsicht, so werden sie als ökonomisch handelnde Personen nur so lange in die Klinik investieren, so lange sie mindestens den gleichen finanziellen Rückfluss wie aus einer alternativen Investition am Kapitalmarkt erzielen würden. Vor allem für sie wird durch eine Erfolgskomponente in der Vergütung ein Anreiz gesetzt, durch eine bessere wirtschaftliche Nutzung der Ressourcen und qualitativ hochwertigere Leistungen eine höhere Auslastung zu erzielen und somit auch eine Gewinnmaximierung anzustreben. Diese Hypothese impliziert, dass Kostenträger anhand der Qualität und Wirtschaftlichkeit (Kosten-Nutzen-Verhältnis) der Rehabilitationsfälle zuerst Kliniken belegen, die ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis erzielen. Dies ist in der derzeitigen Rehabilitationspraxis in Deutschland nicht gegeben, da Kostenträger je Indikation zuerst eigene Kliniken belegen und erst im zweiten Schritt private Kliniken berücksichtigen. Ausschlaggebend für diese Vorgehensweise ist das in Deutschland praktizierte Modell, dass Kostenträger auch selbst Kliniken betreiben und sie somit nicht nur Financier, sondern auch Leistungserbringer sind. Das im Rahmen dieser Arbeit entwickelte Vergütungsmodell geht davon aus, dass diese Doppelfunktion der Kostenträger keine Auswirkungen auf die Belegungspraxis hat. Fälle werden ausschließlich basierend auf dem Kosten-Nutzen-Verhältnis der Klinik belegt. Es ist davon auszugehen, dass die derzeitige Zuteilungssystematik in der deutschen Rehabilitationslandschaft auch in den nächsten Jahren erhalten bleiben wird. Ein ausschlaggebendes Argument ist hierbei nicht nur das Zuteilungssystem, sondern auch die einseitig nicht mögliche Fallzahlausweitung. Eine Erweiterung ist nur unter beidseitigem Einverständnis zwischen Klinik und Kostenträgern möglich [19].

Im entwickelten Modell wird davon ausgegangen, dass bessere Outcomequalität und ein öffentlich publizierter Kosten-Nutzen-Vergleich auf Klinikebene mehr privat zahlende Rehabilitanden anzieht und somit der Wettbewerb unter den Kliniken für Privatpatienten gestärkt wird. Der tatsächliche Zustrom von Patienten nach der Publizierung von Qualitätsberichten ist in der deutschen Rehabilitationspraxis zurzeit als gering einzuschätzen, da laut den in den Experteninterviews erhobenen Daten der Anteil von Privatpatienten selbst in Privatkliniken weit unter 10 Prozent liegt. Trotzdem kann laut ökonomischer Theorie davon ausgegangen werden, dass erfolgsorientierte Anreizmechanismen einen positiven Beitrag zum Wettbewerbsverhalten unter Rehabilitationskliniken haben werden, auch wenn die Wirkungen sich hauptsächlich auf interne Qualitätsverbesserungen beschränken werden. Dies wiederum kann für Kliniken unter privater Trägerschaft den Vorteil mit sich bringen, dass sie durch den Qualitätswettbewerb eine bessere Marktattraktivität erreichen können und somit auch einen höheren Anteil an Privatkunden (privat zahlende Rehabilitanden) aus In- und Ausland erreichen können. Marktattraktivität bringt zum Ausdruck, wie attributiv eine Branche für Aktivitäten des Unternehmens erscheint. Als Kriterien zur Bestimmung der Marktattraktivität können dabei Größen wie Marktwachstum und Marktgröße, Qualität der Marktteilnehmer, Wettbewerbsintensität (Anzahl und Stärke der Wettbewerber), Umweltsituation (z. B. Gesetzgebung) oder auch Markteintrittsbarrieren sein. Marketing und Marktorientierung für Rehabilitationskliniken bietet in einem Wettbewerbsumfeld viele Möglichkeiten [88]. Auch wenn der zu erwartende Effekt von Patientenbewegungen als gering einzuschätzen ist, wird dadurch gezeigt, wie Anreizmechanismen auf Qualitätsverbesserungen wirken und wie eine marktorientierte Steuerung der Nachfrage funktionieren könnte.

3.1.3 Bestimmung der Höhe einer Erfolgskomponente

Um die Höhe einer Erfolgskomponente festlegen zu können, wird von betriebswirtschaftlichen Überlegungen ausgegangen, die im Folgenden diskutiert werden. Zudem wird versucht, die Höhe der Komponente abzuschätzen. Hierzu wird von einer Erhebung der Kostenstruktur im Rahmen von Experteninterviews in fünf Rehabilitationskliniken in Süddeutschland ausgegangen. Wesentliches Ergebnis dabei ist

die Ermittlung der betriebswirtschaftlichen Fixkosten in der Klinik, da diese auf jeden Fall von den Kostenträgern unabhängig von der erbrachten Qualität zu vergüten sind.

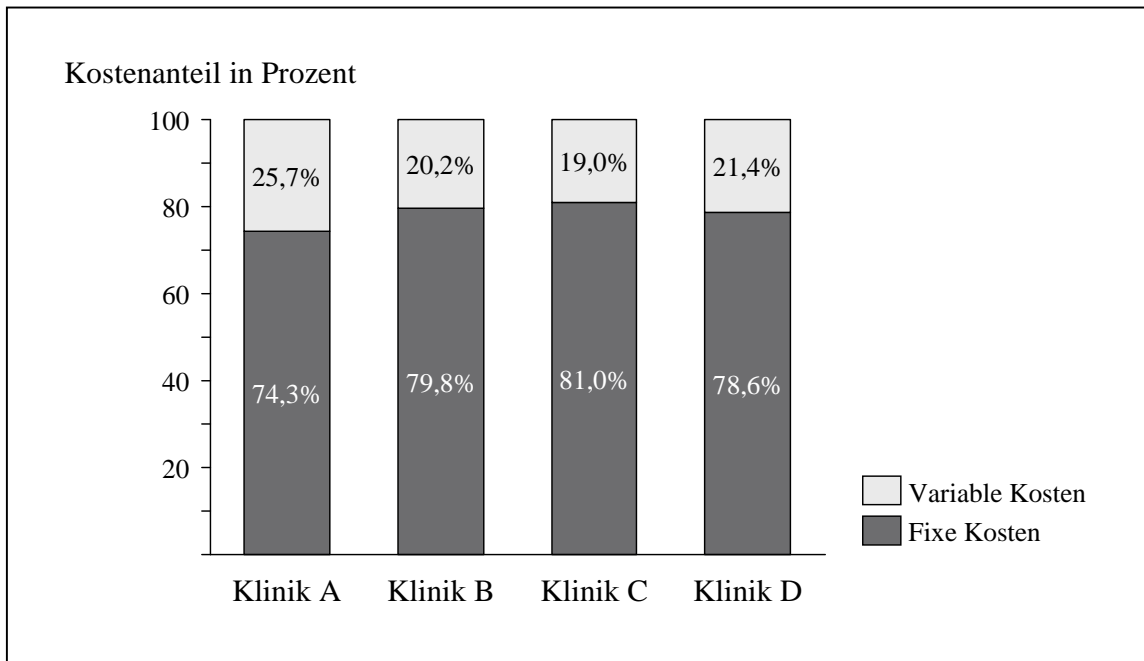


Abbildung 10 Kostenstruktur der untersuchten Rehabilitationskliniken, eigene Darstellung

Abbildung 10 zeigt, dass es in den untersuchten Kliniken trotz unterschiedlicher Indikationen keine signifikanten Unterschiede in der Kostenstruktur gibt. Im Durchschnitt sind 78 Prozent der Kosten in Rehabilitationskliniken fix. Es handelt sich dabei um diejenigen Kostenbestandteile, die auch bei einer Minderauslastung, unabhängig von der Ausbringungsmenge, d. h. der behandelten Fälle, anfallen. 22 Prozent der Kosten sind demnach variabel. Der hohe Anteil an Fixkosten lässt sich durch die spezielle Situation des Rehabilitations-Marktes erklären, da ein bestimmter Schlüssel im Verhältnis ärztliches Personal zu Rehabilitanden bzw. pflegerisch-therapeutisches Personal zu Rehabilitanden eingehalten werden sollte. Somit hat die Rehabilitationsklinik auf den größten Kostenblock kurzfristig keine Einflussmöglichkeiten und auch langfristig ist der Anpassungsbedarf nur sehr gering. Im Klinikbereich gelten somit die gesamten Personalkosten als Fixkosten bzw. sprungfixe Kosten. Gleichmaßen sind Strukturkosten wie zum Beispiel Kosten für Instandhaltung als fix anzusehen. Als variabel gelten Kosten, die sich abhängig von der Auslastung bzw. den behandelten Fällen ändern. Hierunter fallen Kostenarten wie Lebensmittel, medizinischer Bedarf oder auch Wasser oder Energiebedarf. Der ermittelte Fixkostenanteil von 78 Prozent, beziehungsweise ein variabler Kostenanteil von 22

Prozent, kann als hinreichende Abschätzung für das weitere Vorgehen bei der Ermittlung der Höhe der Erfolgskomponente eingesetzt werden.

Tabelle 6 Relativer Anteil der Kostenarten in Rehabilitationskliniken, eigene Darstellung

Kostenart	Anteil in Prozent
Personalkosten	
- medizinisch / therapeutisches Personal	33
- Verwaltungspersonal	7
- Servicepersonal	16
Sachkosten	
- Medizinischer Bedarf	7
- Lebensmittel	9
- Energie / Strom / Wasser	4
- Instandhaltung	2
- Sonstige Sachkosten	10
Kalkulatorische Kosten	12
Summe	100

Abbildung 11 zeigt die relative Verteilung der Kosten auf Struktur und Prozess in den untersuchten Kliniken. Klinik B und D weichen hinsichtlich der Strukturkosten deutlich von Klinik A und C ab. Für die Modellklinik und die Modellrechnung hat dies jedoch keinen Einfluss, da hier nicht Prozess und Struktur als beeinflussende Parameter angesehen werden, die Veränderungen durch die Vergütungsform erfahren, sondern das Vergütungsmodell lediglich auf der Verteilung der Fixkosten und variable Kosten aufbaut, da diese Unterteilung aus der Perspektive der Kostenträger sowohl einfacher zu erheben und zu vergleichen ist. Aus unternehmensinterner Sicht sind hingegen vor allem Prozess- und Strukturkosten von Bedeutung, da hier Potenzial besteht, durch Effizienzsteigerungsprogramme bei gleicher Qualität die Kosten durch einen wirtschaftlicheren Einsatz der Produktionsmittel zu reduzieren und somit den Gewinn positiv zu beeinflussen.

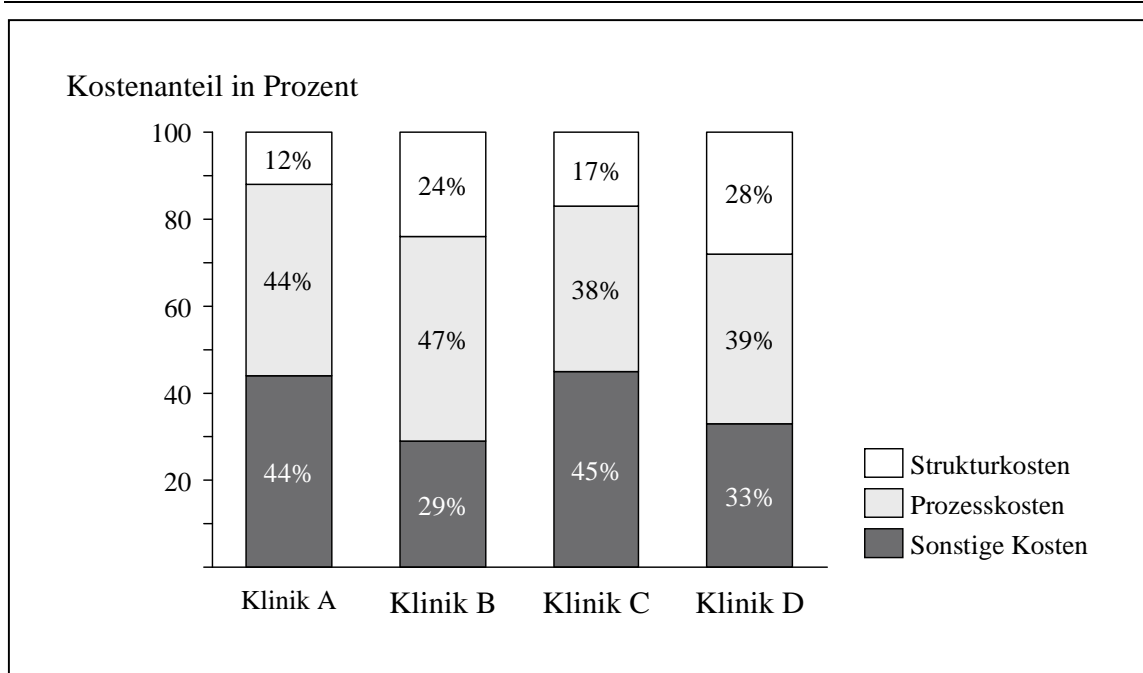


Abbildung 11 Verteilung der Kosten in den untersuchten Kliniken, eigene Darstellung

Nachdem die Kostenstruktur (fix oder variabel) bestimmt wurde und keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Indikation festgestellt werden konnten, wird im nächsten Schritt auf die zweite Stufe der empirischen Analyse eingegangen. Um die Auswirkungen einer Erfolgskomponente in der Vergütung auf die wirtschaftliche Situation der Klinik beurteilen zu können, muss nun festgelegt werden, wie Erfolg in der Rehabilitation definiert wird. Dabei wird, wie in Kapitel 2.8.2 erläutert, eine Kosten-Nutzenbewertung der Rehabilitationsergebnisse zu Grunde gelegt.

3.1.4 Modell zur Kosten-Nutzenbewertung

Bei der Ermittlung des Nutzens wird vom Konzept der qualitätsadjustierten Lebensjahre ausgegangen. Um Kosten und Nutzen bewerten zu können, mussten diverse Annahmen getroffen werden. Wesentlicher Einflussfaktor bei der Bewertung des Nutzens, ausgedrückt in QALY, ist die Dauer des Effektes der Rehabilitation. Um die Dauer in Jahren beurteilen zu können, wurde der Effekt der im Untersuchungszeitraum vorgekommenen Diagnosegruppen aus den Ergebnissen der Experteninterviews abgeleitet. Sie geben jahrzehntelange Erfahrungswerte wieder. Aus Gründen der Praktikabilität

nehmen die Effekte dabei nicht im Zeitverlauf ab, sondern bleiben konstant und fallen am Ende des Zeitraums auf null. Tabelle 7 gibt einen Überblick über die geschätzte Dauer der Effekte je ICD-Profilgruppe. Außerdem wird bei der Bewertung des Nutzens von der Prämisse ausgegangen, dass der verwendete Fragebogen zur Erhebung der vom Patienten wahrgenommenen Qualität die qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALY) abbildet.

Tabelle 7 Überblick geschätzte Dauer der Rehabilitationseffekte in Jahren

ICD_PROFILGRUPPE	QALY_FAKTOR (in Jahren)
Wirbelsäule	1,0
Obere Extremität	5,0
Hüfte	10,0
Bein	8,0
Frakturen	10,0
Nervenläsionen und neurologische Erkrankungen	4,0
Rheumatische Erkrankungen	3,0
Herz-Kreislaufkrankungen	1,0
Atemwegserkrankungen	0,8
Gefäßerkrankungen	0,7

Um die Kosten der Leistungserbringung bewerten zu können, wurde ein relativer, monetärer Vergleich durchgeführt. Allgemeine Kostenlisten dienen dabei als Basis für die Standardisierung der Kosten. Die vorgenommene Bewertung der Kosten basiert auf der DKG-NT (Deutsche Krankenhausgesellschaft: Nebenkosten-Tarif), da diese einen hohen Reifegrad besitzt und sämtliche Leistungen sowie Kosten für Infrastruktur enthält. Ausnahme bleiben Verwaltungskosten, die als indirekte Kosten oder „Ballast“ keine Berücksichtigung finden. Die zugrunde gelegten Leistungen sind alle in Katalogen gelistet. Zur Anwendung kamen dabei im Rahmen dieser Arbeit die KTL 2000, seit 01. Januar 2007 ist für alle Rehabilitanden in Deutschland die 5. völlig überarbeitete Version der KTL 2007 verpflichtend, Labor (per Datenfernübertragung übermittelte Daten, Preisliste DKG-NT), LEP (Pflegeleistungen nach dem Schweizer Pflegeleitsystem) sowie Medizinische Leistungen wie z. B. Visiten, ärztliche Untersuchungen, Wundpflege oder auch Teambesprechungen.

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) aus dem Jahr 2000, die im Rahmen dieser Arbeit maßgeblich ist, ist durch die Rentenversicherung in allen Rehabilitationskliniken eingeführt. Sie dienen der Abbildung, Bewertung und Sicherung der Prozessqualität in der medizinischen Rehabilitation. Beispiele für KTL sind zum Beispiel aus dem Bereich Sport- und Bewegungstherapie das Ausdauertraining mit EKG-Monitoring oder aus dem Bereich Physiotherapie das Bewegungsbad in der Kleingruppe [18]. Problematisch ist eine fehlende Vergleichbarkeit der Leistungen hinsichtlich Zeitdauer und Ressourcenverbrauch. Mittels eines Korrekturfaktors wird die betriebswirtschaftliche Vergleichbarkeit hergestellt. Die Leistungen werden dabei in Einzeltherapie, Kleingruppen und Gruppentherapie kategorisiert. Aufgrund der unterschiedlichen Dauer der Leistungen wurden alle auf 30 Minuten umgerechnet. Nicht ressourcenverbrauchende Leistungen wurden mit einem Korrekturfaktor von 0 bewertet. In diese Gruppe fallen Leistungen wie zum Beispiel die Rekreationstherapie, die im Wesentlichen aus Spaziergehen besteht. Nach der Korrektur wurden die Leistungen mit dem DKG-NT-Preis verbunden, um somit die Gesamtkosten KTL errechnen zu können.

Zur Ermittlung der Laborkosten besteht eine Verbindung per Datenfernübertragung mit einem Großlabor, das Leistungen für die Klinik erbringt. Es werden dabei auch aktuell gültige Preise gemäß EBM übermittelt. Da diese nicht den DKG-NT-Preisen entsprechen, wurde eine Umsetzungstabelle aufgebaut, die die Vergleichbarkeit gewährleistet. Kombinationsleistungen enthalten dabei nur den Preis der Hauptleistung.

Zur Ermittlung der Pflegeleistungen wird auf die Pflegeklasse zurückgegriffen, da dies der einzige dokumentierte Wert ist. Auch hier erfolgt eine Bewertung nach DKG-NT. Aufgrund der nicht exakten Erfassung handelt es sich hierbei um einen Näherungswert, der für die Bewertung jedoch ausreichend ist.

Auch bei der Erfassung der medizinischen Leistungen wird auf einen Näherungswert zurückgegriffen. Da in der EDV keine Aufzeichnungen über Einzelleistungen vorhanden sind, erfolgt eine Standardisierung über die beiden Bereiche Anschlussheilbehandlung und Heilverfahren. Die Prozesskosten im Bereich „Medizin“ beziehen sich auf Leistungen, die den Clinical Pathways entnommen wurden. Auch sie sind nach dem Katalog DKG-NT bepreist und besitzen ausreichende Genauigkeit. Ein Beispiel zeigt dabei den Vorgang der Standardisierung [64].

- Für Heilverfahren: E-Bericht + 3 Untersuchungen:
25,77 Euro + 3 x 13,74 Euro = 66,99 Euro
- Für AHB entstehen zusätzlich Visiten, Wundpflege und
Teambesprechungen:
108,18 Euro + 30,93 Euro + 64,92 Euro = 204,03 Euro

Für das Ergebnis bzw. den Erfolg der Rehabilitation relevant ist die Bewertung des Ergebnisses als gradierte Teilhabestörung. Um den ökonomischen Nutzen bewerten zu können, wird auf das QALY-Konzept zurückgegriffen. Zur Erhebung wird dabei der EuroQuol bzw. der EQ-5D-Fragebogen in deutscher Version eingesetzt. Als Kostenmaß werden dabei die medizinischen Prozesskosten, wie weiter oben beschrieben, angesehen. Der Nutzen wird ausschließlich auf Diagnosegruppe und Klinikebene bewertet. Dadurch entsteht auch eine Vergleichbarkeit mit anderen Kliniken oder unterschiedlichen Therapiekonzepten.

Das anschließende Kapitel fasst zusammen, wie sich die Kosten und Nutzen in der fiktiven Modellklinik darstellen. Diese Bewertung dient als Basis für die weitere Berechnung der Höhe und Effekte einer Erfolgskomponente auf die Gewinnsituation der Klinik.

3.1.5 Zusammenfassende Darstellung der Modellklinik

Ziel der durchgeführten Experteninterviews und der Kosten-Nutzenbewertung ist es, Basisdaten für eine Modellklinik zu ermitteln, die diese hinreichend beschreiben, um für die Modellrechnung eingesetzt werden zu können. Basierend auf den Ergebnissen des Experteninterviews lässt sich die Struktur der Modellklinik wie folgt beschreiben:

- Private Trägerschaft
- Kapazität von 200 bis 300 Betten
- Schwerpunkt auf Indikation Orthopädie
- 78 Prozent Fixkostenanteil, 22 Prozent variabler Kostenanteil
- Durchschnittliche Auslastung 80 Prozent

3.2 Methodik für die Konzeption einer Vergütungsform mit Anreizen zur Qualitätssteigerung

Um die Auswirkungen einer erfolgsabhängigen Vergütungskomponente auf die Kostenstruktur der Klinik darstellen zu können, wird ein induktives Vorgehen gewählt. Dabei wird anhand einer fiktiven Modellklinik gezeigt, welche Auswirkungen eine erfolgsabhängige Vergütung, wie sie in industriellen Modellen ähnlich gelagert vorkommen, auf das Betriebsergebnis der Modellklinik mit Schwerpunkt Stütz- und Bewegungsapparat im Vergleich zum realen Vergütungssystem anhand tagesgleicher Pflegesätze bzw. Fallpauschalen hat. Dabei wird von einer prospektiven Vergütungsform ausgegangen, die um eine retrospektive Komponente ergänzt wird, die einen direkten Anreiz auf die Qualitätsverbesserung geben soll, da rehabilitative Leistungserbringer mit einer Bonus- bzw. Malus-Zahlung aufgrund der erzielten Rehabilitationsergebnisse belohnt oder bestraft werden. Mit der anschließenden Diskussion wird aufgezeigt, welche industriellen Modelle auf den Gesundheitssektor übertragbar sind. Ein aus der Diskussion abgeleitetes Entscheidungsportfolio soll die Entscheidung für die bestmögliche Form der Vergütung der Rehabilitationsklinik unterstützen.

3.3 Die Modellklinik

Das empirische Konzept basiert auf einer Modellklinik. Die der Kosten- und Nutzenbewertung zugrunde liegenden Einzeldaten stammen von Rehabilitanden, die in sechs Rehabilitationskliniken mit Schwerpunkt Bewegungsapparat aus dem Ulmer Forschungsverbund (regionale Zuordnung) in den Jahren 2003 bis 2005 untergebracht waren. Die Verteilung der ICD-Gruppen entspricht dem Querschnitt der Diagnosen in den Kliniken. Abbildung 12 gibt einen Überblick über die Verteilung der Fälle je ICD-Gruppe mit einem Stichprobenumfang von $n = 1.833$.

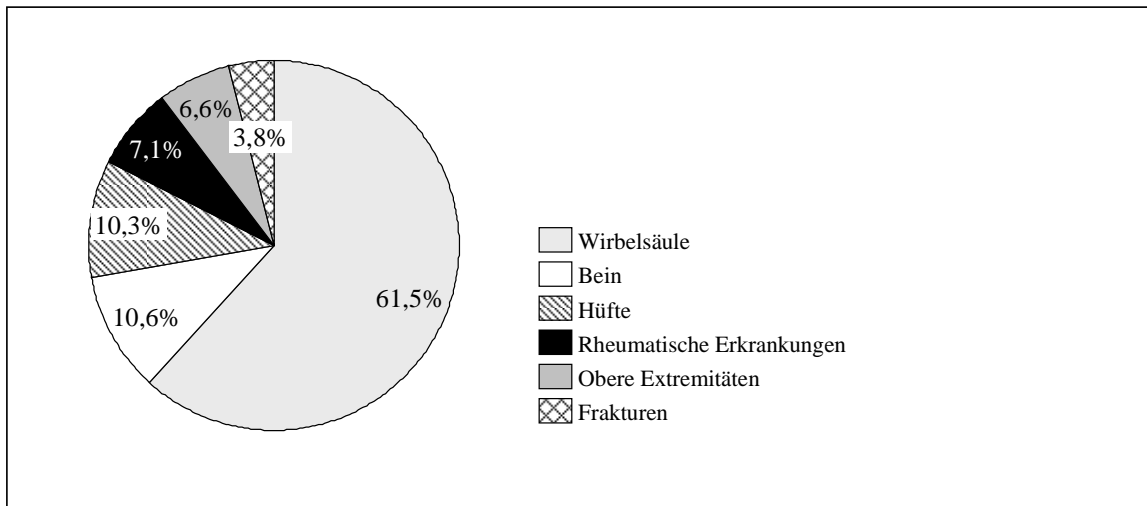


Abbildung 12: Verteilung Fälle nach ICD-Gruppen, eigene Darstellung

Die in den beteiligten Rehabilitationskliniken behandelten Rehabilitanden fallen in die ICD-Gruppen Wirbelsäule, Bein, Hüfte, Rheumatische Erkrankungen, Obere Extremität und Frakturen, wobei 82,4 Prozent der im Zeitraum behandelten Fälle den ICD Wirbelsäule, Bein und Hüfte zuzuordnen sind. Somit kann die Modellklinik übergreifend der Indikation Bewegungs- und Stützapparat zugeordnet werden. Diese Diagnosegruppe dominiert auch deutschlandweit die durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen unabhängig von Alter und Geschlecht [120]. Da von einem mikroökonomischen Modell ausgegangen wird, werden nur die direkten Kosten der Rehabilitation, d. h. Kosten, die im Rahmen des stationären Aufenthalts entstehen, berücksichtigt. Die aus gesellschaftlicher Perspektive relevanten indirekten Kosten, z. B. durch Arbeitsausfall, werden nicht berücksichtigt, da im Vordergrund des Modells die Frage nach einem praktikablen, umsetzbaren, auf der Haushaltstheorie basierenden Vergütungsansatz in der Rehabilitation steht.

Ökonomische Anreize zur Qualitätsverbesserung setzen bei der Outcomemessung an. Die Zahlung eines erfolgsabhängigen Bonus wird davon abhängig gemacht, ob ein bestimmtes Qualitätsziel, in diesem Fall definiert als qualitätsadjustierte Lebensjahre, erreicht werden konnte. In beispielhafter Modellklinik erfolgt die Bewertung der erzielten gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf Basis der deutschen Version des EuroQol-Fragebogens. Zusätzlich wird das Kosten-Nutzen-Verhältnis berücksichtigt.

Tabelle 8 zeigt die Ausprägungen von Kosten und erzielten QALY der Modellklinik. Dabei lassen sich deutliche Unterschiede im Kosten-Nutzen-Verhältnis der einzelnen Diagnosegruppen in der Rehabilitation bei muskulus-skelettalen Erkrankungen erkennen. Während zum Beispiel die Rehabilitation nach Frakturen 1,79 Jahre gesunde Partizipation mit sich bringt, sind es bei Erkrankungen der Wirbelsäule im Mittel nur 0,2 Jahre gesunder Partizipation bei ungefähr den achtfachen Kosten. Die Frage, was ein qualitätsadjustiertes Lebensjahr für eine Diagnosegruppe kosten darf, wird im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter verfolgt, auch wenn eine rein ökonomische Sichtweise dies befürworten würde. Ethische und soziale Aspekte spielen im Gesundheitswesen eine bedeutende Rolle und sollen auch hier nicht ausgeblendet werden. Abbildung 17 gibt eine zusammenfassende Darstellung des ökonomischen Nutzens der Rehabilitation als Kennzahl wieder. Diese Kennzahlen dienen als Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Erfolgskomponente des Vergütungssystems.

Tabelle 8 Kosten und Nutzen je Diagnosegruppe in der fiktive Modelklinik

Diagnosegruppe	Qaly		Kosten		Kosten je Qaly in EUR	n
	Mittelwert	Standard- abweichung	Mittelwert	Standard- abweichung		
Bein	1,79	0,79	1176,04	500,72	657	195
Frakturen	2,35	1,13	1247,66	558,06	530,92	69
Hüfte	2,35	0,99	1212,91	426,79	516,13	189
Obere Extremität	0,88	0,5	1044,22	436,94	1186,6	121
Rheumatische Erkrankungen	0,47	0,25	850,94	4238,1	1810,51	131
Wirbelsäule	0,2	0,11	847,62	246,1	4328,1	1128

Quelle: Eigene Darstellung

Die durch die Bewertung mit Standardkostensätzen erbrachten Leistungen, die mit dem Rehabilitationsergebnis in Bezug gesetzt werden, sind eine Kennzahl „Ökonomischer Nutzen der Rehabilitation“, die für die Klinikgruppe Bewegungsapparat angewandt werden kann. Dadurch wird die Ergebnisbeurteilung transparent und kann auch als Grundlage für die Bewertung des Erfolgs als Vergütungsbestandteil herangezogen werden. Eine statistische Analyse soll dabei zeigen, wie QALY und Kosten je ICD-Gruppe verteilt sind und welche Streuungsmaße in einem Vergütungssystem berücksichtigt werden müssen.

Der Punkt der befürchteten Risikoselektion von Patienten aufgrund ihrer demografischen Charakteristika in Akut-Kliniken kann im Rehabilitationsbereich ausgeschlossen werden, da Rehabilitanden den Kliniken zugeteilt werden. Im Rahmen des hier vorgestellten Modells, obliegt es den Kostenträgern, Rehabilitanden aufgrund ihres Alters, sozialer Herkunft, Geschlecht und Erkrankung gerecht auf die zu belegenden Kliniken aufzuteilen, sodass das Risiko, dass einer Klinik die besonders schweren Fälle mit geringer Erwartung einer Ergebnisverbesserung zugewiesen werden, minimiert werden kann. Die Zuteilungsfrage soll hier nicht weiter diskutiert werden. Im Rahmen des Modells wird ceteris paribus davon ausgegangen, dass Rehabilitanden über alle Kliniken eines Indikationsgebietes bezüglich ihrer Risikostruktur gleich verteilt sind.

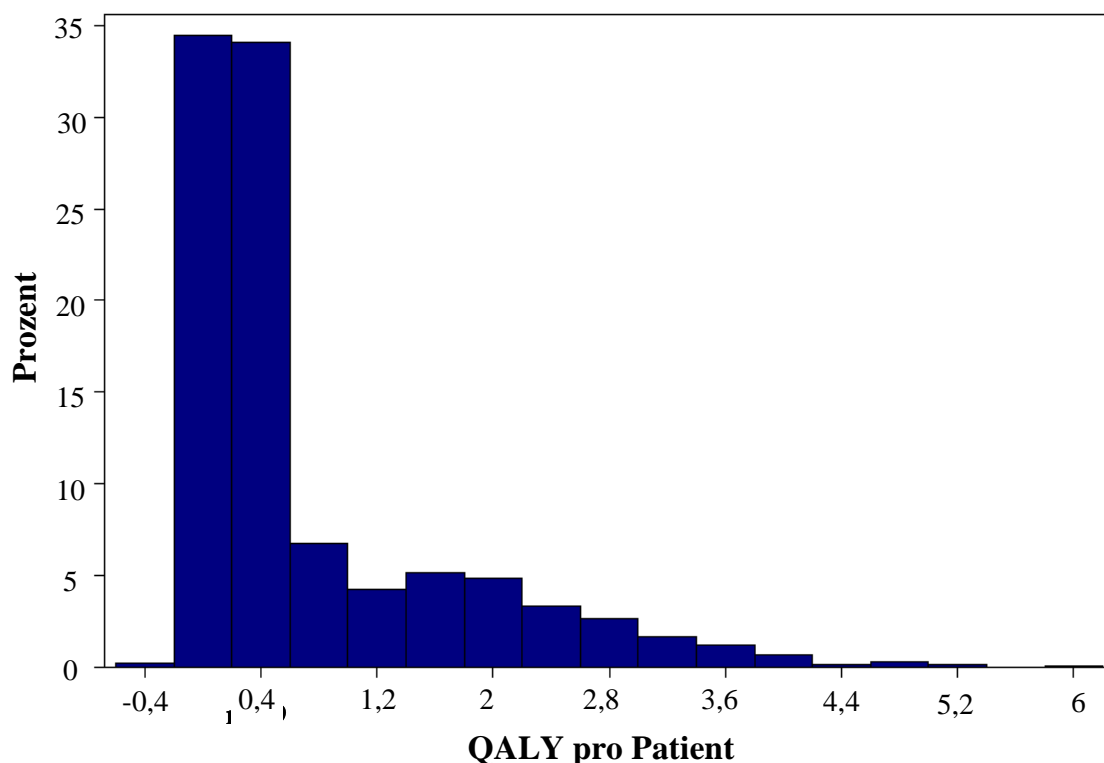


Abbildung 13 Histogramm QALY pro Patient

Das Histogramm für die Variable QALY pro Patient zeigt die grobe Verteilung des Merkmals. Zu erkennen ist eine unimodale, linkssteile Verteilung. Der Mittelwert über alle Diagnosegruppen liegt bei 0,80 QALY. Der Median beträgt 0,27 QALY. Der Box-Plot der einzelnen Diagnosegruppen zeigt deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen. Wie Abbildung 14 zeigt, sind in den ICD-Gruppen Bein, Fraktur und Hüfte tendenziell höhere QALY zu erzielen als bei Patienten der Diagnosegruppen Obere Extremitäten, Rheumatische Erkrankungen und Wirbelsäule. In der Box dargestellt sind je

Diagnosegruppe das 25-Prozent-Quantil, der Median und das 75-Prozent-Quantil. Als Antennen (Whisker) werden Minimum und Maximum dargestellt, sofern sie nicht weiter als das 1,5fache des Interquartilsabstandes entfernt liegen. Werte, die außerhalb des Intervalls liegen, werden als Kästen dargestellt. Sie werden als Ausreißer bezeichnet. Vor allem die ICD-Gruppe Wirbelsäule zeigt eine Vielzahl von Ausreißern.

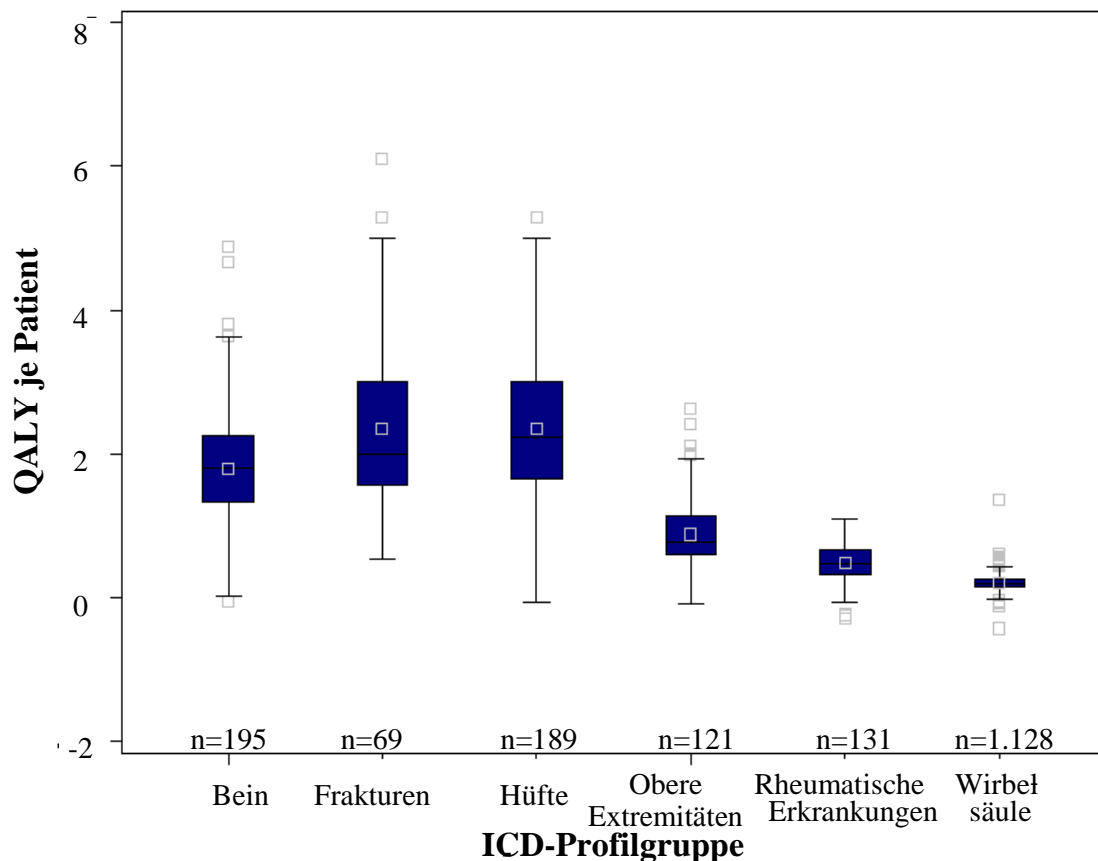


Abbildung 14 Box-Plot QALY je Patient und ICD-Profilgruppe

Ein sehr ähnliches Bild zeigt sich auch bei der Verteilung der Kosten. Das Histogramm lässt eine linkssteile Verteilung erkennen. Der Mittelwert liegt bei 948,50 Euro je Patient. Der Median 852,98 Euro. Von Ausreißern gekennzeichnet sind laut Abbildung 16 die ICD-Gruppen Wirbelsäule und Obere Extremitäten. Bei den Diagnosegruppen Bein, Fraktur und Hüfte lassen sich tendenziell höhere Kosten erkennen.

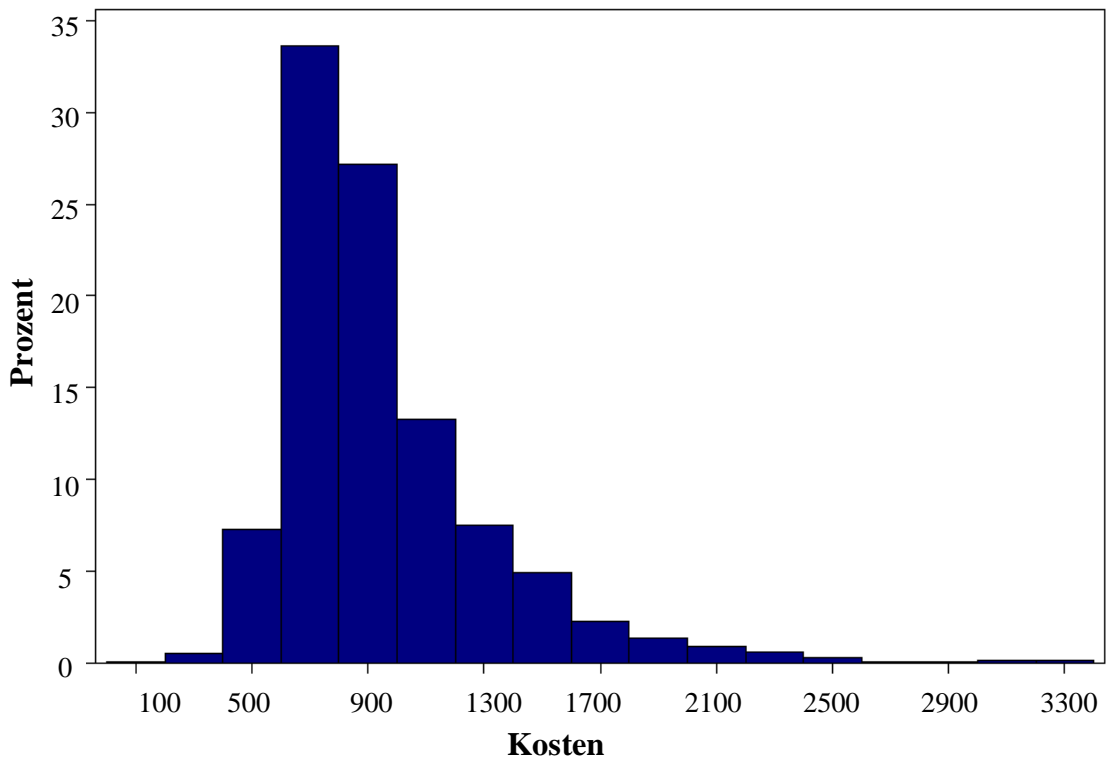


Abbildung 15 Histogramm Kosten je Patient

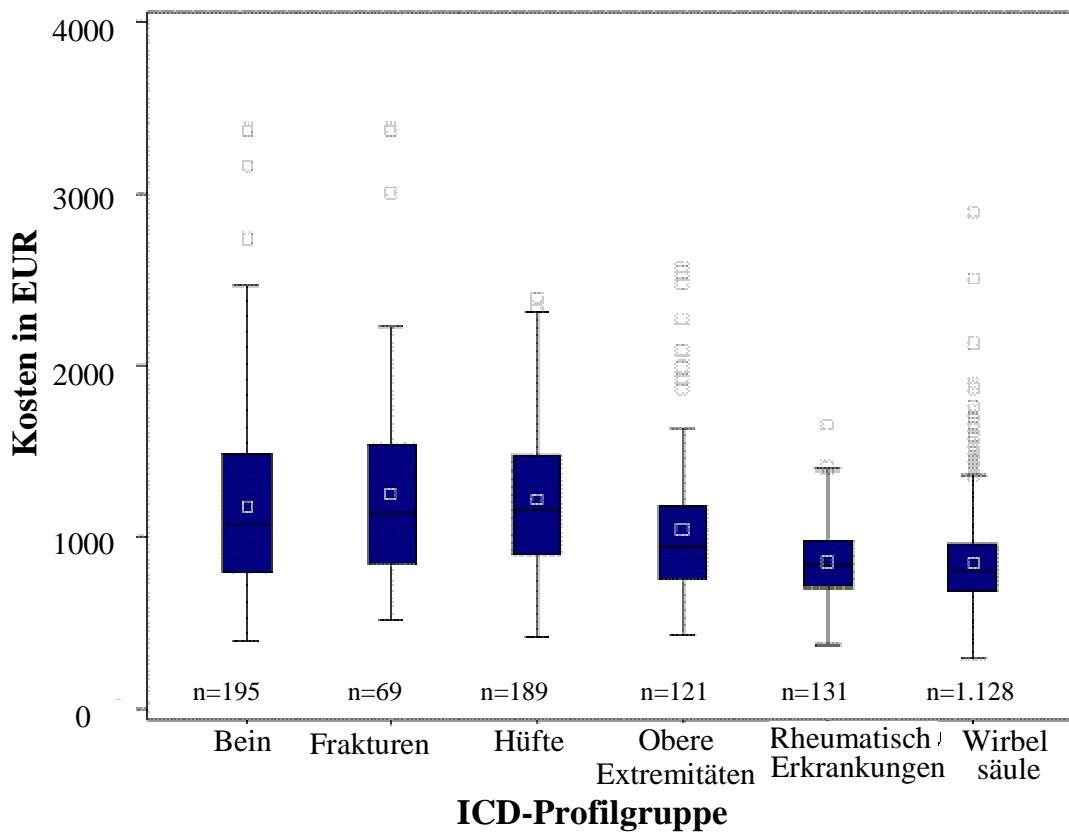


Abbildung 16 Box-Plot Kosten in Euro je ICD-Profilgruppe

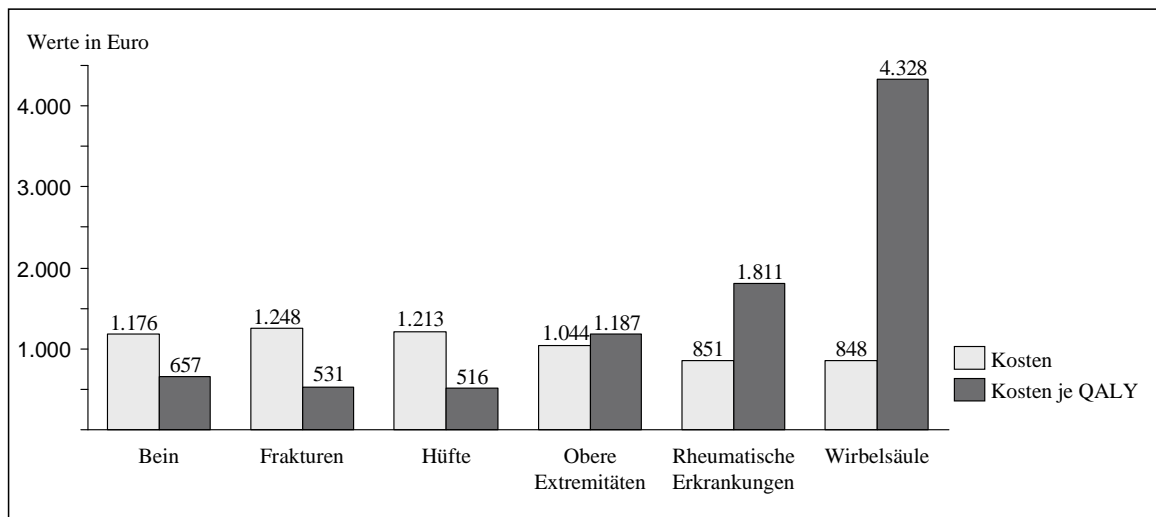


Abbildung 17 Ökonomischer Nutzen der Rehabilitation

Um die lineare Abhängigkeit zwischen QALY und Kosten je Diagnosegruppe zu untersuchen, wurde auf eine Analyse mittels Scatterplot zurückgegriffen. Die in Abbildung 18 dargestellte Punktwolke lässt keinen starken Zusammenhang zwischen QALY je Patient und Kosten erkennen. Zur zahlenmäßigen Beschreibung der Abhängigkeit wird der Spearman-Rangkorrelationskoeffizient ermittelt. Der Spearman-Rangkorrelationskoeffizient geht von den Rängen der Messwerte aus. Er setzt keine Gaußsche Normalverteilung voraus und hat zusätzlich den Vorteil, dass er bereits für ordinalskalierte Variablen berechnet werden kann. Der Korrelationskoeffizient nach Spearman ist dabei definiert durch

$$r_{SP} = \frac{\sum (rg(x_i) - \overline{rg_x}) (rg(y_i) - \overline{rg_y})}{\sqrt{\sum (rg(x_i) - \overline{rg_x})^2 \sum (rg(y_i) - \overline{rg_y})^2}}$$

Er beträgt 0,38 und besagt, dass eine schwache Korrelation zwischen QALY und Kosten zu erkennen ist. Der positive Korrelationskoeffizient sagt auch aus, dass sich die Wertepaare in die gleiche Richtung bewegen. Das heißt, werden die erzielten QALY höher, werden auch die Kosten höher. Mittels linearer Regression kann nun auch festgestellt werden, ob es zwischen Kosten und QALY einen linearen Zusammenhang gibt. Werden die erzielten QALY als abhängige Variable und die entstandenen Kosten als unabhängige definiert, ergibt sich mittels linearer Regression folgende Gleichung

$$QALY = -0,37373 + 0,0017 * \text{Kosten}$$

Für jede Kosteneinheit mehr wird eine Steigerung des Rehabilitationsergebnisses um 0,0017 QALY geschätzt. Dies stellt einen sehr geringen Wert dar. Mittels des Bestimmtheitsmaßes R^2 wird festgestellt, wie viel der Variabilität der erzielten QALY durch die entstanden Rehabilitationskosten erklärt werden kann. Das Modell- R^2 beträgt hier 0,20, wobei Werte zwischen 0 und 1 annehmen können. Das Bestimmtheitsmaß R^2 ist definiert als

$$R^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (\hat{y}_i - \bar{y})^2}{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2} = 1 - \frac{\sum_{i=1}^n (y_i - \hat{y}_i)^2}{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}$$

Der Anteil der Gesamtstreuung, der durch die Regression von der abhängigen Variable Y auf die unabhängige Variable X erklärt wird, ist relativ gering. Wie die Punktwolke und die darin eingezeichnete Gerade zeigen, handelt es sich um einen schwachen positiven Zusammenhang.

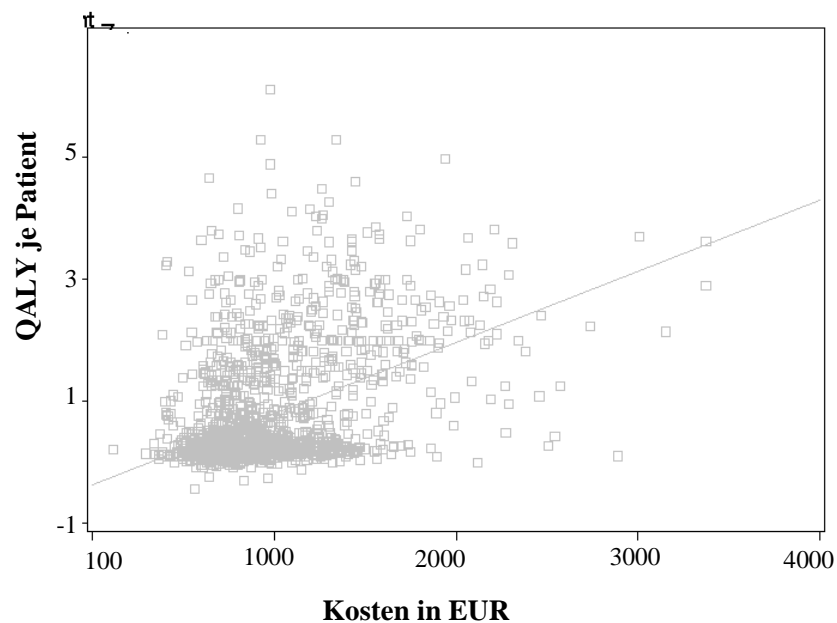


Abbildung 18 Scatter Plot QALY und Kosten pro Patient

3.4 Die Vergütungsform

Da nicht der absolute Wert der einzelnen Vergütungskomponenten bestimmt werden soll, sondern ausschließlich der relative, auf Erfolgszielen basierte Wert definiert wird, hat der schwache Zusammenhang keine Auswirkungen auf die Praktikabilität und Validität des Modells. Es sollt damit nur gezeigt werden, dass das Ergebnis der Rehabilitation nicht völlig unabhängig von den Kosten der Rehabilitation ist.

Die Vergütung der Leistungen der stationären Rehabilitation durch die Rentenversicherung erfolgt in der Regel durch einrichtungsspezifische, vollpauschalierte tagesgleiche Pflegesätze, die unabhängig von der Erkrankungsschwere sind und zwischen Klinik und Versicherungsträger individuell verhandelt werden. Auf Basis der Experteninterviews hat sich ergeben, dass der Pflegesatz im Jahr 2005 in Kliniken mit Schwerpunkt Bewegungsapparat bei rund 100 Euro pro Tag lag. Rechnerisch ermittelt betrug der durchschnittliche Pflegesatz der Versicherungsträger für stationäre medizinische Leistungen auf Basis der Pflegesatzerlöse und durchschnittlichen Verweildauer 2005 in den Beispielkliniken 102,64 Euro. Dieser durchschnittliche Pflegesatz, der in Experteninterviews in Rehabilitationskliniken in Baden-Württemberg im Jahr 2006 erhoben wurde, kann als plausibler Pflegesatz für stationäre Rehabilitation bei Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates angesehen werden. Das Risiko der zu behandelnden Fallschwere liegt im bestehenden Vergütungssystem bei den Rehabilitationskliniken. Das Risiko der Fallzahl wird von den Kostenträgern der Rehabilitation übernommen. Für beide Vertragsparteien entstehen durch das Risikosplitting Fehlanreize, die nicht nur die Leistungsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit in Frage stellen, sondern sich im schlechtesten Fall auch negativ auf die Rehabilitanden auswirken können, wenn diese aufgrund der Fallschwere nicht mehr adäquat behandelt werden. Da Kliniken für die Behandlung eines Rehabilitanden einen Tagessatz unabhängig von der Fallschwere vergütet bekommen, kann dies bei Fällen mit überdurchschnittlicher Fallschwere zu einer Erhöhung der Verweildauer führen – nicht, weil der Rehabilitand deutlich mehr an Therapien in Anspruch nimmt, sondern um kostendeckend zu arbeiten. Der deutsche Rehabilitationsmarkt ist heute ein klarer angebotsgesteuerter Markt, da die Kostenträger der Rehabilitation über Bewilligung die Belegung der Kliniken und somit auch das gesamte Angebot und somit die Fallzahlen steuern.

In der nachfolgenden Modellklinik wird anstatt einer Vergütung nach tagesgleichen Pflegesätzen eine leistungsgerechtere Variante gewählt, die auf Fallpauschalen je Rehabilitanden abhängig vom durchschnittlichen Ressourcenverbrauch im Indikationsgebiet basiert und zusätzlich den medizinischen Erfolg der abgeschlossenen Rehabilitationsleistung berücksichtigt. Da Kliniken im deutschen Gesundheitsmarkt aufgrund des Antragsverfahrens und Belegungssteuerung der Rehabilitationsträger nur geringen Einfluss auf ihren Auslastungsgrad haben und auch der Markt für selbst zahlende Rehabilitanden sehr gering ist, wird in der Modellklinik von einem Auslastungskorridor zwischen 70 und 80 Prozent ausgegangen. Für Kliniken, die diese Mindestbelegungsquote nicht erreichen bzw. die Obergrenze überschreiten, sind angepasste Fallpauschalen zu ermitteln.

Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Experteninterviews haben eine genaue Abschätzung des tatsächlichen Ressourcenverbrauchs in den betrachteten Kliniken ermöglicht. Die Modellklinik gibt somit auch den tatsächlichen stationären Ressourcenverbrauch für die Rehabilitanden aus Unternehmenssicht wieder. In der Basisanalyse fielen im Schnitt 1.945 Euro als direkte Kosten je Rehabilitand an. Als direkte Kosten werden sämtliche Kosten der Rehabilitation verstanden, außer den Personal- und Sachkosten in der Verwaltung und den Kosten der Geschäftsführung. Indirekte Kosten für beispielsweise Verwaltungstätigkeiten sind dabei nicht berücksichtigt. In den nachfolgenden Modellen und Sensitivitätsanalysen werden die Kliniken anhand der behandelten Fälle vergütet. Die fixe Case-Pauschale beträgt dabei 1.700 Euro. Sie wird unabhängig von dem Erfolg der Behandlung je Fall ausbezahlt. Dieser Pauschalwert gilt für Kliniken, die in einen Auslastungskorridor zwischen 70 und 80 Prozent fallen.

Das Risiko der Fallschwere ist in diesem Modell minimiert, da davon ausgegangen wird, dass die Fälle in allen Kliniken, die von den Rehabilitationsträgern belegt werden, gleichverteilt sind. Das Risiko der Fallzahl liegt wie im heute gültigen Modell bei den Kostenträgern. Zusätzlich gibt es in dem hier betrachteten Modell auch ein Erfolgsrisiko, das bei den Rehabilitationskliniken liegt, da sie nur dann in den Genuss der variablen Vergütung kommen, wenn sie bestimmte Qualitätsziele in Sinne von Rehabilitationserfolg gemessen in QALY erzielen.

Im Folgenden werden die Auswirkungen der Vergütungsform auf die Gewinnsituation der Klinik anhand von zwei unterschiedlichen Vergütungsmodellen aufgezeigt. Modell 1 prüft dabei die Auswirkungen eines erfolgsabhängigen Vergütungsbestandteils, der nur bei Erreichen einer vorher definierten Mindestqualität je Rehabilitand ausbezahlt wird. Wird im Rahmen eines Rehabilitationsprozesses diese Mindestqualität nicht erreicht, wird für diesen Rehabilitanden auch keine variable Pauschale ausbezahlt. Wenn der erzielte Qualitätsgrad höher ist als die Mindestqualität, wird für die betroffenen Fälle zusätzlich eine Erfolgsprämie bezahlt. Modell 2 hingegen enthält einen variablen Vergütungsbestandteil, der sich in Form einer Bonuspauschale oder eines Malusabschlages je Rehabilitand sowohl positiv als auch negativ auswirken kann. Das Modell ist dabei nach oben und unten begrenzt. Die untere Grenze liegt bei einer Auszahlung der leistungsmengeninduzierten Pauschale von 90 Prozent bei einer Zielerreichung von kleiner gleich 90 Prozent. Die Obergrenze liegt bei einer Auszahlung einer variablen Pauschale von 135 Prozent bei einer Zielerreichung von mehr als 120 Prozent. Welche Auswirkungen beide Modelle auf die Kostensituation einer Rehabilitationsklinik mit Schwerpunkt der Indikation „Wirbelsäule“, die nach Leitlinien behandelt, haben, wird im Detail in den Kapiteln 3.4.2ff aufgezeigt.

3.4.1 Gesundheitsökonomische Anreizstruktur im bestehenden Vergütungssystem

Angebot und Nachfrage am Gesundheitsmarkt funktionieren nicht wie auf vollkommenen Märkten. Der vollkommene Markt entspricht in dieser Arbeit dem ökonomischen Modell des Konkurrenzmarktes, in dem Angebot und Nachfrage den Preis bestimmen. Die Nachfragekurve bestimmt dabei, wie viele Personen zu jedem Preis nachfragen wollen, die Angebotskurve, wie viele zu jedem Preis anbieten wollen. Nachfrage- und Angebotsmenge sind beim Gleichgewichtspreis gleich groß. Eine effiziente Allokation der Ressourcen wie sie die mikroökonomische Theorie kennt, ist aufgrund der Informationsasymmetrie zwischen Leistungsempfänger und Leistungserbringer nicht gegeben. Im Falle der Rehabilitation wählt der Kostenträger für den Leistungsempfänger die Dauer und Art der Leistung. Jedoch gibt es auch zwischen den Kostenträgern keine Konkurrenz zueinander, da sie mit Rehabilitationskliniken selektive Verträge schließen. Beim Selektivvertrag wird ein Versorgungsvertrag zwischen einer Krankenkasse und einem bestimmten Leistungserbringer geschlossen. Die Vertragspartner können dabei eigenständig

entscheiden, mit wem sie einen Vertrag schließen möchten. Selektivverträge stehen im Gegensatz zu Kollektivverträgen. Eine Form von Wettbewerb besteht lediglich zwischen den einzelnen Leistungserbringern, da diese Belegungsverträge mit den Rentenversicherungsträgern oder Krankenkassen schließen müssen, wenn sie nicht ausschließlich von privaten Patienten abhängig sein möchten. Da Kostenträger auch eigene Kliniken betreiben, besteht auch hier eine Wettbewerbsverzerrung. Aus diesem Grund ist auch davon auszugehen, dass die Kostenträger die zu erbringenden Leistungen nicht ressourcenallokat verteilen, da nicht zwingend die kosteneffektivsten Kliniken voranging belegt werden. Um diese negativen Faktoren zu minimieren, wird nun die Einführung eines anreizkompatiblen Vergütungsschemas diskutiert, das bessere Ergebnisqualität (Erfolg) und Effizienzverbesserung analog zu industriellen Modellen honoriert. Eine wichtige Rolle dabei spielt die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Bestimmungsgröße der Zielvariablen.

3.4.2 Modell 1: Das Erfolgsprämienmodell

Modell 1 soll zeigen, welche Auswirkungen eine Vergütung bei einer Zielvorgabe von 100 Prozent Qualität auf die Ergebnissituation der leistungserbringenden Klinik hat. Vergleichbar ist das Modell mit, wie in Kapitel 2.5.1 beschrieben, in der Automobilindustrie üblichen Vereinbarungen zwischen Hersteller und Zulieferer, nur solche Teile zu vergüten, die hundertprozentige Qualität nach vorab vereinbarten Service Levels aufweisen. Es wird davon ausgegangen, dass die Klinik mindestens den durchschnittlich erzielten Erfolg anhand der ermittelten QALY erzielen muss, um in den Genuss einer Bonuszahlung zu gelangen. Der retrospektive Qualitätsbonus wird in unterschiedlichen Stufen ab Erreichen der Mindestqualität bis zu einer vorab definierten Obergrenze ausbezahlt. Die Bewertung erfolgt dabei auf Einzelfallbasis.

3.4.2.1 Modellparameter und Voraussetzung

Ausgangspunkt des Modells ist eine pauschalierte Vergütung der Rehabilitationsleistungen. Je Rehabilitationsfall wird abhängig von vorab definierten Kriterien eine Fallpauschale ausbezahlt, die sich an den tatsächlichen leitlinienbasierten

Behandlungskosten orientiert. Die Fallpauschale besteht aus einem fixen Bestandteil, der unabhängig vom Erfolg der erbrachten Rehabilitationsleistung bezahlt wird, und einem variablen Bestandteil, der erst ab 100prozentiger Zielerreichung zur Auszahlung kommt. Die fixe Fallpauschale soll dabei alle leistungsmengenunabhängigen Kosten des medizinischen Prozesses und der Klinikinfrastruktur abdecken. Hierzu zählen unter anderem Infrastrukturkosten wie Miete, Energie, Reinigung wie auch Leistungen des medizinischen Prozesses wie technische Geräte oder das für Kliniken in bestimmten Größenklassen notwendige medizinische Personal. Tabelle 9 zeigt die Gliederung der unterschiedlichen fixen Kostenarten anhand der Kategorien Prozess und Struktur.

Tabelle 9 Kostenarten gegliedert, eigene Darstellung

Kategorie	Kostenart	Typ
Prozess	Küchenpersonal	Gemeinkosten
Prozess	Servicepersonal	Gemeinkosten
Prozess	Personalkosten Ärzte	Gemeinkosten
Prozess	Personalkosten Pflegedienst	Gemeinkosten
Prozess	Personalkosten med./technisch	Gemeinkosten
Prozess	Personalkosten phys./therapeutisch	Gemeinkosten
Prozess	Personalkosten Schreibdienst	Gemeinkosten
Prozess	Personalkosten Cafeteria	Gemeinkosten
Struktur	Reinigungspersonal	Gemeinkosten
Struktur	Müllabfuhr	Gemeinkosten
Struktur	Personalkosten Hausmeister	Gemeinkosten
Struktur	Verwaltungspersonal	Gemeinkosten
Struktur	Versicherung	Gemeinkosten
Struktur	Steuern & Abgaben	Gemeinkosten
Struktur	Energiekosten	Gemeinkosten
Struktur	Strom	Gemeinkosten
Struktur	Wasser/Abwasser	Gemeinkosten
Struktur	Kalkulatorische Zinsen	Gemeinkosten
Struktur	Kalkulatorische Abschreibung	Gemeinkosten
Struktur	Mieten und Pachten	Gemeinkosten
Struktur	Leasing technische Geräte / DW	Gemeinkosten
Struktur	GK-Umlage	Gemeinkosten

Zur Ermittlung des Kostensatzes für die Erfolgsprämie wurden folgende leistungsmengeninduzierten Kostenarten der Klinik berücksichtigt.

Tabelle 10 Variable Kostenarten gegliedert nach Kategorie, eigene Darstellung

Kategorie	Kostenart	Typ
Prozess	Lebensmittel	Gemeinkosten
Prozess	Unterhaltung Patienten	Einzelkosten
Prozess	Medizinischer Bedarf Diagnostik	Einzelkosten
Prozess	Therapeutischer Bedarf	Einzelkosten
Prozess	Summe externe medizinische Leistungen	Einzelkosten
Prozess	Summe externe phys./therapeut. Leistungen	Einzelkosten
Struktur	Verwaltungsbedarf	Gemeinkosten
Struktur	Reinigungsbedarf	Gemeinkosten
Struktur	Fremdreinigung	Gemeinkosten
Struktur	Sachkosten sonstige Wirtschaftsgüter	Gemeinkosten
Struktur	Laufende Instandhaltung	Gemeinkosten
Struktur	Außerordentliche Instandhaltung	Gemeinkosten
Struktur	Gebrauchsgüter	Gemeinkosten
Prozess	Sachkosten Cafeteria	Gemeinkosten
Prozess	Andere Sachkosten	Gemeinkosten

Die Gesamtvergütung bestehend aus Prozess- und Strukturpauschale wie auch einem variablen Anteil und einer Erfolgsprämie wird nur für Rehabilitationsfälle bezahlt, die auch zu 100 Prozent die vereinbarten Qualitäts- und somit Erfolgsziele erreichen. Aus industrieller Perspektive kommt somit eine Vergütung des Falles nur zum Tragen, wenn ein vorab zwischen den Vertragspartnern bestimmter Service Level erreicht wurde. Diese Service Levels oder Zielerreichungsgrade werden je nachdem, um welche Indikation es sich handelt, unterschiedlich definiert. Ausgangspunkt für die Bestimmung der Service Levels sind im Rahmen dieses Modells die je Klinik ermittelten mittleren QALY des Vorjahres im Indikationsgebiet, die nach Ende der stationären Rehabilitationsmaßnahme erreicht wurden. Als Instrument zur Erhebung der QALY und der Fallpauschalschätze wird dabei die am Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin der Universität Ulm entwickelte Methodik (siehe auch Kapitel 3.1.4) verwendet.

Das Erfolgsprämienmodell sieht vor, dass die gesamte Fallpauschale (Prozess-, Strukturpauschale und variabler Anteil) ausbezahlt wird, wenn der Rehabilitand den vereinbarten Service Level (= Erfolg) zu 100 Prozent erreicht. Liegt der Zielerreichungsgrad unter 100 Prozent, kommt ein Malus zum Tragen. D.h. erreicht die Klinik zum Beispiel nur 90 Prozent des Zieles, vergüten die Kostenträger die variablen Vergütungsbestandteile nur für die 90 Prozent, in denen das Ziel erreicht wurde. Laut Modellrechnung kann dies im schlechtesten Fall – kein Rehabilitand erreicht den vorab vereinbarten Zielerreichungsgrad – dazu führen, dass die variablen, d.h.

mengeninduzierten Kosten, der Rehabilitation nicht bezahlt werden, obwohl die Leistungen durch den Rehabilitanden in Anspruch genommen wurden. Die daraus resultierende Kostenunterdeckung von 20 Prozent wird die Klinik mittelfristig durch Optimierungsmaßnahmen in der Ablauf- und Aufbauorganisation bereinigen können. Sollte die Kostenunterdeckung jedoch langfristig anhalten, wird die weitere Finanzierbarkeit der Klinik durch die Eigentümer in Frage gestellt werden. Die möglichen Auswirkungen einer Kostenunterdeckung werden im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter verfolgt. Erreicht der Rehabilitand eine bessere Qualität als vereinbart, so kommt die Klinik zusätzlich zur variablen Pauschale in den Genuss einer Erfolgsprämie. Das bedeutet, dass die Klinik, wenn alle Patienten ein besseres Ergebnis erreichen als vereinbart, die Klinik insgesamt einen Überschuss von 10 Prozent durch die Prämienzahlung erreichen kann.

Eine anhand von fünf unterschiedlichen Fällen ausgeführte Sensitivitätsanalyse gibt Aufschluss darüber, welchen Einfluss ein erfolgsabhängiger Vergütungsbestandteil auf die Kostensituation einer Rehabilitationsklinik hat. Die betrachteten Zielerreichungsgrade liegen dabei zwischen 75 und 140 Prozent. Vor dem Hinblick der Anreizwirkung von erfolgsabhängigen Vergütungsbestandteilen wird mit der Analyse gezeigt, dass Leistungserbringer im Erfolgsprämienmodell keinen Anreiz haben Rehabilitanden zu behandeln, die bei der Zielvereinbarung keine Motivation zur Mitarbeit im Rehabilitationsprozess haben bzw. wo aus medizinischer Sicht bei Rehabilitationsbeginn klar ist, dass der Service Level im konkreten Fall nicht erreicht werden kann. Das Erfolgsprämienmodell wird nur so lange eine Anreizwirkung haben, so lange für jeden Fall unter 100 Prozent Zielerreichung ein Fall über dem Zielerreichungsgrad behandelt wird. Aus ethischen Gesichtspunkten und der Randbedingung, dass eine medizinisch notwendige Behandlung nicht abgelehnt werden kann, ist zu berücksichtigen, dass die Outlier-Quote in den Kliniken auf ähnlichem Niveau ist. Sollte eine Klinik einen signifikant höheren Anteil an Rehabilitanden ohne wesentliche Aussicht auf Besserung des Zustandes nach ICF-Kriterien haben, ist dies in der erfolgsabhängigen Vergütung zu berücksichtigen.

Wesentliche Voraussetzung im Modell 1 ist, dass Service Levels als Steuerungsgröße vorab zwischen Klinik und Leistungserbringer definiert werden. Dies erscheint besonders sinnvoll, da im Gegensatz zur Industrie, im Speziellen der Vergütung zwischen Automobilzulieferunternehmen, die Komponenten oder Module fertigen, und

Automobilherstellern, die Qualität eines Objektes, das den Herstellungsprozess nicht beeinflussen kann, als Maßstab genommen wird. Im Rehabilitationsprozess hingegen entsteht die Qualität einer Dienstleistung unter Einflussnahme eines Subjektes, dem Rehabilitanden, der das Outcome der Rehabilitation maßgeblich beeinflussen kann.

Der mehrgliedrige Aufbau des Vergütungsschemas zielt darauf ab, überdurchschnittliche Leistung in Form einer Erfolgsprämie zu belohnen. Im Konkreten verteilt sich das Vergütungsschema wie folgt:

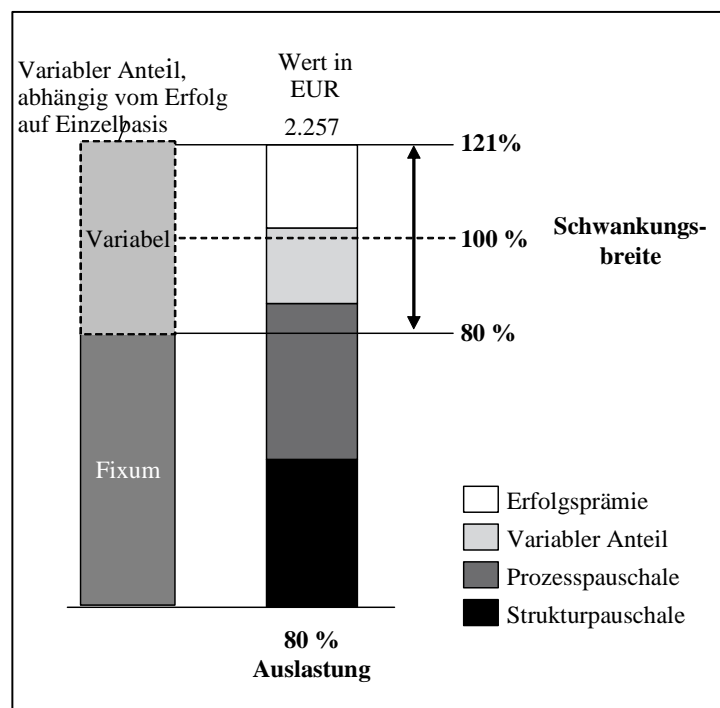


Abbildung 19 Vergütungspauschalen bei 80 Prozent Auslastung

Sollte es in einer signifikanten Anzahl von Kliniken in einem 2-Jahres-Zeitraum zu unter- oder überdurchschnittlichen Leistungen kommen, erfolgt am Jahresende eine Neuberechnung der durchschnittlichen QALY und Kosten je Indikation, um gegebenenfalls die Service Levels und Fallpauschalen anpassen zu können. Die neu ermittelten Werte gelten als Ausgangspunkt für die Vergütung des Folgejahres. Dieses klinikweit gleiche Vorgehen führt zu einem verstärktem Wettbewerb und auch zu einer Verbesserung der allgemeinen Qualität in der Rehabilitation, da für Leistungserbringer der Anreiz gesetzt wird möglichst überdurchschnittliche Leistungen bei niedrigen Kosten zu erbringen, da sie für ihr Handeln finanziell belohnt werden und somit am Jahresende einen besseren wirtschaftlichen Erfolg in Form des Gewinnes ausweisen können. Die Ergebnisse

können zusätzlich für ein Klinikbenchmarking genutzt werden. Der Wettbewerbseffekt wird weiter durch die Belegsteuerung der Kostenträger verstärkt, da diese im Modell vorrangig Klinik belegen, die den besten Kosten-Nutzen-Index aufweisen. Unter Kosten-Nutzen-Index wird eine Kennzahl bestehend aus mittleren Kosten und dabei erzielten mittleren QALY angesehen. In anderen Worten wird eine Belegungsreihenfolge von Kliniken festgelegt. An erster Stelle steht die Klinik mit dem besten Verhältnis aus Kosten und Nutzen. Sie werden zuerst belegt. Danach folgt die zweitbeste Klinik usw. Der eintretende Wettbewerbsmechanismus führt zu einem besseren, d.h. wirtschaftlicheren, Einsatz der Ressourcen im Gesundheitssystem.

Das folgende Kapitel beschreibt Vor- und Nachteile eines Vergütungsmodells mittels Zielvereinbarung nach Erfolgs- bzw. Qualitätskriterien.

3.4.2.2 Vor- und Nachteile des Erfolgsprämienmodells

Das Erfolgsprämienmodellmodell bietet Vor- und Nachteile für Kostenträger und Leistungserbringer. Beginnend mit den Nachteilen besteht ein wesentlicher Mehraufwand sowohl für Kostenträger als auch für Leistungserbringer im Dokumentationsaufwand, den eine Vergütung auf Einzelfallbasis mit sich bringt. Die vereinbarten und erreichten Service Levels müssen für jeden Fall dokumentiert und geprüft werden, um die Auszahlung der Erfolgsprämie durchführen zu können. Aus Gründen der Praktikabilität wird dabei von einer prospektiven Grundvergütung ausgegangen. Das heißt, der Leistungserbringer bekommt Fälle aufgrund von Planzahlen vorab zu 100 Prozent vergütet. Eine Anpassung der Planzahlen anhand der Ist-Fallzahlen erfolgt im Nachhinein. Somit wird ein möglicher Erfolgsbonus erst nach Leistungserbringung und Prüfung verrechnet. Dieses prospektive Verfahren soll verhindern, dass Kliniken, die generell mit einer sehr dünnen Kapitaldecke arbeiten, nicht aufgrund fehlender finanzieller Mittel arbeitsunfähig werden.

Ein weiterer Nachteil des Modells für die Leistungserbringer ist die einseitige Verlagerung des Risikos. Schafft es die Rehabilitationsklinik nicht eine 100-Prozent-Erfolgsrate zu erzielen, werden Leistungen mit einem Erstattungsbetrag, der niedriger ist als die tatsächlich entstandenen Kosten, vergütet. Dieser Punkt ist vor allem deshalb besonders hervorzuheben, da der Heilungserfolg zum Teil auch von der Beteiligung der

Rehabilitanden an der Therapie abhängig ist. Um hier Kliniken nicht für Verhalten zu bestrafen, das sie nicht vollständig beeinflussen können, werden so genannte Outlier-Fälle von der erfolgsorientierten Vergütung ausgeschlossen. Als Outlier-Fälle werden Fälle betrachtet, die entweder durch besondere Schwere gezeichnet sind oder deutlich über der indikationsüblichen Verweildauer liegen. Dies soll unter anderem auch verhindern, dass Kliniken die Aufnahme von Rehabilitanden mit wenig erfolgreichen Besserungschancen verweigern bzw. Kliniken, die „Härtefälle“ aufnehmen, nicht vom Markt verdrängt werden.

Attraktivität bietet dieses Modell vor allem für Kostenträger, die nur Leistungen vergüten müssen, die für den Patienten den vorab vereinbarten Erfolg bringen. Als Nebeneffekt kann davon ausgegangen werden, dass die Qualität der angebotenen Leistungen erhöht wird, da die Leistungserbringer möglichst viel unternehmen werden, um dabei einen sehr guten Erfolg, gemessen an den erzielten qualitätsadjustierten Lebensjahren, zu erreichen. Zusätzlich ist zu erwarten, dass die Gesamtkosten der Rehabilitation reduziert werden, da mit den Leitlinien klare Vorgaben gemacht werden, welche Behandlungsmethoden in welcher Anzahl vergütet werden. Der Leistungserbringer wiederum hat den Vorteil, dass er mit einem wirtschaftlicheren Einsatz der Ressourcen bei gleich bleibender Qualität den Unternehmensgewinn erhöhen bzw. bei steigender Qualität einen Bonus, der sein Geschäftsergebnis positiv stärkt, erzielen kann. Außerdem wird aufgrund des Qualitätswettbewerbes damit gerechnet, dass die besten Kliniken auch vermehrt Privatpatienten akquirieren, die zusätzlich zu der garantierten Mindestauslastung von den Kostenträgern zum finanziellen Unternehmenserfolg beitragen. Das Modell impliziert gleichzeitig eine gerechte Belegungssteuerung. Wirtschaftlich und medizinisch erfolgreichere Kliniken werden vorrangig belegt. Dadurch erhalten Kliniken den Anreiz möglichst gute Rehabilitationsergebnisse zu erzielen und dabei gleichzeitig wirtschaftliche Optimierungsmaßnahmen zum effizienten und effektiven Einsatz von finanziellen Mitteln durchzuführen.

Zusammenfassend ist aus ökonomischer Perspektive festzuhalten, dass das Erfolgsprämienmodell positive Anreize setzt, um die Kosten der Rehabilitation zu reduzieren und dabei die Qualität des medizinischen Ergebnisses auf hohem Niveau zu sichern. Besonderen Vorteil erzielen dabei die Kostenträger. Das Risiko hingegen ist für die Leistungserbringer höher.

3.4.2.3 Darstellung der Ergebnisse

Wie sich eine Vergütung nach dem Erfolgsprämienmodell auf die Kostensituation einer Klinik auswirken kann, zeigt die in diesem Kapitel beschriebene Modellrechnung.

Basis ist eine Modellklinik mit wesentlicher Indikation von Wirbelsäulenerkrankungen. Sie behandelt leitlinienkonform und verfügt über 288 Betten und einer historischen durchschnittlichen Verweildauer von 23,5 Tagen. Die garantierte Auslastung beträgt 80 Prozent. Die Gesamtkosten per annum betragen rund 10,1 Millionen Euro. Der zu erreichende Service Level ist eine Mindestqualität von 0,2 QALY je Fall.

Die Vergütung erfolgt anhand einer fixen Pauschale je Fall, die sich aus der Komponente Struktur und Prozess zusammensetzt. Die Strukturpauschale beträgt dabei 720 Euro je Fall, die Prozesspauschale beträgt 760 Euro je Fall. Diese Pauschalen werden bei einem Auslastungskorridor zwischen 70 und 80 Prozent unabhängig von den definierten Service Levels vergütet. Die erfolgsabhängige Komponente hingegen kommt nur zur Auszahlung, wenn der definierte, mindestens zu erzielende, Service Level von 0,2 QALY durch die Rehabilitationsbehandlung erzielt wird. Sie dient dazu, die variablen Kosten der Rehabilitation zu decken. Darunter fallen leistungsmengeninduzierte Kosten, die nur entstehen, wenn ein Rehabilitand behandelt wird; das sind unter anderem Kosten für Therapien, Verbrauchsmaterialien oder auch Medikamente. Der variable Pauschbetrag je erfolgreich behandelten Fall beträgt 370 Euro. Die Erfolgsprämie für Fälle über 100 Prozent ist abhängig vom Zielerreichungsgrad. Es werden dabei drei Stufen unterschieden. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die im Modell verwendeten Erfolgsprämien.

Tabelle 11 Erfolgsprämien je Zielerreichungsgrad

Zielerreichungsgrad	Prämienhöhe in Prozent*	Erfolgsprämie in Euro
100 - 110 Prozent	100	740
111 – 120 Prozent	105	759
> 120 Prozent	110	777

*bezieht sich auf den variablen Vergütungssatz je Fall von 370 Euro.

Im Modell werden die Auswirkungen von fünf unterschiedlichen Situationen (Fällen) betrachtet. Fall 1: Die Klinik erreicht im Durchschnitt einen Service Level von 91 Prozent. Fall 2 zeigt die Auswirkungen einer durchschnittlichen Zielerreichung von 75 Prozent. Fall 3 geht von einer 109-prozentigen Zielerreichung aus. In Fall 4 wird ein Service Level erreicht, der in 16 Prozent der Fälle über den mittleren QALY liegt. Fall 5 weist eine Zielerreichung von 140 Prozent auf. Das relative Ergebnis stellt sich in den fünf Fällen wie folgt dar:

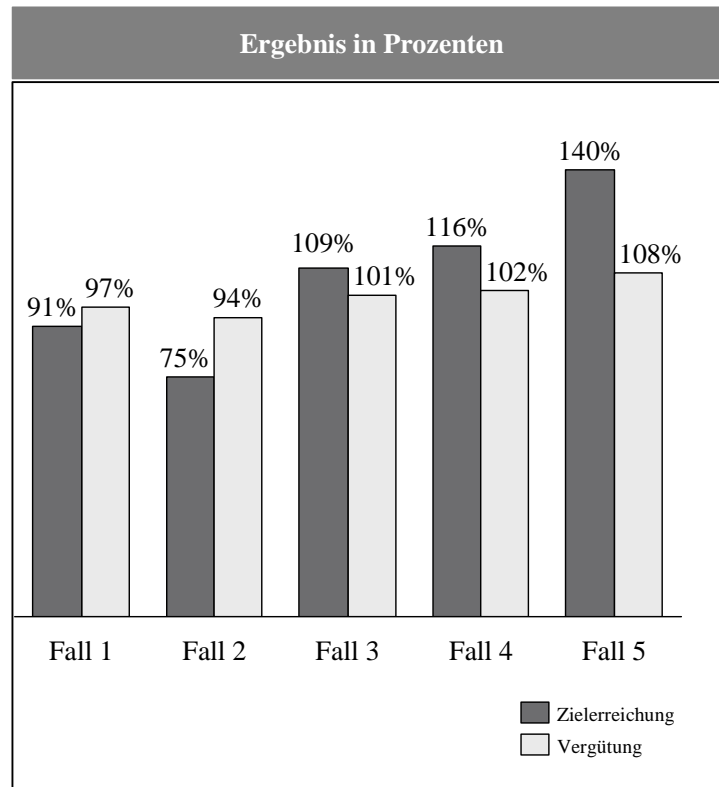


Abbildung 20 Ergebnis Erfolgsprämienmodell, eigene Darstellung

Wenn, wie in Fall 1 gezeigt, von 91 Prozent aller Rehabilitanden der durchschnittlich vereinbarte Service Level erreicht wird, erhält die Klinik für 91 Prozent der Fälle die variable Vergütungspauschale von 370 Euro bezahlt. Es kommt zu einer Kostenunterdeckung von ca. drei Prozent bzw. 288.000 Euro. Wird, wie in Fall 2 beschrieben, jedoch im Mittel nur bei 75 Prozent der Rehabilitanden der vereinbarte Service Level erreicht, wird für 25 Prozent der Fälle keine variable Pauschale bezahlt. Das heißt, dass für diesen Anteil der behandelten Rehabilitanden die variablen Kosten (siehe Tabelle 10) nicht vergütet werden. Aus Kostenrechnungssicht bedeutet dies, dass sechs Prozent der Klinikkosten nicht gedeckt werden. Bei Fall 3 mit einer 109-Prozent-Zielerreichung beträgt die Überdeckung ein Prozent, da für neun Prozent der Fälle neben

der variablen Pauschale zusätzlich eine Erfolgsprämie von 370 Euro je Fall bezahlt wird. Bei einer Klinik mit einem Kostenvolumen von ca. 10 Millionen Euro entspräche die Überdeckung ungefähr 73.000 Euro. Im schlechtesten Fall, d. h. bei keinem der Fälle wird der vereinbarte Zielerreichungsgrad erreicht, kann dies zu einer Kostenunterdeckung von bis zu 20 Prozent führen. Das entspricht rund zwei Millionen Euro. Die Auswirkungen auf die Klinikkosten, wenn im Durchschnitt ein besserer Erfolg als der vereinbarte Service Level erreicht wird, zeigen die Fälle 4 und 5. Das maximal zu erreichende Ergebnis liegt dabei bei einem Erfolgsbonus von 21 Prozent. Dies entspricht einer Erfolgszahlung von rund 2 Millionen Euro. Das kann nur erreicht werden, wenn alle behandelten Fälle einen Zielerreichungsgrad von 120 Prozent der vorab zwischen Klinik und Leistungserbringer vereinbarten QALY erreichen. Folgende Tabelle zeigt die Auswirkungen anhand der Modellklinik.

Tabelle 12 Auswirkungen auf die Kostendeckung der Klinik, eigene Darstellung

Fall	Zielerreichung	Vergütung in Tausend Euro	Über-/ Unterdeckung in Tausend Euro
Fall 1	91 %	9.845	-288
Fall 2	75 %	9.524	-609
Fall 3	109 %	10.206	73
Fall 4	116 %	10.362	230
Fall 5	140 %	10.907	775
Min.		8.020	- 2.112
Max.		12.231	2.098

Es wird ersichtlich, dass das Modell für die Leistungserbringer ein höheres Risiko trägt, da die Kostenunterdeckung bis zu 20 Prozent betragen kann, während eine Überdeckung bis 21 Prozent der Ist-Kosten möglich ist. Im Allgemeinen wird durch das Erfolgsprämienmodell das Ziel erreicht, Kliniken mit einem besseren Erfolg in der medizinischen Rehabilitation für ihre Leistung zu belohnen, während Kliniken mit schlechterem Ergebnis für ihre Minderleistung bestraft werden. Der Anreizmechanismus ist auch im Gesundheitswesen funktionsfähig und das Modell kann unter Berücksichtigung

einiger ethischer Randbedingungen auch auf die Vergütung zwischen Rehabilitationskliniken und deren Kostenträger übertragen werden.

Im folgenden Kapitel werden die Auswirkungen eines weiteren erfolgsabhängigen Vergütungsmodells aus der Industrie auf die Kostensituation von Rehabilitationskliniken geprüft. Das Bonus-Malus-Modell ist dem Bereich der Mitarbeiterentlohnung entlehnt und ist dort unter anderem im Bereich der Entlohnung von Vertriebsmitarbeitern im Außendienst mit klar definierten Akquisitionszielen eingesetzt. Zusätzlich enthält es Komponenten einer qualitätsorientierten Vergütungsform, wie sie heute mit dem P4P-Modell bereits im Gesundheitswesen in den Vereinigten Staaten und Großbritannien im Einsatz ist.

3.4.3 Modell 2: Das Bonus-Malus-Modell

Mit Modell 2 wird gezeigt, wie sich eine erfolgsorientierte Vergütungskomponente mit einem je nach Erfüllungsgrad abgestuften Bonus bzw. Malus auf die Kostensituation der leistungserbringenden Klinik auswirkt. Die heute vor allem in den USA und Großbritannien eingesetzten Pay-for-Performance-Modelle in der Vergütung von medizinischen Versorgungszentren und Hausärzten verfolgen dabei ein ähnliches Prinzip. Finanzielle Anreize sollen in P4P-System dazu dienen, die medizinische Versorgung zu verbessern. Im Gegensatz zu P4P-Ansätzen wird im hier entwickelten Bonus-Malus-Modell der Aspekt des wirtschaftlicheren Ressourceneinsatzes fokussiert. Der Nebeneffekt einer Verbesserung der Versorgung ist wie in P4P-Modellen auch zu erwarten. Aufgrund des bereits vorab definierten optimalen Leistungsspektrums ist jedoch nicht von zusätzlich benötigter Bereitstellung von Finanzmitteln durch die Kostenträger auszugehen. Die Verbesserung zielt vielmehr auf einen Qualitätswettbewerb, der für Kliniken den Anreiz setzt, durch einen wirtschaftlichen Einsatz von Ressourcen bei einem definierten Leistungskatalog ein möglichst gutes Ergebnis zu erzielen.

Ausgangspunkt der Vergütung ist ein vorab zwischen Klinik und Kostenträger vereinbarter Service Level, der im Form eines Qualitäts-/ Erfolgszieles festgelegt wird. Die Ermittlung der Bonus- bzw. Malusstufe erfolgt dabei anhand eines Klinikdurchschnittes. Der Bonus wird am Ende des Bemessungszeitraums ausbezahlt.

3.4.3.1 Modellparameter und Voraussetzung

Ausgangspunkt im Modell 2 ist eine pauschalierte Vergütung der Rehabilitationsleistungen. Je Rehabilitationsfall wird eine Fallpauschale an die Kliniken ausbezahlt. Der Wert ermittelt sich dabei anhand der tatsächlichen leitlinienbasierten Behandlungskosten. Die Fallpauschale wird dabei in jedem Fall ausbezahlt und dient ihm Wesentlichen dazu, die fixen Kosten der Behandlung zu decken. Der Erfolgsbonus oder -malus richtet sich nach dem Rehabilitationsergebnis (Zielerreichungsgrad) und kennt dabei fünf Stufen. Ab einer Zielerreichung größer 95 Prozent erhält die Klinik 100 Prozent des variablen Vergütungssatzes. Liegt die Zielerreichung zwischen 90 und 95 Prozent, werden nur 95 Prozent des variablen Vergütungssatzes ausbezahlt (Malusstufe I). Bei einem Ergebnis kleiner gleich 90 Prozent erhielt die Klinik 90 Prozent des Vergütungssatzes (Malusstufe II). Hierbei unterscheidet sich das Modell 2 vom Erfolgsprämienmodell aus dem vorherigen Kapitel. Das Bonus-Malus-Modell sieht eine Untergrenze für die Zielerreichung vor. Das bedeutet, dass Kliniken, die ein schlechteres Ergebnis als 90 Prozent des vereinbarten Service Levels erzielen, trotzdem 90 Prozent der Erfolgspauschale bezahlt bekommen, während in Modell I bei geringeren als vereinbarten Service Levels überhaupt keine Erfolgspauschale ausbezahlt wird.

Neben den zwei Malusstufen existieren im Modell auch drei Bonusstufen, die überdurchschnittliche Zielerreichung finanziell belohnen. Hierbei ist die Staffelung nach oben begrenzt. Der maximal erreichbare Bonus liegt bei 135 Prozent des erfolgsabhängigen Vergütungssatzes (Bonusstufe III). Er wird ab einer Zielerreichung von 120 Prozent ausbezahlt. Bonusstufe zwei enthält einen Bonus von 120 Prozent und kommt bei einer Zielerreichung von 110 bis 120 Prozent zur Auszahlung. Die erste Bonusstufe umfasste eine Bonuszahlung von 10 Prozent für ein Ergebnis von 100 bis 110 Prozent der zu erreichenden mittleren qualitätsadjustierten Lebensjahre. Auch in diesem Modell gibt es einen zweigliedrigen Vergütungssatz. Die fixe Fallpauschale soll dabei alle leistungsmengenunabhängigen Kosten des medizinischen Prozesses und der Klinikinfrastruktur abdecken. Sie wird je behandelten Fall ausbezahlt. Die Erfolgspauschale zur Deckung der leistungsmengeninduzierten Prozess- und Strukturkosten hingegen wird in Form von Zu- und Abschlägen (Bonus oder Malus) je nach Zielerreichungsstufe ausbezahlt. Die Zielerreichung wird dabei nicht auf Einzelfallbasis, sondern als Klinikdurchschnitt ermittelt. Die Abweichung zum Zielwert

ergibt die Bonus- oder Malusstufe. Der vorab definierte Wert der jeweiligen Stufe wird mit der Anzahl der behandelten Fälle multipliziert und ergibt somit den gesamt auszubezahlenden bzw. vom gesamten Erfolgspauschalwert abzuziehenden Wert der Erfolgszahlung. Eine detaillierte Übersicht der Bonus- und Malusstufen und der dazugehörigen Zu- und Abschläge zeigt Tabelle 13.

Tabelle 13 Bonus-/ Malustabelle zur Bestimmung der Zu- und Abschläge der erfolgsabhängigen Pauschale, eigene Darstellung

Zielerreichungsgrad	Bonus- /Malusstufe	Vergütung in Prozent	Prozesseffekt in Euro	Struktureffekt in Euro
<= 90 %	- II	90	15	27
> 90 % und <= 95 %	- I	95	8	14
> 95 % und <= 100 %	I	100	0	0
> 100 % und <= 110 %	II	110	-15	-27
> 110 % und <= 120 %	III	120	-30	-54
> 120 %	IV	135	53	95

Bedeutung hat dabei nicht der absolute Wert. Dieser kann sich je nach Auslastungsgrad der Klinik ändern. Bedeutender sind die definierten variablen Prozentsätze, die als Zu- und Abschlag je Bonus- oder Malusstufe berücksichtigt werden. Sie bestimmen im Wesentlichen wie stark oder schwach der erzielte Erfolg der Rehabilitation die Kostensituation der Klinik beeinflusst.

Auch bei diesem Modell gilt es, Service Levels als Steuerungsgröße vorab zwischen Klinik und Leistungsbringer zu kommunizieren. Vor allem der Klinik muss bewusst werden, welchen Einfluss die Bezahlung eines Bonus und vielmehr der Abzug eines Malus auf ihre Kostensituation hat und welche Möglichkeiten sie hat, den Erfolg der Rehabilitation zu beeinflussen. Auch hier gilt ein mehrgliedriger Aufbau des Vergütungssatzes, wobei überdurchschnittliche Leistungen belohnt und Minderleistungen finanziell bestraft werden.

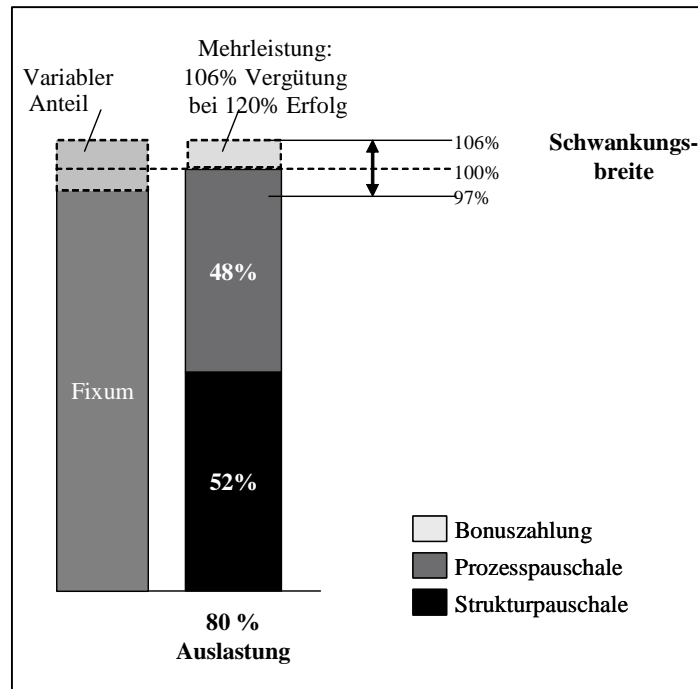


Abbildung 21 Aufbau Vergütungsschema Modell 2, eigene Darstellung

Abbildung 21 zeigt, dass eine Klinik durch die Bezahlung eines Erfolgsbonus einen Kostenüberschuss von bis zu 6 Prozent erzielen kann. Dies ist dann der Fall, wenn die mittleren in der Klinik erzielten QALY einem Zielerreichungsgrad von mehr als 120 Prozent im Indikationsgebiet entsprechen. Sollte die Klinik ein definiertes Mindestziel von 95 Prozent nicht erreichen, kommt ein Malus zu tragen, der zu einer Unterdeckung von bis zu 7 Prozent der Gesamtkosten führen kann.

Das Bonus-Malus-Modell kann gleich wie das Erfolgsprämienmodell für ein Benchmarking und einen Klinikvergleich herangezogen werden. Es lässt sich ein Kosten-Nutzen-Index basierend auf den mittleren QALY und den mittleren Kosten der Klinik ermitteln, der für eine Belegsteuerung nach ökonomischen Gesichtspunkten eingesetzt werden kann.

Im nachfolgenden Kapitel werden Vor- und Nachteile des Bonus-Malus-Modells gegenübergestellt.

3.4.3.2 Vor- und Nachteile des Bonus-Malus-Modells

Aus ökonomischer Sicht liegt ein Vorteil des Bonus-Malus-Systems in der Anreizwirkung, Gesundheitsleistungen unter Einsatz von Effizienzkriterien zu erbringen, was zu einer Senkung der gesamten Systemkosten führt. Unter Systemkosten werden hier die Kosten, die im Gesundheitssystem im Rahmen der medizinischen Rehabilitation anfallen, verstanden. Der Kostensenkungseffekt ist dabei auf das Verhalten der Kliniken zurückzuführen, die bei einem derartigen Vergütungssystem versuchen werden, Überkapazitäten abzubauen und Prozesse schlanker zu gestalten. Hierbei ist es unabdingbar, dass die Vergütungssätze in mindestens einem 2-Jahres-Rhythmus überprüft werden, um eine marktgerechte Vergütung zu gewährleisten.

Aus Prozesssicht bietet das Bonus-Malus-System den Rehabilitationsträgern den Vorteil, dass der Verwaltungsaufwand im Vergleich zum Erfolgsprämienmodell geringer ist, da die Klinik auf Basis eines Klinikdurchschnittes vergütet wird. Dafür müssen zwar patientenindividuelle Informationen erhoben werden, die Ermittlung des Bonus- bzw. Malus erfolgt jedoch gesamthaft anhand des QALY-Mittelwertes und der Anzahl der behandelten Fälle, nicht auf Einzelfallbasis wie im Erfolgsprämienmodell. Eine Prüfung der QALY auf Einzelfallbasis soll dabei nur stichprobenhaft erfolgen.

Als weiterer Vorteil gilt die Gleichverteilung des finanziellen Risikos zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Erreichen überdurchschnittlich viele Fälle den mindestens zu erzielenden Service Level nicht, ist der Kostenträger im Vorteil, da er für die Minderleistungen einen Malus rückvergütet bekommt. In diesem Fall entsteht für Kliniken der Nachteil, dass sie nicht mehr kostendeckend arbeiten können und effizienzsteigernde und kostensenkende Maßnahmen umsetzen müssen, um nicht in die Verlustzone zu geraten. Erzielen überdurchschnittlich viele Fälle einen überdurchschnittlichen Erfolg, sind die Leistungserbringer im Vorteil, da sie einen Bonus vergütet bekommen. Das ist auch ein wesentlicher Nachteil für die Kostenträger, da in diesem Fall die Systemkosten erhöht werden. Im Idealfall arbeitet das System jedoch kostenneutral. Das heißt, die zu vergütenden Bonuszahlungen werden aus den erhaltenen Maluszahlungen finanziert. Eine Senkung der Systemkosten wird dadurch erzielt, dass in regelmäßigen Abständen, z. B. 2-Jahres-Zeitraum, ein Klinikbenchmarking erfolgt, anhand dessen die Vergütungssätze angepasst werden. Da Kliniken den Anreiz haben, ihre Kosten

zu senken, wird dies auch zu einer Minderung der Vergütungssätze führen, da diese sich an den tatsächlich entstandenen Kosten in den Kliniken orientieren.

Zusammenfassend ist auch beim Bonus-Malus-Modell festzuhalten, dass aus wirtschaftlicher Sicht – gleich dem Erfolgsprämienmodell - der Anreiz für Kliniken entsteht, die Kosten der Rehabilitation zu reduzieren und dabei die Qualität der Rehabilitation auf hohem Niveau zu sichern.

3.4.3.3 Darstellung der Ergebnisse

Wie sich eine mehrgliedrige, erfolgsorientierte Vergütung nach dem Bonus-Malus-Modell auf die Kostensituation einer Rehabilitationsklinik auswirken kann, zeigt die in diesem Kapitel beschriebene Modellrechnung.

Basis ist dabei wie bei Modell 1 eine Modellklinik mit Indikation Wirbelsäulenerkrankungen. Es wird dabei leitlinienkonform behandelt. Die Bettenanzahl beträgt 288, die mittlere Verweildauer liegt bei 23,5 Tagen. Der garantierte Auslastungskorridor liegt zwischen 70 und 80 Prozent. Die Gesamtkosten pro annum belaufen sich auf rund 10 Millionen Euro. Der zu erreichende Zielerreichungsgrad liegt bei 95 Prozent der mittleren QALY der Klinik von 0,2.

Basis der Vergütung ist eine Fixpauschale je Fall. Sie beträgt 1.850 Euro je Fall und besteht aus einer Struktur- und Prozesskomponente. Erreicht die Klinik im Durchschnitt einen QALY-Wert von 95 bis 100 Prozent der vorgegebenen 0,2 QALY je Fall, kommt der gesamte Vergütungssatz zu tragen. Liegt der Klinikerfolg in der Klasse 90 bis 95 Prozent wird die 1. Malusstufe aktiviert. Sie umfasst einen Abschlag von 19 Euro je Fall. Liegt das Ergebnis unter 90 Prozent beträgt die 2. Malusstufe 37 Euro je Fall. In der Stufe von 100 bis 110 Prozent Zielerreichung werden 37 Euro je behandeltem Fall als Bonus bezahlt. In der Stufe von 110 bis 120 Prozent beläuft sich die Bonuszahlung auf 74 Euro je Fall. In der höchsten Bonusstufe, sie entspricht einer Zielerreichung von größer gleich 120 Prozent, beträgt der Bonus 130 Euro je Fall. Hiermit wurden bereits die Systemgrenzen genannt. Das Modell ist nach unten hin auf eine Zielerreichung von 90 Prozent beschränkt. Dies entspricht einer Fallpauschale abzüglich Malus von 1.813 Euro oder 98 Prozent. Nach

oben hin ist das System auf einen Zielerreichungsgrad von 120 Prozent beschränkt. Dies entspricht einer Fallpauschale von 1.980 Euro bzw. 107 Prozent. Verglichen mit dem Erfolgsprämienmodell bedeutet dies, dass das Risiko für die leistungserbringende Klinik im Bonus-Malus-Modell deutlich geringer ist. Abbildung 22 gibt einen Überblick über Auswirkungen des Bonus-Malus-Modells auf die Kostensituation der Klinik anhand von fünf Fällen. In Fall 1 liegt der erzielte Erfolg bei 91 Prozent. Die erfolgsorientierte Vergütung unter Berücksichtigung eines Malus führt zu einer Kostendeckung von 98 Prozent. In Fall 2 beträgt die Zielerreichung nur 75 Prozent. Dies entspricht der 2. Malusstufe und führt zu einer Kostendeckung von 97 Prozent. Fall 3 beschreibt eine Zielerreichung von 109 Prozent. Fall 4 geht von einer Zielerreichung von 116 Prozent aus und Fall 5 beschreibt eine Klinik mit einer überdurchschnittlichen Zielerreichung von 140 Prozent bei einer Bonuszahlung, die zu einer Kostenüberdeckung von 6 Prozent führt.

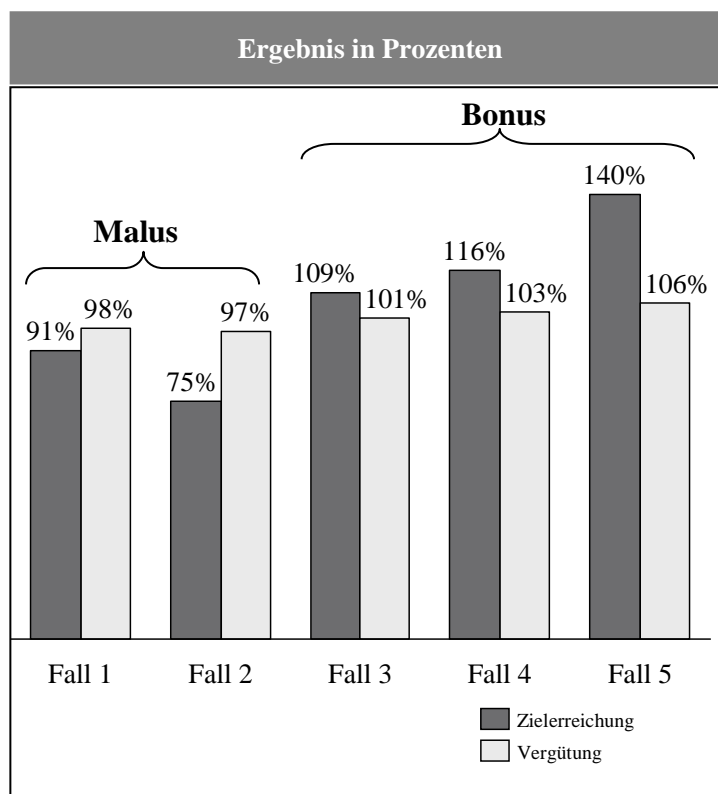


Abbildung 22 Ergebnis Bonus-Malus-Modell, eigene Darstellung

Folgende Tabelle fasst die Auswirkungen des Bonus-Malus-Modells anhand der Modellklinik zusammen.

Tabelle 14 Auswirkungen Bonus-Malus-Modell auf Kostendeckung der Klinik, eigene Darstellung

Fall	Zielerreichung	Vergütung in Tausend Euro	Über-/Unterdeckung in Tausend Euro
Fall 1	91 %	9.925	-207
Fall 2	75 %	9.825	- 307
Fall 3	109 %	10.226	94
Fall 4	116 %	10.427	294
Fall 5	140 %	10.727	599
Min.	<= 90 %	9.825	- 307
Max.	> 120 %	10.727	599

Fall 2, der das schlechtest mögliche Ergebnis darstellt, führt zu einer Unterdeckung von 3 Prozent. Bei einem Kostenvolumen der Modellklinik von ca. 10 Millionen Euro entspricht dies einem Wert von rund 307.000 Euro. Der bestmögliche Fall (Fall 5) führt zu einer Überdeckung von rund 599.000 Euro. Das Risiko ist für eine Klinik somit deutlich geringer als im Erfolgsprämienmodell, das eine negative Auswirkung von rund 2 Millionen Euro bei einer positiven Auswirkung von max. rund 2 Millionen Euro ermöglicht. Gleich dem Erfolgsprämienmodell wird hier das Ziel erreicht, dass Kliniken mit einem besseren Erfolg gemessen in QALY belohnt und unterdurchschnittliche Kliniken finanziell bestraft werden. Das Ergebnis bestätigt, dass Bonus und Malus eine Anreizwirkung zur effizienten Leistungserbringung haben. Wie hoch ein Bonus- bzw. Malus sein muss, um noch Anreizwirkung zu haben, wird im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter untersucht. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Negativwirkung der erfolgsabhängigen Komponente nur so hoch sein sollte, dass der Leistungserbringer durch strukturelle und prozessuale Optimierungsmaßnahmen noch in der Lage ist kostendeckend zu arbeiten und die Eigentümer noch eine marktübliche Rendite erzielen können.

3.4.4 Gegenüberstellung der Modelle

Stellt man die beiden in den vorherigen Kapiteln (3.4) beschriebenen erfolgsorientierten Vergütungsmodelle dem derzeitigen System der tagesgleichen Pflegesätze bzw. Fallpauschalen gegenüber, so ergibt sich folgendes Bild (Tabelle 15). Jedes Vergütungsmodell bietet Vor- und Nachteile für Leistungserbringer oder Leistungsfinanzierer.

Tabelle 15 Vergütungsmodelle in der Rehabilitation im Vergleich

	Tagesgleiche Pflegesätze	Fallpauschale	Erfolgsprämienmodell	Bonus-Malus-Modell
Vergütungsbestandteile	Fixer Vergütungssatz je Tag Aufenthalt	Fixe Pauschale je Rehabilitand unabhängig von Verweildauer	Fixe Basispauschale Rehabilitand + Erfolgspauschale abhängig von Zielerreichung	Fixe Basispauschale je Rehabilitand + variable Erfolgs- bzw. Misserfolgspauschale je Rehabilitand.
Verhaltensanreiz der Klinik	Verweildauerverlängerung	Verweildauerverkürzung	Qualitätssteigerung; Kostenminimierung	Qualitätssteigerung; Kostenminimierung
Vergütungsmechanismus	Unabhängig von erbrachten Leistung und erzielten Erfolg/ Misserfolg	Unabhängig von erbrachten Leistung und erzielten Erfolg/ Misserfolg	Sockelbetrag unabhängig von Leistung + Erfolgsprämie, abhängig von Zielerreichung	Sockelbetrag unabhängig von Leistung, Bonus bzw. Malus abhängig von Zielerreichung

Vergütungssysteme, die einzelne Leistungen vergüten, neigen dazu für den Leistungserbringer wirtschaftliche Anreize zu setzen, Leistungen zu erbringen, für die keine medizinische Notwendigkeit besteht (Leistungsmengenausweitung). Die Gefahr eines solchen Vorgehens besteht vor allem in Situationen mit asymmetrischer Informationsverteilung, wie sie im Gesundheitswesen häufig vorkommen. Um die nachteiligen Folgen der Einzelleistungsvergütung (fee for services) für die Kostenträger zu reduzieren, entstand ein weiteres Vergütungssystem, das mittels Budgetierung von Leistungsmengen versuchte, die Ausweitung von Leistungsmengen oberhalb einer bestimmten Grenze zu begrenzen. Die negativen Folgen dieses Systems sind heute vor allem bei niedergelassenen Ärzten zu erkennen. Ein ähnlich gelagertes System sind die tagesgleichen Pflegesätze, die aktuell noch in der stationären Rehabilitation in Deutschland eingesetzt werden. Die pauschalierte Bezahlung je Behandlungstag setzt für den Leistungserbringer den Anreiz, die Verweildauer der Rehabilitanden zu verlängern. Um diesem Effekt entgegenzuwirken, begann man vor einiger Zeit Fallpauschalen in der Rehabilitation, ähnlich der Vergütung nach Diagnosis Related Groups, die in der

Akutmedizin seit 2003 erprobt und eingesetzt werden, einzuführen. Fallpauschalen wirken zwar einer Verweildauerverlängerung entgegen, lösen jedoch nicht die Problematik, dass der Erfolg der Leistung, in diesem Sinne der erreichte Gesundheitsgewinn, zu wenig Berücksichtigung in der gezahlten Vergütung findet. Im Gegensatz zur Einzelleistungsvergütung ist es bei Komplex- bzw. Fallpauschalen zu erwarten, dass Rehabilitationskliniken den Anreiz erhalten den Ertrag zu steigern, indem sie die Anzahl der Leistungen steigern bzw. versuchen, die geforderten Leistungen mit minimalem Einsatz im Sinne des homo oeconomicus zu erbringen. Da die Vergütung der Leistung einzig von der Anzahl der behandelten Fälle abhängig ist, ist laut Anreiz-Beitrag-Theorie im Szenario 1 davon auszugehen, dass Leistungserbringer ihre Leistungen kürzen werden, um weiterhin einen Ertrag zu erwirtschaften. Die Folge davon könnte sein, dass die Anzahl der Verweildauertage verkürzt und ähnliche Effekte entstehen, die in der Akutmedizin seit Einführung von Diagnosis Related Groups auftreten – so genannte „blutige Entlassung“ [82]. Im Falle der Rehabilitation könnte dies bedeuten, dass es zu einer Verschiebung von der stationären Rehabilitation in den Bereich der ambulanten Nachbehandlung kommen könnte. Die Frage des Wohls des Rehabilitanden wird dabei außer Acht gelassen.

Mit den in dieser Arbeit dargestellten neuen, der Industrie entlehnten, Vergütungsformen wird versucht, stärker auf den ökonomischen und wirtschaftlichen Erfolg der Leistungserbringung durch die Art der Vergütung Bezug zu nehmen. Der Kundennutzen, d. h. das medizinische Ziel des Rehabilitanden, wird mehr in den Mittelpunkt gestellt. Das Erfolgsprämienmodell wie auch das Bonus-Malus-Modell haben gemein, dass durch die erfolgsunabhängigen Vergütungsbestandteile zur Deckung der Fixkosten der Anreiz zur Verweildauerverkürzung entsteht. Durch die zusätzliche variable Pauschale, die von der Zielerreichung abhängig ist, wird der Effekt der Verweildauerverkürzung jedoch gemindert. Der Zusammenhang zwischen Anzahl der erbrachten Leistung und Ergebnisqualität, an der sich der Zielerreichungsgrad orientiert, verhindert, dass Rehabilitanden frühzeitig aus der stationären Rehabilitation entlassen werden oder auch nicht ausreichende medizinische Versorgung zur Erreichung des vereinbarten medizinischen Erfolges erhalten. Der gleiche Mechanismus gilt auch für das Bonus-Malus-Modell. Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Modellen ist, dass im Erfolgsprämienmodell das finanzielle Risiko für den Leistungserbringer deutlich höher ist als im Bonus-Malus-Modell, da die Untergrenze der Vergütung an der

Fixkostendeckungsgrenze liegt, während im Bonus-Malus-Modell es zu einer Staffellung kommt und die Schwankungsbreite der Erfolgskomponente deutlich eingeschränkt wird.

4. Diskussion

Entwicklungsschritte für eine erfolgsorientierte Rehabilitationsvergütung

In Kapitel 4 sollen Normstrategien und Entwicklungsschritte für eine erfolgsorientierte Vergütung erarbeitet werden, die auf den Ergebnissen der Modellrechnung basieren. Zur Ableitung von Normstrategien soll zunächst auf die wesentlichen Erkenntnisse des theoretischen Rahmens und der empirischen Erkenntnisse der Untersuchung zurückgegriffen werden.

Ausgangspunkt für eine Entwicklung eines erfolgsorientierten Vergütungssystems für stationäre Rehabilitationsleistungen ist die theoretische Ableitung und empirische Validierung der Zusammensetzung einer Erfolgskomponente für die Vergütung von Leistungen der stationären Rehabilitation. Bei der Auswertung der bestehenden Literatur konnte festgestellt werden, dass es diverse Ansätze über leistungsbezogene Vergütungsstrukturen in der Akutmedizin oder auch im Hausarztssystem gibt, der medizinische Erfolg als Beurteilungsbasis für eine erfolgsabhängige Vergütung jedoch noch keine Anwendung findet. Somit war es erforderlich, im ersten Schritt einen objektivierbaren Erfolgsfaktor zu identifizieren, auf dem eine Erfolgsvariable aufgebaut werden kann, die wie in industriellen Vergütungsmodellen als Basis für eine Erfolgsmessung herangezogen werden kann. Im nächsten Schritt konnte eine Auswertung der Kostenstruktur von Rehabilitationskliniken erfolgen, um abzuleiten, wie hoch der Kostenanteil ist, der notwendig ist, um den Betrieb einer Klinik zu ermöglichen. Dabei konnte festgestellt werden, dass in Kliniken nahezu 80 Prozent der Kosten dafür verwendet werden, die für den laufenden Betrieb notwendigen Fixkosten wie Infrastruktur und medizinisches Personal zu decken. Diese Erkenntnis ist ein wesentlicher Faktor zur Bestimmung der Basis, die durch eine Vergütung von Rehabilitationsleistungen in dem Fall gedeckt werden sollte und auf die eine Erfolgskomponente nicht wirken soll. Der fixe Bestandteil einer mehrgliedrigen Vergütungsform, die in Form einer Fallpauschale bezahlt wird, dient somit der Deckung der Kosten der Gewährleistung einer leistungsfähigen Rehabilitationsinfrastruktur. Mit einer erfolgs- und ergebnisorientierten Komponente als

Bestandteil der Vergütung soll dem Manko des derzeitigen Systems, dem Fehlen von finanzwirtschaftlichen Größen wie Umsatz und Ergebnis und auch qualitativen Ergebnissen, wie dem medizinischen Erfolg, entgegengewirkt werden.

Der Vergleich der Modelle zeigt, dass es keine objektiven Kriterien für oder gegen bestimmte Verhältnisse von fixen und variablen Vergütungsbestandteilen gibt. Ausschlaggebend für das Verteilungsverhältnis sind das mit der Vergütungsform verbundene Ziel und die Frage nach der Akzeptanz der Beurteilungskriterien unter den Leistungserbringern. Je größer der erfolgsabhängige Anteil für Rehabilitationskliniken ist, umso höher sollten auch die Einflussmöglichkeiten des Leistungserbringers sein, um die gesetzten Ziele auch zu erreichen. Da der Leistungserbringer hinsichtlich des Mitarbeitens der Rehabilitanden zur Zielerreichung keine Einflussmöglichkeiten hat, zeigt eine Staffelung der Vergütung wesentliche Vorteile gegenüber einer Öffnung bis zur Fixkostengrenze, da das Risiko für den Leistungserbringer eingeschränkt wird, jedoch noch ausreichend Anreize gesetzt werden, um einen wirtschaftlichen, effizienten und effektiven Einsatz von Ressourcen im Rahmen des Rehabilitationsprozesses zu unterstützen.

Auf Grundlage der aus Theorie und Praxis bisher gewonnenen Erkenntnisse wird im Folgenden ein Portfolio entwickelt werden, in dem Vergütungsmodelle positioniert werden und darauf aufbauend Entwicklungsschritte abgeleitet werden sollen.

4.1 Positionierung von Vergütungsformen und Modellergebnissen im Portfolio

Pauschale Vergütungen, die weder Bezug auf die erbrachten Leistungen noch auf den durch die Leistungen erzielten Erfolg haben, sind als ausschließliches Vergütungssystem unter den ökonomischen Prinzipien eines kostenbewussten, effizienten und qualitätsorientierten Handelns nicht sinnvoll. Selbst in einem System, in dem Kostenträger und Nutznießer der Leistung nicht dieselbe Entität darstellen, führen pauschale Vergütungen zu Fehlanreizen, denen durch die Ergänzung mit einer erfolgsorientierten Komponente gegengesteuert werden kann. Da der Markt für Rehabilitationsleistungen im Hinblick auf Aufgaben, Funktionsweise und Ziele nicht vollkommen mit einem Markt für industrielle Leistungen oder auch Dienstleistungen vergleichbar ist, ist eine Ableitung

pauschaler Handlungsempfehlungen für die Gestaltung einer erfolgsorientierten Vergütung nur bedingt sinnvoll. Vielmehr gilt es differenzierte Strategien beim Aufbau einer leistungs- und erfolgsorientierten Vergütung abzuleiten. Dabei soll zunächst die Ableitung unterschiedlicher Handlungsstrategien anhand eines Portfolios mit den Entscheidungsdimensionen finanzielles Risiko und Anreiz zum ökonomischen Handeln, die Möglichkeiten zur Vergütung strukturieren. Die Portfolio-Technik erscheint hierfür am besten geeignet, da sie mit einem relativ geringen Erhebungsaufwand eine übersichtliche Darstellung für eine Entscheidungsfindung liefert.

Im ersten Schritt wird das Risiko-Anreiz-Portfolio aufgebaut. Es setzt sich aus den beiden Beurteilungsdimensionen „Risiko“ und „Anreizwirkung“ zusammen. Beide Bewertungskategorien beziehen sich auf ökonomische Aspekte.

Wie in den klassischen Anwendungsgebieten der Portfolio-Technik wie der Produkt- und Unternehmenspolitik ist es auch in der Kategorie „Risiko“ relativ einfach, objektiv eine Einordnung vorzunehmen. Basis für die Einordnung auf der Risikoskala ist dabei das wirtschaftliche Risiko des Leistungserbringers, d. h. das Risiko, wie stark eine Klinik durch das Ausmaß einer erfolgs- und leistungsorientierten Vergütungsform potenziell mit positiven oder negativen Auswirkungen auf ihre Gewinn- oder Verlustsituation zu rechnen hat. Der Bewertungsmaßstab Gewinn oder Verlust dient dabei der Akzentuierung des erwerbswirtschaftlichen Prinzips, denn er stellt letztendlich das grundlegende Ziel einer langfristigen Sicherung der Unternehmensexistenz dar. Da Gesundheitsleistungen im Allgemeinen, und Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Speziellen, mit nicht unerheblichen Personal- und Infrastrukturkosten verbunden sind, soll durch das Portfolio nicht nur eine Positionierung der Vergütungsstruktur zur Entscheidungsfindung, sondern auch eine Bewusstseinsstärkung der Bedeutung und des Zusammenhanges zwischen dem Outcome der Leistung und den damit verbundenen Kosten und deren Auswirkungen auf das gesamtwirtschaftliche Ergebnis des Leistungserbringers erfolgen.

Während mit dem Risiko im Wesentlichen die Auswirkungen der Vergütungsform auf den Leistungserbringer bewertet werden, handelt es sich beim Anreiz um einen Bewertungsmaßstab, der den Grad des Anreizes zum wirtschaftlichen Handeln beurteilt und damit für den Kostenträger einen Anhaltspunkt darstellt, inwieweit seine Vergütungsform leistungs- und erfolgsorientiert aufgebaut ist und die Leistungserbringer

zu einem effizienteren und somit in der Regel auch kostengünstigeren Handeln anstößt. Durch die explizite Trennung nach Risiko und Anreiz wird sowohl Kostenträger als auch Leistungserbringer Rechnung getragen. Je nach Einordnung möglicher Vergütungstypen in das Portfolio ist sofort ersichtlich, welches Vergütungsmodell mehr oder weniger finanzielles Risiko für die Rehabilitationskliniken erbringt und welches zu ökonomisch effizientem Handeln führt. Aus der Kombination von Risiko und Anreiz lassen sich die in dieser Arbeit betrachteten Vergütungsmodelle demgemäß einordnen (Abbildung 23).

Grad Leistungs-
und Erfolgsbezug

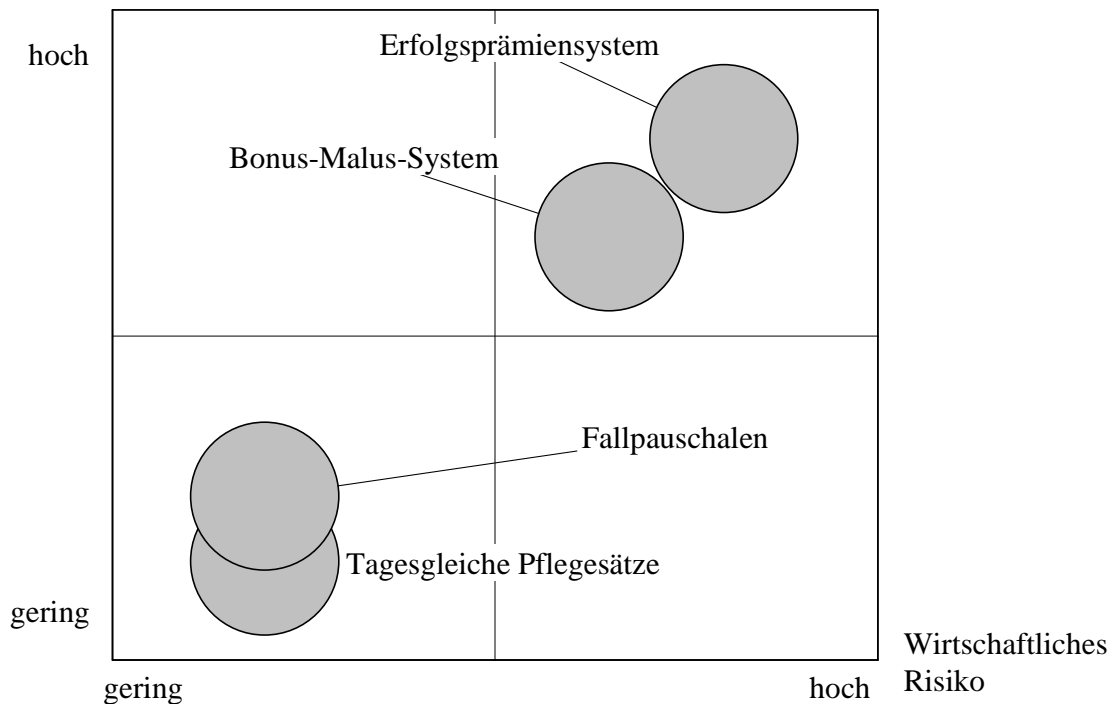


Abbildung 23 Risiko-Anreiz-Portfolio

Tagesgleiche Pflegesätze zeichnen sich sowohl durch einen geringen Leistungs- und Erfolgsbezug aus als auch durch ein geringes wirtschaftliches Risiko für Rehabilitationskliniken, da sie im Wesentlichen vollkostendeckend ausgestaltet sind. Anreize, Betriebsabläufe in den Kliniken wirtschaftlich und kostengünstig zu organisieren, sind nur in geringem Ausmaß vorhanden, da als einziges Beurteilungskriterium die Verweildauer der Rehabilitanden herangezogen wird. Leicht positive Auswirkungen zur Erzielung wirtschaftlicher Anreize werden nur durch die prospektive Festlegung und Verhandlung von Pflegesätzen erzielt. Dadurch sind Kliniken veranlasst, die mutmaßlich anfallenden Kosten in einem definierten Abrechnungszeitraum zu budgetieren, so dass durch wirtschaftliches Arbeiten die Kosten gedeckt werden können. Die langfristige Effektivität und Effizienz einer Vergütung anhand tagesgleicher Pflegesätze ist jedoch in

Frage zu stellen. Ein undifferenziertes, pauschales Streichen von tagesgleichen Pflegesätzen greift jedoch auch zu kurz. In einem stark reglementierten Umfeld können medizinisch leistungsgerechte Pflegesätze auch ausreichend sein, um bei wirtschaftlicher Betriebsführung einen definierten Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Ein grundsätzlich höherer Leistungsbezug und Anreizwirkung werden durch Fallpauschalen erzielt, da sich die Höhe der Vergütung an den erbrachten Leistungen bzw. deren Kosten während eines Rehabilitationsaufenthaltes orientiert und nicht ausschließlich von der Verweildauer des Rehabilitanden in der Klinik abhängig ist. Ähnlich wie tagesgleiche Pflegesätze bringen auch Fallpauschalen nur ein geringes wirtschaftliches Risiko für Rehabilitationskliniken mit sich. Wie ihr Name aussagt, werden durch Fallpauschalen alle medizinischen wie auch pflegerischen Leistungen einer Rehabilitationsbehandlung in einem Gesamtbetrag vergütet. Gegenüber von verweildauerorientierten Pflegesätzen sorgen sie für mehr Leistungs- und Kostentransparenz in der Rehabilitation und ermöglichen dadurch, dass selbst bei behandelnden Ärzten ein bestimmtes Kostenbewusstsein entsteht, das prinzipiell als Grundvoraussetzung für ökonomisches Handeln im medizinischen Umfeld gilt.

Dadurch werden sie im Portfolio auch mit einem mittelhohen Grad an Leistungsbezug klassifiziert. Eine wettbewerbliche Ausrichtung, bei der auch der erzielte Erfolg in die Vergütungsstruktur mit einfließt, ist jedoch nicht vorhanden. Fallpauschalen sind in Situationen wirkungsvoll einsetzbar, in denen Leistungen sinnvoll in Cluster eingruppiert und kostenseitig bewertet werden können, der Erfolg der Leistung jedoch keine Beurteilungsgröße darstellt, da entweder immer ein Erfolg erzielt wird oder dieser nicht transparent gemacht oder objektiv beurteilt und gemessen werden kann.

Den tagesgleichen Pflegesätzen diametral entgegen steht das Erfolgsprämienystem, das bei hohem Leistungs- und Erfolgsbezug auch ein relativ hohes wirtschaftliches Risiko für Kliniken mit sich bringt. Das Erfolgsprämienystem entspricht den Anforderungen einer leistungsgerechten und erfolgsabhängigen Vergütung, wie sie sich auch im industriellen Umfeld unter Wettbewerbsbedingungen etabliert hat, beispielsweise in der Vergütung von Zulieferunternehmen in der Automobilindustrie. Dieses System gilt es vor allem dann zu unterstützen, wenn Marktzutrittsbarrieren für Anbieter, die qualitativ unterdurchschnittliche Rehabilitationsleistungen anbieten, aufgebaut werden sollen.

Kliniken, die dem Durchschnitt entsprechen, werden durch das System leistungsgerecht entlohnt. Rehabilitationskliniken, die überdurchschnittliche Erfolge erzielen, werden belohnt, indem für sie die Möglichkeit besteht, einen Wettbewerbsvorsprung auszubauen.

Beim vierten Modell handelt es sich um ein Bonus-Malus-Modell, das auch einen sehr hohen Leistungs- und Erfolgsbezug aufweist, hinsichtlich des wirtschaftlichen Risikos jedoch eine Einschränkung erfährt, da es sowohl nach oben als auch nach unten zu einer Limitierung kommt. Eine Anreizwirkung zum effizienten Handeln ist in jedem Fall mit dem Modell verbunden, da sich der fixe Vergütungssatz an den Kosten einer durchschnittlichen Klinik und deren medizinischem Erfolg orientiert. Wenn Klinikbetreiber eine Gewinnerzielungsabsicht verfolgen, werden sie daher versuchen, wirtschaftlich zu handeln und Betriebsabläufe so organisieren, dass sie mit dem geringst möglichen Kosteneinsatz den bestmöglichen medizinischen Erfolg erzielen, um nach der höchsten Bonusstufe vergütet zu werden, der auch mit einem finanziellen Betriebsergebnis der Klinik gleichzusetzen ist.

Bevor eine Entscheidung für oder gegen ein Vergütungsmodell getroffen werden kann, gilt es immer festzulegen, welches Ziel mit der Vergütung verfolgt werden soll. Unter Beachtung, dass im Rahmen dieser Arbeit eine Vergütungssystematik getestet werden sollte, die neben einem Leistungsbezug auch eine Erfolgskomponente berücksichtigt und zu wirtschaftlich effizientem und effektiven Handeln anregen soll, soll schließlich überlegt werden, die positiven Erfahrungen bei bestehenden erfolgsbasierten Vergütungssystemen in der Industrie auf die speziellen Marktbedingungen im Gesundheitswesen zu übertragen. Insgesamt zeigt sich, dass je nachdem, welche Stoßrichtung verfolgt wird, eine erfolgsabhängige Komponente in der Vergütung der stationären Rehabilitation durchaus realisierbar ist.

Im Ergebnis zeigt sich, dass zur Implementierung eines mehrgliedrigen Vergütungssystems in der Rehabilitation drei wesentliche Entwicklungsschritte einzuhalten sind. Sie dienen der Stabilisierung und Verbesserung der Vergütungsform. Sie beschreiben jeweils die Schritte, die notwendig sind, um ein neues Vergütungssystem aufzubauen. Zusätzlich stellen sie die Erfolgsfaktoren einer leistungs- und erfolgsabhängigen Vergütungssystematik in den Mittelpunkt. Individuelle Anpassungen auf Grund interner

und externer Einflussgrößen werden jedoch grundsätzlich bei der Übertragung auf weitere Indikationsgebiete der Rehabilitation nötig sein.

Um ökonomisch effizient und effektiv zu arbeiten und eine Vergütung nach leistungs- und erfolgsorientierten Gesichtspunkten aufzubauen, ist es notwendig, einige Normstrategien umzusetzen. Im Folgenden wird dargestellt, in welchen Schritten die Voraussetzungen für eine Basis zur Einführung eines an industriellen Maßstäben orientierten Vergütungssystems erfolgen kann.

4.2 Schritt 1: Kostentransparenz schaffen

Ausgangspunkt für den Aufbau einer neuen, leistungs- und erfolgsorientierten Vergütungssystematik ist die Schaffung von Kostentransparenz. In einem ersten Schritt ist es somit unabdingbar, sich einrichtungsübergreifend einen Überblick über das übliche Kostengefüge zu verschaffen. Ist es nicht möglich, Kosten der Rehabilitation in zumindest Struktur- und Prozesskosten wie auch fixe und variable Kosten unterschieden zu erheben, ist eine differenzierte Vergütung ökonomisch nicht sinnvoll durchführbar. Die in Kapitel 3 dargestellten Ergebnisse haben jedoch gezeigt, dass unabhängig von Trägerschaft und Größe der Klinik die Kostenverteilung auf Struktur und Prozess sehr ähnlich verteilt ist.

Durch den Aufbau von Controllingeinheiten in den Kliniken, die Budgetplanung und Kostenrechnungsfunktion wahrnehmen, besteht bereits heute zumindest auf Klinikebene bereits Transparenz über die in der Rehabilitation anfallenden Kosten. Durch den durchgängigen Aufbau eines Kostenreportings seitens der Kostenträger könnte hier sogar ein klinikvergleichendes Benchmarking aufgebaut werden, das sogar deutschlandweit Strukturunterschiede transparent machen könnte. Möglich wäre hier zum Beispiel die Informationsgewinnung über regionale Kostenunterschiede in der Rehabilitation, nicht nur hinsichtlich der Prozesskosten, sondern beispielsweise auch über Infrastrukturkosten. Zudem können die gewonnenen Informationen für die Notwendigkeit von Anpassungen von Vergütungssätzen gewonnen werden. Zusätzlich gibt es im Bereich der Prozesskosten bereits heute hinreichend Transparenz. Öffentlich verfügbare Kostenlisten wie GOÄ, EBM oder DKG-NT zeigen deutlich, mit welchen Kosten eine Leistung zu bewerten ist.

Die Kostentransparenz stellt somit den ersten Schritt für eine Kennzahl zur ökonomischen Bewertung einer Klinik durch die Kostenträger dar und ist Grundvoraussetzung zur Entscheidung über die Art und Weise der Vergütung der erbrachten Rehabilitationsleistungen. Dieser Punkt ist von besonderer Relevanz im Bereich der Rehabilitation, wo Leistungserbringer und Kostenträger durch unterschiedliche Parteien gekennzeichnet sind.

4.3 Schritt 2: Erfolg messen und Ergebnis kontrollieren

Wenn die Vergütung auch eine Erfolgskomponente enthalten soll, ist es Voraussetzung, auch den Erfolg der Leistung messbar zu machen und ihn durchgängig zu erfassen und in Form einer Longitudinalstudie auszuwerten. Erfahrungsgemäß lassen sich zahlreiche einrichtungsbezogene Ziele formulieren. Es ist daher absolut notwendig, diese auf eine überschaubare Zahl zu reduzieren und greifbar zu machen. Hier gilt der Grundsatz, nur was transparent ist und verstanden wird, kann auch gemessen werden. Kapitel 2.8.2 stellt dabei ein Modell vor, wie Erfolg in der medizinischen Rehabilitation bewertet werden kann. Für das in dieser Arbeit beschriebene Bonus-Malus- wie auch Erfolgsprämienmodell wurde jeweils das Konzept der qualitätsadjustierten Lebensjahre als Bewertungsgröße für den Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme herangezogen, da diese Methode die Anliegen aller Beteiligten am Rehabilitationsprozess berücksichtigt. Die Zielvereinbarung hinsichtlich des zu erreichenden medizinischen Erfolges auf der Individualebene wird zwischen dem Leistungserbringer, in diesem Fall dem behandelnden Arzt, und dem Nutznießer der Leistung (dem Rehabilitanden) bilateral vereinbart. Die Ansprüche des Kostenträgers werden dadurch miteinbezogen, dass er den Handlungsrahmen vorgibt. Dies kann je nach Vergütungsmodell eine Mindestzielerreichung wie auch ein Zielerfüllungskorridor, ausgedrückt in qualitätsadjustierten Lebensjahren, sein.

Da das Vergütungssystem mit einer erfolgsorientierten Komponente einen mittleren bis hohen Grad an wirtschaftlichem Risiko für die Leistungserbringer mit sich bringt, muss das System so aufgestellt sein, dass die zu erbringende Leistung und das Ziel für den Erbringer wie auch für den Kostenträger jederzeit transparent und auch beeinflussbar sind. In der Rehabilitation gibt es diverse Merkmale wie Alter, Geschlecht, Dauer der Rehabilitationsmaßnahme, Erstdiagnose, Schweregrad der Erkrankung oder auch die

Rehabilitanden-Compliance, die das Ergebnis beeinflussen können. Dementsprechend groß ist auch der Umfang von Studien zu Prädiktoren des Outcomes. Die Ergebnisse sind jedoch nicht eindeutig. Manche Studien erkennen nur einen geringen oder gar keinen Einfluss des Alters und der kognitiven Einschränkung [72]. Im Rahmen dieser Arbeit wird die faire Verteilung der Rehabilitanden durch die Versicherungsträger vorgenommen. Es wäre jedoch auch möglich, das Kliniken, die schwere bzw. risikoreichere Fälle behandeln, zusätzlich eine Risikoprämie erhalten. Eine weitere, sehr subjektive, Komponente im System bleibt die Compliance der Rehabilitanden. Als Rehabilitanden-Compliance wird im Rahmen dieser Arbeit das Verhalten der Rehabilitanden verstanden, dazu beizutragen, dass das Maß der Teilhabestörung bei Eintritt in die Rehabilitationsklinik. Zwar wird jeder Rehabilitand daran interessiert sein, dass sich seine Lebensqualität durch die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme verbessert und er beispielsweise nach einer Hüft-TEP wieder Treppensteigen oder schmerzfrei gehen kann; keine Seltenheit ist es jedoch, dass der Patient nicht seinen bestmöglichen Beitrag leistet, um bei gegebenem Mitteleinsatz der Rehabilitation das bestmögliche Ergebnis zu erzielen. In der Modellrechnung wird dieser Faktor nicht explizit ausgewiesen, findet jedoch implizit dadurch Berücksichtigung, dass bei der statistischen Ermittlung der mittleren qualitätsadjustierten Lebensjahre in der Modellklinik von einer durchschnittlichen Rehabilitationsklinik ausgegangen wurde, die auch eine bestimmte Quote von Outlier-Fällen oder auch eine Quote an Rehabilitanden mit nicht vollumfänglicher Compliance behandelt. Man könnte sich in einer Weiterentwicklung des Systems unter anderem auch vorstellen, auch den Rehabilitanden stärker in das Kostengefüge einzubinden und auch ihn an der Kostenübernahme zu beteiligen, in dem er zum Beispiel einen bestimmten Kostenbeitrag selbst leisten muss, wenn bestimmte Qualitätsziele nicht erreicht werden, wenn seine Compliance nicht vollumfänglich ist.

Das Ergebniscontrolling durch die Kostenträger stellt den elementaren Entwicklungsschritt bezüglich der Messung des medizinischen Erfolges dar. Ist ein Vergütungssystem derart ausgereift, dass ein laufender Betrieb weitgehend hindernisfrei erfolgen kann, bleibt als elementarer Schritt die kontinuierliche Überwachung und regelmäßige Kontrolle des Systems. Die Erfahrung aus der Industrie zeigt, dass sich leistungs- und erfolgsorientierte Unternehmen und Mitarbeiter zum Teil schnell an die die neuen Systeme gewöhnen und sie dann auch die Manipulationsmöglichkeiten nutzen, die auch ein noch so ausgereiftes System bietet. Auch die schnellen Veränderungen am Gesundheitsmarkt erfordern zügige

Anpassungen in den einzelnen Einrichtungen, wodurch sich auch Änderungen für die zu treffenden Zielvorgaben ergeben können. Die Überwachung der Kosten und Ergebnisse dient in diesem Zusammenhang im Speziellen der Planung, Steuerung und Kontrolle der in der stationären Rehabilitation erzielten Ergebnisse, die als maßgebliches Kriterium für die Festlegung der Qualitätsziele Basis für den erfolgsorientierten Vergütungsbestandteil sind. Diese im heutigen verweildauerorientiertem Vergütungssystem nicht berücksichtigte Komponente belegt die Notwendigkeit der stärkeren Betonung dieses Erfolgsfaktors und deren Einflussmöglichkeiten auf das ökonomische Handeln in Kliniken und einen damit zusammenhängenden Qualitätswettbewerb in der Branche.

Medizinischer Erfolg als Zielvereinbarung gekoppelt an die Vergütung zeigt den unmittelbaren Zusammenhang zwischen der in der Klinik erbrachten Qualität und dem wirtschaftlichen Erfolg. Der sich daraus ergebende Kreislauf zeigt eindrücklich das Wirkungsgeflecht der einzelnen Entwicklungsschritte (Abbildung 24).



Abbildung 24 Ökonomisches Wirkungsgeflecht und Entwicklungsschritte einer erfolgsorientierten Vergütung

Der Kreislauf umfasst ausgehend von der Schaffung von Transparenz, über die Erfolgsmessung, dem Reporting bis hin zur erfolgsorientierten Vergütung, die wiederum in einer Effizienzsteigerung und Effektivitätserhöhung auf Mikroebene führt, die gesamte ökonomische Prozesskette, die durch ein leistungs- und erfolgsorientiertes Modell vom Leistungserbringer bis hin zum Kostenträger in Gang gesetzt wird.

4.4 Schritt 3: Erfolgs- und leistungsorientiert vergüten, um Effizienz und Effektivität zu steigern

Beim Einsatz leistungs- und vor allem erfolgsorientierter Vergütungsbestandteile stehen viele Klinikbetreiber und Kostenträger noch am Anfang. Gleichwohl kommt diesen variablen Komponenten auch in einem beschränkt wettbewerbsintensivem Markt eine zunehmende Bedeutung für die Positionierung als attraktive, in Sinne eines Erbringers qualitativ ausgezeichnete Rehabilitationsleistungen, Rehabilitationsklinik zu.

Als letzter Entwicklungsschritt folgt die Implementierung einer Vergütungssystematik, die eine erfolgsabhängige Komponente enthält. Wesentliche Erfolgsfaktoren sind dabei, dass Kostentransparenz, wie in Punkt 4.2 beschrieben, geschaffen wurde, und das Erfolgsbewertungssystem sowohl von Seiten des Leistungserbringers als auch von Seiten der Kostenträger akzeptiert wurde. Nur so kann, wie in den Ausgangshypothesen behauptet, ökonomischer Erfolg bei gleichzeitig hoher Qualität der erbrachten Leistungen gesichert werden. Außerdem werden Kliniken durch das neue System angeleitet, ihre Kostensituation über eine Verhaltensbeeinflussung aller Mitarbeiter kontinuierlich zu verbessern und somit aktiv zu gestalten. Durch Aussagen über Ursache und Wirkung bzw. konkret über die erzielten somatischen Ergebnisse der erbrachten Rehabilitationsleistungen und die durch die Mitarbeiter beeinflussbaren Aktivitäten auf die damit verbundenen Kosten wird bei den Mitarbeitern auch ein Kosten-Nutzen-Denken initialisiert. Kosten werden als Ergebnisse ihrer Verhaltensweisen betrachtet und werden somit veränderbar. Gleiches gilt für die erzielten Rehabilitationsergebnisse. Dies hat vor allem Bedeutung, da primäre Mediziner und Pflegepersonal über den Ressourcenverbrauch in Kliniken entscheiden. Um dauerhaft Verbesserung in der Qualität der Leistungen, Ablauf der Prozesse und im Kostenumfeld zu verwirklichen, sind alle Ebenen in der Rehabilitationsklinik in den ökonomischen und qualitativen Führungsprozess zu integrieren.

Es muss bedacht werden, dass der Aufbau einer Vergütungsform mit erfolgsorientierter Komponente die Klärung folgender Fragen voraussetzt:

-
- Was ist unter Erfolg der Rehabilitation in medizinischer und / oder wirtschaftlicher Sicht zu verstehen?
 - Welche Indikatoren können zur Bewertung des medizinischen Erfolges entwickelt und verwendet werden?
 - In welchem Ausmaß ist der erzielte Erfolg oder Nicht-Erfolg in Geld zu bewerten?

4.5 Grenzen des Modells

Wie die Gegenüberstellung der Modelle in Kapitel 3.4 gezeigt hat, bieten aus mikroökonomischer Sicht sowohl das Erfolgsprämien- als auch das Bonus-Malus-Modell Vor- und Nachteile für Rehabilitationskliniken als auch die Kostenträger. Aus einer rein ökonomisch betrachteten Sichtweise, sind beide Modelle in der Klinikvergütung einsetzbar. Die erfolgsorientierte Vergütung kennt jedoch auch Grenzen. Eine besondere Herausforderung dabei ist die Sicherstellung der Motivation jener Leistungserbringer, die in qualitativer Hinsicht als eher schwächer einzustufen sind als auch jener, die besten Leistungen erbringen. Wird die Vergütung ausschließlich an absoluten Ergebnissen festgemacht, werden beide Gruppen keine Motivation aufbringen, längerfristig am System teilzunehmen. Auch die bürokratischen Anforderungen, insbesondere der Dokumentationsaufwand, an die Leistungserbringer stellen eine Grenze dar. Lässt sich die Generierung der notwendigen Daten zur Erfolgsbestimmung nicht automatisieren und systemübergreifend einsetzen, ist der mögliche finanzielle Nutzen für die Kliniken zu gering, um den Dokumentationsaufwand in Kauf zu nehmen. Ein weitere Limitierung bei einer flächendeckenden Einführung einer erfolgsorientierten Vergütung ist die Berücksichtigung möglicher geografischer Unterschiede und eine erforderliche Risikoadjustierung, da ansonsten jene Leistungserbringer, die schwer zu versorgenden Rehabilitanden betreuen, überhaupt keine Chance haben, geforderte Qualitätsziele zu erreichen. Für ein räumlich begrenztes Gebiet ist es durchaus vorstellbar, wie im Modell, die faire Verteilung der Fälle den Kostenträgern zu übertragen. Bei einer flächendeckenden Einführung sind diesem Vorgehen jedoch Grenzen gesetzt, da die Mobilität der Rehabilitanden häufig eingeschränkt ist, und die stationäre Rehabilitation nur in einer dem Wohnort des Rehabilitanden räumlich nahe gelegenen Rehabilitationsklinik durchgeführt werden kann. Zusätzlich ist zu beachten, dass die Entscheidung über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung heute zwar dem Rehabilitationsträger obliegt,

dieser dabei allerdings die Wünsche des Rehabilitanden zu berücksichtigen muss. Somit liegen im Moment auch rechtliche Grenzen vor, die es im Rahmen der Einführung einer erfolgsorientierten Vergütungsform zu überwinden gibt.

Im Gegensatz zu anderen Industrien ist die Herausforderung der Bestimmung verlässlicher Mess- und Erfolgsgrößen im Klinikumfeld ungleich größer, da hier nicht auf Umsatzzahlen oder ähnliches zurückgegriffen werden kann. Die Voraussetzung einer leitlinienkonformen Behandlung und der Einsatz von Standardkostensätzen zur kostentechnischen Bewertung anhand einer fiktiven Modellklinik sind zwar für eine Modellentwicklung und Modellrechnung valide, für eine deutschlandweite Einführung ist jedoch die vollkommene Akzeptanz und Einbindung der Akteure von zentraler Bedeutung. Nur so kann die Akzeptanz der gewählten Erfolgsbestimmungsparameter garantiert werden.

Wie bei vielen innovativen Ansatzpunkten im Gesundheitswesen steht auch die erfolgsorientierte Vergütung in Deutschland noch am Anfang. Erfahrungen aus dem industriellen Umfeld und erste Ansätze und Ergebnisse aus anderen Ländern machen positive Effekte hinsichtlich einer gesteigerten Qualität und verbesserten Kosteneffizienz jedoch sehr wahrscheinlich. Die Umstellung auf ein neues erfolgsorientiertes Vergütungssystem verstärkt das wirtschaftliche Arbeiten und den Abbau von Produktivitätsrückständen bei den Leistungserbringern. Die grundsätzliche Unterfinanzierung des deutschen Gesundheitssystems kann dadurch zwar nicht beseitigt werden, aber durch die Herstellung des Leistungs- und Ergebnisbezuges kann zumindest ein Beitrag geleistet werden, um das Gesundheitswesen als Ganzes zu stabilisieren.

5. Zusammenfassung

Ausgangspunkt dieser Arbeit waren aktuelle Entwicklungen in der Finanzierung des Gesundheitswesens, die eine Verlagerung von Fällen und somit auch einen Kostenzuwachs in der Rehabilitation erwarten ließen und als eines der wagemutigsten Experimente in der Nachkriegsgeschichte des deutschen Krankenhauswesens galt. Die Analyse der Fachliteratur wie auch Ergebnisse der Experteninterviews haben ergeben, dass die Vergütung mittels tagesgleichen Pflegesätzen und Fallpauschalen als Mechanismus zur Kostendämmung und Anreiz zum wirtschaftlichen Handeln nur bedingt geeignet ist und den heutigen Anforderungen an ein effizientes, effektives und leistungsorientiertes Agieren nicht gerecht wird. Daher wurde mit dieser Arbeit das Ziel verfolgt, eine mehrgliedrige Vergütungsform mit Leistungs- und Erfolgsbezug zu entwickeln, die bei hoher Ergebnisqualität die Kosten im medizinischen System senkt.

Eine derartige Vergütungssystematik basiert auf einem marktorientierten Kostenmanagement und einer kosten- und qualitätsorientierten Steuerung aller Rehabilitationsaktivitäten am deutschen Rehabilitationsmarkt, die im Sinne der Funktionsweise, allgemeine Akzeptanz bei Leistungserbringern und Kostenträgern mit sich bringt, sodass ein Umdenken bei allen beteiligten Aktionären und im gesundheitspolitischen Umfeld erfolgen muss. Als einer der bedeutendsten volkswirtschaftlichen Sektoren ist das Gesundheitswesen auf ein funktionierendes, leistungsfähiges Vergütungsmodell angewiesen, um auch langfristig finanzierbar zu bleiben. Eine Flexibilisierung der Vergütungsstrukturen ist in Anbetracht der dynamischen Entwicklung des Kliniksektors dringend vorzunehmen.

In der vorliegenden Arbeit wurde mitunter untersucht, welche Möglichkeiten vorhanden sind, um das Vergütungssystem im Hinblick auf eine höhere Leistungs- und Erfolgsorientierung zu verändern. Ausgangspunkt dabei sind industrielle Vergütungsmodelle, die eine leistungs- und erfolgsorientierte Komponente enthalten, und auch im Hinblick auf die Rahmenbedingungen im Gesundheitssektor als Vorlage für ein rehabilitationsspezifisches, mehrgliedriges Vergütungssystem dienen könnten. Als Beispiel dienen dabei Vergütungsmodelle, die sich in der Automobilindustrie oder auch der Medizintechnik etabliert haben, und die Qualität der erbrachten Leistung als Bemessungsgrundlage für eine erfolgsorientierte Komponente der Vergütung einsetzen.

Im Hinblick auf eine Übertragbarkeit derartig gestalteter Modelle auf das Gesundheitswesen erscheinen dabei vor allem die Bestimmung der Qualität und ihrer Dimensionen im rehabilitativen Umfeld wie auch die Besonderheiten bei der Feststellung und Bewertung des Erfolges von medizinischen Leistungen von Bedeutung.

Eine Modellrechnung zeigt, welche Auswirkungen unterschiedlich zusammengesetzte Vergütungsmodelle auf die wirtschaftliche Situation einer Modellklinik haben. Getestet wurden dabei ein Erfolgsprämienmodell und ein Bonus-Malus-Modell im Vergleich zu der aktuellen Vergütung nach tagesgleichen Pflegesätzen und Fallpauschalen in der stationären Rehabilitation mit der Indikation muskulus-skelettale Erkrankungen. Anhand einer Sensitivitätsanalyse wurde überprüft, wie hoch, ausgehend von der Verteilung von fixen (78 Prozent) und variablen Kosten (22 Prozent) einer modellhaften Rehabilitationsklinik, eine Erfolgskomponente der Vergütung sein könnte, um wirtschaftliche Anreize in der Klinik zu setzen. Dabei rückt hinsichtlich der Erfolgsmessung das Arzt-Patient-Verhältnis und die gemeinsame Festlegung des Rehabilitationszieles auf Basis von Kostenträgern ermittelten Erfahrungsgrößen in den Vordergrund. Dieses Vorgehen erscheint vor allem zweckmäßig, da der Sicherung des Behandlungserfolges als Bestandteil der Vergütungssystematik eine steigende Bedeutung zukommt und der Leistungserbringer an die Mitarbeit des Leistungsnutznießers gebunden ist, um eine kostendeckende Vergütung zu erhalten. Die Modellrechnung zeigen dabei, dass beide Modelle einsetzbar sind. Ausschlaggebend dabei ist, wie viel Risiko man an die Leistungserbringer übertragen möchte. Mit einer Gegenüberstellung von Vor- und Nachteilen der einzelnen Vergütungsformen konnte am Ende ein Anreiz-Risiko-Portfolio erstellt werden, das die einzelnen betrachteten Vergütungsformen anhand ihres Anreizes zu effizientem und effektivem Arbeiten in der Klinik und dem damit verbundenen wirtschaftlichen Risiko einteilt. Abschließend wird noch ein Entwicklungskreislauf vorgestellt, der notwendig ist, um ein mehrgliedriges Vergütungssystem auf mikroökonomischer Ebene aufzubauen.

Die empirische Analyse hat gezeigt, dass es unter Berücksichtigung der Besonderheiten im Gesundheitswesen durchaus möglich ist, industrielle Vergütungsformen auf das Rehabilitationswesen zu übertragen und dass dadurch eine auf den Prinzipien Effizienz und Effektivität aufgebaute Kultur des Handels in Kliniken unter der Randbedingung einer gleichzeitig hohen Qualität unterstützt wird.

6. Literaturverzeichnis

1. AG Reha-Ökonomie im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften: Hessel F, Kohlmann T, Krauth C, Nowy R, Seitz R, Siebert U, Wasem J: Ökonomische Evaluation in der Rehabilitation. Teil I: Prinzipien und Empfehlungen für die Leistungserfassung. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg) Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften – Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und „Reha-Ökonomie“. DRV-Schriften Bd 16, Frankfurt am Main, S. 106-193 (1999)
2. Akerlof G: The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. Quarterly Journal of Economics August: 488-500 (1970)
3. Amelung E, Zahn P: Pay-for-Performance (P4P) – Der Business Case für Qualität? (2009)
Online:
http://www.fmc.ch/uploads/tx_templavoila/P4P-Studie_Amelung_DxCG_v0.5.pdf
(30. Juni 2010)
4. Arrow K: The Economics of Agency. In: Pratt J, Zeckhauser R (Hrsg) Principals and Agents: The Structure of Business. Allyn and Bacon Boston, S. 3-51 (1985)
5. Avery G, Schultz J: Regulation, Financial Incentives, and the Production of Quality. American Journal of Medical Quality 22: 265-273 (2007)
6. Badura B: Strategisches Krankenhausmanagement: Auf dem Wege zum Gesundheitszentrum in Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen. In: Spörkel H, Ruckriegel B, Janßen H, Eichler A (Hrsg.) Total Quality Management im Gesundheitswesen. 2. überarbeitete Auflage, Psychologie Verlags Union, Weinheim, S. 61-76 (1997)
7. Becker U, Matthäus C: Rehabilitation in der Europäischen Union. Deutsche Rentenversicherung 11-12: 659-678 (2004)

8. Biefang S, Schuntermann M: Diagnostik und Assessment in der Rehabilitation. In: Bengel J, Koch U (Hrsg.) Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, S. 103-120 (2000)
9. Blumenthal D, Bohmer R: Contending views of quality management in health care: implications for competition and regulation. In: Abbott TA (Hrsg) Health Care Policy and Regulation. Kluwer Academic Publishers, Norwell, S. 205-221 (1995)
10. Borges P, Zimolong A: Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation, Aktualisierung 2009, GEBERA - Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH, Düsseldorf (2009)
Online:
http://www.suchthilfe.de/themen/gebera_gutachten_091030.pdf (28. Juni 2010)
11. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Wie werden die Fallpauschalen in Deutschland eingeführt? (2005)
Online:
www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/gesundheits/krankenhaus/faq_krankenhaeuser.php
(29. Juni 2005)
12. Bundesministerium für Justiz: SGB V §135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung (1988)
Online:
http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___135a.html (30. Juni 2010)
13. Bundesministerium für Justiz: Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19. 6.2001, BGBl. I S. 1046) (2001a)
Online:
http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/BJNR104700001.html (30. Juni 2010)
14. Bundesministerium für Justiz: SGB IX § 2 Behinderung (2001b)

Online:

http://bundesrecht.juris.de/sgb_9/___2.html (30. Juni 2010)

15. Bundesministerium für Justiz: SGB V § 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung (2004)

Online:

http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___137.html (30. Juni 2010)

16. Bundesministerium für Justiz: Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern (Krankenhaus-Buchführungsverordnung - KHBV) (2009)

Online:

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/khbv/gesamt.pdf> (30. Juni 2010)

17. Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e.V: Ausschreibung eines Dienstleistungsauftrages im Wege des Offenen Verfahrens zur Entwicklung eines Klassifikationssystems für Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX (Reha-Klassifikationssystem (2004)

Online:

http://www.bdpk.de/pdf/107.pdf?title=Ausschreibung_Reha-Klassifikationssystem
(24. Juni 2005)

18. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte: Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 4. Auflage, BfA, Berlin (2000)

19. Bundesverwaltungsgericht: Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. Bundespflegesatzverordnung BPflV §6 Grundsatz der Beitragsstabilität (1994)

Online:

<http://norm.bverwg.de/jur.php?BPflV,6> (30. Juni 2010)

20. Burgdorf F, Kleudgen S, Diel F: Pay for Performance: Wege zur qualitätsorientierten Vergütung. Deutsches Ärzteblatt 106: A-2190 (2009)

21. Centres for Medicaid and Medicare Services: Hospital Quality Initiative: Overview (2005)
Online:
<http://www.cms.hhs.gov/HospitalQualityInits/downloads/HospitalOverview200512.pdf> (16. April 2010)
22. Clade H: Rehabilitation. Der Leistungsdruck wächst. Deutsches Ärzteblatt 100: B2652-B924 (2003)
23. Clade H: Rehabilitation. Der Schlüssel passt (noch) nicht ins Schloss. Diagnosebezogenes Fallpauschalensystem nicht transferierbar. Deutsches Ärzteblatt 101: B1014-B1015 (2004)
24. Clade H: Die Deckelungspolitik der Kostenträger holt uns ein. Deutsches Ärzteblatt 102: A3157-A3160 (2005)
25. Coenenberg A, Fischer M, Günther T: Kostenrechnung und Kostenanalyse. 7. Auflage, Schäffer-Poeschel, Landsberg (2009)
26. Crosby P: Qualität ist machbar. 2. Auflage, McGraw-Hill, Maidenhead (1997)
27. Damberg C, Sorbero M, Mehrotra A, Teleki S, Lovejoy S, Bradley L: An environmental scan of pay for performance in the hospital setting: final report (2007)
Online:
<http://aspe.hhs.gov/health/reports/08/payperform/PayPerform07.html> (13. Mai 2009)
28. Deck R: Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation: Ihre sozialmedizinische und gesundheitspolitische Bedeutung für den Rehabilitationserfolg. Dissertation, Universität Marburg, Jacobs Verlag (1999)
29. Deming W: Out of the Crisis. 2. Auflage, MIT Press, Cambridge (2000)
30. Deutsches Ärzteblatt: KBV: Qualitätszuschläge möglicherweise schon ab 2010 (2009)

Online:

<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=37478&src=suche&p=P4P> (15. August 2009)

31. Deutscher Bundestag: Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Drucksache 16/6339 (2007)

Online:

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> (30. Juni 2010)

32. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. WHO, Genf (2005)

Online:

http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf (30. Juni 2010)

33. Deutsche Rentenversicherung Bund: Rentenversicherung in Zeitreihen, DRV-Schriften, Band 22 (2009)

Online:

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_15142/SharedDocs/de/Inhalt/04_Formulare_Publikationen/03_publicationen/Statistiken/Broschueren/rv_in_zeitreihen_pdf,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/rv_in_zeitreihen_pdf (06. Januar 2010)

34. Donabedian A: Definition of Quality and Approaches to Its Assessment: 1 Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Health Administration Press (1980)

35. Donabedian A: The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quality Review Bulletin 11: 356-60 (1992)

36. Dorenburg U, Tiefensee J: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. In: Bengel J, Koch U (Hrsg) Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften -

- Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 198-213 (2000)
37. Dorenburg U, Jäckel W, Korukéwitz C: Qualitätssicherung und Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation - Standortbestimmung und Perspektiven. Deutsche Rentenversicherung 59: 273-286 (2004)
 38. Duden: Duden – Das Fremdwörterbuch. 10. Auflage, Bibliographisches Institut, Mannheim (2010)
 39. Eckardstein D: Handbuch variable Vergütung für Führungskräfte. Verlag Vahlen, München (2001)
 40. Eldar R: Quality of care in rehabilitation medicine. International Journal for Quality in Health Care 11: 73-79 (1999)
 41. Ellis R: Creaming, skimming and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. Journal of Health Economics 17: 511-644 (1998)
 42. Erkert T: Qualitätssicherung im Krankenhauswesen. Übertragbarkeit nordamerikanischer Ansätze auf die Bundesrepublik Deutschland. Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft, Konstanz (1991)
 43. Feigenbaum A: Total Quality Control. 4. Auflage, McGraw-Hill Professional, New York (2004)
 44. Freidank C: Kostenrechnung: Einführung in die begrifflichen, theoretischen, verrechnungstechnischen sowie planungs- und kontrollorientierten Grundlagen des innerbetrieblichen Rechnungswesens. 5. Auflage, München, Wien, Oldenburg (1994)
 45. Galvin R: Pay-for-Performance: Too Much Of A Good Thing? A Conversation With Martin Roland (2006)
Online:
<http://content.healthaffairs.org> (15.08.2009)

-
46. Galvin R, Doran T: Intended and Unintended Consequences of Britain's P4P Programs. Pay for Performance: A Critical Examination, NCQA Policy Conference (2006)
 47. Gerst T: Bayerisches Gesundheitsforum: Steuerung im komplexen System. Deutsches Ärzteblatt 107: A-846 / B-741 / C-729 (2010)
 48. Glickman S, Ou F, DeLong E, Roe M, Lytle B, Mulgund J, Rumsfeld J, Gibler W, Ohman E, Schulman K, Peterson E: Pay for Performance, Quality of Care, and Outcomes in Acute Myocardial Infarction. The Journal of the American Medical Association 297: 2373-2380 (2007)
 49. Goldfield N, Burford R, Averill R: Pay for performance: an excellent idea that simply needs implementation. Quality Management in Health Care 14: 31-44 (2005)
 50. Graf V: Drei Jahre Erfahrungen mit TQM aus der Sicht der Unternehmensleitung. In: Graf V, Mühlbauer B, Harms K, Riemann J (Hrsg) Ein Krankenhaus im Reformprozess: Total Quality Management in der Praxis. Bibliomed, Melsungen, S. 307-316 (1998)
 51. Greenhalgh J, Long AF, Brettle AJ, Grant MJ: Reviewing and selecting outcome measure for use in routine practice. Journal of Evaluation in Clinical Practice 4: 339-50 (1998)
 52. Haaf H, Volke E, Schliehe F: Neue Vergütungs- und Versorgungsformen und ihre Auswirkungen auf die Rehabilitation. Rehabilitation 43: 312-324 (2004)
 53. Hahne B: Beitrag zur Entwicklung eines modularen TQM-Modells für das Krankenhauswesen. Fraunhofer IRB Verlag, Berlin (1999)
 54. Haischer M, Von der Weiden G: Fraunhofer IAO Krankenhausstudie. Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes auf die Organisation der Krankenhäuser. Fraunhofer IRB Verlag, Stuttgart (1997)

55. Hèon-Klin V, Raspe H: Zur Epidemiologie der Rehabilitationsbedürftigkeit. In: Bengel J, Koch U (Hrsg) Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Springer Verlag, Berlin: S. 88–102 (2000)
56. Hildebrand R: Das bessere Krankenhaus. Total Quality planen, umsetzen und managen. Luchterhand, Neuwied, Kriftel, Berlin (1999)
57. Horváth & Partner: Das Controllingkonzept. Der Weg zu einem wirkungsvollen Controllingsystem. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Deutscher Taschenbuchverlag, München (2000)
58. Hummel S, Männel M: Kostenrechnung, Grundlagen, Aufbau und Anwendung. 4., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden (1986)
59. International Organization for Standardization: Qualitätsmanagementsysteme-Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2005). ISO, Genf (2005)
60. Institute for Medicine: Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare. National Academic Press, Washington (2006)
61. Ishikawa K: Introduction to Quality Control. Quality Resources, White Plains (1990)
62. Jäckel W, Klein K: Bewertungskriterien der Strukturqualität von stationären Rehabilitationseinrichtungen (2004).
Online:
http://www.qs-reha.de/downloads/seb_krit_soma_rvgkv_maerz04_hompepage.pdf
(25. März 2006)
63. Jäckel W, Meier-Riehle B, Protz W, Gerdes N: Peer Review: Ein Verfahren zur Analyse der Prozessqualität stationärer Rehabilitationseinrichtungen. Rehabilitation 36: 224-232 (1997)

-
64. Jacobi E, Kaluscha R, Jacobi C: Erhebung der Teilhabestörung nach SGB IX mittels ICF – Der ökonomische Nutzen der Reha. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 74: 353-363 (2006)
 65. Janßen H: Qualitätsmanagement in der kardiologischen Rehabilitation. Luchterhand, Neuwied (1996)
 66. Janßen H: Total Quality Management: Total Quality Management im Gesundheitswesen: Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen. In: Spörkel H, Ruckriegel B, Janßen H, Eichler A (Hrsg.) Total Quality Management im Gesundheitswesen. Psychologie Verlags Union, Weinheim, 2. überarbeitete Auflage (1997)
 67. Jetter W: Performance Management: Zielvereinbarungen, Mitarbeitergespräche und leistungsabhängige Entlohnungssysteme. Schäffer-Poeschel, Stuttgart (2000)
 68. Juran, J: Handbuch der Qualitätsplanung. 2. Auflage, MI Verlag, Landsberg am Lech (1991)
 69. Juristischer Informationsdienst: Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. § 4 Leistungen zur Teilhabe (2001a)
Online:
http://dejure.org/gesetze/SGB_IX/4.html (30. Juni 2010)
 70. Juristischer Informationsdienst: Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. § 6 Rehabilitationsträger (2001b)
Online:
http://dejure.org/gesetze/SGB_IX/6.html (30. Juni 2010)
 71. Jusline Deutschland: § 2 KHEntgG, Krankenhausleistungen (2008).
Online:
<http://www.jusline.de/index.php?cpid=f2c30fa9c0eeb4ef60ab6a0e2f80ae88&lawid=259&paid=2> (12. Juli 2008)

72. Kladny B, Albrecht C, Haase I, Swoboda B: Ergebnisevaluation der stationären Rehabilitation nach Knieendoprothetik mit dem HSS-Score. Zeitschrift für Orthopädie und Ihre Grenzgebiete 140: 37-41 (2002)
73. Klein K, Farin E, Jäckel W, Blatt O, Schliehe F: Bewertungskriterien der Strukturqualität stationärer Rehabilitationseinrichtungen. Rehabilitation 43: 100-108 (2004)
74. Kleudgen S: Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen: Anreizsystem für eine bessere Versorgung. Deutsches Ärzteblatt 105: A-1110 / B-957 / C-937 (2008)
75. Koch U, Schulz H: Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Rehabilitation. In: Ahrens (Hrsg) Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Schattauer, Stuttgart, S. 14-25 (1997)
76. König H, Hoffmann C, Von der Schuldenburg J, Leidl R: Gemeinsame Effektmaße in medizinischen und gesundheitsökonomischen Studien? Ergebnisse einer explorativen Ärztebefragung. Medizinische Klinik 12: 665-672 (1999)
77. Köppen M: Rechtliche Wirkungen arbeitsrechtlicher Zielvereinbarungen. Der Betrieb: 374-379 (2002)
78. Kromrey H: Empirische Sozialforschung – Modelle und Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung. 8. durchgreifend überarbeitete und erweiterte Auflage, Leske + Budrich, Opladen (1998)
79. Lester H, Majeed A: The future of the quality and outcomes framework. British Medical Journal 337: a3017 (2008)
80. Lewerenz M: Vergleich der Rehabilitationssysteme in Deutschland und in nordeuropäischen Ländern. In: Deck R, Glaser-Möller N (Hrsg) Berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation in Nordeuropa und Deutschland, Jacobs Verlag, Lage, S. 35-53 (2006)

-
81. Mägdefrau F: Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2: 185-192 (2004)
 82. Niermann, I: Anschlussheilbehandlung: „Blutige Entlassung“ verlagert Kosten in die Reha. Deutsches Ärzteblatt 104: A-923 / B-825 / C-787 (2007)
 83. Noack M, Schneider T, Nosper M: Eva-Reha: Eine Software zur Unterstützung des ergebnisorientierten Qualitätsmanagements in der Rehabilitation. Das Gesundheitswesen 67: 289-295 (2005)
 84. Nürnberg W, Breuer K: Beantragung medizinischer Rehabilitation in der Dermatologie. Der Hautarzt 61: 47-54 (2010)
 85. Oberender P: Klinikbenchmarking – Lernen vom Besten: Einführungsvortrag (2004)
Online:
http://www.oberender-online.de/fileadmin/oberender/pdf/benchmarking_oberender.pdf (15. August 2009)
 86. Oppen M: Qualitätsmanagement: Grundverständnisse, Umsetzungsstrategien und ein Erfolgsbericht: die Krankenkassen. edition sigma, Berlin (1995)
 87. Osthus H, Kaluscha R, Jacobi E, Keysser P: Balanced Scorecard im Reha-Qualitätsmanagement – ein Kennzahlen-System. Orthopädische Praxis 5: 328-331 (2003)
 88. Papenhoff M, Platzköster C: Marketing für Krankenhäuser und Reha-Kliniken. Springer Berlin Heidelberg (2010)
 89. PriceWaterhouseCoopers: Paying for Performance: Incentives and the English Health System (2007)
 90. Rapp B: Eine Frage der Zeit – die Reha-DRGs kommen – Aktuelle Konzepte für ein Rehabilitations-Klassifikationssystem im Überblick. Das Krankenhaus 8: 663-667: (2006)

91. Raupach K: Der Übergang zur DRG-basierten Vergütung von Krankenhausleistungen in Deutschland. Dissertation, Cuvillier Verlag, Göttingen (2006)
92. Reh G: Vorsorge und Rehabilitation in Rheinland-Pfalz. Statistische Monatshefte Rheinland-Pfalz 05/2005: 273-283 (2005)
Online:
<http://www.statistik.rlp.de/verlag/monatshefte/2005/05-2005-273.pdf> (20. Mai 2007)
93. Rieser S: Qualitätsorientierte Vergütung: Zusätzliches Geld für mehr Qualität bewirkt keine Wunder. Deutsches Ärzteblatt 106: A-1284 / B-1095 / C-1067 (2009)
94. Rosenthal M, Landon B, Normand S, Frank R, Epstein A: Pay for performance in commercial HMOs. New England Journal of Medicine 355:1895-1902 (2006)
95. Rösler P: Notwendigkeit einer Finanzierungsreform besteht fort. Pressemitteilung Bundesministerium für Gesundheit (2010)
Online:
<http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/R/Glossar-Regierungskommission/10-05-12-Dritte-Sitzung-Regierungskommission.html> (12. Mai 2010)
96. Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Kurzfassung (2003)
Online:
<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht03/kurzf-de03.pdf> (29. Juni 2005)
97. Schlingensiepen I: Honorar für Qualität – Die Idee ist gut – aber ... Ärzte Zeitung Online (2010)
Online:
http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/599057/honorar-qualitaet-idee-qualitaet-messen-ziemlich-schwierig.html (30. Juni 2010)

-
98. Schmidt-Rettig B, Westphely K: Kosten- und Leistungsrechnung. In: Männel W (Hrsg) Handbuch Kostenrechnung. Gabler, Wiesbaden, S. 1181 (1992)
 99. Schneeweiss S, Shanga O, Manstetten A, Schlottmann N, Liebetrau M, Hartmann H, Walter B, Schultz W, Paeger A, Euler P, Eichenlaub A, Leber W, Rauh G: Identifikation von medizinischen Indikatoren für Ergebnisqualität in der internistischen Krankenhausversorgung: Ergebnisse der QMK-Pilotstudie. *Gesundh. Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement* 5: 173-182 (2000)
 100. Schröer F, Wurst M: Entlohnung in der Produktion mit Zielvereinbarung. *GEBRA, move* 2 (2005)
Online:
http://www.gebra-aachen.de/veroeffent/move2_2005/gebra2_2005.pdf (30. Juni 2010)
 101. Schuler K: Rösler versus Söder. *Die Zeit Online* (2010)
Online:
<http://www.zeit.de/politik/deutschland/2010-03/roesler-soeder-vergleich?page=all>
(30. Juni 2010)
 102. Schulz-Nieswandt F: Bedarfsorientierte Gesundheitspolitik: Grundfragen einer kritizistischen Lehre meritorischer Wohlfahrtspolitik, Transfer Verlag, Regensburg (1992)
 103. Schuntermann M: The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: experiences and problems. *International Journal of Rehabilitation Research* 28: 93-102 (2005)
 104. Seitz R, Leidl R, Jacobi E: Die psychometrischen Eigenschaften des Euro-Qol bei Rehabilitanden mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft* 7: 210-232 (1999)
 105. Seitz R, Schweikert B, Jacobi E, Tschirdewahn B, Leidl R: Ökonomische Rehabilitationsmanagement bei chronischen Rückenschmerzen. *Der Schmerz* 15: 448-452 (2001)

106. Siebert M: Deutsche Rentenversicherung Baden Württemberg: Leistungsstatistik und Reha-Ausgaben im Bereich der medizinischen Rehabilitation (2007 persönliche Mitteilung per E-Mail)
107. Sozialgesetzbuch.de: SGB IX § 19 Rehabilitationsdienste und -einrichtungen (2004a)
Online:
http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/09/index.php?norm_ID=0901900 (30. Juni 2010)
108. Sozialgesetzbuch.de: SGB IX § 20 Qualitätssicherung (2004b)
Online:
<http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/buch/sgbix/20.html> (28. November 2006)
109. Sozialgesetzbuch.de: SGB IX § 21 Verträge mit Leistungserbringern (2004c)
Online:
http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/09/index.php?norm_ID=0902100 (21. Juni 2005)
110. Spremann K, Gantenbein P: Kapitalmärkte. Lucius & Lucius Verlag, Stuttgart, S. 236 (2005)
111. Statistisches Bundesamt: Stationäre Versorgung 1991 bis 2005. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Vorläufige Ergebnisse (2005)
Online:
http://www.destatis.de/download/d/veroe/pm_vr2005.xls (20. Mai 2007)
112. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Krankenhausstatistik Baden-Württemberg 2005 – Diagnosen – Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Statistische Berichte Baden-Württemberg, Artikel-Nr. 3219 05001. Gesundheitswesen, A IV 2 – j/05 (3) (2007)

-
113. Steffen G: Quality of medical care: A definition. *Journal of the American Medical Association* 250: 56-61 (1988)
 114. Steiner W, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G: Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy* 82:1098-1107 (2002)
 115. Stier W: *Empirische Forschungsmethoden*. 2. Auflage, Springer, Berlin (1999)
 116. Stucki G, Sangha O: Principles of rehabilitation. In: Klippel J, Dieppe P (Hrsg) *Rheumatology*, 2. Auflage. Mosby, London, S. 11.1-11.14 (1998)
 117. Tondorf K: *Modernisierung der industriellen Entlohnung. Neue Modelle der Entgeltgestaltung und Perspektiven gewerkschaftlicher Tarifreform*. Edition sigma, Berlin (1994)
 118. Trude S, Au M, Christanson J: Health plan pay-for-performance strategies. *American Journal of Managed Care* 12: 537-542 (2006)
 119. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: *Abschlussbericht des Arbeitsbereichs Rehabilitationskonzepte der Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Frankfurt (2001)
 120. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: *Statistik Rehabilitation des Jahres 2000*. Frankfurt am Main. In: *VDR Medical Rehabilitation in Germany – Experiences and Development*. DVR-Schriften Band 38, Frankfurt am Main (2002a)
 121. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: *Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Rentenversicherung – Peer-Review-Verfahren* (2002b)
 122. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: *Peer-Review 2003/2004 Somatische Indikationsbereiche – Zusammenfassender Ergebnisbericht für Rentenversicherungsträger und Rehabilitationskliniken* (2004)

Online:

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_7112/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__forschung/02__qualitaetssicherung/dateianh_C3_A4nge/pr__somatisch,property=publicationFile.pdf/pr_somatisch (28. November 2006)

123. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Deutsche Rentenversicherung in Zahlen 2006 (2006)

Online:

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_23924/SharedDocs/de/Inhalt/04__Formulare__Publikationen/03__publikationen/Statistiken/Broschueren/rv__in__zahlen__pdf,property=publicationFile.pdf/rv_in_zahlen_pdf (28. November 2006)

124. Wahle O: Kostenrechnung II für Studium und Praxis. Ist- und Normalkostenrechnung, 3., überarbeitete Auflage, Verlag für Unternehmensführung, Bad Homburg (1989)

125. WHO: International Classification of Functioning and Disability: A New Release from WHO (1999)

Online:

<http://www.who.int/inf-pr-1999/en/note99-19.html> (12. Juni 2006)

126. WHO: International Classification of Impairments, Activities, And Participation. Version German Beta-2 (2000)

Online:

<http://www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm> (12. Juni 2006)

127. WHO: International classification of functioning, disability, and health, WHA 54.21 (2001)

Online:

<http://www.who.int/classifications/icf/wha-en.pdf> (12. Juni 2006)

128. Wilkerson D: Accreditation and use of outcomes-orientated information systems. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 78 Supplement 4: 831-835 (1997)

129. Wilkerson D, Shen D, Duhaime M: CARF performance indicators for rehabilitation programs, Version 1.1. Working Paper (1998)

Online:

<http://www.carf.org/pdf/PerIndMo.pdf> (21. Dezember 2006)

130. Zwirner H: Dein ist mein ganzes Herz. McK Wissen 05: 62-63 (2005)

Anhang

Interview-Leitfaden

Interview Partner:

Klinik:

Fachgebiet:

Datum:

1. Strukturdaten

1.1 Anzahl Betten

1.2 Anzahl behandelte Fälle

1.3 Belegung (Auslastung)

2. Eigentümerstruktur Klinik

3. Patientenstruktur

3.1 Verteilung AHB, HV

3.2 Räuml. Einzugsgebiet

4. Patientenzuteilung

4.1 Ablauf Patientenzuteilung

4.2 Kriterien für Patientenzuteilung

4.3 Fall-Kontingent p.a. nach Kostenträger

5. Leistung

5.1 Anzahl Fälle, Verweildauer, Tage nach Kostenträger und AHB bzw. HV

5.2 Leistungsprofil: Übersicht KTL und entsprechende Fallzahl

6. Kostenermittlung

6.1 Planungsmodus Budget

6.2 Anteil und Art nicht beeinflussbarer Kosten

6.3 Kostenarten-, -stellen, -träger-Rechung im Einsatz - Funktionsweise

6.4 Prozesskostenrechnung / Prozesskostensätze

7. Personalkosten

7.1 Personalschlüssel: Funktionsweise

7.2 Anpassungsmöglichkeit bei Minder- / Überkapazität

7.3 Anzahl MA (MJ und Kopfstatistik) nach Bereichen / Prozessen: *Ärzte, Pflegedienst, med.-techn. Bereich, phys.therap. Bereich, Sozialarbeiter, Verwaltung, Schreibdienst, Küche, Service, Zimmer, Sonstigt*

7.4 Übersicht Personalkosten zu Vollkosten nach Bereich / Prozessen

7.5 Krankheitsquote

8. Sachkosten

8.1 Planzahlen 2006 (*detaillierte Übersicht nach Kostenarten; zusätzlich evt. verdichtete Informationen*)

9. Erlöse

9.1 Erlösstruktur

9.2 Pflegesätze: Funktionsweise, Kriterien, Prüfung, Anpassung, Verhandlungsbasis

10. Qualitätsmanagement

10.1 Qualitätsprüfung intern / extern: Vorgehen

10.2 Strukturbewertung: Kriterien

11. Prozessbewertung

11.1 Wie werden medizinische Leistungen erfasst? (*KTL, Labor-, Pflege-Leistungen; med. Aufträge*)

12. Medizinisches Ergebnis

12.1 Wird der Erfolg medizinischer Ergebnisse gemessen?

12.2 Wenn ja, wie wird er gemessen?

Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Eckart Jacobi, der den Rahmen für diese interdisziplinäre Arbeit geschaffen hat, für die zielführende und fachliche Unterstützung und Hilfestellung in jeder Phase dieser Arbeit.

Herrn Prof. Dr. Harry W. Hahmann möchte ich ebenfalls herzlich für die Unterstützung danken.

Besonders bedanken möchte ich mich bei PD Dr. Gert Krischak für die Mitbetreuung und wertvollen Tipps und Hinweise für eine präzise und verständliche Darstellung während der Endphase dieser Arbeit.

Herrn Dr. Rainer Kaluscha möchte ich ebenfalls recht herzlich für die Unterstützung im Rahmen dieser Arbeit danken. Ihm verdanke ich nicht nur wichtige Anregungen aus dem Bereich der medizinischen Dokumentation, sondern auch wertvolle Einsichten und kritischen Diskussionen.

Allen an dieser Stelle nochmals ein recht herzliches Dankeschön!