

Diskussion

Kostenermittlung für die ambulante neurologische Rehabilitation

Die Kostenträger richten sich bei Verhandlungen zur Zulassung für ambulante neurologische Rehabilitation strikt nach den BAR-Rahmenempfehlungen, ohne konzeptionelle, personelle, patientenbezogene oder regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Mit dem angebotenen Tagesvergütungssatz ist aber die geforderte Therapiedichte meist nicht zu leisten.

In den Verhandlungen über die Zulassung zur ambulanten neurologischen Rehabilitation werden von den regionalen Kostenträgern (GKV und GRV) strikt die Struktur- und Prozessvorgaben eingefordert, die von der BAR in den Rahmenempfehlungen zur ambulant-teilstationären neurologischen Rehabilitation [1] festgelegt wurden. Die in den Rahmenempfehlungen umfangreich beschriebenen Raum- und Personal- und sonstigen Qualitätselemente werden im Rahmen der regionalen Begehungen formal kommagenau überprüft und bewertet. Konzeptionelle, personelle, patientenbezogene und regionale Besonderheiten der Einrichtungen – wie z.B. AHB-Schwerpunkt in der regionalen Schlaganfallversorgung, psychosoziale und berufliche Re-Integration von Hirnverletzten, ambulante Langzeit-Rehabilitation (Phase C) in der Subakutphase, Langzeitrehabilitation von Schwerst-Kommunikationsbehinderten oder ambulante Integrationskonzepte von medizinischer beruflicher Rehabilitation – werden von den Prüfkommisionen der Kostenträger meist nicht berücksichtigt, obwohl dies in den Rahmenempfehlungen durchaus vorgesehen ist.

Nach der Struktur- und Qualitätsüberprüfung gemäß BAR-Rahmenempfehlung wird dann von den gleichen Kostenträgern regelhaft ein Tagesvergütungssatz angeboten, mit dem die geforderten Strukturmerkmale und die geforderte Therapiedichte von 4–6 Stunden pro Tag und Rehabilitand i.d.R. nicht leistbar sind. Es handelt sich hier also um ein Preisdiktat. Die Diskrepanz zwischen der Verpflichtung auf dezidierte Qualitätsstrukturen und Therapiedichten und der dafür nicht ausreichenden Vergütung zwingt die Leistungserbringer entweder zur Durchführung von Reha light-Konzepten («költnische Lösung») und zum Betrug an der Qualität oder führt in die Insolvenz. Unterschiede in der betriebswirtschaftlichen Kalkulation zwischen teilstationären Einrichtungen an stationären Rehakliniken und eigenständigen Rehasentren werden ebensowenig berücksichtigt wie regional unterschiedliche Personal- oder Raumkosten. In einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für neurologische Rehabilitation (DGNR) wurde kürzlich ein Tagestherapiesatz von 168 Euro für die ambulante neurologische Rehabilitation für notwendig erachtet [2]. In einer transparenten und betriebswirtschaftlich nachvollziehbaren Kalkulation der BAR-Rahmenempfehlungen kam der Bundesverband ambulante-teilstationäre neurologische Rehabilitation (BV ANR) zu einem gleichartigen Tagestherapiesatz von 169 Euro [3].

Im Gegensatz dazu legen zum Beispiel die Kostenträger in Nordrhein eine Tagessatzkalkulation vor, die zu einem Tagestherapiesatz von 120,57 Euro kommt (Tab.1). Die Analyse dieser Kostenberechnung der Kostenträger, die zudem noch Kosten für Beköstigung, medizinischen Bedarf und Pharmakotherapie sowie Fahrtkosten mit einschließt, basiert qualitativ-inhaltlich sowie betriebs- und personalwirtschaftlich auf unhaltbaren Annahmen:

- Mit dem in den BAR-Rahmenempfehlungen vorgegebenen Personalschlüssel, der der Musterkalkulation der Kostenträger zugrundeliegt, ist der Betrieb eines ambulanten neurologischen Reha-Zentrums für 20 Patienten mit einer Therapiedichte von 4–6 (im Schnitt 5) Stunden nicht zu bewerkstelligen. Der kalkulatorisch vorgegebene Stellenschlüssel von 6,58 interdisziplinären Therapeutenstellen erlaubt keineswegs, allen Patienten einen ausreichend dichten Therapieplan zu gewährleisten, selbst wenn die Hälfte der Therapieleistungen in Gruppensitzungen absolviert würden. Zudem wird der BAR-Stellenschlüssel für die Kalkulation in jeder therapeutischen Disziplin jeweils mit der niedrigstmöglichen Range zugrundegelegt. Der Arzt- und Therapeuteschlüssel erlaubt zudem keine ganzjährige interdisziplinäre Arbeit. Erkrankung, Urlaub, Fortbildung von Therapeuten und Ärzten sind nicht kalkuliert – Absicht?
- Die Personaldichte in der Kalkulation der Kostenträger lässt keinerlei Raum für vor- und nachbereitende Arbeiten, für Dokumentation, für patientenbezogene Teamsitzungen oder für Haus- und Arbeitsplatzbesuche. Auch die in der Neurologie häufig notwendige Einzeltherapie mit zwei Behandlern oder die Fall- und Teamsupervision sind in dem vorgegebenen Patientenschlüssel nicht vorgesehen und leistbar – Absicht?
- Die Betonung im Berufsgruppenmix und Stellenplan auf Pflege (Warum Pflegeleistung in der ambulanten Phase D-Reha? Warum Pflegeleistung bei Patienten mit Barthel-Index über 80?), Physiotherapie, Ergotherapie sowie Masseur und Bademeister und die kalkulatorische Nachrangigkeit von Logopädie und Neuropsychologie entspricht keineswegs den medizinischen und qualitativen Anforderungen der vom Gesetzgeber vorgegebenen Zielorientierung der wohnortnahen neurologischen Rehabilitation (Rehabilitation zur Teilhabe und Selbstbestimmung SGB IX [5]). Bemerkenswert ist, dass die relativ preiswerten Therapeuten zahlenmäßig betont und die kostenmäßig teuren Therapeuten zahlenmäßig herabgestuft werden – Absicht?
- unabhängig vom unzureichenden Stellenschlüssel ist auch die betriebswirtschaftliche Basis der Personalkostenkalkulation der Kostenträger zweifelhaft: Trotz hoher Qualifikationsanforderungen geht man teilweise von einer BAT-Einstufung aus, für die das geforderte qualifizierte Personal am Markt nicht zu rekrutieren ist – Absicht?
- Die Musterkalkulation der Kostenträger vergisst zudem, dass die betriebswirtschaftliche Planung der Arbeitgeber einen Personalkostenfaktor (PKF) von 1,3 bis 1,5 vorsehen muss. Alleine mit der falschen BAT Einstufung und dem fehlenden Arbeitgeberbruttobezug fehlen in der Kalkulation der Kostenträger in Nordrhein über 200.000 Euro Jahres-Personalkosten und damit in der Kostenrechnung pro Tag und Patient 43 Euro – Absicht?

**Kostenermittlung für ambulante Rehabilitation (Original der
Kostenkalkulation der Spitzenverbände der Kostenträger in Nordrhein)**
Fachgebiet: Neurologie, Rehabilitanden 20, Tage/Jahr 5.000

Lfd. Nr.	Dienststart	Schlüssel	VK	Einzelkosten	Gesamtkosten	Kosten je Tag
1	Arzt	20	1,00	70.000	70.000	14,00
2	Pflege	14	1,43	35.000	50.000	10,00
3	Physiotherapeut	14	1,43	35.000	50.000	10,00
4	Ergotherapeut	14	1,43	40.000	57.143	11,43
5	Logopäde	30	0,67	40.000	26.667	5,33
6	(Neuro-)Psychologe	30	0,67	65.000	43.333	8,67
7	Masseur	40	0,50	35.000	17.500	3,50
8	Sozialarbeiter	80	0,25	40.000	10.000	2,00
9	Diätassistent	100	0,20	35.000	7.000	1,40
10	Verwaltung	20	1,00	35.000	35.000	7,00
Personalkosten					366.643	73,33
11	Beköstigung				17.500	3,50
12	Med. Bedarf				30.000	6,00
13	Fahrtkosten				22.500	4,50
14	Sonstige Sachkosten				30.000	6,00
15	Abschreibung auf Sachanlagen				32.500	6,50
Sachkosten					132.500	26,50
16	Kosten der Immobilie (anteilig)				75.000	15,00
17	Unternehmensgewinn/Risikopauschale				28.707	5,74
18	Gesamtkosten (Leistungsdichte durchschn. 5 Std.)				602.850	120,57
19	Anbindung an eine § 108 SGB V - § 111 SGB V Einrichtung					108,61

Tab. 1:

Original der Kostenkalkulation der Spitzenverbände der Kostenträger in Nordrhein zur ambulanten neurologischen Rehabilitation – vorgelegt im Rahmen von konkreten Vertragsverhandlungen 2002/2003 mit angeblichem Bezug zu den BAR-Rahmenempfehlungen. Problem: Unzureichender Personalschlüssel, zweifelhafte BAT-Einstufung der Jahresgehälter, fehlende Kalkulation eines Personalkostenfaktors: Ergebnis ist ein Defizit von 200.000–250.000 € pro Jahr, 40–50 € pro Patient und Therapietag!

Wie aus der betriebswirtschaftlichen Kalkulation des BV ANR [3] transparent ersichtlich ist, sind für den Betrieb eines ambulanten neurologischen Rehabilitationszentrums völlig andere Personalschlüssel notwendig, als in den Rahmenempfehlungen beschrieben. Die BAR und die in ihr vertretenen Spitzenverbände wurden wiederholt in den letzten Jahren auf diese logischen und inhaltlichen Schwächen der Rahmenempfehlungen und die Notwendigkeit der Weiterentwicklung hingewiesen [4, 6]. Allein die durchgängige fachärztliche Präsenz erfordert in einem Therapiezentrum mit 20 Patienten mindestens 1,3 Facharztstellen. Für den therapeutischen Betrieb sind unter Berücksichtigung von Dokumentationszeit, Teamzeit, Fortbildung, Co-Therapie, Supervision und Krankenstand nicht 6,58, sondern 11 Therapeutenstellen für ein solches Therapiezentrum erforderlich.

Auch der in den BAR-Rahmenempfehlungen vorgegebene Fachgruppenmix wurde in der Vergangenheit bereits wiederholt als für die Aufgaben der wohnortnahen ambulanten neurologischen Komplexbehandlung und Rehabilitation unzureichend kritisiert [4, 6].

Personal	BAT-Schlüssel	BAR-Schlüssel 20 Pat.	Grundgehalt in €	Ortszuschlag in €	allg. Zulage in €	Monatssumme in €	Jahressumme in €	Urlaubsgeld in €	Weihnachtsgeld in €	Jahr in €	Summe BAR-Schlüssel in €	PK-F: 1,499 in €
----------	---------------	-----------------------	------------------	-------------------	-------------------	------------------	------------------	------------------	---------------------	-----------	--------------------------	------------------

Arzt	I, 45, vh, 2	1	4.713,06	836,50	42,13	5.591,69	67.100,28	255,65	4.685,28	72.041,21	72.041,21	108.003,45
Pflege	5c, 41, I	1	1.854,43	463,88	105,33	2.423,64	29.083,68	332,34	2.030,77	31.446,79	31.446,79	47.144,93
Pflege	5c, 29, vh, 1	0,43	1.519,33	652,48	105,33	2.277,14	27.325,68	332,34	1.908,02	29.566,04	12.713,40	19.059,88
Physiother.	4a, 39, vh, 2	1	2.498,64	774,83	112,35	3.385,82	40.629,84	255,65	2.836,98	43.722,47	43.722,47	65.548,59
Physiother.	5b, 29, I	0,43	1.622,29	492,47	112,35	2.227,11	26.725,32	255,65	1.866,10	28.847,07	12.404,24	18.596,40
Ergother.	5b, 45, vh, 2	1	2.044,71	774,83	112,35	2.931,89	35.182,68	255,65	2.456,63	37.894,96	37.894,96	56.812,00
Ergother.	5b, 29, I	0,43	1.622,29	492,47	112,35	2.227,11	26.725,32	255,65	1.866,10	28.847,07	12.404,24	18.596,40
Logopäde	4b, 39, vh, 2	0,67	2.191,23	774,83	112,35	3.078,41	36.940,92	255,65	2.579,40	39.775,97	26.649,90	39.953,44
Neuro-psych.	2b, 45, vh	0,67	3.044,40	658,94	112,35	3.815,69	45.788,28	255,65	3.197,17	49.241,10	32.991,54	49.460,81
Masseur	5c, 29, vh, 1	0,5	1.519,33	652,48	105,33	2.277,14	27.325,68	332,34	1.908,02	29.566,04	14.783,02	22.162,66
Sozialarb.	4a, 39, vh, 2	0,25	2.498,64	774,83	112,35	3.385,82	40.629,84	255,65	2.836,98	43.722,47	10.930,62	16.387,15
Diätass.	6b, 29, I	0,2	1.400,27	463,88	105,33	1.969,48	23.633,76	332,34	1.650,23	25.616,33	5.123,27	7.680,78
Verw.	5b, 45, vh, 2	1	2.044,71	774,83	112,35	2.931,89	35.182,68	255,65	2.456,63	37.894,96	37.894,96	56.812,00

Übersicht Gesamtkosten 20 Patienten

Arzt	108.003,45 €
Pflege	66.204,81 €
Physiotherapeut	84.144,98 €
Ergotherapeut	75.408,40 €
Logopäde	39.953,44 €
Neuropsychologe	49.460,81 €
Masseur	22.162,66 €
Sozialarbeiter	16.387,15 €
Diätassistent	7.680,78 €
Verwaltung	56.812,00 €

Tab. 2: Betriebswirtschaftliche Gegenkalkulation zu der in Tabelle 1 dargestellten Personalkostenberechnung mit qualifizierten BAT-Gehältern und unter Berücksichtigung des Personalkostenfaktor der Arbeitgeberkalkulation (Arbeitgeberbrutto). (Nicht dargestellt ist die realistische Kalkulation des Personalschlüssels wie er vom Bundesverband ambulant-teilstationäre Neuro-Rehabilitation BV ANR vorgelegt wurde [3])

Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vertretenen Spitzenverbände der Rehabilitationsträger werden aufgefordert, die BAR Rahmenempfehlungen zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Außerdem wird darum gebeten, die Unhaltbarkeit der betriebswirtschaftlichen Kalkulation, die den regionalen Kostendiktaten zwischen 120 und 140 Euro zugrunde liegen, nachzukalkulieren und angemessene Leistungspreise anzubieten.

Ambulante neurologische Rehabilitationseinrichtungen haben als eigenständige Institutionen keine Möglichkeit der Querfinanzierung. Der Bezug zu stationären Pflegesätzen hinkt, weil stationäre Einrichtungen ihren Tagespflegesatz mit den therapiearmen oder therapiefreiem, aber bezahlten Wochenendtagen querfinanzieren; sie haben zudem die Möglichkeit, Gelder und Personal aus den hochbezahlten Reha-Phasen B und C in die Phase D zu transferieren. Allerdings ergibt sich aus der Querfinanzierung noch nicht ein schlüssiges Therapiekonzept und ein funktionierendes Team für die ambulante Rehabilitation in Wohnortnähe. Durch die derzeit von den Kostenträgern geübte, in keiner Weise an den Realitäten und den Inhalten der BAR-Vorgaben orientierte Preisgestaltung kann eine flächendeckende Versorgung mit ambulanter neurologischer Rehabilitation nicht erreicht werden. Das Primat der ambulanten vor der stationären Rehabilitation, wie es der Gesetzgeber dezidiert vorgibt und die Rehaträger gerne vorgeben, wird systematisch unterlaufen. Das Ziel des SGB IX – Rehabilitation zur Selbstbestimmung und Teilhabe von Behinderten und von Behinderung Bedrohten – kann so nicht erreicht werden [7].

Die AG ANR der Berufsverbände BVDN und BDN und der BV ANR (Bundesverband ambulant-teilstationäre neurologische

Rehabilitation Würzburg) bieten konstruktive Zusammenarbeit an. Sie stehen der BAR Frankfurt und den regionalen und überregionalen Spitzenverbänden der Kostenträger und dem Medizinischen Dienst der Sozialversicherungen (MDS-MDK) als kompetente und sachkundige Partner zur Verfügung.

Literatur

1. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation, Frankfurt 2000 SSN 0933-8462 (www.bar-frankfurt.de)
2. Hömberg V.: Stellungnahme der DGNR: Zur Vergütung für ambulante-teilstationäre neurologische Rehabilitation: Neurol Rehab 2002; 8: 315-316
3. Reuther P: Qualitätsanforderungen und Vergütungssätze nach BAR-Rahmenempfehlung Neurol Rehab 2003; 9: 100-103
4. Reuther P: Zur Rahmenkonzeption zur ambulanten neurologischen Rehabilitation der BAR in Fries W, Wendel C : Ambulante neurologische Rehabilitation von hirnerkrankten Patienten, Zuckschwerdt München-Bern-Wien-New York 2000; 155-160
5. Fries W, Reuther P, Meier U: Schlaganfall, Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen ambulanter wohnortnaher Reha, Neurotransmitter 4. 2003: 40-42
6. Fries W und 27 weitere ambulante neurologische RehaAnbieter: Offener Brief zu den Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation der BAR Neurol Rehab 2002; 8 (2) 95-97
7. Steinke B, W Heine: SGB IX - Magna Charta einer funktionalen Teilhabephilosophie Rehabilitation 2002; 41: 343-347

W. Fries, München-Pasing, P. Reuther, Ahrweiler, U. Meier, Grevenbroich, Ch. Dettmers, Hamburg, Sprecher des Bundesverbandes ambulant-teilstationäre neurologische Rehabilitation (BV ANR)

Korrespondenzadresse:

Geschäftsstelle Bundesverband ambulant-teilstationäre Rehabilitation
Huttenstraße 10
97272 Würzburg