

Stellungnahme

Stellungnahme der DGNR zur Vergütung für ambulante-teilstationäre neurologische Rehabilitation

Der Gesetzgeber hat im SGB IX, einen klaren Primat der ambulanten vor der stationären Rehabilitation codifiziert. Ambulant-teilstationäre neurologische Rehabilitationsmaßnahmen bieten inhaltliche Vorteile insbesondere dadurch, daß der Patient in Einbindung in sein unmittelbares familiäres und ggf. auch berufliches Umfeld rehabilitiert werden kann. Dies kann umgekehrt nicht bedeuten, daß die Qualität einer multidisziplinären Rehabilitation, auch hinsichtlich des erforderlichen Einsatzes therapeutischen und ärztlichen Personals, hinter dem einer äquivalenten stationären Rehabilitationsmaßnahme der Phase D nach VDR-Richtlinien zurücksteht.

Um eine adäquate inhaltliche Qualität der ambulanten neurologischen Rehabilitation in der Phase D zu gewährleisten, muß dafür eine angemessene, dem Personalaufwand gerecht werdende, Vergütung gewährleistet werden. Das Abweichen von einer solchen adäquaten Vergütung kann nur dazu führen, daß »Reha-Light-Angebote« das Recht des Patienten auf eine angemessene neurologische Rehabilitation verwässern: Es ist davon auszugehen, daß ambulante Rehabilitationsangebote, die zu Niedrigpreisen angeboten werden, zwar formal den Rechtsanspruch auf Rehabilitation für den Patienten nach SGB IX erfüllen, andererseits aber keine signifikanten Ergebnisse erwarten lassen. Dies hätte in Folge nur die Konsequenz, daß die Gesamt-Fallkosten für die Kostenträger, nicht zuletzt auch unter Berücksichtigung der gesamt-sozialmedizinischen Folgekosten höher werden.

Es ist daher dringend erforderlich, daß die stationäre Phase D ersetzende ambulante-teilstationäre neurologische Rehabilitationsmaßnahmen in adäquater Qualität durchgeführt werden.

Es gibt mittlerweile von Kostenträgern Tagessatzbeschränkungen für ambulante-teilstationäre Maßnahmen in der Größenordnung von etwa € 120. Mit einem solchen Tagessatz ist es im Grundsatz nicht möglich eine adäquate multidisziplinäre, personalintensive neurologische Rehabilitation durchzuführen.

Zur Verdeutlichung des Zahlenwerkes kann folgende Modellrechnung dienen:

Der durchschnittliche Preis für eine stationäre Phase D-Rehabilitation liegt momentan bei ca. € 150/Tag. Dieser Betrag wird in Mischkalkulation 7 Tage pro Woche einschließlich der therapiearmen oder sogar therapiefreien Wochenenden erhoben.

Für ambulante-teilstationäre Dienste kann ein Tagessatz nur an 5 Tagen pro Woche berechnet werden. Bei einer 7-Tage Woche, wie sie im stationären Bereich üblich ist, trotz Schwerpunkt Personalkostenaufwand an den Werktagen, liegt man daher bei einem Wochenpreis von $7 \times € 150,- = € 1.050,-$.

Wenn man diesen Betrag auf abrechenbare 5 Tage in der ambulanten Rehabilitation zurückrechnet, ergibt sich dabei ein äquivalenter Tagessatz von € 210.

Unterstellt man eine Minderung des erforderlichen Tagessatzes nach Abzug der sogenannten »Hotelleistungen« einer vollstationären Rehabilitation (d. h. z. B. abzüglich Frühstück und Abendessen unter der Voraussetzung, daß in der ambulante-teilstationären Rehabilitation ein Mittagessen gereicht wird) und geringere Aufwendungen für Kapitaleinsatz einer ambulante-teilstationären Einrichtung von insgesamt 20% ergibt sich ein im Schnitt angemessener Tagessatz € 168.

Bei dieser Kalkulation muß weiter berücksichtigt werden, daß in der Regel ambulante-teilstationäre Einrichtungen kleiner sind und damit betriebswirtschaftlich relativ weniger effizient arbeiten können als große, mehrere 100 Betten umfassende stationäre Häuser.

Weiterhin muß beachtet werden, daß Fahrkosten in dieser Kalkulation noch keine Berücksichtigung finden.

In dieser Kostenkalkulation eingeschlossen ist hingegen der Aufwand für Medizinprodukte und Medikamente, analog der Verfahrensweise in der stationären Rehabilitation.

Damit erscheint ein Betrag von € 168,-, minimal erforderlich, um nur annähernd die Qualität einer stationären Rehabilitationsleistung der Phase D unter ambulante-teilstationären Bedingungen zu ermöglichen, wobei Fahrkosten nicht eingeschlossen sind.

Notwendigerweise kann eine solche Grenzkostenbetrachtung nicht die individuellen Verhältnisse einzelner ambulante-teilstationärer Rehabilitationseinrichtungen je nach ihrer Regionalität und eventueller Synergieeffekte abbilden. In Anbindung an größere Krankenhausträger können die Verhältnisse unterschiedlich sein.

Für Patienten in weiter fortgeschrittenen Rehabilitationsphasen (z. B. Phase E etc.) sind selbstverständlich auch mit geringerem Personal- und Sachaufwand verbundene Lösungen vorstellbar, die den Bereich der Nachsorge, nach stationärer Rehabilitation z. B. der Phase D ermöglichen. Wir unterstellen, daß in der Phase D 5–6 Therapieeinheiten pro Tag zu minimal

30 Minuten in Gruppen- und Einzeltherapie angeboten werden. In weiteren Nachsorgeschritten kann dieses Volumen reduziert werden, so daß für diesen Nachsorgebereich nach vorher stattgehabter qualitativer Phase D-Rehabilitation auch niedrigere Kostenansätze denkbar sind.

Kostensätze für finalisiert und multidisziplinär organisierte Nachsorgestrukturen werden aber trotzdem stets höher liegen, als der

Aufwand für individuelle Heilmittelerbringung.

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation fordert daher adäquate Vergütung für ambulant-teilstationäre Maßnahmen, die die Phase D der stationären Rehabilitation ersetzen, da nur auf diesem Wege eine notwendige, adäquate hohe Qualität im Interesse des Patienten und auch im Interesse einer Gesamtfallkostenbeschränkung darstellbar sind.

Der Rechtsanspruch des Patienten auf Rehabilitation kann nur durch Maßnahmen angemessener Qualität erfüllt werden. Der Eintritt in Dumping-Preise und Reha-Light-Produkte, wie sie von dem ein oder anderem mehr oder weniger seriösen Anbieter vorgeschlagen werden, führt unweigerlich dazu, daß im Saldo der Gesamtkostenaufwand der den gesetzlichen Krankenversicherungen und den Rentenversicherungen entsteht höher wird, weil nicht mit ausreichender Dichte adäquate Rehabilitationsleistungen erbracht werden. Dies kann auch unter gesundheitsökonomischen Aspekten nicht als sinnvoll angesehen werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation appelliert daher an die Kostenträger adäquate Vergütungssätze nicht einfach aus der Luft zu greifen, sondern an den tatsächlichen und belegbaren Aufwendungen qualitativer Anbieter zu orientieren.

Prof. Dr. V. Hömberg
1 Vorsitzender der DGNR
22. November 2002