

## Ambulante neurologische Rehabilitation

# Qualitätsanforderungen und Vergütungssätze nach BAR-Rahmenempfehlung

*Am 13.12.2002 trafen sich die Vertreter von 53 ambulante/teilstationären neurologischen Reha-Einrichtungen zur 2. Arbeitstagung des Bundesverbandes ambulante/teilstationäre neurologische Rehabilitation (BV-ATNR) in Frankfurt. Wichtiges Thema war der Konflikt zwischen hoher Qualitätsanforderung der Leistungserbringung nach BAR-Mindeststandards und den von den Leistungsträgern bislang angebotenen inadäquaten Vergütungssätzen.*

Die zunehmende Zahl wohnortnah verfügbarer und ambulant tätiger neurologischer Reha-Einrichtungen verdeutlicht die Verbesserung der Versorgungskette für neurologische Patienten und die zunehmende Beachtung des sozialrechtlichen Patientenanspruches auf psychosoziale ReIntegration und Teilhabe an der rehabilitativen Versorgung. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen weisen in der Initialphase der Rehabilitation aufgrund der medizinischen Instabilität, des Bedarfs an aktivierender Pflege und basaler Autonomieerarbeitung sowie in der Phase der restitutiven Frührehabilitation Strukturvorteile auf. Die ambulant-wohnortnahen Einrichtungen dagegen legen den Schwerpunkt ihrer Aufgaben auf den Transfer der wiedererlangten Aktivitäten, die Kompensation und Anpassung neurologischer und neuropsychologischer Defizite und auf den Zugriff auf das psychosoziale Umfeld des Rehabilitanden.

Erst das Angebot der durchgängigen phasen- und zielgerechten adäquaten Versorgungskette von der Akutversorgung bis zur Rehabilitation und Nachsorge wird dem WHO-Krankheitsfolgenkonzept (ICF: [www.dimdi.de/de/klassi/ICF/index.html](http://www.dimdi.de/de/klassi/ICF/index.html)) des komplexgeschädigten neurologischen Patienten, den neurobiologischen Kenntnissen der Hirnrestitution und -plastizität und den psychosozialen Ansprüchen der Patienten gerecht. Dabei sieht auch der Gesetzgeber im SGB IX einen Primat der ambulanten vor der stationären Rehabilitation vor.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat im Oktober 2000 Rahmenempfehlungen zur ambulante/teilstationären neurologischen

Rehabilitation ([www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)) herausgegeben, die von den Mitgliedern des Bundesverbandes ausdrücklich begrüßt wurden (Neurol Rehabil 2002; 8 (2) 95–97). Für die erste Jahreshälfte 2003 sind Beratungen zur Weiterentwicklung der BAR-Rahmenempfehlungen u. a. zur besseren Definition der spezifischen wohnortnahen Rehabilitationsziele vorgesehen.

### Kostenträger fordern hohe Qualität zu Niedrigpreisen

Den skizzierten, erfreulichen Entwicklungen stehen aber einige problematische Aspekte gegenüber:

Die Kostenträger befürchten, dass durch den Aus- und Aufbau ambulanter rehabilitativer Strukturen neue Kosten entstehen. Dabei ist vorgesehen, etwa 20 bis 40% der stationären Aufgaben durch ambulante Reha-Leistungen zu substituieren. Das traditionelle, meist stationäre Reha-Kapital steht häufig wohnortfern auf der Grünen Wiese; der konzeptionelle und strukturelle Umbau der neurologischen Rehabilitationslandschaft zur ambulanten Versorgung ist daher unter verschiedenen, auch nicht-medizinischen Aspekten problematisch und erfordert Zeit.

Mit Sorge beobachten allerdings die bereits aktiven oder die auf den Markt kommenden ambulanten neurologischen Rehabilitationszentren, dass die wohnortnahe Neuro-Rehabilitation durch den Konflikt zwischen (erfreulich) hoher Qualitätsanforderung der Leistungserbringung nach BAR-Mindeststandards und den von den Leistungsträgern bislang angebotenen inadäquaten Vergütungssätzen gefährdet

wird. Die sozialpolitische Forderung nach ambulanter Rehabilitation mit dem Ziel der Teilhabe wird qualitativ und ökonomisch unterhöhlt.

Um eine adäquate inhaltliche Mindestqualität und dem BAR-Standard entsprechende ambulante neurologische Rehabilitation zu gewährleisten, muss auch eine angemessene Vergütung gewährleistet werden, die dem im ambulante/teilstationären Bereich notwendigen Personalaufwand gerecht wird. Das Abweichen von einer adäquaten Vergütung führt dazu, dass »Reha-Light-Angebote« oder »Pseudo-Reha-Maßnahmen« das Recht des Patienten auf eine angemessene neurologische Rehabilitation verwässern. Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen zu Niedrigpreisen erfüllen allenfalls formal den Rechtsanspruch auf Rehabilitation für Patienten, andererseits können aber keine signifikanten Ergebnisse erwartet werden. Dies hätte zur Konsequenz, dass die Gesamtfallkosten für die Kostenträger zuletzt auch unter Berücksichtigung der gesamtsozialmedizinischen Folgekosten höher werden.

### Musterkalkulation nach BAR-Rahmenempfehlung

Als Beitrag zur Diskussion zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und den dazu notwendigen betriebswirtschaftlichen Grundlagen legt der Bundesverband ambulante/teilstationäre neurologische Rehabilitation eine Musterkalkulation auf der Grundlage der BAR-Rahmenempfehlung vor (Tabelle 1–3).

– Die Musterkalkulation wurde von der 3E-Gesellschaft für Beratung, Förderung und Organisation mbH Bornheim (Dipl. Betriebswirt Michael Braun) und Udo Bergemann (Geschäftsführender Gesellschafter der ANR-Ahrweiler GbR und der ANR Bonn GmbH) im Auftrag des Bundesverbandes erstellt:

Kalkuliert wird der Finanzplan für ein ambulantes neurologisches Rehabilitationszentrum in einer autonomen, nicht an einen Klinikverbund angelehnten Einrichtung für 30 Patienten mit einem Raum und Ausstattungsbe-

Kalkulatorischer Finanzplan für ein Zentrum mit 30 Patienten lt. BAR-Rahmenempfehlung amb./teilst. NeuroReha	
	€ per anno
Personalkosten (lt. BAR Vorgabe, siehe Tabelle 2)	740.514
– Ärzte	168.110
– RehaTherapeuten	421.786
– sonstige RehaMitarbeiter lt. BAR	150.618
Overhead	166.776
– Personalkosten Verwaltung und Geschäftsführung	155.976
– Kfz-Kosten Dienstfahrten (nicht Transport)	4.800
– Reisekosten	6.000
Raumkosten	125.400
– Miete inkl. Nebenkosten (700 qm x 12,50 € Miete plus 1,50 € NK)	117.600
– Reinigung	7.800
Instandhaltung Gebäude	6.000
Werbung	6.000
Telefon, Porto	4.800
Sonstiger Aufwand	21.600
– Rechtsberatung und Buchführung/Steuerberatung	12.000
– Therapie- und Sachkosten	9.600
Medikamentenversorgung	null
Catering	null
Fahrtlogistik (lt. § 53 SGB IX)	null
Abschreibungen	50.000
Finanzaufwendungen	40.000
Investrücklage	-95.267
<b>Summe der Kosten per anno</b>	<b>-1.256.357</b>

**Tab. 1:** Finanzplan für ein ambulantes neurologische Rehabilitationszentrum für 30 Patienten mit einer Personal-, Raum- und Ausstattungsstruktur entsprechend der BAR-Rahmenempfehlung ohne Fahrtkosten, ohne Catering, ohne Medikamentenversorgung und ohne Ausstattung mit Laufband

darf von 700 qm in zentraler, verkehrstechnisch eingebundener Lage einer deutschen Großstadt.

Der modellhafte Finanzplan berücksichtigt alle personellen Kompetenz- und Präsenzansforderungen der BAR-Rahmenempfehlungen zur neurologischen Rehabilitation auf der Basis von BAT-Gehältern mit entsprechender Arbeitgeberkalkulation. In der Therapiekapazität wird vor allem auch die BAR-Forderung nach (mindestens) 4 bis 6 Therapiestunden pro Tag und die weitgehend ganzjährige Verfügbarkeit des gesamten interdisziplinären Therapeutenpektrums berücksichtigt.

Die Musterkalkulation kommt ohne Berücksichtigung von Fahrtkosten, ohne Aufwendungen für Catering in der tagesklinischen Versorgung und ohne medikamentöse Versorgung auf einen

Tages-Vergütungssatz von abgerundet 173 Euro für eine ambulant-teilstationäre neurologische Phase-D-Rehabilitation (s. Tab. 3).

In der derzeitigen Verhandlungspraxis zwischen den ambulanten Rehabilitationszentren und den Kostenträgern werden Vergütungssätze für ambulant-teilstationäre neurologische Phase D-Maßnahmen in der Größenordnung von 120 bis 135 Euro angeboten bzw. diktiert. Mit einem solchen Tagessatz ist es im Grundsatz nicht möglich, eine adäquate, multidisziplinäre, personalintensive neurologisch-neuropsychologische Rehabilitation entsprechend den BAR-Rahmenempfehlungen durchzuführen! Der Bundesverband weist darauf hin, dass eine einheitliche Vertrags- und Vergütungsregelung für die verschiedenen Sozialversicherungssysteme die

unterschiedlichen sozialrechtlich definierten Rehabilitationsaufträge der verschiedenen Leistungsträger ausser Acht lässt. Der dadurch notwendige inhaltliche, zeitliche und personelle Ressourceneinsatz und deren betriebswirtschaftliche Auswirkungen unterscheiden sich erheblich und sind nicht in einheitlichen Vergütungssätzen zu subsumieren: In der Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt SGB V und IV mit medizinischem, restitutivem und kompensatorischem Gesundheits- und Anpassungsauftrag für schwer- und komplexbetroffene Hirnverletzte. Diese Patienten stehen i.d.R. alters- oder schädigungsbedingt nicht, nicht mehr oder noch nicht wieder dem Berufsleben zur Verfügung. Die Rehabilitation zur Teilhabe (Reintegration) dieser GKV-Patienten erfordert i. d. R. eine individuelle Komplexbehandlung mit hohen Qualifikationsanforderungen an Ärzte und Therapeuten, mit aufwändigen, sehr individuellen, multiprofessionellen Therapieeinheiten oft mit hoher neuropsychologischer Kompetenz und mit dem dringlichen Einbezug der Angehörigen und anderer sozialer Bezugspersonen.

In der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) gelten SGB VI und IX mit berufsfähigkeitsbezogenem und präventiv-educativem Rehabilitationsauftrag.

Das Patientengut in der GRV ist durch die Bewilligungsvorgabe der »positiven Berufsprognose« in der Regel deutlich geringer körperlich und hirneleistungsmäßig betroffen. Wesentliches Merkmal ist, dass der GRV-Rehabilitand i. d. R. selbständig und reisefähig ist. Die Leistungserbringung in der GRV-Rehabilitation orientiert sich zudem an den Vorgaben der KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen), die i. d. R. eine funktions- und fähigkeitsbezogene Basisrehabilitation in Gruppen und gesundheitseducatorische Schulungen vorsehen.

Es ist also leicht ersichtlich, dass die ambulante neurologische Rehabilitation und Komplexbehandlung mit restitutivem, kompensatorischem und adaptativem Auftrag nicht unter den Bedingungen einer präventiven educativen Rehabilitation zu erbringen ist.

Personalkostenplanung				
BAR-Anforderung für 30 Patienten	Mitarbeiter/in lt. BAR-Empfehlung	BAT Stand 2002 (Alter, Fam.st., Ki.)	Gehalt BAT EUR Monat	Gehalt plus PK-F* EUR Jahr
Personalkosten Rehabilitation				
	Fachärzte lt. BAR			168.110
1:15 – 1:20 = 2	Ärztliche Leitung	I, 45, vh, 2	5.461	98.291
	Arzt	IIa, 39, vh, 2	3.879	69.819
	RehaTherapeuten lt. BAR			421.787
1:20 – 1:30 = 1,5	Logo	4b, 39, vh, 2	3.006	54.113
	Logo 0,5	5b, 29, l	1.087	19.574
1:10 – 1:14 = 2,5	Ergo	5b, 45, vh, 2	2.863	51.537
	Ergo	5b, 29, l	2.175	39.149
	Ergo 0,5	5b, 29, l	1.087	19.574
1:20 – 1:30 = 1,5	Neuropsychologe	2b, 45, vh, 2	3.726	67.073
	Neuropsych. 0,5	2b, 39, vh, 2	1.831	32.953
1:10 – 1:14 = 3,0	Physio (Leitung)	4a, 39, vh	3.306	59.516
	Physio	5b, 29, l	2.175	39.149
	Physio	5b, 29, l	2.175	39.149
	Sonstige Berufe lt. BAR			150.618
1:12 – 1:14 = 2	Krankenschwester	5c, 41, l	2.367	42.603
	Krankenschwester	5c, 29, vh, 1	2.224	40.028
1:80 = 0,5	Sozialpäd 1/2	4a, 39, vh, 2	1.653	29.755
1:100 = 0,33	Diätassistentin 1/3	16b, 29, l	641	11.540
1:40 = 0,66	Masseure 2/3	5c, 29, vh, 1	1.483	26.685
Zwischensumme				740.514
Personalkosten Overhead/Verwaltung				
	Geschäftsführung	IIa, 39, vh, 2	3.879	69.819
	Verwaltung	5b, 45, vh, 2	2.863	51.537
	Verwaltung	6b, 29, l	1.923	34.620
Zwischensumme				155.976
<b>Gesamtsumme Personalkosten</b>				<b>896.490</b>

**Tab. 2:** Personalplanung: Stellenschlüssel laut BAR-Rahmenempfehlung für ein ambulantes neurologisches Rehabilitationszentrum. Qualifikation, Gehalt- und Sozialstruktur nach BAT-Kriterien, Personalkostenfaktor 1,5 und Jahresgehälter

In der Verhandlung mit Kostenträgern werden häufig die stationären Phase-D-Tagessätze (z. Zt. Ø 150 Euro) mit den ambulanten Tagessätzen gleichgesetzt bzw. es wird sogar gefordert, in der ambulanten Versorgung die stationären Tagessätze um 20% zu unterbieten. Bei dieser Verhandlungsweise wird nicht berücksichtigt, dass stationäre Tagessätze sich aus einer Mischkalkulation aus 7 Wochentagen einschließlich der therapiearmen oder oft sogar therapiefreien Wochenenden errechnen. Für

ambulant-teilstationäre Dienste wird ein Tagessatz nur an 5 Tagen pro Woche berechnet, eine Kompensation über Wochenendtage ist also nicht möglich. Unter Berücksichtigung der oben skizzierten realistischen BAR-Musterkalkulation steht einem Wochenpreis von  $7 \times 150 \text{ Euro} = 1.050 \text{ Euro}$  in der stationären Phase D-Versorgung der Preis für eine ambulante Phase-D-Woche mit  $5 \times 169 \text{ Euro} = 845 \text{ Euro}$  gegenüber. Den Leistungsträgern müsste einsichtig sein, dass die Therapieleistung in

der ambulanten Versorgung unter Berücksichtigung eines Tagessatzes von 169 Euro also wesentlich günstiger ist als die vergleichbare Versorgung im stationären Kontext mit deren 7-Tage/ Woche-Kalkulation.

Selbst wenn man die durch Vorgaben des § 53 SGB IX notwendige Erstattung von Fahrtkosten zur medizinischen Rehabilitation in einer (hochkalkulierten) Größenordnung von bis zu 30 € pro Kopf und Tag im ambulanten Versorgungsbereich hinzurechnen würde, ließe sich noch immer ein Kostenvorteil in der ambulanten Versorgung realisieren. Auch bei zusätzlicher Addition von Cateringkosten in einer Größenordnung von 5 Euro pro Kopf und Tag wäre immer noch ein Kostenvorteil der tagesklinischen neurologisch-rehabilitativen Phase D-Versorgung gegenüber der stationären Versorgung gegeben.

An einzelnen Standorten können sich gegenüber der Musterkalkulation durch regionale Synergieeffekte mit stationären Reha-Einrichtungen oder stationären Akutkrankenhäusern Einsparvolumina für den Tagesvergütungssatz ergeben. Auch durch kostengünstigere regionale Raumverhältnisse ist eine Minderung der Musterkalkulation möglich. Die Qualifikations- und Präsenzanforderung der BAR an das ambulante Rehateam läßt aber im größten Kostenblock keinen Spielraum zu.

Theoretisch besteht bei der Musterkalkulation ohne qualitative Abstriche an den BAR-Rahmenempfehlungen allenfalls eine Variabilität in Höhe von 10 bis 15 Euro pro Kopf und Tag.

Vergütungsangebote oder gar Vertragsabschlüsse mit Tagessätzen von 120 bis 135 Euro für die ambulante Phase-D-Rehabilitation können mit den strukturellen, prozessuralen und zielbezogenen Qualitätsanforderungen der BAR-Rahmenempfehlungen nicht in Einklang gebracht werden und dürften den abzulehnenden Reha-Light-Maßnahmen entsprechen, die inhaltlich keine rehabilitative Arbeit leisten.

#### **Ambulante Phase-C-Rehabilitation als Anschlussrehabilitation**

Obwohl die BAR-Rahmenempfehlungen in der Regel die ambulante rehabi-

litative Versorgung nur für Phase-D-Patienten vorsehen, ergibt sich aus dem Rehabilitationsalltag vor allem bei schwerbetroffenen Patienten unter Berücksichtigung einer funktionierenden Rehabilitationskette und unter Vermeidung des bekannten ambulanten Reha-Loches die Notwendigkeit einer ambulanten Phase-C-Rehabilitation in Form einer Anschlussrehabilitation.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass etwa 50–70 % der Patienten einer neurologischen Rehaklinik die stationäre Rehabilitation noch im Phase-C-Status verlassen. Die für die ambulante Phase-D-Rehabilitation vorgestellte Musterkalkulation ist für die in Einzelfallentscheidung anzuwendende ambulante Phase-C-Anschlussrehabilitation nicht kostendeckend.

Erfahrungsgemäß erfordert ambulante Phase-C-Rehabilitation je nach medizinisch notwendiger Intensität und Personaleinsatz und je nach Schwere der Behinderung Vergütungssätze von 210 bis 250 Euro. Diese begründen sich insbesondere darin, dass ein ambulante/tagesklinischer Phase-C-Patient in der Regel höher qualifizierten Einzeltherapieaufwand, Co-Therapie mit zwei Therapeuten, höhere Therapie- und Betreuungsdichten, supervidierenden Personaleinsatz für Pausen sowie intensivere therapeutische Pflege benötigt.

### Zusammenfassung

Der Bundesverband für ambulante/teilstationäre Neuro-Rehabilitation unterstützt speziell unter dem Aspekt der Teilhabe neurologischer Patienten unbedingt den Primat der ambulanten vor der stationären Versorgung.

Er begrüßt und fordert die zunehmende Entwicklung einer integrierten, regional kooperierenden, durchgehenden Versorgungskette und die synergistische Nutzung aller strukturellen, prozessuralen und medizinischen Vorteile und regionalen Gegebenheiten der akutmedizinischen und der rehabilitativen Versorgung.

Hochwertige, qualifizierte ambulante/teilstationäre neurologische Dienstleistung wird dabei mindestens auf der Qualitätsebene der BAR-Rahmenempfehlungen gefordert, mit angemessenen

### Prämissen für die Vergütungssatzkalkulation eines ambulanten neurologischen Reha-Zentrums nach BAR-Rahmenempfehlung

- Ø 30 Patienten ambulant Phase D 52 Wochen pro Jahr
- 5 Therapiestunden à 45 Min pro Therapietag lt. BAR
- 50% Einzeltherapie, 50% Gruppentherapie (1:3)
- 150 Therapieeinheiten pro Woche in 52 Wochen pro Jahr entspricht 7.410 Tages-Therapieeinheiten pro Jahr bei 95% Auslastung

Bedarf 24.700 Therapeutenstunden pro Jahr

- Personalschlüssel und -qualifikationen nach BAR-Rahmenempfehlung
- Personalgehälter nach BAT-Spezifikation (Tab. 2)
- Personalkostenfaktor 1,5 (Lohnneben-, Fortbildungskosten, Krankheits- und Abfindungsrisiken)
- 43 verfügbare Dienstwochen à 5 Wochentage = (52 minus 6 Urlaubswochen, 2 Feiertagswochen, 1 Fortbildungswoche)
- Wochenarbeitszeit 38,5 Stunden: primäre Therapiezeit am Patienten 32,5 Stunden, sekundäre Zeit für Dokumentation, Vorbereitung und patienten- und organisationsbezogene Team-sitzungen
- Therapiekapazität je therapeutische Planstelle pro Jahr ( $32,5 \times 60/45 \times 43 = 1.864$  Therapiestunden à 45 Min)

Kapazität 24.731 Therapeutenstunden pro Jahr mit dem Therapeutenschlüssel (Tab. 2)

Der Jahresbedarf und die Jahreskapazität sind nahezu deckungsgleich!

### Vergütungssatzberechnung für ambulante Phase-D-NeuroRehabilitation nach BAR-Rahmenempfehlung

Die kalkulatorischen Kosten pro Jahr (lt. Finanzplan Tab. 1) in Höhe von Euro 1.256.356 dividiert durch Jahrestherapieleistung von 7.410 Tagestherapieeinheiten (bei 95% Auslastung) ergibt einen

Tagesvergütungssatz von Euro 169,54, abgerundet Euro 169

**Tab. 3:** Therapiekapazität und -bedarf für ein ambulantes neurologisches Rehabilitationszentrum im 52-Wochen-Betrieb laut BAR-Rahmenempfehlung und Kalkulation des Tagesvergütungssatzes

Tagestherapiesätzen für den ambulanten Versorgungsbereich.

Auf transparenter Kalkulationsbasis wird gezeigt, dass Tagesvergütungssätze von 169 Euro + 30 Euro Fahrtkosten + 5 Euro Catering pro Kopf und Tag in der ambulanten Phase-D-Versorgung immer noch kostengünstiger sind als eine vergleichbare stationäre Phase-D-Rehabilitation mit einem durchschnittlichen Tagessatz von 150 Euro in der 7-Tage-Mischkalkulation unter stationären Gegebenheiten.

Der Eintritt in Dumping-Preise, Reha-Light-Produkte und pseudo-rehabilitative Maßnahmen, wie sie von einzelnen mehr oder weniger seriösen Anbietern, aber auch von einzelnen Kostenträgern vorgeschlagen werden, führt unweiger-

lich dazu, dass im Saldo der Gesamtkostenaufwand, der den Sozialversicherungssystemen entsteht, höher wird.

In den Verhandlungen mit den Leistungserbringern sollten die Leistungsträger adäquate Vergütungsansätze nicht einfach diktieren und aus der Luft greifen, sondern sie sollten sich an den tatsächlichen Aufwendungen orientieren, die die sich qualitativ mindestens an die BAR-Rahmenempfehlungen haltenden Anbieter belegen.

#### Korrespondenzadresse:

Dr. Dr. med. habil. Paul Reuther  
ANR Ahrweiler  
Ambulantes Neurologisches  
Rehabilitationszentrum  
Schülchenstr. 8–10  
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler  
E-mail: preuther@rz-online.de