

Kurzgutachten

Behandlungskosten in der Neuro-Rehabilitation

Eine betriebswirtschaftliche Schätzung der kostendeckenden
Tagespflegesätze vor dem Hintergrund der Strukturvorgaben
der DRV/BAR

Auftraggeber

Bundesverband
NeuroRehabilitation
(BNR) e.V., Bonn

Ansprechpartner

Lucas Kemper

Mitarbeiter

Markus Matuschke
Dr. Wolfgang Riedel

Basel, 29. Juli 2011

Das Unternehmen im Überblick**Geschäftsführer**

Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates

Gunter Blickle

Basel-Stadt Hauptregister CH-270.3.003.262-6

Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

Gründungsjahr

1959

Tätigkeit

Prognos berät europaweit Entscheidungsträger in Wirtschaft und Politik. Auf Basis neutraler Analysen und fundierter Prognosen werden praxisnahe Entscheidungsgrundlagen und Zukunftsstrategien für Unternehmen, öffentliche Auftraggeber und internationale Organisationen entwickelt.

Arbeitsprachen

Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz

Prognos AG

Henric Petri-Str. 9

CH - 4010 Basel

Telefon +41 61 32 73-200

Telefax +41 61 32 73-300

info@prognos.com

Weitere Standorte

Prognos AG

Goethestr. 85

D - 10623 Berlin

Telefon +49 30 520059-200

Telefax +49 30 520059-201

Prognos AG

Schwanenmarkt 21

D - 40213 Düsseldorf

Telefon +49 211 887-3131

Telefax +49 211 887-3141

Prognos AG

Sonnenstraße 14

D - 80331 München

Telefon +49 89 515146-170

Telefax +49 89 515146-171

Prognos AG

Wilhelm-Herbst-Straße 5

D - 28359 Bremen

Telefon +49 421 2015-784

Telefax +49 421 2015-789

Prognos AG

Avenue des Arts 39

B - 1040 Brüssel

Telefon +32 2 51322-27

Telefax +32 2 50277-03

Prognos AG

Werastraße 21-23

D - 70182 Stuttgart

Telefon +49 711 2194-245

Telefax +49 711 2194-219

Internet

www.prognos.com

Inhalt

1	Hintergrund und Zielsetzung	1
2	Vorgehen	4
3	Personalvorgaben der Kostenträger	5
4	Kostenschätzung	7
	4.1 Stationärer Bereich	7
	4.2 Ambulant-teilstationärer Bereich	9
5	Fazit: Kostenunterdeckung in der stationären Neuro-Rehabilitation	12

1 Hintergrund und Zielsetzung

Die medizinische Rehabilitation hat das Ziel, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu beseitigen, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe der Betroffenen geht es somit um die Vermeidung des vorzeitigen Bezugs von laufenden Sozialleistungen (Rente oder Pflege) oder deren Verminderung. Verschiedene Untersuchungen belegen den wichtigen Beitrag, den die medizinische Rehabilitation zur Sicherung der Leistungsfähigkeit von Arbeitnehmern für Gesellschaft und Volkswirtschaft leistet, was vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung besondere Bedeutung erlangt.¹

Die Ausgaben für die stationäre Rehabilitation und Vorsorge beliefen sich im Jahr 2009 auf 8,2 Mrd Euro bzw. auf 2,9 % der gesamten Gesundheitsausgaben.² Dabei liegt der Ausgabenanteil der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) seit dem Jahr 2000 bei rund 40 %. Im gleichen Zeitraum ist der Anteil der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von 37 % auf 32 % gesunken.³ Insgesamt hat sich seit 1996 das Ausgabenvolumen für den Reha-Bereich mit + 3 % deutlich unterproportional zum BIP (+ 21 %) und zu den Ausgaben für den Krankenhausbereich (+ 30 %) entwickelt. Das Finanzierungsvolumen für die Pflege konnte im selben Zeitraum sogar einen deutlich überproportionalen Anstieg von + 62 % verzeichnen.⁴

Gleichzeitig steigt seit Jahren die Zahl der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. So entfielen im Jahr 2009 erstmals über 2 Mio bewilligte Reha-Maßnahmen auf die Gesetzliche Rentenversicherung.⁵ Die gemessen an den Pflorgetagen größten Fachabteilungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen waren die Orthopädie (28,7 %), gefolgt von der Inneren Medizin (21,0 %) und der Neurologie (10,4 %). Die größten Zuwächse seit 1996 sind bei der Orthopädie (+ 4,6 %), der Geriatrie (+ 4,3 %), der Psychiatrie und Psychotherapie (ohne Sucht, + 4,0 %) sowie der Neurologie (+3,9 %) zu verzeichnen.

Der Bedeutungszuwachs der Rehabilitation ist einerseits auf den steigenden Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen infolge der Alte-

1 Prognos-Studien „Die medizinische Rehabilitation – Sicherung von Produktivität und Wachstum“ im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation, 2009; „Die volkswirtschaftliche Relevanz der Reha-Kliniken in Schleswig-Holstein“ im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V., 2010; „Die volkswirtschaftliche Relevanz der Reha-Kliniken in Baden-Württemberg“ im Auftrag der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V., 2011, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung „Reha Rating Report 2010“.
 2 Statistisches Bundesamt (2011), Gesundheit - Ausgaben 2009, Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 7.1.1.
 3 Statistisches Bundesamt (2011), Gesundheitsausgabenrechnung.
 4 Prognos-Deutschland-Report 2035.
 5 Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Reha-Antrags-/Erledigungsstatistik, verschiedene Jahrgänge.

zung der Bevölkerung und andererseits auf neue therapeutische Möglichkeiten zurückzuführen.

Die Einführung des DRG-Vergütungssystems im akut-stationären Bereich wirkt sich in einem kontinuierlichen Rückgang der Verweildauern im Krankenhaus aus. Als Folge des Rückgangs der Verweildauern steigt der Bedarf für eine anschließende rehabilitative Anschlussheilbehandlung. Gleichzeitig erhöht sich damit die Fallschwere der Patienten. Durch die Verlagerung von Patienten mit geringerer Fallschwere in die ambulant-teilstationäre Rehabilitation wird sich die durchschnittliche Fallschwere in der stationären Rehabilitation zusätzlich erhöhen.

Trotz des Bedeutungszuwachses der medizinischen Rehabilitation wird die wirtschaftliche Situation der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen durch das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) als kritisch beurteilt. Danach weisen 28 % der untersuchten Reha-Kliniken im Jahr 2008 eine erhöhte Insolvenzwahrscheinlichkeit auf. Ihre Lage fällt damit deutlich schlechter aus als die der Krankenhäuser oder Pflegeheime. Als Gründe hierfür vermutet das RWI unzureichende Anpassungen der Vergütungssätze im Vergleich zu den Kostensteigerungen (insbesondere bei der Lohnentwicklung) in den vergangenen Jahren.⁶

Vor dem Hintergrund der angespannten finanziellen Situation vieler Reha-Kliniken, der gleichzeitig wachsenden Bedeutung der Rehabilitation sowie der Gewährleistung einer qualitativ und quantitativ angemessenen Rehabilitation haben die im Bundesverband NeuroRehabilitation (BNR) e.V. zusammengeschlossenen Leistungserbringer und Betroffenenverbände die Prognos AG mit einem Gutachten zur Kostenschätzung für die ambulant-teilstationäre und stationäre neurologische Rehabilitation beauftragt.

Mit Blick auf die in den Strukturvorgaben der DRV und der BAR formulierten Personalanforderungen werden die Kosten pro Tag und Fall einer neurologischen Phase-D-Rehabilitation geschätzt und der Spannweite des „Marktpreiskorridors“ der DRV gegenübergestellt. Bei der Schätzung wird erstmals zwischen den Kosten einer ambulant-teilstationär und einer voll-stationär erbrachten Leistung unterschieden.

6 RWI: Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011. Heft 66.

Phaseneinteilung (A-F) der Neurologischen Rehabilitation

Die neurologische Rehabilitation ist in vier Phasen eingeteilt, die von der medizinischen Akutbehandlung (Phase A) bis zur beruflichen Wiedereingliederung reichen (Phase E).

Während der Phase B werden intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten, die je nach individuellem Bedarf der Patienten zur Anwendung kommen. In der dritten Behandlungsphase (Phase C) werden unter aktiver Mitwirkung der Patienten die „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) wiedererlernt. In der Regel sind die Patienten zu diesem Zeitpunkt noch auf pflegerische Hilfe angewiesen.

Die während der Phase D stattfindende Anschlussrehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung ist für Patienten vorgesehen, die unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln wieder weitgehend selbständig geworden sind. Das Behandlungsziel ist die Wiederherstellung von Funktionen des Nervensystems und der Abbau von Behinderungen, so dass eine weitgehend unabhängige Lebensführung bzw. die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit ermöglicht wird.

Phase E dient der weiteren Förderung aufgrund von Behinderungen oder Funktionsdefiziten mit dem Ziel der beruflichen und psychosozialen Wiedereingliederung. In der Phase F werden pflegebedürftige Patienten mit fehlenden Rehabilitationserfolgen hinsichtlich des Erhalts des bis dahin erreichten funktionellen Zustandes behandelt.

7

7 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation. Rehabilitation 1995, 34: S. 119 – 127

2 Vorgehen

Ziel dieses Kurzgutachtens ist es, vor dem Hintergrund der Strukturvorgaben⁸ der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bzw. des Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) und dem damit vorgegebenen Personal- und Sachmitteleinsatz die Angemessenheit der Vergütung einer Rehabilitationsleistung der neurologischen Reha-Phase-D zu prüfen. Das Vorgehen ist in drei Arbeitsschritte unterteilt:

- **Beschreibung der Personalvorgaben der Kostenträger**

Die in den Strukturvorgaben der Kostenträger formulierten Anforderungen an die Personalqualifikation und -bemessung stellen eine wesentliche Einflussgröße für die betriebswirtschaftlichen Kosten der Leistungserbringer dar. Die Personalanforderungen an Leistungserbringer einer stationären bzw. ambulant-teilstationären neurologischen Rehabilitation bilden die wesentliche Grundlage für die betriebswirtschaftliche Kostenschätzung. Darüber hinaus sind die Sachmittelvorgaben und -notwendigkeiten zu beachten.

- **Kostenschätzung**

Es wird die Kostenstruktur einer ambulant-teilstationären als auch diejenige einer stationären Reha-Einrichtung geschätzt. Die modellhafte Kostenstruktur berücksichtigt die personellen Kompetenz- und Präsenzanforderungen der Strukturvorgaben zur neurologischen Rehabilitation auf der Basis der üblichen Gehaltsstrukturen und Tarifverträge⁹ mit entsprechender Arbeitgeberkalkulation. Der Anteil der Sachkosten an den Betriebskosten orientiert sich an Erkenntnissen aus Prognos-Studien¹⁰ und Erfahrungswerten der Leistungserbringer.

- **Fazit (Gegenüberstellung)**

Die Ergebnisse der Kostenschätzung für die ambulant-teilstationäre und für die stationäre neurologische Phase-D-Rehabilitation werden den aktuellen Vergütungssätzen bzw. dem DRV-„Marktpreiskorridor“ gegenübergestellt.

8 Für eine stationäre (DRV) bzw. ambulant-teilstationäre (BAR) neurologische Rehabilitationseinrichtung. Siehe Anlage 1 bzw. Anlage 2.

9 Vgl. hierzu TV Ärzte, TVöD VKA, TVöD-SuE.

10 „Die volkswirtschaftliche Relevanz der Reha-Kliniken in Schleswig-Holstein“ im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V., 2010; „Die volkswirtschaftliche Relevanz der Reha-Kliniken in Baden-Württemberg“ im Auftrag der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V., 2011.

3 Personalvorgaben der Kostenträger

Auf die Betriebskosten von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation wirken sich vielfältige externe Einflussgrößen aus, wie etwa die Qualitäts- und Strukturanforderungen der Rentenversicherungsträger. Die vorliegende Kostenschätzung basiert insbesondere auf den Anforderungen an das Personaltableau.

Der Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme hängt in hohem Maße von der Menge und der Qualifikation der mitwirkenden Mitarbeiter im medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich ab. Angesichts des zunehmenden Mangels an Ärzten und medizinisch-pflegerischen Fachkräften in Deutschland stehen neben den Krankenhäusern auch die Rehabilitationseinrichtungen vor der Herausforderung, qualifiziertes Personal zu akquirieren.¹¹ Angesichts der Konkurrenz mit anderen Personalnachfragern im Gesundheitswesen müssen auch die Reha-Einrichtungen wettbewerbsfähige Einkommen anbieten. Andernfalls können Personalengpässe und Personalnotstand die Folge sein. Eine derartige Entwicklung würde den Qualitäts- und Strukturvorgaben der Rentenversicherungsträger zuwiderlaufen und auch die wirtschaftliche Existenz von Rehabilitationseinrichtungen bedrohen. Als Mindestniveau können die gängigen Tarifverträge herangezogen werden. Die Personalvergütung der freigemeinnützigen und privaten Leistungserbringer orientiert sich näherungsweise an den Tarifverträgen für die öffentlichen Einrichtungen.

Die wesentliche Einflussgröße auf die Kostenstruktur der Erbringer neurologischer Rehabilitationsleistungen sind die Anforderungen an die Personalstruktur der Reha-Einrichtungen von der Deutschen Rentenversicherung¹² (DRV) und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.¹³ (BAR).

Im Vergleich zu den Personalanforderungen für den stationären Bereich weichen die Vorgaben für die ganztägige ambulant-teilstationäre Rehabilitation für einzelne Berufsgruppen sowohl nach oben als auch nach unten ab (Tabelle 1). Dabei müssen folgende Sachverhalte berücksichtigt werden: Im Vergleich zu stationären Reha-Einrichtungen verfügen ganztägig ambulant-teilstationäre Einrichtungen in der Regel über eine geringere Zahl von Therapieplätzen. Einerseits wird dabei jedoch häufig mit kleineren Teilnehmerzahlen in einer Therapiegruppe mit einem erweiterten Therapieangebot gearbeitet, so dass in bestimmten Berufsgruppen der Personalschlüssel (bspw. Ergotherapie, Sprachtherapie) höher ist. Andererseits ist in den ambulant-teilstationären Ein-

11 Arbeitslandschaften 2030; Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft, 2010.

12 Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Stationäre medizinische Reha-Einrichtungen. Anhang II Somatische Erkrankungen, DRV 2010.

13 Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation, BAR 2005.

richtungen keine Versorgung in den Abend- und Nachtstunden oder am Wochenende erforderlich, so dass etwa der Personalschlüssel der Krankenpfleger geringer als in einer stationären Einrichtung ist.

Tabelle 1: Personalvorgaben der BAR und DRV für die ambulant-teilstationäre bzw. für die stationäre Rehabilitation

Berufsgruppe	Personalbemessung			
	Ambulant-teilstationär		Stationär	
	Modelleinrichtung gemäß BAR-Rahmenempfehlungen (je 40 Rehabilitanden)	je Rehabilitand	Modelleinrichtung gemäß DRV-Strukturvorgaben (je 100 Rehabilitanden)	je Rehabilitand
Arzt	2 - 2,61	0,05 – 0,65	7,5	0,075
Physiotherapeut/ Krankengymnast	2,9 – 4	0,07 – 0,1	9,5	0,095
Masseur und med. Bademeister	1	0,03	3	0,03
Ergotherapeut	2,9 – 4	0,07 – 0,1	6,5	0,065
Logopädie/ Sprach- therapeut	2 – 2,9	0,05 – 0,07	3,5	0,035
Klinischer Psycho- loge/ Klinischer Neuropsychologe	1,3 – 2	0,03 – 0,05	4	0,04
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge	0,5	0,1	1	0,01
Diätassistent	0,4	0,01	1	0,01
Gesundheits- und Krankenpfleger	2,9 – 3,3	0,07 – 0,08	21	0,21
Sportlehrer / Sport- therapeut	-		2	0,02

Quelle: Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Stationäre medizinische Reha-Einrichtungen. Anhang II Somatische Erkrankungen, DRV 2010; Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation, BAR 2005.

4 Kostenschätzung

Im Folgenden werden die Kostenstrukturen für Neuro-Rehabilitationseinrichtungen im ambulant-teilstationären und stationären Bereich erläutert und verglichen. Bei den Untersuchungen wird auf Daten des BNR e.V. zurückgegriffen. Primärerhebungen sind nicht durchgeführt worden.

Die modellhafte Kostenstruktur berücksichtigt für beide Bereiche insbesondere die personellen Kompetenz- und Präsenzanforderungen in den Strukturvorgaben zur neurologischen Rehabilitation. Die Personalkosten werden auf Basis des TVöD einschließlich der Sozialversicherungsbeiträge des Arbeitgebers kalkuliert.¹⁴ Dabei werden hinsichtlich der TVöD-Einstufungen im Berufsgruppenmix jeweils ein Minimal-, ein Maximal- und ein Mittelwert-Szenario der Personalkosten gerechnet.

4.1 Stationärer Bereich

Die Behandlungskosten für den stationären Reha-Bereich werden auf Grundlage der Personal- und Sachkosten ermittelt. Die Personalkosten ergeben sich aus dem Produkt des Personalbedarfs gemäß der DRV-Rahmenvorgaben und den Personalkosten pro Vollzeitkraft (VZÄ) gemäß TVöD. Anders als im ambulant-teilstationären Bereich gibt es für den stationären Bereich keine Intervallvorgaben für das Personal, weshalb insgesamt nur drei Szenarien berechnet werden.

Die sich so ergebenden Personalkosten je Vollzeitkraft sind in nachfolgender Tabelle 2 zusammengefasst und beziehen sich auf eine modellhafte Mustereinrichtung mit 100 Therapieplätzen. Um das Spektrum unterschiedlicher Personalstrukturen gemäß der DRV-Strukturvorgaben abzubilden, werden neben den mittleren Personalkosten die Minimal- und die Maximal-Personalkosten dargestellt.

¹⁴ Gemäß der TV Ärzte, TVöD VKA, TVöD-SuE.

Tabelle 2: Personalbedarf (VZÄ) je 100 Rehabilitanden und Personalkosten im stationären Bereich pro VZÄ in Euro

Berufsgruppe	Personalbedarf (VZÄ)	Personalkosten pro VZÄ gemäß TVöD		
		Mittelwert aus minimal und maximal	minimal	maximal
Ärzte	7,5	93.203	64.563	121.842
Psychologen	4,0	63.186	47.580	78.791
Pflegepersonal	21,0	41.808	27.600	56.015
Physiotherapeut	9,5	52.354	45.556	59.151
Bewegungstherapeut	2,0	56.721	41.364	72.078
Masseur	3,0	56.721	41.364	72.078
Diätassistent	1,0	49.676	40.080	59.272
Logopäde	3,5	58.678	39.654	77.702
Sozialarbeiter	1,0	56.895	56.895	56.895
Ergotherapeut	6,5	47.067	39.683	54.451
MTA	1,0	44.512	42.921	46.102
PTA	1,5	45.868	45.868	45.868
Neurophysischer Assistent	1,0	43.440	40.632	46.248
Verwaltung	9,3 ¹⁵	48.999	41.320	56.667

Quelle: DRV, TVöD.

Die Sachkosten werden von der Summe der Personalkosten abgeleitet. Im Rahmen von mehreren Befragungen konnten für 51 Leistungserbringer im Reha-Bereich die Personal- und Sachkosten ermittelt werden.¹⁶ Der durchschnittliche Sachkostenanteil dieser Einrichtungen für stationäre Rehabilitationsleistungen beträgt 38 % und wird in der hier vorzunehmenden Kostenschätzung auf die Personalkosten aufgeschlagen.¹⁷ Allerdings werden in allen drei Szenarien die Personalkosten des mittleren Szenarios als Bezugsgröße für die Sachkosten herangezogen, so dass diese bei 2,1 Mio Euro konstant bleiben (Tabelle 3).

Unter den bisher getroffenen Annahmen und einer unterstellten durchschnittlichen Auslastung einer neurologischen Reha-Einrichtung von 81,7 %¹⁸ ergeben sich für den stationären Reha-Bereich Behandlungskosten zwischen 172 Euro und 233 Euro pro Patient und Tag.¹⁹ Der Tagestherapiesatz in Höhe von 202 Euro

15 Datengrundlage BNR e.V.

16 „Die volkswirtschaftliche Relevanz der Reha-Kliniken in Schleswig-Holstein“ im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V., 2010; „Die volkswirtschaftliche Relevanz der Reha-Kliniken in Baden-Württemberg“ im Auftrag der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V., 2011.

17 Dazu zählen: Unternehmensbezogene Dienstleistungen, Wasser und Energie, Instandhaltung, Dienstleistung der Versicherung und Banken, Küche, Lebensmittel und Getränke, Bau und Innenausstattung, Medizinischer Bedarf und Laborbedarf, Verwaltungsbedarf, Pharma, Geräte/Fahrzeuge/Maschinen, Honorare und Leih-, Zeitarbeiter.

18 Statistisches Bundesamt (2011), Gesundheit - Ausgaben 2009, Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 7.1.1.

19 Grundlage: 365 Tage.

im mittleren Szenario wird im Unterschied zur ambulanteilstationären Reha an allen sieben Wochentagen und nicht nur an Werktagen ausgezahlt.

Tabelle 3: Personal- und Sachkosten im stationären Bereich je 100 Rehabilitanden und je Patient und Tag in Euro

	Personal- und Sachkosten		
	Mittelwert aus minimal und maximal	minimal	maximal
Personalkosten	3.840.450	2.923.556	4.757.344
Sachkosten	2.192.109	2.192.109	2.192.109
Summe	6.032.559	5.115.665	6.949.453
Kosten je Patient und Tag	202	172	233

Quelle: Eigene Berechnungen.

4.2 Ambulant-teilstationärer Bereich

Entsprechend der BAR-Strukturvorgaben für die ambulanteilstationäre Neuro-Reha ist für den Personalbedarf ein Bemessungsintervall je Berufsgruppe vorgesehen. Anhand dieser Variationsmöglichkeit auf Seiten der Personalausstattung und der zu erwartenden Personalkostenunterschiede zwischen den Einrichtungen werden mehrere Kostenszenarien aufgestellt. Sämtliche Kosten beziehen sich auf eine Einrichtungsgröße von 40 Patienten.

Inwieweit durch den in den BAR-Rahmenempfehlungen vorgegebenen Personalschlüssel der Betrieb eines ambulanten neurologischen Reha-Zentrums für 40 Patienten entsprechend der weiteren Qualitätsvorgaben tatsächlich durchgeführt werden kann, ist im Folgenden nicht Gegenstand der Untersuchungen. Es werden allein die entstehenden Kosten für die Bereitstellung des vorgegebenen Personalbedarfs ermittelt.

Die Personalkosten werden aus dem TVöD übernommen, wobei unterschiedliche Personalkostenstrukturen unterstellt werden. Je nach Alter und Berufserfahrung der eingesetzten Mitarbeiter können die Personalkosten erheblich variieren. Die angegebenen Personalkosten umfassen, einschließlich aller Sozialversicherungsbeiträge, sämtliche für den Arbeitgeber anfallenden Kosten (Tabelle 4).

Tabelle 4: Personalbedarf (VZÄ) je 40 Rehabilitanden und Personalkosten im ambulant-teilstationären Bereich pro VZÄ in Euro

Fachrichtung	Personalbedarf (VZÄ)		Personalkosten (Euro) pro VZÄ gemäß TVöD		
	minimal	maximal	Mittelwert aus minimal und maximal	minimal	maximal
Arzt	2,7	2,0	93.203	64.563	121.842
Gesundheits- und Krankenpfleger	3,3	2,9	41.808	27.600	56.015
Physiotherapeut/ Krankengymnast	4,0	2,9	52.354	45.556	59.151
Ergotherapeut	4,0	2,9	47.067	39.683	54.451
Logopäde/Sprachtherapeut	2,0	1,3	58.678	39.654	77.702
Klinischer (Neuro)psychologe	2,0	1,3	63.186	47.580	78.791
Masseur und Medizinischer Bademeister	1,0	1,0	56.721	41.364	72.078
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	0,5	0,5	58.911	56.895	60.926
Diätassistent	0,4	0,4	49.676	40.080	59.272
Verwaltung	2,0	2,0	40.000	40.000	40.000

Quelle: BAR, TVöD.

Die Sachkosten orientieren sich an der „Kostenkalkulation der Spitzenverbände der Kostenträger in Nordrhein“²⁰ und fließen inflationsbereinigt in die Kostenschätzung ein. Da die Kalkulation jedoch von den Spitzenverbänden der Kostenträger in Nordrhein zur ambulanten neurologischen Rehabilitation stammt, bewegen sich die Kosten vermutlich im niedrigeren Kostenbereich. In den Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR) werden die Sachkosten nicht weiter kommentiert oder kritisiert, weshalb wir sie auch für die nachfolgende Kostenschätzung übernehmen (Tabelle 5).

Tabelle 5: Sachkosten im ambulant-teilstationären Bereich je 40 Rehabilitanden in Euro

Kostenart	Kosten (Euro)
Verpflegung	39.082
Medizinischer Bedarf	66.997
Fahrtkosten	50.248
Sonstige Kosten	66.997
Abschreibungen auf Sachanlagen	72.580
Raumkosten	167.492
Unternehmensgewinn	61.876
Gesamt	525.271

Quelle: DGNR.

²⁰ Vgl. Fußnote 15.

Aufgrund der getroffenen Annahmen und einer unterstellten durchschnittlichen Auslastung von 90 %²¹ lassen sich insgesamt sechs Szenarien ableiten, die zu Behandlungskosten zwischen 140 Euro bis 223 Euro pro Patient und Tag führen (Tabelle 6).²² Somit wird deutlich, dass bei Beachtung der Rahmenvorgaben bereits unter sehr restriktiven Annahmen Gesamtkosten von mindestens 140 Euro erreicht werden. Dabei ist zu beachten, dass der Realitätsgehalt der beiden extremen Szenarien von minimalen (maximalen) Personalkosten und minimalen (maximalen) Personalbedarf als eher gering einzuschätzen ist.

Realistischer erscheint hingegen die preisliche Spannbreite zwischen 163 Euro und 193 Euro der mittleren Szenarien. Die DGNR und der Bundesverband ambulante-teilstationäre neurologische Rehabilitation e.V. (BV ANR) kamen in ihren betriebswirtschaftlichen Kalkulationen zu Tagestherapiesätzen von knapp 170 Euro. Geht man davon aus, dass der tatsächliche Personalbedarf zwischen dem angegebenen Minimum und Maximum liegt, die Einrichtungen aber inflationsbedingt mit etwas höheren Sachkosten konfrontiert sind als in dieser Kalkulation unterstellt, errechnet sich ein Tagestherapiesatz von 178 Euro.

Tabelle 6: Personal- und Sachkosten im ambulante-teilstationären Bereich

	Personal- und Sachkosten		
	Mittelwert aus minimal und maximal	minimal	maximal
	minimaler Personalbedarf		
Personalkosten	938.445	733.679	1.143.211
Sachkosten	525.271	525.271	525.271
Gesamt	1.463.717	1.258.950	1.668.483
Kosten je Patient und Tag	163	140	185
	maximaler Personalbedarf		
Personalkosten	1.215.354	945.436	1.485.273
Sachkosten	525.271	525.271	525.271
Gesamt	1.740.626	1.470.707	2.010.544
Kosten je Patient und Tag	193	163	223

Quelle: Eigene Berechnungen.

²¹ Quelle vgl. hierzu Fußnote 15.

²² Die Kosten wurden durch 250 Behandlungstage geteilt.

5 Fazit: Kostenunterdeckung in der stationären Neuro-Rehabilitation

Vor dem Hintergrund der allgemeinen gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Bemessung der Beiträge in § 21 SGB IV erfolgen die Vergütungsverhandlungen direkt zwischen Leistungserbringer und Kostenträger einer medizinischen Rehabilitation. In der Regel wird die Rehabilitationsleistung durch tagesgleiche Pflegesätze gemäß der Phaseneinteilung der neurologischen Rehabilitation vergütet. Bei der Vergütungsbemessung für die neurologische Phase-D-Rehabilitation werden Leistungsmengen oder -inhalte homogen erfasst. Dabei werden weder der Schweregrad oder das Vorliegen von Multimorbidität im Einzelfall noch die Zusammensetzung des Patientenspektrums in der Gesamtheit berücksichtigt. Darüber hinaus wird der Erfolg der Reha-Maßnahme nicht berücksichtigt. Insgesamt ist das gegenwärtige Verfahren in der Rehabilitation unschärfer als die diagnosespezifischen Fallpauschalen im Krankenhausbereich, da in der Rehabilitation vom ganzheitlich ICF²³-orientierten Ansatz ausgegangen wird.

Da über die genaue Vergütungshöhe in der neurologischen Rehabilitation kaum repräsentative Informationen vorliegen, basiert die Beurteilung ihrer Angemessenheit einerseits auf den ermittelten Kosten einer ambulant-teilstationär bzw. einer stationär erbrachten Rehabilitationsleistung (Tabelle 7).

Tabelle 7: Zusammenfassung der zentralen Annahmen und Ergebnisse der Kostenschätzung für die Neuro-Rehabilitation

	Ambulant-teilstationäre Modelleinrichtung gemäß BAR-Rahmenempfehlung (mittleres Szenario)	Stationäre Modelleinrichtung gemäß DRV-Strukturvorgaben (mittleres Szenario)
Größe der Einrichtung (Bettenzahl)	40	100
Auslastung	90 %	81,7 %
Personalkosten (Euro)	938.445	3.840.450
Sachkosten (Euro)	525.271	2.192.109
Gesamtkosten (Euro)	1.463.717	6.032.559
Kosten je Patient und Tag (Euro)	163 - 193	202

²³ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Andererseits werden hinsichtlich der Vergütungssätze Daten des Bundesverbandes für Neuro-Rehabilitation e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. herangezogen.

Die von der DRV ermittelte Spannweite der Vergütungssätze für eine stationäre Phase D-Rehabilitation liegt zwischen 131,53 Euro und 165,61 Euro pro Tag.²⁴ Bei einer minimalen Personalausstattung gemäß DRV-Strukturvorgaben kann eine stationäre Rehabilitationsleistung in der Neurologie gemäß der vorliegenden Schätzung zu einem Tageskostensatz von 172 Euro kostendeckend erbracht werden. Die in diesem Kurzgutachten geschätzten mittleren Kosten pro Tag und Patient belaufen sich auf 202 Euro und liegen damit deutlich oberhalb des DRV-„Marktpreiskorridors“ für die stationäre Neuro-Rehabilitation. Die gegenwärtigen Vergütungssätze führen demnach zu einer betriebswirtschaftlichen Kostenunterdeckung der Reha-Kliniken.

Aufgrund der Kostenschätzung für die ambulant-teilstationäre Reha erscheinen Vergütungssätze zwischen 163 Euro bis 193 Euro pro Tag und Patient als angemessen. Die geschätzten mittleren Kosten belaufen sich auf 178 Euro und liegen damit über den vom BNR und DGNR ermittelten Kosten von rund 170 Euro.

Folgen der Kostenunterdeckung in der Neuro-Rehabilitation

Die ermittelte Diskrepanz zwischen den Kosten und der Vergütung von Rehabilitationsleistungen unterstreicht den Befund hinsichtlich der angespannten finanziellen Situation der Leistungserbringer.²⁵

Angesichts des hohen Kostendrucks überrascht jedoch die Entwicklung der Zahl der stationären Reha-Einrichtungen. Ihre Zahl sank zunächst von 1.404 im Jahr 1996 auf 1.239 im Jahr 2007, ist seitdem aber konstant geblieben (2009: 1.240), obwohl laut RWI 28 % der Reha-Kliniken eine erhöhte Insolvenzwahrscheinlichkeit aufweisen. Dieser Befund wirft zwei Fragen auf:

- Inwieweit werden unterfinanzierte Leistungsbereiche durch andere Leistungsbereiche des Rehabilitationssystems quersubventioniert?
- Hat der hohe Kostendruck auf die Leistungserbringer negative Folgen für die Versorgungsqualität in der medizinischen Rehabilitation?

Mit Blick auf die zukünftig weiter steigende Bedeutung der medizinischen Rehabilitation für Gesellschaft und Volkswirtschaft sollten beide Fragen und eine angemessene Anpassung der Vergütungssätze geprüft werden.

²⁴ Angaben des BNR e.V, 2011.

²⁵ RWI: Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011. Heft 66.