

Leitlinien zur ambulanten Rehabilitation von Erkrankungen des Bewegungsapparates:

VII. Betriebswirtschaftliche Darstellung von Kostensatz und Mindestbelegung für eine Gewährleistung der geforderten Qualitätsstrukturen

Guidelines for the outpatient orthopaedic rehabilitation

VII. Quality criterion to choose adequate clinic companies: obligatory quality standards of the staff

Busse M¹, Thomas M²

Institut für Sportmedizin/Sportmedizinische Ambulanz und Rehabilitationszentrum der Universität Leipzig¹

(Direktor: Prof. Dr. med. M. W. Busse)

Orthopädische Klinik und Poliklinik der Universität Leipzig² (Direktor: Prof. Dr. med. G. von Salis-Soglio)

Zusammenfassung

Busse M, Thomas M. Leitlinien zur ambulanten Rehabilitation von Erkrankungen des Bewegungsapparates: VII. Betriebswirtschaftliche Darstellung von Kostensatz und Mindestbelegung für eine Gewährleistung der geforderten Qualitätsstrukturen. Klinische Sportmedizin/ Clinical Sports Medicine – Germany (KCS) 2002, 3(4): 88-93.

Mit Veröffentlichung der „Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen“ vom 20.10.2000 durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) endete mit gewisser Latenz die AOTR (ambulante orthopädisch traumatologische Rehabilitation) der Krankenkassen. Die EAP (erweiterte ambulante Physiotherapie), die ambulante Rehabilitationsform der Berufsgenossenschaften, wird unverändert weitergeführt. Eine Kostenanalyse zeigt, dass ein Reha-Zentrum, das exakt nach den Vorgaben der BAR geführt werden soll, nicht einmal kostendeckend, sondern nur mit erheblichem Defizit über 200.000€ jährlich betrieben werden kann. Auch eine Lockerung der täglichen Patientenpräsenz von 8 auf 5 Stunden und eine entsprechende Umsatzerhöhung führen nicht zu einem kostendeckenden Betrieb. Die BAR-Vorgaben beruhen nicht auf in Paralleluntersuchungen validierten und hinsichtlich ihrer Effizienz bewiesenen Untersuchungen. Dies wird besonders dadurch deutlich, dass die Berufsgenossenschaften mit weitaus größerer Erfahrung in Akutbehandlung und Rehabilitation von orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und Verletzungen ein praktisch in allen Details konträres Modell zur ambulanten Rehabilitation seit vielen Jahren erfolgreich durchführen. In diesem Modell ist die Therapie deutlich indikationsbezogen, die Vorgaben erlauben hohe Effizienz bei gleichzeitig wirtschaftlich rentabler Betriebsführung. Die BAR-Vorgaben machen grundsätzlich eine zu den Rahmenvorgaben konforme Ambulanzführung unmöglich. Das Urteil des Bundessozialgerichts vom 5.7.2000 mit gesetzgebendem Charakter wird damit unterlaufen. Unverändert werden Einrichtungen nach Ermessen zugelassen, die dann die BAR-Vorgaben nur im Rahmen des wirtschaftlich akzeptablen erfüllen können. Es ist zudem dringend gerichtlich zu überprüfen, ob das o.g. Urteil nicht auf die

Rentenversicherungsträger anzuwenden ist. Mit der AOTR wurde jedenfalls ein vielversprechender Weg der indikationsspezifischen postoperativen Weiterbehandlung und Versorgung von Patienten mit chronischen orthopädischen Erkrankungen verlassen.

Schlüsselwörter: Ambulante Rehabilitation, Sozialversicherung, Sozialversicherungsträger

Summary

Busse M, Thomas M. Guidelines for the outpatient orthopaedic rehabilitation: VII.

Economical aspects of rates and least reservation for a guarantee of the required high-quality structures. Klinische Sportmedizin/Clinical Sports Medicine – Germany (KCS) 2002, 3(4): 88-93.

With publication of the recommendations for the outpatient rehabilitation with musculoskeletal diseases of the 20.10.2000 by the federal study group for rehabilitation (BAR) the AOTR (outpatient orthopaedic and traumatological rehabilitation) of the health insurances ended with certain latency. The EAP (expanded outpatient physiotherapy), the outpatient rehabilitation form of the trade cooperative accident insurances, is continued unchanged. A cost analysis shows, that an outpatient rehabilitation center that is supposed to be led exactly according to the specifications of the BAR, is not even cost-covering, but will produce a considerable deficit about 200.000€ annually. Also a loosening of the daily patient presence of 8 to 5 hours and a corresponding sales increase do not allow a cost-covering management. The BAR-handicaps are not based on results validated in parallel investigations and proved with regard to their efficiency. This becomes particularly clear regarding that the trade cooperative accident insurances with a by far greater experience in acute processing and rehabilitation of orthopaedic-traumatological diseases and injuries carry out successfully a model for the outpatient rehabilitation which is contrary to the BAR-model in nearly all relevant details. In this model the therapy is clearly indication related, the preconditions make a high efficiency possible together with an economically profitable management. The BAR-handicaps make a realisation economically impossible. The judgment of the Bundessozialgericht of the 5.7.2000

with legislative character will be circumvent with that. It is to be checked furthermore urgently by law court, whether this judgement is also in force for all Social Insurances.

Keywords: outpatient rehabilitation, social insurance, social assurances

Betriebswirtschaftliche Darstellung von Kostensatz und Mindestbelegung für eine Gewährleistung der geforderten Qualitätsstrukturen

Den folgenden Berechnungen liegt das Anforderungsprofil der BAR (Rahmenempfehlungen vom 20.10.2000) für personelle, sächliche und räumliche Ausstattung zugrunde. In der Folge werden diese Anforderungen in Hinsicht auf die indikationsspezifischen realen Gegebenheiten, wie sie auch in den Vorartikeln dieser Serie dargestellt sind, beurteilt.

Die Rentabilitätsberechnung wird für eine (laut BAR für die ambulante Rehabilitation erforderliche) Mindestzahl von **40 Patienten** ausgeführt.

I. Personalkosten entsprechend BAR-Richtlinien

Personalkosten umfassen durchschnittliche, auf dem freien Markt im Reha-Bereich übliche Gehälter (Angaben durchgehend als ca.- Beträge in €). Sofern in den BAR-Richtlinien eine Spannweite in der Personalbemessung angegeben wird, wurden mittlere Zahlen eingesetzt (z.B. Ergotherapeut, Vorgabe 1: 20-40, angesetzt 30)

Arzt	(2)	240.000
Physiotherapie	(4)	108.000
Masseur/med. Bademeister	(1,5)	36.000
Ergotherapie	(1,5)	36.000
Diplomsporttherapie	(1)	27.000
Klinischer Psychologe	(0,6)	36.000
Diätassistent	(0,3)	8.100
Krankenpflege	(0,75)	22.500
Sozialarbeiter	(0,4)	12.000
Sekretariat/Verwaltung	(2)	54.000
Fahrer für Fahrdienst	(1)	24.000
Raumpflege	(1)	13.200

Kosten für Krankheits- und Urlaubsvertretung

- Krankheitstage (5) 12.850
- Urlaubstage (28) 71.960

Jährliche Kosten ca. 701.610

II. Sachkosten entsprechend BAR-Richtlinien

II a. Raumkosten entsprechend BAR-Richtlinien

Raumkosten umfassen durchschnittliche, auf dem freien Markt übliche Mieten für Gewerberäume inkl. üblicher Nebenkosten; hier sind die besonderen Anforderungen (zentrale Lage, behindertengerechter, barrierefreier Zugang, besondere Raumaufteilungsmöglichkeiten mit großen Gruppenräumen, kleinere Therapieeinheiten und Besonderheiten wie Bewegungsbäder sowie erhebliche territoriale Schwankungen einzuplanen); die Nebenkosten sind aufgrund der erheblichen Belastung mit Spezialan-

forderungen wie Bewegungsbad und Stangerbad eher hoch anzusetzen.

Monatliche Kaltmiete (x12) bei ca. 500 qm ca. 45.000
(mittlerer Preis pro qm 7.50 €)

Nebenkosten 30% der Kaltmiete 13.500

Jährliche Kosten ca. 58.500

II b. Apparative Ausstattung entsprechend BAR-Richtlinien

Die Geräteabschreibung beinhaltet, unter Berücksichtigung unterschiedlicher Reparaturanfälligkeit und Alterungsprozesse, die folgenden Kosten; es wird generell eine in der Realität notgedrungen wohl übliche Abschreibungszeit von 10 Jahren zugrunde gelegt.

Diagnostik

Sonographie (Gelenk- und Weichteilsonogr.)	20.000
EKG (6-Kanal)	7.500
Spirometrie	10.000
Ergometrie (halbliegend)	6.000
Erforderliche Fremddiagnostik: im Mittel ca. 25 €/Pat.	16.000

Jährliche Kosten entsprechend Abschreibung und Fremddiagnostik ca. 20.350

Therapie

Therapieliegen (8)	20.000
Therapiesitz (2)	250
Schlingentisch (1)	4.000
Entstauungsgerät (2)	500
Kälte und Wärme (2)	3.000
Elektrotherapie	
Ultraschall	
Elektrostimulation	
Bäder	
Gleichstrom	
Iontophorese	
Frequenztherapie (12)	22.000
Matten, Sprossenwände	
Zusatzgeräte	5.000
Gehbarren (1)	3.000
Weitere Kleingeräte	4.000
Fußkurbelergometer (3)	9.000
Handkurbelergometer (2)	4.500
Treppensteiggerät (1)	2.200

Laufband (2)	15.000
Aux. Trainingsgeräte, Sequenzgeräte (8)	16.000
Bewegungsschiene (2)	8.000
Jährliche Kosten entspr. Abschreibung ca.	12.645

II c. Aus den BAR-Richtlinien resultierende weitere Betriebskosten

(Therapie- und Verbrauchsmaterial, Reinigung, Papier, Druckbedarf u.ä., Verbandsmaterial u. anderes medizinisches Verbrauchsmaterial, Medikamente, Post, Telefon)

Jährliche Betriebskosten ca. 12.000

Evaluationskosten (Effizienzberechnungen für Einrichtung und Kostenträger, internes Controlling.; näheres s.u.)

Jährliche Evaluationskosten ca. 12.000

Jährliche Sachkosten ca. 115.495

Monatliche Gesamtkosten aus I und II 817.105

Zinsen bei Gesamtaufnahme ohne Tilgung (6%) 49.026

Betreiberrendite (10% des Umsatzes, abzüglich Zinszahlung 4%) 32.684

Unberücksichtigt bei diesen Überlegung blieben Tilgung, Abschreibungsrücklagen und Reparaturkosten.

Einnahmen:

Alle Ausgaben beziehen sich, wie oben dargestellt, nach BAR-Richtlinie auf 40 Patienten bei ganztägiger Therapie. Der Kostensatz pro Tag liegt je nach Kostenträger bei ca. 80.-€, wobei Verpflegungs- Fahrtkosten abgezogen werden müssen. Hieraus ergibt sich mit gewisser Schwankungsbreite ein mittlerer Betrag von 70.- € bei einer täglichen mittleren Kapazität von 40 Patienten täglich. Wird von 220 Arbeitstagen und ständiger Vollauslastung ausgegangen, so ergibt sich eine jährliche Einnahme von ca. 616.000.- €. Hieraus resultiert ein jährliches Defizit von mindestens 282.000.- € (wiederum ohne Tilgung, Rücklagen und Reparaturkosten).

Bilanz einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung für muskulo-skeletale Erkrankungen nach BAR-Richtlinie (aktuelle Ausgabe vom 20.10. 2000 bzw. April 2001) unter wirtschaftlich idealen Voraussetzungen (jährlich, in €), Belegschaft und Geräte nach BAR-Richtlinie auf 40 Patienten bei ganztägiger Behandlung ausgelegt.

Einnahmen:	616.000
Kosten:	899.000 (ohne Tilgung, Rücklagen und Reparaturkosten)
Ertragslage:	282.000 jährliches Defizit (ohne Kosten für Tilgung, Rücklagen und Reparaturen)

Die Differenz zwischen Einnahmen und Kosten ist durch die BAR-Richtlinie (Ausgabe 20.10.2000 bzw. April 2001) vorgegeben und lässt keine Korrektur zu. Da in der vorliegenden Rechnung für einige Berufsgruppen mittlere Beträge angesetzt wurden, sind allerdings auch noch höhere Kosten möglich.

Im Ergebnis ist die im Sozialgesetzbuch V (§ 40, Abs. 1) verankerte ambulante Rehabilitation auf der Basis dieser Vorgaben wirtschaftlich unmöglich. Da Patienten nach der aktuellen Gesetzgebung einen Anspruch auf diese Therapieform haben, sind die BAR-Vorgaben nicht gesetzeskonform und haben somit als verbindliche Richtlinie keine gesetzliche Grundlage.

Diskussion

Bewertung der BAR-Richtlinien hinsichtlich der Durchführungsqualität

I. Personal

Hier wird zunächst als Bewertungsgrundlage der Zeitaufwand pro Patient (bei ganztägigem Aufenthalt, Angaben in min) für den in den BAR-Rahmenempfehlungen genannten Personalschlüssel dargestellt.

Berufsgruppe	Zeitaufwand pro Patient (min)
Arzt (1:20)	20
Physiotherapeut (1:10)	48
Masseur (1:30)	16
Ergotherapeut (1:30)	16
Klin. Psychologe (1:70)	7
Diätassistent (1:120)	4
Krankenpflegekraft (1:60)	8
Sporttherapeut (1:60)	8
Sozialarbeiter (1:100)	5

Zu unterscheiden ist hinsichtlich der Zeiteinteilung dabei zwischen Einzel- und Gruppenbehandlung. Gruppenbehandlung findet i.d.R. für die Berufsgruppen Psychologe (verhaltensmedizinische Seminare, Gruppengröße bis 20 Personen), Diätassistent (Koch- und Backkurse, Seminare zur Ernährungszubereitung, Gruppengröße unbegrenzt) statt. Für die Sporttherapie gilt dies allerdings nur begrenzt, in den frühen Rehabilitationsstadien bei postoperativen Zuständen ist in jedem Fall Einzelbehandlung erforderlich. Aufgrund des Personalschlüssels müssen jedoch nach den BAR-Richtlinien Einzeltherapien entfallen, die maximale Gruppengröße darf aus Überwachungsgründen (Geräthetherapie, Laufband, Ergometer, Seilzüge) 5 Personen nicht überschreiten.

Hieraus ergeben sich für den Patienten die folgenden täglichen mittleren Therapie- und Interventionszeiten:

Gruppentherapie:

Diätassistent	160 min
Klin. Psychologe	140 min
Sporttherapeut	40 min

Einzeltherapie:

Arzt	20 min
Physiotherapeut	48 min
Masseur	16 min
Ergotherapeut	16 min
Krankenpflege	8 min
Sozialarbeiter	5 min

Hieraus ergibt sich eine effektive Therapiezeit von über 8 Stunden, wobei sich der Einsatz des Diätassistenten in die Mittagszeit verlegen ließe.

Geht man von einer typischen postoperativen Situation (z.B. Zustand nach vorderer Kreuzbandplastik) aus, so bedeutet dies, dass indikationsspezifische Therapie (Physiotherapie, ggf. Massage, Sporttherapie) insgesamt ca. 104 min in Anspruch nimmt, unspezifische, indikationsfremde Interventionen (Diätassistent, Klin. Psychologe, Sozialarbeiter) dagegen 305 min benötigen. **Indikationsfremde Maßnahmen beanspruchen demnach ca. 300% der Zeit, die für die eigentliche Erkrankung aufgewandt wird bzw. von der gesamten Therapiezeit werden nur ca. 25% indikationsspezifisch eingesetzt.**

Bewertung der BAR-Richtlinien hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit

Die BAR-Vorgaben werden von den Krankenkassen z.T. modifiziert. So wird hier bei gleichem Personalbestand eine Behandlungsdauer zwischen 4-6 Stunden angesetzt. Dies würde einer 35%-igen Mehrbelegung entsprechen. Allerdings wird je nach Vertrag bei gleichen Ausgaben für Fahrt- und Versorgungskosten eine um ca. 10.- € niedrigere Fallpauschale vergütet. Hieraus würde letztlich ein Umsatz von ca. 780.000.- € resultieren.

Auch diese „verbesserte“ Situation führt zu einem erheblichen jährlichen Defizit von ca. 120.000.- € ohne Kosten für Tilgung, Rücklagen und Reparaturen.

Die Berechnungen zeigen, dass auf Basis der BAR-Richtlinien der wirtschaftliche Betrieb einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung nicht möglich ist. Eine ambulante Rehabilitationseinrichtung nach BAR-Kriterien erfüllt daher nicht die im Urteil des Bundessozialgerichts vom 5.7.2000 festgelegten Kriterien, die besagen, dass eine Reha-Tagesklinik die „personellen, sachlichen und räumlichen Voraussetzungen für eine sachgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit teilstationären Leistungen“ zu erbringen hat. Dies zeigt sich besonders gut am Personalschlüssel für den Arzt: Ein niedergelassener Orthopäde mit einer angenommenen Scheinzahl von 2000 hat unter Annahme von nur einer Patientenkonsultation bei anerkannt höchster Ver-

sorgungsqualität eine Behandlungszeit von 14,4 Minuten. In dieser Zeit diagnostiziert er die Erkrankung, behandelt sie und erstellt einen Befund- und Therapiebericht.

Die Berechnungen zeigen ferner, dass theoretisch aktuell nicht eine einzige ambulante Rehaeinrichtung existieren dürfte, da die Sinnhaftigkeit des Betriebes, die in jedem Fall im wirtschaftlichen Profit liegt, nicht vorliegt. Trotzdem wurde eine Reihe von ambulanten Reha-Zentren zugelassen. Dies ist nur dadurch erklärbar, dass die Kostenträger in den ihnen zusagenden Fällen von den BAR-Richtlinien deutlich abweichen. Dies kann im Einzelfall durch Reduzierung der Personalzahlen oder durch die Zulassung höherer Patientenzahlen geschehen. Damit wurde in diesen Fällen die eindeutige Festlegung des Bundessozialgerichts, dass jede Einschränkung der Zulassung nach Bedarfsgesichtspunkten als Eingriff in das Grundrecht der Berufsfreiheit abzulehnen ist, unterlaufen. Im Effekt ist festzustellen, dass die BAR-Richtlinien nicht in Übereinstimmung mit den Festlegungen des o.g. BSG-Urteils stehen und damit bedeutungslos sind. Die BAR-Rahmenempfehlungen, die von der Sache her nicht erfüllt werden können, dienen demnach lediglich als Hebel, die gerichtlich untersagte Berücksichtigung von Bedarfsgesichtspunkten indirekt wieder einzuführen. Damit wird das Gerichtsurteil vom 5.7.2000 ad absurdum geführt, da gerade der Aspekt der Zulassungsbeschränkung einen Schwerpunkt des Urteils darstellt.

Modifikation der BAR-Empfehlung zur Ermöglichung eines wirtschaftlichen Betriebes einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung

Ein grundsätzliches Problem liegt in dem Verständnis des Begriffs Rehabilitation. Die frühere „AOTR“ der Krankenkassen war auf eine indikationsspezifische Therapie ausgelegt, die eine Heilung der jeweiligen Fehlfunktion als Rehabilitationsziel sah. Im Sinn der Rentenversicherungen handelt es sich hierbei jedoch nicht um Rehabilitation im eigentlichen Sinn, die eine Wiederherstellung des Organismus insgesamt unter ganzheitlichen Gesichtspunkten fordert. Obwohl in bislang keiner repräsentativen Studie die Effizienz dieses Ansatzes belegt werden konnte und obwohl Studien im anglo-amerikanischen Bereich die Wirksamkeit der indikationsspezifischen Therapie eindeutig beweisen, liegen den BAR-Richtlinien die Vorstellungen der Rentenversicherungen zugrunde. Ein weiterer wesentlicher Aspekt betrifft die unterschiedlichen Anforderungen an eine Rehabilitation. Es liegt ein wesentlicher Unterschied in der Rehabilitation eines Patienten mit langjährigen Rückenschmerzen, Übergewicht und Diabetes und der postoperativen Weiterbehandlung im Sinn einer Anschlussheilbehandlung (AHB), jetzt als Anschlussrehabilitation bezeichnet. Die Anforderungen an die Therapie sind so unterschiedlich, dass eine Zusammenfassung unter dem Begriff „muskulo-skeletale Rehabilitation“ nicht sinnvoll ist, da sich ein höchstgradig differentes Anforderungsprofil ergibt. Steht bei dem chronisch erkrankten Patienten vor allem eine Korrektur gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen mit Maßnahmen wie Rückenschule, Ernährungsberatung und Diätschulung im Vordergrund, erfordert die postoperative Therapie ein je

nach Fall extrem variables, exakt auf die Indikation zugeschnittenes Behandlungskonzept in einem interdisziplinären Team aus dem operativen und konservativen Bereich. Den deutlich höheren Anforderungen in diesem Bereich muß durch eine entsprechende personelle und sächliche Ausstattung Rechnung getragen werden. Die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit müssen dabei beachtet werden. Hieraus ergibt sich für die ambulante Rehabilitation orthopädisch-traumatologischer Erkrankungen, folgendes Anforderungsprofil (Behandlungsdauer 5 Stunden, 60 Patienten pro Tag, insgesamt verkürzt dargestellt):

Personal (Modifizierte BAR-Empfehlung)

Berufsgruppe	Zeitaufwand pro Pat. (min)	Kosten abs. (€)
Arzt: 1 (1:60) (Facharzt für Orthopädie, Traumatologie oder Chirurgie mit traumatologischer Erfahrung) (Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten muss sichergestellt werden)	8	120.000
Physiotherapeut: 7 (1:9)	56	189.000
Masseur: 1,5 (1:50)	10	36.000
Ergotherapeut: 1 (1:60)	8	24.000
Krankenpflegekraft: 1 (1:60)	8	30.000
Sporttherapeut: 3 (1:20) (Aufgrund der partiellen Gruppenbetreuung ergibt sich eine effektive Therapiezeit von ca. 60 Minuten pro Patient bei Einzelbehandlung und kleinen Gruppen)	24	81.000
Sekretariat/Verwaltung	(2)	54.000
Fahrer für Fahrdienst	(1)	24.000
Raumpflege	(1)	13.200
Kosten für Krankheits- und Urlaubsvertretung		
• Krankheitstage	(5)	12.850
• Urlaubstage	(28)	71.960
Klinischer Psychologe auf Abruf bei Bedarf (Werkvertrag)		5.000
Sozialarbeiter auf Abruf bei Bedarf (Werkvertrag)		5.000
Jährliche Kosten ca.		666.000

II. Sachkosten

II a. Raumkosten

Raumkosten umfassen durchschnittliche, auf dem freien Markt übliche Mieten für Gewerberäume inkl. üblicher Nebenkosten; hier sind die besonderen Anforderungen (zentrale Lage, behindertengerechter, barrierefreier Zugang, besondere Raumaufteilungsmöglichkeiten mit großen Gruppenräumen, kleinere Therapieeinheiten und Besonderheiten wie Bewegungsbäder sowie erhebliche territoriale Schwankungen einzuplanen); die Nebenkosten sind aufgrund der erheblichen Belastung mit Spezialanforderungen wie Bewegungsbad und Stangerbad eher hoch anzusetzen.

Monatliche Kaltmiete (x12) bei ca. 500 qm ca. (mittlerer Preis pro qm 7.50 €)	45.000
Nebenkosten 30% der Kaltmiete	13.500
Jährliche Kosten ca.	58.500

II b. Apparative Ausstattung (Modifizierte BAR-Empfehlung)

Die Geräteabschreibung beinhaltet, unter Berücksichtigung unterschiedlicher Reparaturanfälligkeit und Alterungsprozesse, die folgenden Kosten; es wird generell eine in der Realität notgedrungen wohl übliche Abschreibungszeit von 10 Jahren zugrunde gelegt.

Diagnostik

Sonographie (Gelenk- und Weichteilsonographie)	20.000
EKG (6-Kanal)	7.500
Spirometrie	10.000
Ergometrie (halbliiegend)	6.000
Erforderliche Fremddiagnostik im Mittel ca. 25 €/Pat.	16.000

Jährliche Kosten entspr. Abschreibung und Fremddiagnostik ca. 20.350

Therapie

Therapieliegen	(8)	20.000
Therapiesitz	(2)	250
Schlingentisch	(1)	4.000
Entstauungsgerät	(2)	500
Kälte und Wärme	(2)	3.000
Elektrotherapie		
Ultraschall		
Elektrostimulation		
Bäder		
Gleichstrom		
Iontoph.		
Frequenzth.	(12)	22.000

Matten, Sprossenwände		
Zusatzgeräte		5.000
Gehbarren	(1)	3.000
Weitere Kleingeräte		4.000
Fußkurbelergometer	(3)	9.000
Handkurbelergometer	(2)	4.500
Treppensteiggerät	(1)	2.200
Laufband	(2)	15.000
Aux. Trainingsgeräte,		
Sequenzgeräte	(8)	16.000
Bewegungsschiene	(2)	8.000

Zusätzlich für angemessene post-operative Therapie

Fußkurbelergometer	(2)	6.000
Handkurbelergometer	(2)	4.500
Laufband	(1)	7.500

Quantifizierende Trainingsgeräte

Rotatorische Isokinetik	(1)	40.000
Seilzugisokinetik	(2)	20.000
Messeinrichtungen für		
aux. Training	(2)	10.000

Jährliche Kosten entspr. Abschreibung: ca. 21.445

Bilanz einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung für muskulo-skeletale Erkrankungen nach modifizierter BAR-Empfehlung unter verbesserten wirtschaftlichen Voraussetzungen (jährlich, in €), Belegschaft und erweiterte Geräteausstattung auf 60 Patienten bei 5-stündiger Behandlung bzw. incl. Pausen 7-stündiger Anwesenheit und einer Behandlungspauschale von 65.- € ohne Verpflegungs- und Fahrtkosten ausgelegt.

Einnahmen:	885.000
Kosten:	815.295 (incl. Zinsen, ohne Tilgung, Rücklagen und Reparaturkosten)
Ertragslage:	Überschuss ohne Kosten für Tilgung, Rücklagen und Reparaturen 69.705

Literatur: beim Verfasser

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. M. Busse
Institut für Sportmedizin/Sportmedizinische Ambulanz und Rehabilitationszentrum der
Universität Leipzig, Jahnallee 59, D-04109 Leipzig
e-mail: <http://www.drmwbl@aol.com>;
Fax: -49341-9731669; Tel.: -49341-9731664

Selbst unter diesen Bedingungen wird sich kaum ein Investor zum Betrieb einer entsprechenden Ambulanten Rehabilitation bereifinden, da nach Kosten für Reparaturen und Besteuerung eine Nettorendite von allenfalls 30.000.- € resultieren würde.

Insgesamt ist daher auch für die modifizierten BAR-Empfehlungen ein Betrieb nicht unter einer Vergütungspauschale von 70.- € täglich bei zusätzlicher Vergütung für Verpflegungs- und Fahrtkosten realistisch. Einrichtungen, die derzeit in Betrieb sind, erfüllen daher die erforderlichen Qualitätsnormen mit Sicherheit nicht.

Fazit

Die aktuellen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) dienen nicht der Einführung der ambulanten, wohnortnahen Rehabilitation. Diese Therapieform stellt vom Grundsatz her jedoch gerade in der aktuellen gesundheitspolitischen Kosten- und Effizienzdiskussion einen entscheidenden Beitrag zur Qualitätsverbesserung bei gleichzeitiger Kostenreduktion dar. Darüberhinaus wird der gesetzlich zugesicherte Zugang zur Rehabilitation für viele Patienten erst durch die Wohnortnähe möglich.

Die BAR-Empfehlungen stellen nicht nur eine unüberwindbare Hürde für den mit BSG-Urteil vom 5.7.2000 festgelegten bedarfsfreien Zugang zur ambulanten Rehabilitation dar, gerade die geforderten Personalkriterien führen aufgrund des großen Anteils indikationsfremder Inhalte zu einer erheblichen Qualitätsreduktion bei gleichzeitig erheblicher zeitlicher Belastung der Patienten.

Sofern diese Vorstellungen weiterhin maßgeblich für eine Zulassung ambulanter Rehabilitationseinrichtungen sind, ist eine Folgeklage vor dem Bundessozialgericht unerlässlich.

In der vorliegenden Arbeit wird eine Modifikation der BAR-Empfehlungen aufgezeigt, die bei Erhöhung des inhaltlichen Qualitätsniveaus einen wirtschaftlichen Betrieb ermöglichen und damit als Zulassungskriterien für die Ambulante Muskuloskeletale Rehabilitation zugrunde gelegt werden können.