



BMG Minister Karl Lauterbach  
BMAS Minister Hubertus Heil

26.09.2022

nachrichtlich G-BA, GKV-SV, DKG

**Gemeinsame Stellungnahme des Bundesverbandes NeuroRehabilitation, der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)**

**zur Verwendung des SINGER-Patientprofils (SPP) im Verfahren der Direkteinweisung zur Anschlussrehabilitation durch die Krankenhäuser**

*Es muss sichergestellt werden, dass alle Patient\*innen eine für sie notwendige neurologische Anschlussrehabilitation unkompliziert und zeitnah erhalten und die Allokation der Patient\*innen zu den Versorgungsformen (Phase C und D) individuell adäquat erfolgt.*

Sehr geehrter Herr Minister Lauterbach,  
sehr geehrter Herr Minister Heil,  
sehr geehrte Damen und Herren,

neurologische Erkrankungen stellen eine der häufigsten Ursachen für dauerhafte Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Erwachsenenalter dar. Hieraus ergibt sich ein hoher Bedarf an neurologischer Rehabilitation. Die medizinische Wissenschaft legt nahe, dass eine möglichst frühzeitige Neurorehabilitation nach Abschluss der primären Akutversorgung nach einer neurologischen Schädigung des Nervensystems das funktionelle Outcome verbessert und damit den langfristigen Unterstützungsbedarf reduziert. Dabei stellt das „neurologische Phasenmodell“ mit den Rehabilitationsphasen A/B bis F sicher, dass unterschiedlich schwer betroffene Patienten ein optimales Versorgungssetting erhalten. Daher sollte der Zugang zur Neurorehabilitation möglichst optimal gestaltet sein. Zudem ist eine unbürokratische Schnittstellenregelung zwischen neurologischer Krankenhausbehandlung und anschließender Neurorehabilitation **gleich welcher Behandlungsphase** Verweildauer-reduzierend und damit wirtschaftlich.

In diesem Kontext gibt es aktuell Regelungen, zu denen wir nachfolgend Stellung nehmen wollen, um die weiteren Entwicklungen fachlich zu unterstützen und Fehlentwicklungen zu vermeiden. Dies betrifft vor allem die Rehabilitationsphasen C und D. In der Phase C sind die Patientinnen und Patienten noch in vielen Verrichtungen des täglichen Lebens auf Hilfe



angewiesen, können aber aktiv an den Therapien teilnehmen. In der Phase D sind die Patientinnen in großen Teilen selbstständig, benötigen aber Unterstützung in speziellen pflegerischen, motorischen und kognitiven Bereichen.

Der Gesetzgeber hatte im GKV-IPReG den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis zum 31.12.2021 in Richtlinien zu regeln, für welche Fälle zukünftig gelten soll, dass eine Anschlussrehabilitation ohne vorhergehende Prüfung durch die GKV eingeleitet werden können soll. Bei seiner Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes und weitere Änderungen hat der G-BA mit Beschluss vom 16. Dezember 2021 (Inkrafttreten zum 01.07.2022) u.a. geregelt:

#### *§ 16 Anschlussrehabilitation*

*(1) Bei Anschlussrehabilitationen (AR) nach § 40 Absatz 6 Satz 1 SGB V wird die medizinische Erforderlichkeit der Rehabilitation durch die Krankenkasse nicht überprüft, wenn die Voraussetzungen nach § 7 und eine der folgenden ausgewählten Diagnosen der Indikationsgruppen 1 oder 4 oder eine Indikation der Indikationsgruppen 7, 10 (in den unter Buchstabe d genannten Fällen), 11 oder 13 gemäß dem AHB-Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung Bund in der Fassung 12/2017 vorliegen.*

*Indikationsgruppe 10 wird dabei wie folgt näher definiert: Neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven, wenn sich eindeutig eine Phasenzuordnung zur Phase D (gemäß BAR-Phasenmodell) aus den Feststellungen im ärztlichen Befundbericht sowie den Antragsunterlagen ableiten lässt.*

*Zudem wird in §16 geregelt:*

*(2) Für die Darlegung der Fallkonstellation nach Absatz 1 ist das Vorliegen der Indikation für eine Anschlussrehabilitation einschließlich der damit einhergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe im ärztlichen Befundbericht zu dokumentieren. Die Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe erfolgt mit dem SINGER Patientenprofil.*

Aus Sicht des Bundesverbandes NeuroRehabilitation (BNR) als Dachverband der Träger von Einrichtungen, Fachgesellschaften, Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen sowie der neurologischen wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (DGNR und DGN) ergeben sich in diesem Zusammenhang zwei für die Patientenversorgung wesentliche Aspekte, die dringlich der Berücksichtigung bei der weiteren Vorgehensweise bedürfen:

(A) Die sachgerechte Indikationsstellung und Operationalisierung der Phasenzuordnung zur Phase D der Neurorehabilitation (gemäß BAR-Phasenmodell) am Ende der Krankenhausbehandlung und

(B) die Berücksichtigung der Phase C bei § 16 Anschlussrehabilitation, (1) Anschlussrehabilitationen (AR) der Richtlinie.

#### **Ad (A) sachgerechte Operationalisierung der Phasenzuordnung zur Phase D (gemäß BAR-Phasenmodell) am Ende der Krankenhausbehandlung und Indikationsstellung für die Phase D der Neurorehabilitation**

Das neurologische Phasenmodell unterscheidet Patientengruppen mit verschiedenem Unterstützungs- und Therapiebedarf. Dabei entspricht (nur) die Phase D der



Anschlussheilbehandlung (AHB) einer RehaMaßnahme in anderen Indikationsbereichen. In der Neurologie wurde zwischen der Frührehabilitation Phase B und der Anschlussrehabilitation Phase D notwendigerweise eine zusätzliche Phase C eingefügt, da Patienten, die aus der Phase B entlassen werden meist noch weit davon entfernt sind die Aufnahmekriterien der Anschlussreha in Phase D zu erfüllen. Die Abgrenzung zwischen der Phase C und der Anschlussrehabilitation (früher AHB) wurde in den neunziger Jahren mit dem Barthel Index definiert und konsentiert - sowohl in der BAR, der AG Neuro-Reha und mit auch der DRV, damals noch BfA. Die Spezifikation der AHB-Fähigkeit in Form von Phase D-Kriterien durch die BAR erfolgt mit der Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie der Selbstversorgung. Erforderlich ist auch eine durchgängige Kooperationsbereitschaft sowie Handlungs- und Lernfähigkeit. Zur Beurteilung der Kriterien gemäß der Feststellungen im ärztlichen Befundbericht hat sich seit Jahrzehnten auch eine direkte Abfrage (ja-/nein-Beurteilungen) der zu beurteilenden Sachverhalte bewährt. Damit kann eine sichere Zuweisung in die Phase D auch im Kontext eines Krankenhauses valide und ohne großen Aufwand gewährleistet werden.

In der neuen Rehabilitationsrichtlinie hingegen ist die Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe mit dem SINGER Patientenprofil (SPP) geregelt. Dies soll ggf. für die Klärung der Frage der Phasenzuordnung zur Phase D (gemäß BAR-Phasenmodell), z.B. über einen Gesamtwert genutzt werden. Dies ist jedoch aus verschiedenen Gründen nicht möglich, Gründe hierfür sind:

Der (in der Richtlinie nicht geforderte, komplette) "**Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation**" (**SINGER**) ist zwar ein ICF-basiertes validiertes Assessment-Instrument, das Störungen der Aktivitäten und Teilhabe bei Patienten in der ambulanten und stationären Rehabilitation in standardisierter Weise erfassen kann (Anmerkung: dies ist auf einer Stroke Unit ohne funktionellen Alltagsbezug nicht möglich). Zudem bringt er gegenüber dem Barthel-Index keine Vorteile.

Das **SINGER Patientenprofil (SPP)**, das gemäß Rehabilitation-Richtlinie jetzt in den Befundberichten zur Anschlussrehabilitation zum Einsatz kommt, ist jedoch grundständig nicht validiert. Es fehlen wissenschaftliche Belege für die wichtigen psychometrischen Eigenschaften Interrater- und Retest-Reliabilität, ohne die jedoch ein zuverlässiger Einsatz nicht möglich ist. Eine Validierung des SPP (grundständig) und seiner Summenwerte als Entscheidungskriterium für die Phase C / D- Diskrimination existiert nicht. Entsprechend kann eine solche Nutzung nicht empfohlen werden.

Inhaltlich ergeben sich zudem große Zweifel, ob im Akutkrankenhaus die differenzierten Aktivitäts- und Teilhabeaspekte außerhalb eines häuslichen oder rehabilitativen Kontextes valide erfasst werden können. Auch bilden Summenwerte über so verschiedene Aktivitätsdomänen wie Selbstversorgung, Mobilität, kommunikative Aktivitäten, kognitive Aktivitäten und Haushaltsführung keine im Sinne der expliziten BAR-Kriterien der Phase D „eindeutige“ Kapazitätsbeschreibung (Befähigung zu Aktivitäten), sondern vielmehr grundsätzlich eine „mehrdeutige“ Kapazitätsbeschreibung, da Punkte aus verschiedenen Domänen gleichermaßen zum selben Summenwert führen können. Trennschärfe bzgl. der expliziten Phase D-Kriterien ist so schon aus grundsätzlichen Überlegungen nicht erreichbar.



Somit könnte das SINGER **Patientenprofil** höchstens als ergänzende Information für die AHB-Einrichtung genutzt werden, aber nicht für die eindeutige (!) Phasenzuordnung. Der bisher benutzte und etablierte Barthel-Index – zusammen mit dem Frühreha-Index als Frühreha-Barthel-Index (FR-BI) genutzt – ermöglicht die Zuordnung der Patienten zu den einzelnen Phasen („der richtige Patient im richtigen Bett“) mit den entsprechenden Ressourcen und unterschiedlichen Kosten in den einzelnen Phasen, dies in konsistenter und durchgehender Weise von der Phase B bis D. Zudem ist er etablierte Basis für die Kommunikation mit den Kostenträgern im Rehabilitationsverlauf.

Es gibt dementsprechend keinen sachlichen Grund zu einer Änderung der bisherigen Praxis, die Einführung des SINGER-Patientenprofils bringt keine Mehrkenntnis. Es wird nur ein einfaches Verfahren durch ein aufwendigeres Verfahren ersetzt. In wissenschaftlicher Hinsicht ist der Barthel-Index (BI) ein weltweit millionenfach in seiner Konzept-Validität und Sensitivität hervorragend etabliertes Instrument. Bei Einführung des SINGER-Patientenprofils wäre nicht nur ein erhöhter Schulungsbedarf mit vermehrten Fehlerquellen die Folge, es wäre auch die internationale Vergleichbarkeit nicht mehr gegeben. Beides können wir uns gerade in den ökonomisch und personalpolitisch höchst angespannten Zeiten nicht leisten, die Leistungserbringer sollten ihre begrenzten Ressourcen nicht auf Nebenschauplätzen vergeuden.

#### **Ad (B) Berücksichtigung der Phase C bei § 16 Anschlussrehabilitation, (1) Anschlussrehabilitationen (AR) der Rehabilitations-Richtlinie**

In der aktuellen Rehabilitationsrichtlinie ist festgelegt, dass die die Direkteinweisung aus der Akutbehandlung in die Rehabilitation nur für die Rehabilitationsphase D (AHB) und nicht für die Rehabilitationsphase C möglich ist. Somit ergibt sich die paradoxe Situation, dass leichter betroffene Patienten unmittelbar Zugang zur Neurorehabilitation erhalten, bei schwerer betroffene Patienten mit relevanten Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens erst eine Prüfung der Notwendigkeit durch die Krankenkassen erfolgen soll. Dies ist inhaltlich wenig nachvollziehbar.

Die Coronavirus-Pandemie bot unfreiwillig eine Möglichkeit der objektiven Überprüfung dieser inhaltlich begründeten Annahme. In der Coronavirus-Pandemie-Situation war das Verfahren der Anschlussrehabilitation befristet (bis zum 31.05.2020) auf ein Verfahren der Direkteinweisung durch die Krankenhäuser umgestellt (Rundschreiben des GKV Spitzenverbandes 2020/196 vom 24.03.2020). Vier Einrichtungen der neurologischen Rehabilitation (NR) nutzten das o.g. „natürliche“ Experiment, um zu untersuchen, wie sich das Bewilligungsverfahren auswirkt (Studer et al., 2021). Analysiert wurden anonymisierte Daten von schwer (NR der Phase C) und mittelschwer (NR der Phase D) betroffenen Patienten während des ausgesetzten Bewilligungsvorbehaltes gegenüber einer Vergleichsgruppe, die im unmittelbaren Zeitraum davor behandelt.

Zusammenfassend zeigte sich, dass der Verzicht auf ein Reha-Antragsverfahren die stationäre Gesamtverweildauer verkürzte, sie war kürzer im Krankenhaus und gleichlang in der Rehabilitationseinrichtung. Die Komplikationsrate während der Rehabilitation war nicht erhöht. Stattdessen wurde bei den schwer betroffenen Patienten sogar eine bessere Funktionserholung beobachtet.

Die Aussetzung des Bewilligungsvorbehaltes führte also für die Personengruppe, die einer neurologischen Anschlussrehabilitation der Phasen C und D bedarf, zu einer Verbesserung



des Outcomes bei gleichzeitig niedrigerem Ressourcenverbrauch, also zu einer verbesserten Kosteneffizienz.

Aus den genannten Gründen geben wir die vorliegende Stellungnahme ab und halten das folgende Vorgehen für angebracht:

1.)

Das hier diskutierte SINGER-Patientenprofil (SPP) ist für die Allokation zu einer der beiden nach der Neurologischen Frührehabilitation folgenden Behandlungsphasen C oder D nicht geeignet.

2.)

Das SINGER-Patientenprofil zeigt gegenüber dem im etablierten Phasenmodell der Neurologie und Neurologischen Rehabilitation verwendeten Barthel-Index samt seinen Erweiterungen (E-BI, FR-BI) keinen ersichtlichen Vorteil.

3.)

Wir sprechen uns daher bei der anstehenden Umsetzung der Rehabilitation-Richtlinie für die Weiterverwendung des Barthel-Index samt seinen Erweiterungen (E-BI und FR-BI) und damit für ein analoges Vorgehen wie bei der DRV-AHB aus.

4.)

Wir sprechen uns ferner dafür aus, dass die Regelungen für Indikationsgruppe 10 der Rehabilitations-Richtlinie gleichermaßen zur Anwendung kommen, wenn sich aus den Antragsunterlagen eine Phasenzuordnung zur Phase D **oder** Phase C (gemäß BAR-Phasenmodell) ableiten lässt.

Die im Text erwähnten Dokumente werden nach Bedarf vorgelegt. Für Rückfragen stehen die Unterzeichner auch gerne persönlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Für den BNR:

Prof. Dr. med. Thomas Mokusich, Vorsitzender

Für die DGNR:

Prof. Dr. med. Thomas Platz, Präsident

Für die DGN:

Prof. Dr. med. Christian Gerloff, Präsident