



[DGNR e.V., J. Ohlerth, c/o P.A.N. Zentrum, Wildkanzelweg 28, 13465 Berlin](#)

GKV Spitzenverband
Vorstandsvorsitzende
Dr. Doris Pfeiffer
Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Geschäftsstelle der DGNR e.V.
Janett Ohlerth
c/o P.A.N. Zentrum für Post-Akute
Neurorehabilitation
Wildkanzelweg 28
13465 Berlin
Tel: 0151-29050793
E-Mail: info@dgnr.de

Bankverbindung
Deutsche Gesellschaft für
Neurorehabilitation e.V. (DGNR)
IBAN DE 12 3702 0500 0008 0288 00
SWIFT-BIC BFSW DE 33XXX

09.01.2025

Stellungnahme DGNR zu Personalkorridoren

Sehr geehrte Damen und Herren,

Derzeit befinden sich Leistungserbringer und Kostenträger in Verhandlungen zur Definition von Personalkorridoren der Phase C, wie sie in andern Rehabilitationsbereichen verhandelt worden sind. Aus Sicht der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaft DGNR begrüßen wir prinzipiell Bestrebungen zur Qualitätssicherung ausdrücklich.

Allerdings folgt die neurologische Rehabilitation nicht nur der klassischen Dichotomie zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation, sondern kennt als einzige Fachdisziplin das sogenannte Phasenmodell [1], in dem neurologische PatientInnen nach Betroffenheitsgrad verschiedenen Rehabilitationsphasen zugeordnet werden (v.a. den Phasen A bis D). Für die in den anderen Fachdisziplinen nicht bekannten „hybriden“ Phasen B und C bestehen sowohl akutmedizinische als auch rehabilitationsspezifische Behandlungsaufträge. Die Phase B ist leistungrechtlich eine Krankenhausbehandlung, die Phase C eine Rehabilitationsbehandlung.

Präsident der DGNR e.V.
PD Dr. med. Christian Dohle, M. Phil.
P.A.N. Zentrum für Post-Akute
Neurorehabilitation
Wildkanzelweg 28
D-13465 Berlin
Tel. + 49 (0) 30 40606 231
Mail: c.dohle@panzentrum.de

Vize-Präsidentin der DGNR e.V.
Prof. Dr. med. Anna Gorsler
Kliniken Beelitz
Paracelsusring 6a
D-14547 Beelitz-Heilstätten
Tel. +49 (0) 33204 22305
Mail: gorsler@kliniken-beelitz.de

Past-Präsident der DGNR e.V.
Prof. Dr. med. Thomas Platz
BDH-Klinik Greifswald gGmbH
Karl-Liebknecht-Ring 26a
D-17491 Greifswald
Tel: +49 (0) 3804 871-201
Mail: t.platz@bdh-klinik-greifswald.de



Dabei ist das PatientInnen-Kollektiv in der Phase C nicht homogen:

(1) Fehlen bundeseinheitlicher Abgrenzungskriterien für die Phase C

Der Phasenübergang von der Phase B in die Phase C ist nicht nur klinisch definiert [1], sondern kennzeichnet leistungswirtschaftlich auch den Übergang zwischen einer Krankenhausbehandlung und einer Rehabilitationsbehandlung [6]. Somit existieren zwei konkurrierende Definitionen, die nicht bundeseinheitlich, sondern - wenn überhaupt - länderspezifisch definiert werden [7].

Insbesondere sind die Eingangskriterien der Phase C und das Fehlen eines akutstationären Behandlungsbedarfes nicht deckungsgleich, vielmehr existiert (länderspezifisch) eine sogenannte „B-C-Lücke“ von PatientInnen, die nicht mehr die Kriterien des akutstationären Behandlungsbedarfs erfüllen, aber noch nicht die Eingangskriterien der Phase C [8]. Auch für den Übergang von der Phase C in die Phase D existieren länderspezifische oder einrichtungsspezifische Festlegungen. Somit ist das PatientInnenkollektiv in der Phase C unterschiedlich, was gegen die bundesweite Festlegung von Qualitätskriterien spricht.

(2) Unterschiedliche Symptomausprägung innerhalb der Phase C

Die Neurorehabilitation an sich ist gekennzeichnet durch ein breites Spektrum von Diagnosen und Symptomen. Dies hat zur Folge, dass das Klientel, für das die Personalkorridore gelten sollen, nicht als homogen anzunehmen ist. Dieser Umstand ist auch in „QS-Reha“, dem im Qualitätssicherungsprogramm des GKV-Spitzenverbandes, seit vielen Jahren bekannt und gut dokumentiert [9, 10], so dass derzeit - im Unterschied zu den anderen Disziplinen - weitere Anpassungen erforderlich und geplant sind [11].

Die Definition von Personalschlüsseln muss also das jeweilige PatientInnenkollektiv berücksichtigen. Hierzu kämen folgende Ansätze oder Methoden in Betracht:

a) Nachvollziehbare Berücksichtigung der akutmedizinischen Behandlungsaufträge

Akutmedizinisch sind vor allem die seit Jahren zunehmenden Anforderungen zu nennen, die aus der konsequenten Verkürzung der Liegezeiten in der Akutbehandlung zu nennen [2].

Personalkorridore für benötigtes pflegerisches und ärztliches Personal hängen von medizinischem Status von Patienten ab. Dieser ist beschreibbar durch Morbiditätsmaße, die eine Aussage ermöglichen, wie viel medizinisches Personal benötigt wird.

Präsident der DGNR e.V.
PD Dr. med. Christian Dohle, M. Phil.
P.A.N. Zentrum für Post-Akute
Neurorehabilitation
Wildkanzelweg 28
D-13465 Berlin
Tel. + 49 (0) 30 40606 231
Mail: c.dohle@panzentrum.de

Vize-Präsidentin der DGNR e.V.
Prof. Dr. med. Anna Gorsler
Kliniken Beelitz
Paracelsusring 6a
D-14547 Beelitz-Heilstätten
Tel. +49 (0) 33204 22305
Mail: gorsler@kliniken-beelitz.de

Past-Präsident der DGNR e.V.
Prof. Dr. med. Thomas Platz
BDH-Klinik Greifswald gGmbH
Karl-Liebknecht-Ring 26a
D-17491 Greifswald
Tel: +49 (0) 3804 871-201
Mail: t.platz@bdh-klinik-greifswald.de



b) Nachvollziehbare Berücksichtigung der therapeutischen Behandlungsaufträge

Rehabilitativ existieren für einen Großteil der zu behandelnden Symptome hochqualitative Leitlinien, nicht nur auf der Basis von randomisierten klinischen Studien, sondern auch von Meta-Analysen bis hin zu Cochrane-Reviews [3–5]. Dabei ist vor allem der Effekt eines hochfrequenten, symptom-spezifischen Trainings gut belegt. Der konkrete Bedarf richtet sich an der Häufigkeit von Symptomen im zu behandelnden PatientInnen gut.

In der Phase B ist diese im OPS 8-552 auf mindestens 300 Minuten pro Patient festgelegt, in der Neurorehabilitation Phase D zu Lasten der DRV existieren sowohl Personalschlüssel als auch Therapiestandards, die abzugebende Therapiemengen definieren. In der Phase C fehlt so eine Festlegung bisher.

Therapeutische Personalkorridore kann man aber nur sinnvoll definieren, wenn man auch für die Phase C eine entsprechende mittlere Therapiemindestmenge konsentiert. Per definitionem wird diese Therapiemenge in der Phase C weit überwiegend in Einzeltherapie oder Kleingruppen von etwa 3 bis 5 PatientInnen erbracht.

Zusammenfassend bestehen aus wissenschaftlicher Sicht prinzipiell gute Voraussetzungen für die Definition von evidenzbasierten Qualitätskriterien. Allerdings sind diese aus den genannten Gründen nicht global, einrichtungsübergreifend möglich. Nach Ansicht der DGNR sollten im Zusammenhang mit der Einführung von Personalkorridoren in der Phase C einrichtungsbezogen

- a) Unterschiede in Patientenmorbidity in ärztlichen und Pflegeschlüsseln
- b) Unterschiede im therapeutischen Anforderungsprofil in Therapieschlüsseln

abgebildet werden. Diese konsentierten Ressourcen müssten dann in realistischen Tagessätzen vergütet werden. Die isolierte Definition von einheitlichen Personalkorridoren ohne Abgleich mit dem jeweiligen PatientInnenklientel und der Vergütung ist aus Sicht der DGNR nicht sinnvoll. Die DGNR erneuert ihr Angebot, die konkrete Ausgestaltung wissenschaftlich zu begleiten und zu unterstützen.

PD Dr. med. Christian Dohle, M. Phil.
Präsident DGNR e.V.

Präsident der DGNR e.V.
PD Dr. med. Christian Dohle, M. Phil.
P.A.N. Zentrum für Post-Akute
Neurorehabilitation
Wildkanzelweg 28
D-13465 Berlin
Tel. + 49 (0) 30 40606 231
Mail: c.dohle@panzentrum.de

Vize-Präsidentin der DGNR e.V.
Prof. Dr. med. Anna Gorsler
Kliniken Beelitz
Paracelsusring 6a
D-14547 Beelitz-Heilstätten
Tel. +49 (0) 33204 22305
Mail: gorsler@kliniken-beelitz.de

Past-Präsident der DGNR e.V.
Prof. Dr. med. Thomas Platz
BDH-Klinik Greifswald gGmbH
Karl-Liebknecht-Ring 26a
D-17491 Greifswald
Tel: +49 (0) 3804 871-201
Mail: t.platz@bdh-klinik-greifswald.de



Literatur

1. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1999) Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen der Phasen B und C. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/Main
2. Knecht S, Schmidt-Wilcke T (2020) Der zweite Blick: praktische diagnostische und therapeutische Checks in der rehabilitativen Neurologie. Nervenarzt 91:324–336. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00887-z>
3. Platz T, Fheodoroff K, Mehrholz J (2020) S3-Leitlinie Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall. Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR)
4. ReMoS Arbeitsgruppe, Dohle C, Tholen R, et al (2015) Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall (ReMoS). Neurol Rehabil 21:355–494
5. Thöne-Otto A (2020) S2e-Leitlinie 030-124 “Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen bei neurologischen Erkrankungen.” Deutsche Gesellschaft für Neurologie
6. Dohle C, Schrader M (2024) Neurorehabilitation. Nervenarzt 95:1148–1157. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01772-9>
7. Schorl M, Liebold D (2012) Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in Deutschland – Aktuelle Situation, Probleme und Lösungsmöglichkeiten aus medizinischer und juristischer Sicht. Aktuelle Neurol 39:1–11. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1301299>
8. Wallesch C-W (2020) Sekundäre Fehlbelegung und B → C Lücke. Neurol Rehabil 26:104.106
9. Birkner N, Batz D (2019) Qualitätssicherungsmodul der Gesetzlichen Krankenkassen. Sonderauswertung für das Neurologie-Modul im QS-Reha® Verfahren
10. BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit (2020) Jahresbericht des BQS Instituts für Qualität und Patientensicherheit Berichtszeitraum: 1. April 2019 bis 30. April 2020. BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit, Hamburg
11. aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2024) QS-Reha®-Verfahren: Gesamtbericht 2021-2023 (Zyklus 4)

Präsident der DGNR e.V.
PD Dr. med. Christian Dohle, M. Phil.
P.A.N. Zentrum für Post-Akute
Neurorehabilitation
Wildkanzelweg 28
D-13465 Berlin
Tel. + 49 (0) 30 40606 231
Mail: c.dohle@panzentrum.de

Vize-Präsidentin der DGNR e.V.
Prof. Dr. med. Anna Gorsler
Kliniken Beelitz
Paracelsusring 6a
D-14547 Beelitz-Heilstätten
Tel. +49 (0) 33204 22305
Mail: gorsler@kliniken-beelitz.de

Past-Präsident der DGNR e.V.
Prof. Dr. med. Thomas Platz
BDH-Klinik Greifswald gGmbH
Karl-Liebknecht-Ring 26a
D-17491 Greifswald
Tel: +49 (0) 3804 871-201
Mail: t.platz@bdh-klinik-greifswald.de