



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

Gemeinsamer Bundesausschuss

Postfach 120606
10596 Berlin

Vorab per E-Mail: info@g-ba.de

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Vorab per E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de

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@dgner.de

Bankverbindung

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

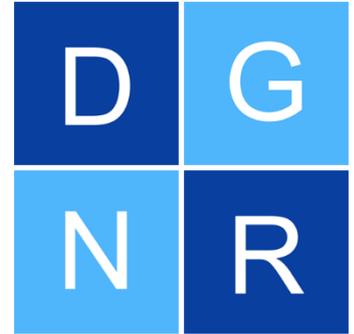
14.07.2025

Offener Brief

Das SINGER-Patientenprofil ist für die Anmeldung zur Neurorehabilitation nicht geeignet

Sehr geehrte Damen und Herren,

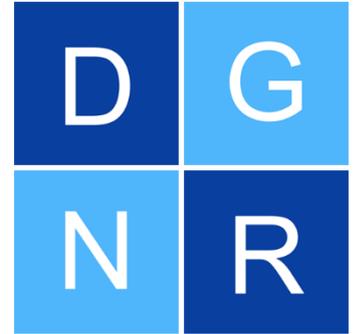
nach mehreren Vorgesprächen ist zum 1. Oktober 2024 die neue Rehabilitations-Richtlinie in Kraft getreten, die u.a. die Nutzung des SINGER-Patientenprofils zur Anmeldung bestimmter Rehabilitationsleistungen vorsieht (1). Die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) als Wissenschaftlich-Medizinische Fachgesellschaft vertritt die Neurorehabilitation in Deutschland in ihrer gesamten Breite und hat bereits am 26.09.2022 zusammen mit dem Bundesverband Neurorehabilitation (BNR) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in einer gemeinsamen Stellungnahme von der Verwendung des Singer-Patientenprofils (SPP) für die Anmeldung von Patient*innen in der stationären Neurorehabilitation dringend abgeraten (2).



Nachfolgend möchten wir zusammen mit dem Arbeitskreis Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädelhirnverletzten Bayern noch einmal die wesentlichen Argumente zusammenfassen, warum aus Sicht der DGNR das SPP für die AR-Anträge zur Neurorehabilitation nicht geeignet ist. Ergänzend möchten wir erläutern, warum die vom GKV-Spitzenverband / Medizinischen Dienst Bund kürzlich vorgelegten Erläuterungen (3) hierzu nicht nur nicht hilfreich, sondern sogar teilweise inhaltlich falsch sind.

Zunächst ist festzuhalten, dass das in den Anträgen zur Anschlussrehabilitation 2.0 vorgegebene Singer-Patientenprofil (SPP) kein aussagekräftiges Instrument ist:

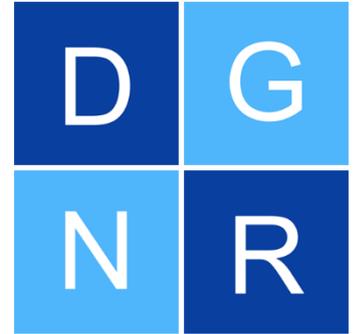
1. Das im AR-Antrags 2.0 vorgegebene SPP wurde aus dem SINGER-Assessment (4) abgeleitet, jedoch *ohne die Komplexität des Singer-Assessments* als dessen Qualitätsmerkmal zu übernehmen (5). Im SINGER-Assessment ist jede einzelne Stufe detailliert beschrieben und definiert, so dass sie ohne Manual ausfüllbar ist. Im SPP ist dies auf die Erfassung des Unterstützungsbedarfs in den Kategorien „Professionelle Hilfe“ („Total“ / „Kontakthilfe“), „Laienhilfe“ („Kontakthilfe“ / „Assistenz“) und „selbstständig“ („mit HiMi“ / „ohne HiMi“) reduziert.
2. Dabei entsprechen die im AR-Antrag 2.0 vorgegebenen Kategorien des SPP weder den Kategorien des SINGER-Assessments, noch dem von den Autoren des SINGER-Assessments gemachten Vorschlag zum SPP. Das originale SINGER-Patientenprofil (4) spricht von „Professioneller Hilfe“ und von „Unterstützer“-Hilfe. Im SPP des AR-Antrags 2.0 wird zwischen „Professioneller Hilfe“ und „Laienhilfe“ unterschieden. Es erschließt sich nicht, von wem und zu welchem Zweck diese Begrifflichkeiten für den AR-Antrag 2.0 abgeändert wurden. Da für die Behandlung im Krankenhaus keine „Laienhilfe“ in nennenswertem Umfang erbracht wird, ist diese Differenzierung für die Einschätzung des notwendigen Unterstützungsbedarfs, die das SPP ja angeblich leisten soll, in keiner Weise geeignet. Jeglicher Unterstützungsbedarf in der stationären Krankenhausbehandlung wird immer ein „professioneller“ sein (durch Therapeuten oder Pflegedienst).



3. Völlig erratisch wird diese Einstufung des SPP bei den kommunikativen, kognitiven und sozialen Items. Auch diese sollen „lediglich nach der Art der notwendigen Unterstützungsleistung“ bewertet werden. Wie darf man sich „Kontakthilfe bezüglich der Dauerkonzentration“ oder „totale professionelle Hilfe beim sozialen Verhalten“ ganz praktisch vorstellen? Wie unterscheidet sich professionelle Kontakthilfe fürs Gedächtnis von Kontakthilfe durch Laien? Das SPP ist deshalb keinesfalls geeignet, die kommunikativen, kognitiven und sozialen Domänen „näher zu erfassen“, wie behauptet wird. Dies kann ausschließlich mit einem differenziert operationalisierten und validierten Instrument wie dem dem SINGER-Assessment oder dem Erweiterten Barthel-Index erfolgen.
4. Die Validierung des dem SPP zugrundeliegende SINGER-Assessment beruht darauf, dass es von den verschiedenen, jeweils primär involvierten Berufsgruppen wie Physiotherapie, Ergotherapie und Pflege erhoben, die den Unterstützungsbedarf der Patient*innen in den in ihren Fachbereich fallenden Funktionsstörungen aufgrund ihrer regelmäßigen Behandlung valide beurteilen können. Diese therapiebereichsübergreifende kontinuierliche Erhebung findet jedoch bei der Erfassung des SPP nicht statt. Der SPP ist eigentlich Teil des Ärztlichen Befundberichts, auf dem der Unterstützungsbedarf in allen Bereichen eingeschätzt werden soll. Umfragen in Krankenhäusern zeigen klar, dass diese Einschätzung selten durch Ärzte, überwiegend durch Pflege oder in einem hohen Anteil durch Mitarbeitende der Sozialdienste erfolgt. Eine angeblich „differenzierte“ Einschätzung ist dadurch schon aus fachlichen Gründen nicht möglich.

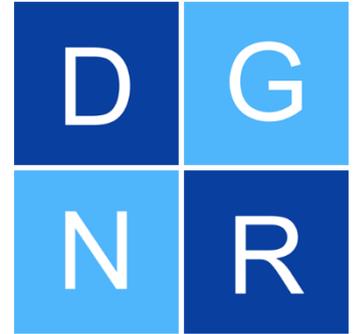
Das SPP ersetzt den Frührehabilitations-Barthel-Index, also die jahrzehntelang etablierten Instrumente des Barthel-Index (6) mit der Frührehabilitations-Ergänzung nach Schönle (7) im bisherigen Antragformular. Dies ist allerdings aus mehreren Gründen problematisch:

5. Als lange und gut etabliertes Instrument gibt es zahlreiche Arbeiten zu den Gütekriterien (8,9) und Vorschläge zur Standardisierung (10–12) des (Frührehabilitations-)Barthel-Index, die für das SPP nicht vorliegen. Daher ist der Wechsel des Instruments mit einem (methodischen) Qualitätsverlust der Erfassung verbunden.



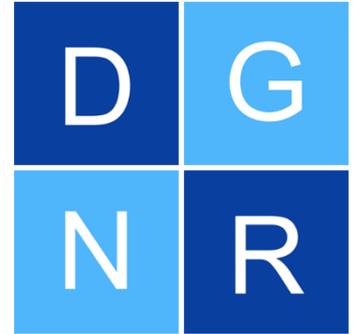
6. Der Absolutwert des Barthel-Index (0-100) bzw. des Frührehabilitations-Barthel-Index (-325 – 0) plus Barthel-Index zur Einschätzung des Betroffenheitsgrades ist bei klinisch Tätigen gut etabliert. Insbesondere sind die einzelnen Barthel-Index-Items unterschiedlich gewichtet (0-5, 0-10 oder 0-15), um den unterschiedlichen Aufwand abzubilden. Da das SPP alle Items auf der gleichen Skala (0 – 5) wertet, ist die Gesamtpunktzahl des SPP ungewichtet und lässt sich nicht linear vom SPP in den Barthel-Index umrechnen.
7. Für das SINGER-Assessment existiert eine Vorgabe für eine nicht-lineare Abbildung auf den Barthel-Index, die die unterschiedliche Gewichtung berücksichtigt und auf den detaillierten Definitionen der einzelnen Stufen des SINGER-Assessments beruhen. Da diese aber im SPP nicht berücksichtigt worden sind (vgl. Punkt 1), ist diese Umrechnung nicht anwendbar (zur Genauigkeit siehe auch Punkt 11).
8. Im Antragsformular des SPP werden die Frührehabilitations-Items des Barthel-Index separat abgefragt, sie lassen sich aber nicht sinnvoll mit dem SPP kombinieren. Da sie kein Bestandteil des Assessments sind, werden sie in der klinischen Praxis häufig übersehen, was zu Fehlzusweisungen führt. Anders als im Frührehabilitations-Barthel-Index („ja“ / „nein“) ist im Antragsformular nicht ersichtlich, ob die Items tatsächlich nicht vorliegen oder versehentlich nicht ausgefüllt worden sind.

Über diese grundsätzlichen, für alle Fachdisziplinen geltenden, Erwägungen hinaus stellt sich in der Neurorehabilitation eine zusätzliche Problematik, da sie nicht nur die Unterteilung in Akutbehandlung und Rehabilitation kennt, sondern im „neurologischen Phasenmodell“ das gesamte Spektrum der Unterstützungs- und Behandlungsbedarfe neurologischer Patient*innen kontinuierlich abbildet (13). Über die Akutbehandlung (Phase A) und Rehabilitation im klassischen Sinne (Phase D) hinaus gibt es noch zwei „hybride“ Zwischenphasen B und C, in denen gleichzeitig akutmedizinische und rehabilitative Behandlungsaufträge bestehen, somit die Herstellung der uneingeschränkten Rehabilitationsfähigkeit im „klassischen“ Sinn. In der Phase B sind Patient*innen noch schwer betroffen, teilweise beatmet, tracheotomiert und überwachungspflichtig. Patient*innen der Phase C sind noch schwer beeinträchtigt, aber in der Lage, aktiv und ggfs. auch in Kleingruppen in der Therapie mitzuwirken.

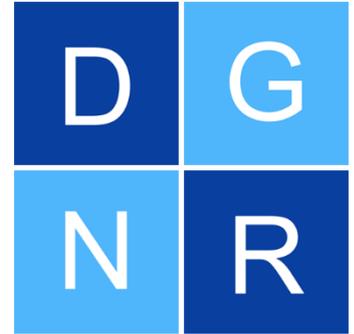


Gemäß Rehabilitations-Richtlinie (1) gilt der AR-Antrag mit dem SPP nur für die Rehabilitation Phase D, nicht für die Phase C und D. Ganz offensichtlich ist aber intendiert, dieses Formular für alle Phasen im neurologischen Phasenmodell zu nutzen, was z.B. in der Überschrift III.3 deutlich wird („Kriterien aus dem Frührehabilitations-Index (FR-Index) für die Zuweisung in die Neurologische Rehabilitation i.S.d. Phasenmodells der BAR (außer Phase D)“). Auch wenn die Nutzung einheitlicher Formulare für die Anmeldung zur Rehabilitation sicherlich sinnvoll ist, stößt dies in der Neurorehabilitation auf die folgenden Probleme:

9. Im Verlauf der Neurorehabilitation wird ausschließlich der Frührehabilitations-Barthel-Index als klinisches Assessment verwendet, niemals das SPP. Der Frührehabilitations-Barthel-Index wird wöchentlich erhoben und bildet auch nach Einführung des AR-Antrags 2.0 die Grundlage für alle weiteren Kommunikationen mit den Kostenträgern bezüglich eventueller Verlängerungen und/oder Phasenwechsel. Die kontinuierliche Erhebung des Barthel-Index ermöglicht es, den Fortschritt der Patient*innen genau zu verfolgen und sicherzustellen, dass sie die bestmögliche Versorgung erhalten. Somit wäre das SPP ein singuläres Instrument an einer einzelnen Stelle des kontinuierlichen Behandlungsprozesses.
10. Zur Phaseneinstufung hat sich als Hilfskonstrukt der Frührehabilitations-Barthel-Index etabliert. Im Prozess der Anmeldung dient somit der Frührehabilitations-Barthel-Index in doppelter Funktion nicht nur zur Information über den Unterstützungsbedarf, sondern auch zur Ermöglichung einer sicheren Phaseneinstufung. Da der SPP diese Abbildung nicht erlaubt (siehe auch Punkte 6 und 7), muss für die Phaseneinstufung noch ergänzend der Frührehabilitations-Barthel-Index vorliegen. Tatsächlich ist es aktuell gelebte Praxis in allen von uns kontaktierten Kliniken, dass für die Anmeldung für die Neurorehabilitation parallel das SPP und der Barthel-Index angefordert und übermittelt werden. Diese Doppelung ist unnötig, ineffektiv und konterkariert die eigentlich beabsichtigte Reduktion des Verwaltungsaufwands.



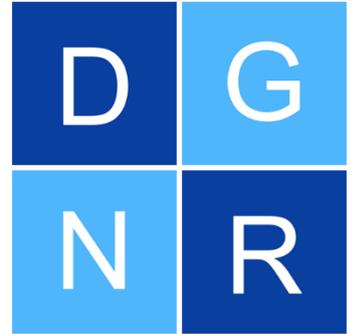
11. Darüber hinaus führt eine unklare Phasenzuordnung zu Fehlversorgungen und Gefährdungssituationen. Der Frührehabilitations-Barthel-Index ermöglicht hingegen eine präzise Zuordnung der Patient*innen zu den einzelnen Phasen („der richtige Patient im richtigen Bett“) und berücksichtigt dabei die unterschiedlichen Ressourcen und Kosten in den einzelnen Phasen. Eine falsche Zuordnung kann in einer medizinisch falschen oder nicht ausreichenden Versorgung resultieren und damit die Patientensicherheit gefährden. Auch die Wahl des Kostenträgers kann durch eine falsche Zuordnung getriggert werden, was zu Problemen führen kann, da nicht alle Kliniken von allen Kostenträgern belegt werden. Selbst unter Nutzung eines Umrechnungstools von SPP zu Barthel-Index (vgl. Punkt 7) resultiert gemäß einer internen Erhebung der Schmieder-Kliniken eine Fehlallokation in ca. einem Drittel (!) der Fälle.
12. Dabei gilt gemäß Reha-RL die Möglichkeit der Direktverlegung (Verzicht auf den Bewilligungsvorbehalt) und damit das AR-Anmeldeformular nur für die Phase D, nicht aber für die Phase C (und schon gar nicht für die Phase B als Krankenhausbehandlung – siehe Punkt 13). Da – wie oben ausgeführt – dass SPP diese Trennung nicht leisten kann, besteht die absurde Situation, dass ein Assessment (Frührehabilitations-Barthel-Index) vorliegen muss, um zu entscheiden, ob ein zweites (SPP) zum Einsatz kommen soll.
13. Wie vermutlich auch bei der Einführung intendiert, wird das Formular des SPP aktuell von den Zuweisern fälschlicherweise auch für die Phase B, also die Krankenhausbehandlung, genutzt. Hierfür ist es jedoch weder geeignet noch aussagekräftig. Wie unter Punkt 8 ausgeführt, sind die im AR-Antrag 2.0 aufgenommenen Items des Frührehabilitations-Index nicht mit dem SPP kombinierbar, was zu erheblichen Problemen in der Praxis führen kann. Dabei ist für die Phase B als Krankenhausbehandlung Im OPS 8-552 ist der Frührehabilitations-Barthel-Index als Aufnahmekriterium gesetzlich fixiert und muss nachgewiesen werden: *„Der Patient hat einen Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle bis maximal 30 Punkte zu Beginn der Behandlung.“* (14). Die Berechnung des Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle ist im Gegensatz zum SINGER-Assessment oder SPP im Anhang zur ICD-10-GM zu finden.



14. Auch für die G-DRG-Kodierung einer Akutbehandlung ist weder das SINGER-Assessment noch das SPP geeignet. Hierfür hat das BfArM ausschließlich den Barthel-Index und seine Ergänzungen (Erweiterter Barthel-Index, Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle) zugelassen. Für die G-DRG-Kodierung von kognitiven Funktionseinschränkungen werden vom BfArM der Erweiterte Barthel-Index, FIM oder MMSE verlangt.

Ergänzend liegt uns aktuell eine Handreichung des Medizinischen Dienstes Bund vor (3), der die Nutzung des SPP in der Neurorehabilitation ermöglichen soll. Zu den dort gemachten Aussagen stellen wir fest:

15. Bemerkenswerterweise wird in dem Papier eine Abbildung der BAR-Kriterien auf die jeweiligen SPP-Items dargestellt, nicht aber umgekehrt. Die einzelnen BAR-Kriterien und ihr Bezug zum SPP werden narrativ über mehrere Seiten dargestellt. Somit gibt das Papier keinerlei Handreichung, wie das SPP konkret für die Phaseneinstufung zu nutzen wäre.
16. Falsch ist im GKV-SV/MD-Papier, dass sich mit dem SPP in der Neurologie und (Neuro-) Geriatrie „wesentlich mitbestimmende Gesundheitsprobleme zielgerichtet und differenziert beschreiben“ ließen. Gemäß der Definition der Begrifflichkeiten des ICF der BAR „kann ein „Gesundheitsproblem“ in typischer Weise mit der ICD 10 beschrieben werden. Als Gesundheitsproblem werden bezeichnet: z. B. Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Vergiftungen und andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz. Es kann auch Informationen zur Pathogenese bzw. Ätiologie enthalten.“ (15) Das SPP kann bestenfalls die Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf den Unterstützungsbedarf erfassen.
17. Als äußerst befremdlich muss festgestellt werden, dass das Papier von GKV-SV/MD auf inakzeptable Weise auch die Eingangskriterien der Phase C der Rahmenempfehlungen der BAR zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C (13) manipuliert.



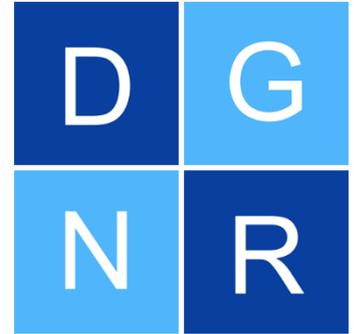
Die BAR definiert dort als ein Patienten-Charakteristikum (Eingangskriterium) „für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen“. Dies wird im GKV-SV/MD-Papier umformuliert zu „fortbestehend auf pflegerische Hilfe angewiesen (annähernd gleicher Pflegeaufwand wie in der Phase B)“. Diese Änderung am Wortlaut der BAR-Empfehlungen ist schon aus formalen Gründen inakzeptabel; sie bildet auch die Realität in den Einrichtungen der Phase C-Neurorehabilitation nicht im Entferntesten ab. Patienten mit einem Pflegeaufwand „wie in der Phase B“ können aufgrund der von den Krankenkassen (unter-)finanzierten Personal-Ressourcen in der Phase C keinesfalls versorgt werden

Zusammenfassend ist auch nach einer Erprobungsphase festzustellen, dass sich das SPP in der Anmeldung zur Neurorehabilitation in keiner Weise bewährt hat. Die mit dem neuen AR-Antrag angestrebte Vereinfachung hat sich nicht ergeben, vielmehr hat sich bundesweit als neuer Standard eine ineffektive und konflikt- und komplikationsträchtige Doppelerhebung von SPP und Frührehabilitations-Barthel-Index etabliert. Aus diesen und den oben genannten fachlichen Gründen ist eine Rückkehr zum Frührehabilitations-Barthel-Index als Instrument für die Anmeldung zur Neurorehabilitation unumgänglich.

Mit freundlichen Grüßen

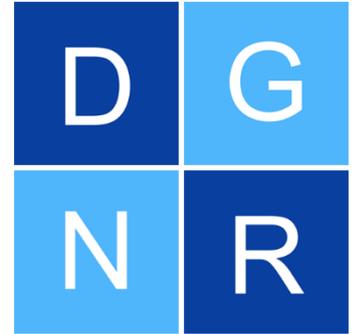
PD Dr. Christian Dohle
Präsident
Deutsche Gesellschaft für
Neurorehabilitation

Dr. med. Matthias Schaupp
1. Vorsitzender
Arbeitskreis Rehabilitation von Schlaganfallpatienten
und Schädelhirnverletzten in Bayern e.V.



Literatur:

1. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) [Internet]. Sep 20, 2024. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2068/RL-Reha_2019-12-19_iK-2020-03-18.pdf
2. Bundesverband Neurorehabilitation, Deutsche Gesellschaft für NeuroRehabilitation, Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Gemeinsame Stellungnahme zur Verwendung des SINGER-Patientenprofils (SPP) – BNR e.V. [Internet]. 2022 [zitiert 14. Juli 2025]. Verfügbar unter: <https://bv-neuroreha.de/news/216-gemeinsame-stellungnahme-zur-verwendung-des-singer-patientenprofils-spp>
3. Medizinischer Dienst Bund. Rehabilitationsbedürftigkeit und Alltagsfähigkeit der Rehabilitanden auf Basis des SINGER-Patientenprofils. 2025.
4. SINGER (Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation) [Internet]. 2024 [zitiert 13. Juli 2025]. SINGER-Patientenprofil. Verfügbar unter: <http://www.singer-assessment.de/singer-patientenprofil/>
5. SINGER (Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation) [Internet]. [zitiert 13. Juli 2025]. SINGER - das perfekte Assessment? Verfügbar unter: <http://www.singer-assessment.de/singer/>
6. Mahoney F, Barthel D. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61–5.
7. Schönle PW. Frühe Phasen der Neurologischen Rehabilitation: Differentielle Schweregradbeurteilung bei Patienten in der Phase B (Frührehabilitation) und in der Phase C (Frühmobilisation / Postprimäre Rehabilitation) mit Hilfe des Frühreha-Barthel-Index (FRB). *Neurol Rehabil*. 1996;1:21–5.
8. Balu S. Differences in psychometric properties, cut-off scores, and outcomes between the Barthel Index and Modified Rankin Scale in pharmacotherapy-based stroke trials: systematic literature review. *Current Medical Research and Opinion*. 1. Juni 2009;25(6):1329–41.
9. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: A reliability study. *International Disability Studies*. Januar 1988;10(2):61–3.
10. Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Nolte CH, Hünermund G, Ruf HU, Laumeier I, u. a. Untersuchung der Reliabilität der deutschen Version des Barthel-Index sowie Entwicklung einer postalischen und telefonischen Fassung für den Einsatz bei Schlaganfall-Patienten. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*. Januar 2005;73(2):74–82.



11. Lübke N, Meinck M, von Renteln-Kruse W. Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. August 2004;37(4):316–26.
12. Arbeitsgemeinschaft Neurologische Frührehabilitation. Der Frühreha-Index: Ein Manual zur Operationalisierung. Die Rehabilitation. Februar 2010;49(01):22–9.
13. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Herausgeber. Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen der Phasen B und C [Internet]. Frankfurt/Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; 1999 [zitiert 13. Oktober 2016]. Verfügbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/Empfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf
14. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. OPS Version 2024 - Frührehabilitative und physikalische Therapie (8-55...8-60) [Internet]. 2024 [zitiert 14. Juli 2025]. Verfügbar unter: <https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2024/block-8-55...8-60.htm#code8-552>
15. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). ICF - Praxisleitfaden 3 Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für das Krankenhausteam. 2010 März.