
**Stellungnahme
des Bundesverbandes Geriatrie e.V. und
der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V.
zum Einsatz des SINGER-Patientenprofils
im Antragsverfahren zur geriatrischen Rehabilitation**

07. Juli 2025

Durch Artikel 1 des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 wurde § 40 SGB V (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) geändert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde in diesem Zusammenhang u.a. beauftragt festzulegen, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen (AR) nach § 40 Absatz 6 Satz 1 SGB V ohne vorherige Überprüfung der Verordnung durch die Krankenkasse erbracht werden können. Im Ergebnis wurde mit dem G-BA Beschluss vom 16. Dezember 2021 eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Reha-RL) festgesetzt, wonach gemäß § 16 Absatz 2 Reha-RL die Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe mit dem SINGER Patientenprofil (Selbstständigkeitsindex für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation) erfolgen muss, damit die medizinische Erforderlichkeit der Rehabilitation durch die Krankenkasse nicht überprüft wird. Gemäß § 16 Absatz 1 Satz 2 gilt der Einsatz des SINGER Patientenprofils auch für die Indikation einer geriatrischen AR.

Der Einsatz des SINGER-Patientenprofils ist aus fachlicher Sicht bei geriatrischen Patientinnen und Patienten nicht zur Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe geeignet. Der Bundesverband Geriatrie e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. fordern daher die Rückkehr zum Barthel-Index als etabliertes, praxiserprobtes Bewertungsinstrument in der Geriatrie. Konkret wird folgende Änderung des § 16 Absatz 2 Reha-RL angeregt:

„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 bei den in Absatz 1 Satz 1 genannten Indikationsgruppen mit dem SINGER Patientenprofil. Bei der Indikation einer geriatrischen Anschlussrehabilitation erfolgt die Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe mit dem Barthel-Index.“

Im Rahmen des Antragsverfahrens zur geriatrischen AR ist von zentraler Bedeutung, dass geriatrische Patientinnen und Patienten zielgerichtet und differenziert zugewiesen werden, um eine effiziente und bedarfsgerechte Rehabilitationsmaßnahme einleiten zu können. Voraussetzung für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist das Vorliegen der Rehabilitationsbedürftigkeit, der Rehabilitationsfähigkeit und einer positiven Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für die Versicherten sachgerechter, i.d.R. alltagsrelevanter Rehabilitationsziele. Mit Hilfe des SINGER-Patientenprofils soll gemäß § 16 der Reha RL insbesondere die Rehabilitationsbedürftigkeit begründet werden.

Zur Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit hat sich in der Geriatrie jedoch der Barthel-Index über Jahre hinweg als bewährtes Instrument etabliert, denn es bietet eine fundierte Grundlage für die Zuweisung einer geriatrischer Rehabilitationsmaßnahme. Bei dem Barthel-Index handelt es sich um ein in der Geriatrie hinreichend validiertes Instrument, welches – sowohl national als auch international – seit mehr als 30 Jahren in der Praxis regelhaft und in den Versorgungsstrukturen fest verankert zum Einsatz kommt. Es bildet sinngemäß den „Goldstandard“ in der Versorgungspraxis. Gemäß der S1 Leitlinie zum Geriatrischen Assessment der

Stufe 2¹ handelt es sich bei dem Barthel Index um ein „international breit eingesetztes Instrument, dessen Gütekriterien bezüglich der „basic activities of daily living“ bislang von keinem anderen im geriatrischen Setting nachweislich übertroffen werden.“

Ein derart etabliertes und validiertes Instrument wie der Barthel-Index sollte nur dann abgelöst werden, wenn entweder ein klarer inhaltlicher Mehrwert nachgewiesen werden kann oder eine spürbare bürokratische Entlastung im praktischen Einsatz erzielt wird.

Ein klarer inhaltlicher Mehrwert gegenüber bestehenden Verfahren erfordert eine fundierte wissenschaftliche Evidenz als Grundlage. Entsprechend muss das Instrument auf nachvollziehbaren, methodisch sauberen Studien gestützt sein, um den Ersatz eines seit Jahren etablierten Verfahrens zu rechtfertigen. Weder in seiner vollumfänglichen noch in seiner verkürzten Variante als Patientenprofil kann der SINGER diesem Anspruch gerecht werden, wie nachfolgend unter 1. ausführlich dargestellt.

In diesem Zusammenhang ist zudem kritisch zu hinterfragen, ob das SINGER-*Patientenprofil*, diesen Anforderungen genügen kann. Auf der entsprechenden Internetseite ist keine klare Abgrenzung zum originalen SINGER-*Assessment* erkennbar. Diese mangelnde Trennschärfe führt zu einer problematischen Vermischung, denn das SINGER-Patientenprofil stellt lediglich eine verkürzte Variante des ursprünglichen Assessments dar und ist kein eigenständiges Instrument. Eine differenzierte Darstellung beider Versionen fehlt bisher, wodurch eine Bewertung des Nutzens unmöglich bzw. zumindest deutlich erschwert wird. **Das SINGER-Patientenprofil bietet in der Geriatrie keinen erkennbaren inhaltlichen Mehrwert**, sodass der Einsatz des Instruments fachlich nicht nachvollziehbar ist. Gemäß § 2 Absatz 1 SGB V haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen. Kriterien, die der SINGER in der Geriatrie nicht erfüllen kann. Warum das Instrument also – entgegen dieses Grundsatzes und der fachlichen Bewertung – dennoch zur Darlegung der Rehabilitationsbedürftigkeit in der Geriatrie zur Anwendung kommt, kann nicht nachvollzogen werden. Der Ersatz des Barthel-Index kann somit nicht mit der inhaltlichen Weiterentwicklung begründet werden.

Wie nachfolgend unter 2. ausführlich dargelegt, **ergibt sich durch den Einsatz des SINGER-Patientenprofils in der Geriatrie auch keine verfahrenstechnische oder bürokratische Verbesserung**, die den Einsatz im Rahmen der geriatrischen Anschlussrehabilitation rechtfertigen könnten. Die Integration des SINGERS-Patientenprofils in bestehende Dokumentationsprozesse erfordert erheblichen Mehraufwand. Zudem kann das Instrument etablierte Verfahren wie den Barthel-Index nicht vollständig ersetzen. In der Praxis führt dies zu doppelten Erhebungen bei gleichzeitig begrenztem Mehrwert. Auch weißt der SINGER die typischen Nachteile bei der Einführung neuer Instrumente (u. a. Lernaufwand und eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Ergebnissen etablierter Verfahren) auf. Der Ersatz des Barthel-Index kann somit nicht mit bürokratischen Entlastungen begründet werden.

1. Erzielung eines inhaltlichen Mehrwerts

Die auf der Website des SINGER-Instruments (www.singer-assessment.de) präsentierten Dokumente, die zum Nachweis der Evidenz herangezogen werden, weisen erhebliche Mängel auf und entsprechen nicht den Kriterien der guten wissenschaftlichen Praxis². Es fehlen wesentliche Informationen, wie etwa Angaben zu den Autorinnen bzw. Autoren, dem Erhebungszeitraum sowie methodische Details zur Studienpopulation und Limitationen. Die präsentierten Ergebnisse wirken wie willkürlich gewählte Einzelbefunde und weniger als systematisch erarbeitete Evidenz. Die Qualität der Dokumente steht im klaren Widerspruch mit der Deklaration

¹ AWMF-Register-Nr. 084-002LG

² Robert Koch Institut (2023): Gute wissenschaftliche Praxis, Abrufbar unter: <https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Gute-Wissenschaftliche-Praxis/Gute-Wissenschaftliche-Praxis-node.html> (letzter Zugriff 01.07.2025)

von Helsinki³, welche klare ethische und methodische Anforderungen an die medizinische Forschung stellt.

Medizinische Forschung, die als Grundlage für Entscheidungen oder Richtlinien dient muss klar dokumentiert und die Ergebnisse öffentlich zugänglich sein. Ohne diese Basis fehlt es dem SINGER-Instrument an der erforderlichen wissenschaftlichen Substanz, um als eine valide Alternative in der geriatrischen Versorgung anerkannt zu werden. Zudem ist nicht ersichtlich, ob sich die angegebenen Dokumente auf die Originalversion des SINGER-Instrumentes oder spezifisch auf das SINGER-Patientenprofil beziehen. Da das SINGER-Patientenprofil lediglich ein Teilelement des SINGER-Instrumentes darstellt, ist keine generelle Übertragbarkeit der Studienlage gegeben. Diese Mängel untergraben die Glaubwürdigkeit der immer wieder erwähnten wissenschaftlichen Grundlage des SINGER-Patientenprofils.

Auf der Webseite des SINGER-Instrumentes wird zudem angegeben: „Das SINGER-Patientenprofil ist nicht geeignet, den SINGER als Assessment im Rahmen der ambulanten und stationären Rehabilitation zu ersetzen.“ Dies ist ein weiterer zentraler Punkt, der die wissenschaftliche Unsicherheit um das SINGER-Patientenprofil verstärkt. Diese Tatsache verdeutlicht, dass das SINGER-Patientenprofil in seiner Funktionalität und Validität deutlich hinter dem SINGER-Assessment zurückbleibt und unterstreicht, dass die Verwendbarkeit des SINGER-Patientenprofils im Antragsverfahren nicht den gleichen wissenschaftlichen Standard wie der Barthel-Index erreicht.

Ungeachtet der Unklarheit, ob sich die vorliegenden Studien auf das im Antragsverfahren genutzte SINGER-Patientenprofil oder auf das umfassendere SINGER-Assessment beziehen, ist es notwendig, die Qualität der präsentierten wissenschaftlichen Dokumente genauer, insbesondere auch im Hinblick auf die Anwendbarkeit im Bereich der Geriatrie, zu analysieren.

Von den vorliegenden Dokumenten bezieht sich lediglich eines auf den geriatrischen Bereich. Diese Umfrage, die im Rahmen einer Masterarbeit⁴ erstellt wurde, erfüllt jedoch nicht die Standards wissenschaftlicher Praxis und ist in der Aussagekraft deutlich beschränkt. Auch die als Nachweis für die Anwendung des SINGERS in der Geriatrie genutzte Studie II⁵ bezieht sich lediglich auf Schlaganfallpatientinnen und -patienten aus 13 neurologischen Rehabilitationskliniken. Diese Studie bildet die Heterogenität der geriatrischen Population, welche überwiegend nicht-neurologische Hauptdiagnosen aufweisen⁶, nicht adäquat ab. Neurologische Erkrankungen stehen im geriatrischen Kontext lediglich an vierter Stelle der häufigsten Diagnosen⁷.

Die Diskrepanz zwischen der Namensgebung „Selbstständigkeitsindex für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation“ und der tatsächlichen wissenschaftlichen Grundlage könnte fälschlicherweise den Eindruck erwecken, dass das Instrument für die Geriatrie validiert sei. Zudem kommen mehrere Quellen zu dem Entschluss, dass geriatriespezifische Merkmale die Anwendbarkeit des Instruments deutlich einschränken^{8,9}.

Generell wurde das SINGER-Assessment, und somit auch das daraus abgeleitete SINGER-Patientenprofil primär für den neurologischen Fachbereich konzipiert, was sich deutlich in der Ausgestaltung der Items zeigt¹⁰. Dies wird besonders anhand der Einstufungskriterien deutlich, die für geriatrische Patientinnen und Patienten zum Teil ungeeignet sind. Zudem sind die im

³ Bundesärztekammer (2013): Deklaration von Helsinki, Abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf (letzter Zugriff 01.07.2025)

⁴ <https://www.singer-assessment.de/app/download/14449722723/Jade-SINGER.pdf?t=1598093200>

⁵ <https://www.singer-assessment.de/app/download/9836978123/Validierung+SINGER+2002-2008.pdf?t=1718715715>

⁶ S1-Leitlinie: Geriatrisches Assessment der Stufe 2 (AWMF-Register-Nr. 084-002LG)

⁷ BV Geriatrie (2025): Gemidas Jahresauswertung (2024)

⁸ Gerdes N, Funke UN, Schüwer U et al. (2012) „Selbstständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation (SINGER)“ – Entwicklung und Validierung eines neuen Assessment-Instrumentes. *Rehabilitation* 51(05): 289-299

⁹ S1-Leitlinie: Geriatrisches Assessment der Stufe 2 (AWMF-Register-Nr. 084-002LG)

¹⁰ S1-Leitlinie: Geriatrisches Assessment der Stufe 2 (AWMF-Register-Nr. 084-002LG)

SINGER-Assessment dargestellten Belegaufgaben in der Geriatrie nicht validiert und besitzen je nach Item unterschiedliche diagnostische Tiefen. Auch wenn die spezifischen Belegaufgaben im Rahmen des Patientenprofils nicht vollumfänglich zur Anwendung kommen, zeigt sich bereits in der Grundkonzeption des Instruments keine Eignung für die Geriatrie.

Die Stufenordnung des Items X (Gehen) fordert beispielsweise im Rahmen des SINGER-Assessments eine festgelegte Distanz von 300 Metern ohne Pause, um die maximale Einordnung in Stufe 5 „*selbstständig*“ zu erlangen. Bereits das Hinzuziehen von Hilfsmitteln nach wenigen Schritten führt zur Kategorisierung in die Stufe 1 „*unselbstständig*“. Im Vergleich dazu wird beim Barthel-Index eine Gehstrecke von 50 Metern herangezogen, um eine Kategorisierung in „*selbstständig*“ vorzunehmen. Dieser Vergleich verdeutlicht, dass eine Gehstrecke von 300 Metern – wie im SINGER-Assessment vorgesehen ist – den Besonderheiten geriatrischer Patientinnen und Patienten nicht gerecht wird.

Die Domäne der Mobilität ist für geriatrische Patientinnen und Patienten insbesondere bei Frakturen jedoch von großer Bedeutung. Das SINGER-Instrument erfasst diese nicht ausreichend und geht – im Vergleich zum Barthel-Index – nicht in der Tiefe auf die verschiedenen Aspekte der Mobilität ein, was in der geriatrischen Versorgung eine unzureichende Erhebung und damit eine unvollständige Einschätzung der Patientensituation zur Folge hat.

Im Ergebnis spiegelt das Instrument verschiedene Tiefen zwischen den einzelnen Dimensionen. So findet aus geriatrischer Sicht eine Überbetonung der Kognitiven und kommunikativen Kompetenz statt. Die Dimensionen Selbsthilfefähigkeit und Mobilität werden bereits durch den Barthel-Index besser validiert vollständig abgedeckt¹¹. Die Grundproblematik in der Konzeption des Instruments zeigt, dass keine hinreichende Beachtung der spezifischen Anforderungen der Geriatrie gegeben ist – ein Defizit, das sich auf das SINGER-Patientenprofil überträgt.

2. Verminderung des Aufwandes durch ein neues Instrument (Prozessoptimierung)

Aus den aufgezeigten inhaltlichen Schwächen in der Konstruktion des Instruments ergeben sich zwangsläufig auch Herausforderungen in den damit verbundenen Prozessstrukturen, welche für eine sachgerechten Bewertung differenziert betrachtet werden müssen.

Im Fokus stehen dabei insbesondere drei Ebenen: Zwischen dem Akutkrankenhaus und den Krankenkassen (a) im Rahmen des Antrags- und Genehmigungsverfahrens, sowie zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitationseinrichtung (b) im Zuge der Zuweisung und Aufnahmeplanung. Darüber hinaus muss der innerbetriebliche Prozess in den Einrichtungen selbst (c), also zwischen den beteiligten Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams analysiert werden.

a) Prozesssteuerung zwischen Akutkrankenhaus und Krankenkasse

Für das Antragsverfahren im Sinne des § 16 der Reha-RL ist es entscheidend, dass Patientinnen und Patienten sachgerecht, schnell, nachvollziehbar und fachlich fundiert hinsichtlich ihrer Rehabilitationsbedürftigkeit eingeschätzt werden können, damit die medizinische Erforderlichkeit der Rehabilitation durch die Krankenkasse nicht überprüft werden muss.

Die Herausgeber des Singers heben in der Gegenüberstellung des SINGER-Assessments mit dem Barthel-Index zur Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe hervor, dass der Barthel-Index lediglich die ICF-Domänen (International Classification of Functioning, Disability and Health) der Selbstversorgung und Mobilität adressiere. Ein klarer Vorteil in der Anwendung des SINGER-Assessments sei die umfassende ICF-Orientierung des Instrumentes unter zusätzlicher Beachtung der Domänen Kommunikation, Kognition und soziales Verhalten. Inwieweit das SINGER-Patientenprofil die relevanten ICF-Domänen zuverlässig abbildet bleibt

¹¹ S1-Leitlinie: Geriatrisches Assessment der Stufe 2 (AWMF-Register-Nr. 084-002LG)

fraglich, da es lediglich die Oberkategorien abbildet und sich an der Art des direkt fremdb beobachtbaren Unterstützungsbedarfs orientiert¹².

Die ICF stellt zwar eine umfassende Grundlage für die Beurteilung von Funktionsbeeinträchtigungen dar, jedoch ist eine vollständige Abdeckung aller ICF-Domänen im Rahmen der Antragsstellung zur geriatrischen Rehabilitation im Sinne des § 16 der Reha-RL weder erforderlich noch wird sie durch das SINGER-Patientenprofil erreicht. Für die effiziente und zielgerichtete Bewertung der Rehabilitationsbedürftigkeit reicht es aus, die unmittelbaren, alltagsrelevanten Einschränkungen zu erfassen, die die Notwendigkeit einer Rehabilitation begründen. Eine detaillierte Auseinandersetzung mit weiteren ICF-Domänen ist im Antragsverfahren nicht von zentraler Bedeutung und im Sinne des § 16 der Reha-RL nicht erforderlich. Die medizinische Erforderlichkeit für die geriatrische Rehabilitation ergibt sich im Wesentlichen durch das Vorliegen von Beeinträchtigungen der Selbsthilfefähigkeit, der Selbstversorgung, und der basalen Aktivitäten des täglichen Lebens. Dementsprechend weisen Patientinnen und Patienten in der geriatrischen Rehabilitation bei Aufnahme erhebliche Einschränkungen der Selbstversorgungsfähigkeit auf.¹³ Dies ist meist auf eine deutlich eingeschränkte Mobilität zurückzuführen. Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten ist bei Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation nicht in der Lage selbstständig aus dem Sitzen in den Stand zu kommen ggf. mit Gehhilfe, zu gehen, sich zu drehen und sich selbstständig hinzusetzen¹⁴. Betrachtet man die Krankheitsbilder, die am häufigsten zu einer Einweisung in die geriatrische Rehabilitation führen, so sind dies Frakturen. Die Dimensionen Selbstversorgung und Mobilität stellen damit die Kernbereiche der geriatrischen Rehabilitation dar und können sachgerecht über den Bartel-Index dargestellt werden.

Diese Beeinträchtigungen, die bei der Antragsstellung erfasst und berücksichtigt werden müssen, sind für eine fundierte Darlegung der medizinischen Erforderlichkeit entscheidend – eine Aufgabe, die der Barthel-Index seit viele Jahren zuverlässig erfüllt. Generell muss also festgestellt werden, dass die standardisierte Erhebung aller ICF-Dimensionen nicht dem Gedanken der Teilhabe entspricht, welcher für eine patientenorientierte Bewertung der medizinischen Notwendigkeit erforderlich ist.

b) Prozesssteuerung zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitationseinrichtung

Auch für die sektorenübergreifende Kommunikation zwischen Akutkrankenhaus und Rehaeinrichtung zeigt sich kein erkennbarer prozessualer Mehrwert durch den Einsatz des SINGER-Patientenprofils. Rehabilitationskliniken müssen auf Basis der übermittelten Informationen beurteilen, ob eine Aufnahme medizinisch sinnvoll und im Rahmen ihrer strukturellen und konzeptionellen Ausrichtung möglich ist. Die Versorgungskonzepte der Einrichtungen sind dabei häufig auf bestimmte Patientengruppen oder Indikationen zugeschnitten. Eine präzise Einschätzung des funktionellen Status ist daher essenziell, um die Aufnahme zur jeweiligen Einrichtung verlässlich beurteilen zu können. Zwar erhebt der SINGER als Assessment den Anspruch, durch die ICF-Abbildung eine umfassendere Darstellung von Funktionsstörungen zu bieten – in der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass die mit dem SINGER-Patientenprofil übermittelten Informationen für eine differenzierte Einstufung oft nicht ausreichen. Dementsprechend birgt die Zuweisung auf Grundlage des SINGER-Patientenprofils das Risiko unzureichenden Einschätzung des funktionellen Status – mit potenziellen Folgen, wie Fehlzusweisungen und damit verbundenen Drehtüreffekten. Seit Umstellung auf das SINGER-Patientenprofil gibt es erste vorsichtige Signale aus Einrichtungen, dass es zu einem Anstieg von kurzfristigen Entlassungen aufgrund unpassender Zuweisungen kommt. Ebenso ist der Barthel-Index im PIO-Überleitungsbogen (Pflege-Informationsobjekt) verankert und damit integraler Bestandteil der

¹² Medizinischer Dienst Bund: Begutachtungsanleitung – Vorsorge und Rehabilitation. Richtlinie nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V, Inkrafttreten: 11. November 2023.

¹³ Van Balen et al., 2019; Gaßmann et al., 2022

¹⁴ Benzinger et al., 2013

elektronischen Patientenakte (ePA). In Verlegungs- oder Entlassungsszenarien dient er – analog zum Arztbrief – zur Weiterleitung pflege- und versorgungsrelevanter Informationen. Entsprechend erfüllt der Barthel-Index die Anforderungen syntaktischer Interoperabilität. Somit bleibt offen, welchen konkreten Nutzen das Patientenprofil im Vergleich zum etablierten Barthel-Index für diese Schnittstelle bietet.

c) Innerbetriebliche Prozess

Auch innerhalb der Einrichtungen bringt der Einsatz des SINGER-Patientenprofils zusätzliche Belastungen mit sich. Die Integration in bestehende Dokumentationsprozesse erfordert erheblichen Mehraufwand, da das Instrument etablierte Verfahren wie den Barthel-Index nicht vollständig ersetzt. In der Praxis führt das zu doppelten Erhebungen – bei gleichzeitig begrenztem Mehrwert. Diese strukturelle Doppelbelastung wird besonders deutlich im Zusammenhang mit den Vorgaben des OPS 8-550 und den Abrechnungsanforderungen der DRG-Systematik:

Die Vorgabe des Basisassessments im Rahmen des OPS 8-550 in Verbindung mit der Rehabilitations-Richtlinie führt in der Praxis zu einer vermeidbaren Doppelbelastung. Weder das umfassende SINGER-Assessment, noch das Patientenprofil erfüllen aufgrund unzureichender Tiefe die Anforderungen der MD-Prüfungen. Daher bleibt die Erhebung des Barthel-Index weiterhin notwendig, um die Abrechnung im Rahmen der DRG-relevanten Kodierung zu erfüllen¹⁵. Der Barthel-Index ist im ICD-Kode U50 – motorische Funktionseinschränkungen verankert und bleibt damit ein zentraler Bestandteil der Abrechnung geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlungen. Darüber hinaus fordern weitere Gegebenheiten, wie die erst 2024 in Kraft getretene PPR 2.0, die Erhebung des Barthel-Indexes.

Die von den Herausgebern des SINGER-Patientenprofils vorgeschlagene Umrechnung der Items auf den Barthel-Index weist methodische Inkonsistenzen auf und wurde weder vom BfArM für die Klassifikation noch vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für die Vergütung anerkannt oder freigegeben. Diese Umrechnungsempfehlung, welche auf keiner wissenschaftlichen Grundlage basiert, ist daher nicht nur unplausibel, sondern auch in der Praxis nicht realisierbar. Ein weiteres Problem besteht darin, dass diese Umrechnung keine Vergleichbarkeit mit früheren Studien ermöglicht, da die zugrunde liegenden Bewertungskriterien und Skalen nicht übereinstimmen.

Diese unumgängliche zusätzliche Dokumentation stellt einen unnötigen bürokratischen- und personellen Aufwand dar und widerspricht der Begründung des Ersatzes durch Prozessoptimierung. Die Werte zum Barthel-Index sind ausreichend, um die Rehabilitationsbedürftigkeit geriatrischer Patientinnen und Patienten abzuschätzen.

Ein weiteres von den Herausgebern des SINGER-Assessments angeführtes Positivargument ist, dass das Instrument die „Teamarbeit und Transparenz“ stärke. In diesem Zusammenhang weisen die Autorinnen und Autoren explizit darauf hin, dass das SINGER-Assessment im Vergleich zum Barthel-Index „nicht unbehelligt nebenbei durch die Pflege“ erhoben werden könne, sondern „den Einsatz des gesamten Rehateams“ benötige. Ob dies in der Praxis tatsächlich auch in der Kurzversion des Patientenprofils zutrifft muss grundsätzlich hinterfragt werden.

Im Rahmen des Antragsverfahrens zur geriatrischen Rehabilitation ist es jedoch weder das Ziel, sämtliche ICF-Dimensionen zu adressieren noch das gesamte Reha-Team in die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit einzubinden. Der interdisziplinäre Teamgedanke und eine umfassende, individuell angepasste Therapieplanung sind wichtig – jedoch erst in der nachgelagerten Versorgungsplanung, in der das standardisierte geriatrische Basisassessment von fundamentaler Bedeutung ist. Dieses stellt eine Besonderheit im Vergleich zu anderen

¹⁵ Bibliomedmanager (2024): Der bürokratische Exzess des G-BA, Abrufbar unter: <https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/ein-buerokratischer-exzess-des-g-ba> (letzter Zugriff 01.07.2025)

Fachbereichen, wie etwa der Neurologie dar und ist als Kernbestandteil im geriatrischen Versorgungskonzept verankert.

Die Geriatrie setzt im Rahmen der Behandlung bewusst auf ein modulares System, im dem die in der S1-Leitlinie dargestellten Assessment-Instrumente flexibel kombiniert werden, „um den Mitgliedern des multiprofessionellen geriatrischen Teams mittels der erhobenen Befunde eine individualisierte Therapieplanung zu ermöglichen“¹⁶. Hierbei wird ebenso eine Anpassung der Instrumente an den Schweregrad oder Besonderheiten der Beeinträchtigungen ermöglicht.

Der ganzheitliche Gedanke ist in der Geriatrie neben dem Basisassessment insbesondere durch die wöchentlich stattfindenden Teamsitzungen fest im Behandlungs- bzw. Rehakonzept verankert und muss nicht durch ein einzelnes Assessment realisiert werden. Die multiprofessionelle Teambesprechung ist ebenso wie die Durchführung des Basisassessments Teil der leistungsrechtlichen Vorgaben des OPS 8-550 bzw. des QS-Reha-Verfahrens und damit für alle Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen obligatorisch.

¹⁶ S1-Leitlinie: Geriatrisches Assessment der Stufe 2 (AWMF-Register-Nr. 084-002LG)