



Erläuterungen zum  
Vordrucksatz „AR-Antrag“  
und Hinweise zum Einsatz des  
SINGER Patientenprofils

Stand 01.03.2024

## Inhaltsverzeichnis

A. Vordruckerläuterungen „Antrag auf Anschlussrehabilitation“ .....	3
I.1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit .....	3
I.2. Fragen zur Rentenantragstellung .....	3
I.3. und I.4. Fragen zur häuslichen Situation und derzeitigen sozialen und häuslichen Versorgung .....	4
I.5. Angaben zur/zum behandelnden Hausärztin/Hausarzt .....	4
I.6. Fragen zu einer Betreuung, Vorsorgevollmacht oder gesetzlichen Vertretung .....	5
I.7. Spezielle Anforderungen / individuelle Wünsche an die Rehabilitationseinrichtung .	5
II. Angaben des Krankenhauses .....	6
B. Vordruckerläuterungen „Ärztlicher Befundbericht“ .....	7
I. Allgemeine Angaben .....	7
II. Rehabilitationsbedürftigkeit.....	8
II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung .....	8
II.2. Durchgeführte Behandlungen .....	9
II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf.....	9
II.4. Drohende oder bestehende längerfristige alltagsrelevante Beeinträchtigungen ....	10
III. Rehabilitationsfähigkeit .....	11
III.1. Ausreichende körperliche und psychische/kognitive Belastbarkeit .....	11
III.2. Weitere Informationen zur Belastbarkeit bei Operationen am Bewegungsapparat .....	11
III.3. Kriterien aus dem Frühreha-Index (FR-Index) .....	11
IV. Rehabilitationsziele/-prognose .....	12
V. Zusammenfassende Bewertung.....	13
VI. Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation	14
VI.2. Voraussichtliches Verkehrsmittel für die Anreise zur Anschlussrehabilitation....	15
VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes.....	16

**Anlage:** Hinweise zum Einsatz des SINGER Patientenprofils

## Erläuterungen zum Vordrucksatz „AR-Antrag“

Die vorliegenden Erläuterungen geben Hinweise zu den Inhalten des Vordrucksatzes „AR-Antrag“. Die Hinweise in Abschnitt A beziehen sich auf den „Antrag zur Anschlussrehabilitation“ und richten sich vorrangig an den Sozialdienst im Krankenhaus bei der Unterstützung der Versicherten/des Versicherten bei der Antragstellung. Die Ausführungen in Abschnitt B umfassen Hinweise zum „Ärztlichen Befundbericht“ und richten sich primär an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Die Vordruckerläuterungen sollen eine Hilfestellung für das Ausfüllen des Vordrucksatzes bieten sowie durch erläuternde Erklärungen die Nachvollziehbarkeit der erforderlichen Angaben erleichtern. Zu weitergehenden sozialmedizinischen Fragestellungen wird zudem auf die Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes Bund (MD-Bund) in der jeweils gültigen Fassung verwiesen.<sup>1</sup>

### A. Vordruckerläuterungen „Antrag auf Anschlussrehabilitation“

#### I.1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

I. Angaben der Versicherten/ des Versicherten (durch die/den Versicherte/n auszufüllen)	
<b>1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit</b>	
Wurden im Rahmen dieses Krankenhausaufenthaltes Leistungen der Pflegeversicherung beantragt?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

In diesem Abschnitt sind Angaben dazu vorzunehmen, ob im Rahmen des aktuellen Krankenhausaufenthaltes Leistungen der Pflegeversicherung beantragt wurden. Die Angaben sind für die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung sowie zur Einordnung der erforderlichen Rehabilitationsart (ambulant/ambulant-mobil oder stationär) für die Krankenkasse von Bedeutung.

#### I.2. Fragen zur Rentenantragstellung

<b>2. Fragen zur Rentenantragstellung</b>		
Wurde in den letzten 6 Monaten ein Rentenantrag gestellt?		
Träger der Rentenversicherung		
Altersrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>
Rente wegen Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>

In diesem Abschnitt sind Angaben dazu vorzunehmen, ob aktuell, d.h. in den letzten 6 Monaten ein Antrag auf Altersrente oder Rente wegen Erwerbsminderung bei einem Träger der Rentenversicherung gestellt wurde. Diese sind für die Krankenkasse zur Prüfung der Leistungszuständigkeit in Abgrenzung zur gesetzlichen Rentenversicherung erforderlich.

<sup>1</sup> [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/rehabilitation/richtlinien\\_und\\_vereinbarungen/begutachtungs\\_richtlinie/2023-11-10\\_BGA\\_Vorsorge\\_und\\_Reha.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/begutachtungs_richtlinie/2023-11-10_BGA_Vorsorge_und_Reha.pdf)

Bei der Angabe zum Träger der Rentenversicherung können die regionalen DRV-Träger, die DRV-Bund, die DRV Knappschaft-Bahn-See sowie die Landwirtschaftliche Alterskasse in Betracht kommen. Der Begriff Rente wegen Erwerbsminderung umfasst die teilweise oder vollständige Rente wegen Erwerbsminderung.

### I.3. und I.4 Fragen zur häuslichen Situation und derzeitigen sozialen und häuslichen Versorgung

<p><b>3. Fragen zur häuslichen Situation</b></p> <p>In welchem Stockwerk wohnen Sie? <input type="text"/></p> <p>Ist ein Aufzug vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Besonderheiten zu Ihrer häuslichen Situation (z. B. Treppen im Innen- und Außenbereich):</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>
<p><b>4. Wie ist Ihre derzeitige soziale und häusliche Versorgungssituation?</b></p> <p>Leben Sie</p> <p><input type="checkbox"/> zu Hause und dort <input type="checkbox"/> allein <u>oder</u></p> <p><input type="checkbox"/> mit Angehörigen/mit sonstigen Personen</p> <p><input type="checkbox"/> im Betreuten Wohnen</p> <p><input type="checkbox"/> in einer Alten-/Pflegeeinrichtung</p> <p>Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

In den Abschnitten I.3 und I.4. sind Angaben zur häuslichen Situation sowie zur derzeitigen sozialen und häuslichen Versorgung vorzunehmen. Diese sind mit Blick auf die Entscheidung über die erforderliche Rehabilitationsart (ambulant/ambulant-mobil oder stationär), zur Klärung der Frage der Direktverlegung sowie einer ggf. erforderlichen Interimsversorgung von Bedeutung.

### I.5. Angaben zur/zum behandelnden Hausärztin/Hausarzt

<p><b>5. Behandelnde Hausärztin / behandelnder Hausarzt (soweit bekannt)</b></p> <p>Name <input type="text"/></p> <p>Adresse (soweit bekannt) Straße, Haus-Nr. <input type="text"/></p> <p>Postleitzahl <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/></p> <p>Telefonnummer <input type="text"/></p>
---

In diesem Abschnitt sind, sofern vorhanden und bekannt, Angaben zur/zum behandelnden Hausärztin/Hausarzt vorzunehmen. Diese ermöglichen der Krankenkasse die zeitnahe Vornahme einer im Einzelfall erforderlichen Rücksprache mit der Hausärztin/dem Hausarzt und trägt somit zu einer zeitnahen Leistungsentscheidung bei.

## I.6. Fragen zu einer Betreuung, Vorsorgevollmacht oder gesetzlichen Vertretung

<b>6. Fragen zu einer Betreuung, Vorsorgevollmacht oder gesetzlichen Vertretung</b>					
<input type="checkbox"/>	Betreuer/in	<input type="checkbox"/>	Vorsorgebevollmächtigte/r	<input type="checkbox"/>	Gesetzliche/r Vertreter/in
Name <input type="text"/>					
Adresse (soweit bekannt)					
Straße, Haus-Nr.		<input type="text"/>			
Postleitzahl		Wohnort		<input type="text"/>	
Telefonnummer <input type="text"/>					

Sofern eine Betreuung, Vorsorgevollmacht oder gesetzliche Vertretung besteht, können entsprechende Angaben für die Kommunikation zwischen der Krankenkasse und den jeweiligen Kontaktpersonen vorgenommen werden. Soweit vorhanden ist die Vollmacht oder der Beschluss des Gerichts über die Antragstellung als gesetzlicher Vertreter, Vormund, Betreuer oder Bevollmächtigter beizufügen.

## I.7. Spezielle Anforderungen / individuelle Wünsche an die Rehabilitationseinrichtung

<b>7. Spezielle Anforderungen und individuelle Wünsche an die Rehabilitationseinrichtung</b> (z. B. Nennung einer gewünschten Rehabilitationseinrichtung mit Begründung)
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

In diesem Abschnitt können Angaben zu speziellen Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung vorgenommen werden, die für die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung von Bedeutung sein können. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass die Versicherte / der Versicherte Wünsche zu einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung nennt. Weitere Hinweise können dem unter I.8. aufgeführten Merkblatt „Informationen zur Anschlussrehabilitation für Patientinnen und Patienten“ entnommen werden.

## II. Angaben des Krankenhauses

II. Angaben des Krankenhauses (z. B. durch den Sozialdienst / Case Management auszufüllen)	
Krankenhaus	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/> <input type="text"/>
Fallnummer/Patienten-ID	<input type="text"/>
<b>1. Kontaktdaten des Ansprechpartners im Krankenhaus (z. B. Sozialdienst / Case Management):</b>	
Name, Vorname	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
Faxnummer.	<input type="text"/>
<b>2. Ist eine Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten in deutscher Sprache möglich?</b>	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wenn <u>nein</u> , in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?	<input type="text"/>
<b>3. Wurde vorbehaltlich einer Kostenübernahme bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt?</b>	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. (Name, Anschrift und Telefonnummer)	
	<input type="text"/> <input type="text"/>
frühestmögliches Aufnahmedatum:	<input type="text"/>

In diesen Abschnitten sind durch den Sozialdienst des Krankenhauses Angaben vorzunehmen, die der Krankenkasse im Bedarfsfall eine zeitnahe Kontaktaufnahme ermöglichen sowie im Weiteren für die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung von Bedeutung sind. Hierzu zählt die Angabe, ob eine Kommunikation mit der Patientin/ dem Patienten in deutscher Sprache möglich ist und bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt wurde. Soweit bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt wurde, ist dies anzugeben. Dies gilt unabhängig davon, ob bereits eine Rückmeldung zu einer möglichen Aufnahme durch die Rehabilitationseinrichtung an das Krankenhaus erfolgt ist. Soweit bekannt, ist das frühestmögliche Aufnahmedatum anzugeben.

## B. Vordruckerläuterungen „Ärztlicher Befundbericht“

### I. Allgemeine Angaben

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation		
I. Allgemeine Angaben		
I.1. Personalien der/des Versicherten:		
Name	Geburtsdatum	Geschlecht
		männlich <input type="checkbox"/>
Vorname	Versichertennummer	weiblich <input type="checkbox"/>
		divers <input type="checkbox"/>
I.2. Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung		
Aufnahmedatum		voraussichtliches Entlassdatum
I.3. Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
I.4. Die Aufnahme in die Anschlussrehabilitation soll erfolgen		
<input type="checkbox"/> als Direktverlegung <input type="checkbox"/> innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am: _____		
<input type="checkbox"/> außerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am: _____		
Medizinische Begründung: _____		

Unter Punkt I.2 bis I.3. sind Angaben zur stationären Krankenhausbehandlung und zu ggf. derzeit durchgeführten Frührehabilitationsmaßnahmen vorzunehmen. Diese Angaben dienen der Einschätzung der Rehabilitationsfähigkeit und der Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung.

Unter I.4 erfolgt die Angabe, ob die Anschlussrehabilitation als Direktverlegung erfolgen soll. Kann die Anschlussrehabilitation erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen, ist dies sowie das früheste Datum der Aufnahme in die Anschlussrehabilitation anzugeben. Erfolgt die Aufnahme nach einem Zeitraum von mehr als 14 Tagen nach Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung ist zusätzlich eine medizinische Begründung für die zeitlich nachgelagerte Aufnahme in die Anschlussrehabilitation vorzunehmen.

Die medizinische Indikation (§ 7 Reha-RL) einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation setzt das Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und einer positiven Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für die Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele voraus. Diese Kriterien sind für die Feststellung der Erforderlichkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt im Sinne eines rehabilitationsmedizinischen Assessments (§ 7 Reha-RL) abzuklären (siehe Pkt. II bis IV).

## II. Rehabilitationsbedürftigkeit

### II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

II. Rehabilitationsbedürftigkeit			
II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen <u>in der Reihenfolge ihrer Bedeutung</u> (Codierung konkret und endständig)			
	Funktionsdiagnosen	ICD-10-GM <sup>1</sup>	Ur- sache <sup>2</sup>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

<sup>1</sup> Die hier angegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen abweichen

<sup>2</sup> Ursache der Erkrankung: 0 = 1-5 trifft nicht zu; 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall; 2 = Berufskrankheit; 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter z.B. Unfallfolgen; 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst; 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

Zur Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit sind nachfolgend im SINGER Patientenprofil (SPP) (vgl. Pkt. II. 4.) zusätzlich zu den Funktionsdiagnosen und zur Anamnese die Beeinträchtigungen in definierten Aktivitäts- und Teilhabebereichen im Sinne eines rehabilitationsmedizinischen Assessments anzugeben. Die eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation begründenden Funktionsdiagnosen sind – sofern erforderlich mit Seitenlokalisation – in der Reihenfolge ihrer Bedeutung anzugeben. Die Funktionsdiagnose ermöglicht es, die aus dem Gesundheitsproblem resultierenden relevanten Schädigungen sowie Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigung in kompakter Form zu beschreiben. Dazu gehören neben den ICD-10 Diagnosen die jeweiligen Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen einschließlich des Schweregrades, beispielsweise Coxarthrose rechts mit Schmerzen, reduzierter Muskelkraft und Ausdauer mit Gangunsicherheit und Beeinträchtigung beim Treppensteigen. Die den Beeinträchtigungen zugrundeliegenden Diagnosen sind gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln. Sofern bekannt, sind den einzelnen Diagnosen (mögliche) Ursachen zuzuordnen (z. B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolgen, etc.). Diese sind nur anzugeben, sofern eine der dort aufgeführten Ursachen zutrifft.



## II.2. Durchgeführte Behandlungen

<b>II.2. Durchgeführte Behandlungen</b>	
<input type="checkbox"/> Operation am _____	Welche? _____
<input type="checkbox"/> OPS _____	
Wunde geschlossen und reizlos?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> andere Behandlungen, und zwar _____	

Unter Pkt. II.2 erfolgen Angaben zu den bisher durchgeführten Behandlungen. Dabei sind insbesondere Angaben zur erfolgten Operation und zur Wundheilung vorzunehmen. Sind andere Behandlungen – auch neben einer Operation – erfolgt, sind Angaben hierzu vorzunehmen.

## II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf

<b>II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf</b>	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wenn <u>ja</u>	<input type="checkbox"/> im direkten Zusammenhang mit der AR führenden Diagnose (z. B. postop. Luxation der Endoprothese) _____
	<input type="checkbox"/> kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie) _____
	<input type="checkbox"/> sonstige (z. B. Pneumonie, Dekubitus) _____
	Besiedelung mit multiresistenten Keimen?
<input type="checkbox"/> ja, welche Keime?	_____
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt

Unter II.3 ist zu dokumentieren, ob Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf gegeben sind. Sofern Komplikationen bestehen, sind diese mit Blick auf die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit entsprechend näher zu konkretisieren.

## II.4. Drohende oder bestehende längerfristige alltagsrelevante Beeinträchtigungen

II.4. Drohen oder bestehen ohne die Durchführung der beantragten Anschlussrehabilitation längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen? (Beurteilung zum Zeitpunkt der Entlassung)								
ICF-Domäne	ITEM	Professionelle Hilfe		Laienhilfe		selbständig		Punkte
		Total	Kontakt-hilfe	Kontakt-hilfe	Assis-tenz	Mit HiMi	Ohne HiMi	
		0	1	2	3	4	5	
Selbstversorgung	Essen, Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Persönliche Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Waschen, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Harnkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobilität	Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rollstuhlnutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommunikation	Hörverstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lernen & Wissen anwenden	Lesen & verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
allg. Aufgaben & Anforderungen	Orientierung/ Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dauerkonzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Planen & Probleme lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sozial Interaktion	Soziales Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
häusliches Leben	Haushaltsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Gesamtscore</b>								

Es sind die nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe in unterschiedlichen Lebensbereichen der Versicherten/ des Versicherten sowie dem Unterstützungsbedarf hinsichtlich eines selbstbestimmten und möglichst eigenständigen Lebens anzugeben. Angaben sind auch dann vorzunehmen, wenn keine Beeinträchtigung vorliegt, d.h. die Verrichtung selbständig ohne Hilfsmittel erfolgen kann. Die Einschätzung der Beeinträchtigung berücksichtigt die Ausprägung zum Zeitpunkt der Entlassung. Dabei ist zu beurteilen, ob längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen ohne die Durchführung der beantragten Anschlussbehandlung drohen oder bestehen.

Hinweise zum Einsatz des SINGER Patientenprofils (SPP) finden Sie in der **Anlage** zu diesen Erläuterungen.

### III. Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit besitzen. Die Anforderungen an die Belastbarkeit der Rehabilitanden unterscheiden sich allerdings in Abhängigkeit der Indikation der Rehabilitationsleistung. So ist die Rehabilitationsfähigkeit für z. B. eine kardiologische Rehabilitation eine andere als die für eine Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen und wiederum eine andere als die für eine geriatrische Rehabilitation.

Die zur Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit vorzunehmenden Angaben sind zugleich auch bei der Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung sowie bei der Klärung der Rehabilitationsart (ambulant/ambulant-mobil oder stationär) zu berücksichtigen.

#### III.1. Ausreichende körperliche und psychische/kognitive Belastbarkeit

<b>III. Rehabilitationsfähigkeit</b>
<b>III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen?</b>
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Zur Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit sind Angaben zur körperlichen und psychischen Belastbarkeit der Versicherten/des Versicherten vorzunehmen. Ist eine Belastbarkeit nicht gegeben, mindert dies die Aussichten auf den Rehabilitationserfolg.

#### III.2. Weitere Informationen zur Belastbarkeit bei Operationen am Bewegungsapparat

<b>III.2. Weitere Informationen zur Belastbarkeit bei Operationen am Bewegungsapparat</b>
<input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> teilbelastbar mit bis zu: <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> übungstabil
Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besonderheiten: <input type="text"/>

Bei Operationen am Bewegungsapparat sowie bei Amputationen sind Angaben zur voraussichtlichen Belastbarkeit zum Zeitpunkt des Antritts der Anschlussrehabilitation bzw. zur möglichen Versorgung mit einer Interimsprothese vorzunehmen. Soweit Besonderheiten mit Blick auf die Belastbarkeit bestehen, sind diese ebenfalls anzugeben, z. B. ausschließlich geführte passive Bewegungen einschließlich Pendelübungen im schmerzfreien Bereich.

#### III.3. Kriterien aus dem Frühreha-Index (FR-Index)

<b>III.3. Kriterien aus dem Frühreha-Index (FR-Index) für die Zuweisung in die neurologische Rehabilitation i.S.d. Phasenmodells der BAR (außer Phase D)</b>	
<input type="checkbox"/> intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	<input type="checkbox"/> absaugpflichtiges Tracheostoma
<input type="checkbox"/> intermittierende Beatmung	<input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)
<input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	<input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung
<input type="checkbox"/> schwere Verständigungsstörung	

Soweit die Zuweisung in die neurologische Rehabilitation i.S.d. Phasenmodells der BAR erfolgen soll, sind außer für die Zuweisung in die Phase D zusätzlich Angaben zu den Frühreha-Kriterien

vorzunehmen. Diese Angaben sind in Ergänzung zum SINGER-Patientenprofil zu sehen. Das Vorliegen von Kriterien aus dem Frühreha-Index kann ggf. einer Zuweisung in die Phase C entgegenstehen.

#### IV. Rehabilitationsziele/-prognose

IV. Rehabilitationsziele/-prognose
Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen?

Die Rehabilitationsziele bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, um eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Realistische Rehabilitationsziele leiten sich aus den für die Versicherten alltagsrelevanten Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen ab. Sie müssen für jeden Rehabilitanden individuell formuliert und möglichst konkret beschrieben werden (z. B. Erreichen eines Transfers, Gehen kurzer Strecken). Die Festlegung von Rehabilitationszielen erfolgt in einem partizipativen Prozess mit der Patientin/dem Patienten und insbesondere bei pflegebedürftigen Personen auch mit den Angehörigen. Die formulierten alltagsrelevanten Rehabilitationsziele sind zu dokumentieren. Abweichungen zwischen den von der Patientin/vom Patienten formulierten Rehabilitationszielen und denen der Vertragsärztin/des Vertragsarztes sind ebenfalls zu dokumentieren, da dieser Umstand einen Einfluss auf die Prognose haben kann.

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels.

## V. Zusammenfassende Bewertung

### V. Zusammenfassende Bewertung und Einschätzung

#### V.1. Schwerpunkt der Rehabilitationsmaßnahme

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs                              | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen                        |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten der Gefäße  | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen                         |
| <input type="checkbox"/> Entzündlich-rheumatische Erkrankungen                                   | <input type="checkbox"/> Gynäkologische Erkrankungen                       |
| <input type="checkbox"/> Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen                                  |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologische Erkrankungen                                       | <input type="checkbox"/> Psychosomatische psychovegetative Erkrankungen    |
| <input type="checkbox"/> Endokrine Krankheiten   | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen                           |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten der Atmungsorgane   | <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen                                 |
| <input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankungen   | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane |
| <input type="checkbox"/> Urologische Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> Geriatrie   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige  |  |

#### V.2. Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?

- ambulant     ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz):

- stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung):

Die zusammenfassende Bewertung und Einschätzung beinhaltet Angaben zum Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (V.1), zur empfohlenen Rehabilitationsart (V.2), also ob die Leistung ambulant, ambulant mobil (aufsuchend) oder stationär erbracht werden soll.

Sofern die Leistung ambulant mobil oder stationär erfolgen soll, ist dies zu begründen. Der Grundsatz ambulant vor stationär und somit das Wirtschaftlichkeitsgebot sind zu beachten. Falls es sich bei dem/der Versicherten um eine(n) pflegende(n) Angehörige(n) handelt und insofern eine stationäre Anschlussrehabilitation erfolgt, ist dies ebenfalls in der Begründung darzulegen.

**V.3. Auf Grundlage der vorgenommenen Bewertung und der o.g. Angaben ist nach Einschätzung der Krankenhausärztin/des Krankenhausarztes ein Fall nach § 16 Reha-RL gegeben**

- nein       ja, weil:
- Myokardinfarkt
  - Koronar-Arterielle Bypass-Operation auch in Kombination mit einem Herzklappenersatz
  - Herzinsuffizienzen ab NYHA II
  - endoprothetische Versorgung von Knie- oder Hüftgelenk
  - spezifische Rückenschmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko
  - Spinalkanalstenose/Enger Spinalkanal/Rezessusstenose
  - Major Amputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes)
  - Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen
  - 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
  - Onkologische Krankheiten
  - Organ-Transplantationen und –Unterstützungssysteme
  - geriatrische Anschlussrehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit einer geriatritypischen Multimorbidität und einem erhöhten Lebensalter (70 Jahre oder älter)

Unter V.3 nimmt die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt eine Einschätzung zum Bestehen einer Fallkonstellation nach § 16 Abs. 1 Reha-RL auf Grundlage der vorgenommenen Bewertung und der Angaben unter Pkt. I.2 bis IV. vor. In den Fallkonstellationen des § 16 Abs. 1 Reha-RL ist bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen nach § 16 Abs. 1 und 2 die Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse ausgeschlossen. Die Krankenkasse trifft für alle Anträge weiterhin die Entscheidung über die Leistung gemäß § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V. Vor der Überleitung in die Anschlussrehabilitation ist somit immer eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse erforderlich.

**VI. Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation**

Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation	
<b>VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt?</b>	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar wegen:
	<input type="checkbox"/> Dialyse, welches Verfahren <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Immunsuppressiva
<input type="checkbox"/> Isolationspflicht	<input type="checkbox"/> Beatmung
<input type="checkbox"/> OS/US-Prothese	<input type="checkbox"/> Bettüberlänge
<input type="checkbox"/> gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung	<input type="checkbox"/> Katheter
<input type="checkbox"/> Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehörige; Pflegegrad (soweit bekannt):	<input type="checkbox"/> Tracheostoma
<input type="checkbox"/> Dekubitus, Stadium: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PEG
<input type="checkbox"/> sonstiges <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Weaning
	<input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas
	<input type="checkbox"/> Schwerlastbett bis zu: <input type="text"/> kg
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

In diesem Abschnitt erfolgen die Angaben zu besonderen Anforderungen, die bei der Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung zu berücksichtigen sind. Sofern bei pflegenden

Angehörigen eine Mitaufnahme des Pflegebedürftigen gewünscht wird, ist dies entsprechend anzugeben. Soweit bekannt, ist der Pflegegrad der pflegebedürftigen Person anzugeben. Sprechen medizinische Gründe gegen die Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in die stationäre Rehabilitationseinrichtung, sind diese unter „sonstiges“ anzugeben. Dies kann beispielsweise bei schweren Erschöpfungssyndromen oder depressiven Störungen des pflegenden Angehörigen der Fall sein, bei denen eine räumliche/örtliche Distanzierung vom sozialen Umfeld für eine positive Rehabilitationsprognose notwendig erscheint. Sofern die Sicherstellung der Versorgung des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation des pflegenden Angehörigen durch die Koordination einer alternativen Versorgung des Pflegebedürftigen (z. B. Kurzzeitpflege) durch die Krankenkasse und Pflegekasse gewünscht wird, ist dies unter „sonstiges“ anzugeben.

## VI.2. Voraussichtliches Verkehrsmittel für die Anreise zur Anschlussrehabilitation

**VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich medizinisch notwendig?**

öffentliches Verkehrsmittel

PKW

Taxi/Mietwagen

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig, ist wegen

Rollstuhltransport

Tragestuhltransport

Liegendtransport

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich?  ja  nein

In diesem Abschnitt sind Angaben zum voraussichtlich erforderlichen Verkehrsmittel und zur Notwendigkeit einer Begleitperson für die Anreise vorzunehmen. Ein Taxi oder Mietwagen (i.S.d. § 7 Abs. 1 Satz 2 Krankentransport-Richtlinie) ist als Option anzukreuzen, wenn die oder der Versicherte aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen kann. Ist ein Transport mit Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend medizinisch erforderlich, so sind diese Anforderungen bei Taxi oder Mietwagen zusätzlich anzugeben. Die Beförderung mittels KTW ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung und/oder die besondere Einrichtung des KTW aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwendiges Beförderungsmittel nicht möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Diagnose oder die Behandlung an sich die „zwingende medizinische Notwendigkeit“ des KTW begründet, sondern Art und Ausmaß der Funktionsstörung. Diese ist daher hier (ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10) anzugeben bzw. muss sich aus der Begründung ableiten lassen. Bei der Verordnung eines KTW können zusätzlich die Felder unter Rollstuhl, Tragestuhl oder liegend angekreuzt werden.

### VI. 3 Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes

<b>VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes:</b>	
Name, Vorname	<input type="text"/>
Telefon-Nr. für Rückfragen	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift der/des behandelnden Krankenhausärztin/-arztes	Stempel

Für mögliche Rückfragen der Krankenkasse und insofern zur Sicherstellung eines zeitnahen Zugangs der Versicherten/des Versicherten zur Anschlussrehabilitation sind die entsprechenden Kontaktdaten anzugeben.



Hinweise zum Einsatz des SINGER-Patientenprofils**SINGER-Patientenprofil**

Die zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem KH fortbestehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen einer Patientin/eines Patienten sind im ärztlichen Befundbericht zum AR-Antrag zu dokumentieren. Die Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe erfolgt mit dem SINGER Patientenprofil. Dabei sind die ohne die Durchführung der beantragten Anschlussbehandlung längerfristig (>6 Monate) drohenden oder bestehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen zu dokumentieren.

<b>SINGER-Patientenprofil</b>								
<b>Drohen oder bestehen ohne die Durchführung der beantragten Anschlussbehandlung längerfristige (&gt;6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen?</b> (Beurteilung zum Zeitpunkt der Entlassung)								
<i>ICF-Domäne</i>	<i>ITEM</i>	<i>Professionelle Hilfe</i>		<i>Laienhilfe</i>		<i>selbständig</i>		<i>Punkte</i>
		<i>Total</i>	<i>Kontakt-hilfe</i>	<i>Kontakt-hilfe</i>	<i>Assis-tenz</i>	<i>Mit HiMi</i>	<i>Ohne HiMi</i>	
		<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	
<b>Selbstversorgung</b>	<i>Essen, Trinken</i>							
	<i>An- und Ausziehen</i>							
	<i>Persönliche Hygiene</i>							
	<i>Waschen, Duschen</i>							
	<i>Stuhlkontrolle</i>							
	<i>Harnkontrolle</i>							
	<i>Toilettengang</i>							
<b>Mobilität</b>	<i>Transfer</i>							
	<i>Rollstuhlnutzung</i>							
	<i>Gehen</i>							
	<i>Treppensteigen</i>							
<b>Kommunikation</b>	<i>Hörverstehen</i>							
	<i>Sprechen</i>							
<b>Lernen &amp; Wissen anwenden</b>	<i>Lesen &amp; verstehen</i>							
	<i>Schreiben</i>							
<b>allg. Aufgaben &amp; Anforderungen</b>	<i>Orientierung/ Gedächtnis</i>							
	<i>Dauerkonzentration</i>							
	<i>Planen &amp; Probleme lösen</i>							
<b>soziale Interaktion</b>	<i>Soziales Verhalten</i>							
<b>häusliches Leben</b>	<i>Haushaltsführung</i>							
<b>Gesamtscore</b>								

- Das SINGER-Patientenprofil selbst ist kein Assessment, sondern lediglich ein aus dem evaluierten SINGER-Assessment abgeleitetes Format, mit dem zum Entlassungszeitpunkt der Unterstützungsbedarf für die angegebenen Beeinträchtigungen (N=17) und 3 Funktionsschädigungen (Stuhlfunktion, Harnfunktion und Orientierung) in einer 5-stufigen Graduierung dargestellt wird. Es werden lediglich Beobachtungsergebnisse dokumentiert und nicht Ergebnisse von Testverfahren gefordert.
- Im SINGER-Patientenprofil werden nur die Beeinträchtigungen dokumentiert, die während eines KH-Aufenthaltes realistisch vom Personal beobachtet werden können. Deshalb erfolgt die Einschätzung der Beeinträchtigung auch nur in 7 von 9 Lebensbereichen. Bezüglich der Abstufungen des Hilfebedarfs (Stufe 1–5) kann der Erläuterungstext aus dem SINGER-Manual herangezogen werden, sodass die Zuordnung zu einer Unterstützungsstufe schon nach einigen Anwendungen ohne Probleme vorgenommen werden kann.

Das SINGER-Patientenprofil wurde aus dem SINGER-Assessment abgeleitet. Im Gegensatz zum SINGER-Assessment werden zur Stufenzuordnung nicht die im SINGER-Assessment für jede einzelne Stufe festgelegten Einstufungskriterien genutzt, sondern lediglich die „Oberkategorien, welche sich an der Art des Unterstützungsbedarfes ausrichten. Dies sind folgende Kategorien: <sup>1</sup>

- Professionelle Hilfe: Diese ist nur im Rahmen der Therapie, also im therapeutischen Kontext, leistbar. „Total“ bedeutet, dass der Patient zu keinerlei Leistung/Interaktion in der Lage und demnach von professioneller Hilfe vollständig abhängig ist. „Kontakthilfe“ bedeutet, dass ausschließlich im therapeutischen Kontext nutzbare, beginnende Aktivitäten durch den Patienten möglich sind, welche jedoch außerhalb der Therapie noch keine Alltagsrelevanz erreichen.
- Laienhilfe: Diese ist auch außerhalb von Therapiesituationen durch unterwiesene Helfer zu leisten. „Kontakthilfe“ bedeutet hier, dass der Helfer den Patienten aktiv unterstützt, zumeist durch Körperkontakt bzw. aktive Interaktion durch den Helfer. „Assistenz“ bedeutet, dass der Patient die geforderte Leistung selbst erbringt, er jedoch noch beaufsichtigt werden muss und Hilfsmittel ggf. angereicht bzw. zurechtgelegt werden müssen.
- Selbständig: Der Patient ist vollständig unabhängig von personeller Hilfe. Mit „Hilfsmittel“ (HiMi) bedeutet, dass der Patient mit selbst genutzten Hilfsmitteln selbständig ist. „Ohne HiMi“ bedeutet, dass er die entsprechende Leistung wie ein gleichaltrig Gesunder ohne Hilfsmittel erbringen kann.

Hinweis: Sollte im Einzelfall die Entscheidung zwischen zwei Leistungsstufen nicht möglich sein, so sollte die jeweils niedrigere Leistungsstufe gewählt werden. Damit wird verhindert, dass ein Patient, welcher fälschlicherweise zu gut eingeschätzt wurde, den notwendigen Unterstützungsbedarf nicht erhält.

---

<sup>1</sup> Vgl. auch im Folgenden: Erläuterungen zum SINGER-Patientenprofil. SINGER Patientenprofil.pdf  
<https://www.singer-assessment.de/singer-patientenprofil/>

## SINGER – Übersicht zur Stufenzuordnung

	Items	unselbständig – beginnende Mithilfe mit professioneller Hilfe in der Therapie		mithilfefähig – teilselbständig mit personeller Hilfe auch außerhalb der Therapie		selbständig mit / ohne Hilfsmittel, unabhängig von personeller Hilfe	
		0	1	2	3	4	5
I	<b>Essen / Trinken</b>	Ernährung durch Fachpersonal (i.v., PEG, FOTT) keine Mithilfe	Ernährung durch Fachpersonal, sicheres Schlucken nur in der Therapie, erste Mithilfe	sicheres Schlucken angepasster Nahrung außerhalb der Therapie, PEG nur für Flüssigkeit	selbständiges Essen mit Supervision u. Hilfe bei Zubereitung, ggf. PEG – wird vom Pat. bedient	selbständiges Essen angepasster Kostform, ggf. verlangsamt u. mit Hilfsmitteln	selbständig ohne Einschränkungen der Kostform u. ohne Hilfsmittelnutzung
II	<b>- An-/ Auskleiden</b>	vollständig fremdhilfeabhängig	beginnende Mithilfe im Oberkörperbereich, ansonsten professionelle Kontakthilfe	Oberkörper selbständig, Unterkörper mit Kontakthilfe	Supervision und Vorbereitung, Kontakthilfe nur bei Schuhen und Verschlüssen	selbständig mit Hilfsmitteln bzw. verlangsamt, ggf. Orthesenhilfe	selbständig ohne Hilfsmittel
III	<b>Pflege Gesicht, Hände Zähneputzen Rasieren</b>	vollständig fremdhilfeabhängig	beginnende Mithilfe, Kontakthilfe bei mehreren Körperregionen	geringe Kontakthilfe bei einer Körperregion, ggf. Bedienung Wasserhahn	selbständig mit Supervision und Vorbereitung, Hilfe bei Zahnprothesen	selbständig mit Hilfsmitteln (Sitzgelegenheit, Adaptationshilfsmittel) bzw. verlangsamt	selbständig ohne Einschränkungen und ohne Hilfsmittel
IV	<b>Waschen Duschen Baden</b>	vollständig fremdhilfeabhängig	beginnende Mithilfe (Gesicht, Oberkörper vorn) umfassende Kontakthilfe, geführte Bewegungen	Körper wird zur Hälfte selber gewaschen, Kontakthilfe bei Rücken, Unterschenkel, Füße	selbständig mit Supervision und Vorbereitung bei Ganzkörperwaschung, Sitz und Standstabilisierung	selbständig mit Hilfsmitteln ggf. verlangsamt	selbständige Ganzkörperpflege ohne Hilfsmittel
V	<b>Stuhlkontrolle</b>	Stuhlinkontinenz, vollständig fremdhilfeabhängig	meldet sich unregelmäßig, umfassende Kontakthilfe bei beginnender Mithilfe, > 2 Zwischenfälle/Woche	meldet sich immer, Kontakthilfe bei Anlage von Inkontinenzmaterial, max. 2 Zwischenfälle / Woche	selbständig mit Supervision u. Vor / Nachbereitung v. Hilfsmitteln / Entsorgung, Zwischenfälle selten	selbständig mit Hilfsmitteln bzw. eigene Toilettenplanung, keine Zwischenfälle mehr	volle Stuhlkontrolle ohne Hilfsmittel
VI	<b>Harnkontrolle</b>	Harninkontinenz, vollständig fremdhilfeabhängig	meldet sich unregelmäßig, beginnende Mithilfe bei Anlage von Hilfsmitteln, Fremd-Katheterisierung täglich Zwischenfälle (ZF)	meldet sich zumeist, geringe Kontakthilfe beim Katheterisieren bzw. Platzieren von Inkontinenzmaterial, maximal 3 Zwischenfälle /Woche	selbständig mit Supervision u. Vorbereitung beim Katheterisieren bzw. Anwendung von Inkontinenzmaterial, meldet sich immer, < 1 ZF / Woche	selbständig mit Hilfsmitteln bzw. eigene Toilettenplanung, keine Zwischenfälle mehr	volle Harnkontrolle ohne Hilfsmittel
VII	<b>Toilettenbenutzung</b>	vollständig fremdhilfeabhängig bzw. Toilettennutzung nicht mgl.	beginnende Mithilfe bei Toilettenbenutzung, Kontakthilfe durch 1-2 prof. Helfer notwendig	Mithilfefähigkeit, sodass Fremdunterstützung beim Entkleiden und Gleichgewichtshalten ausreicht	selbständige Toilettenbenutzung unter Supervision und Anreichen von Reinigungsutensilien	selbständige Toilettenbenutzung mit Hilfsmitteln (Haltegriffe, behindertengerechte Toilette)	Selbständige Toilettenbenutzung ohne Hilfsmittel
VIII	<b>Transfer Bett / Stuhl/Rollstuhl</b>	vollständig fremdhilfeabhängig, i.d.R. 2 Helfer bzw. Lifter	beginnende Mithilfe durch Körpergewichtsverlagern, Abstützen, prof. Kontakthilfe, kein Lifter	Mithilfefähigkeit durch aktive Unterstützung, sodass Kontakthilfe ausreichend ist	selbständiger Transfer mit Supervision, ggf. Hilfsmittelvorbereitung, Anlage von Orthesen / Prothesen	selbständig mit Hilfsmitteln bzw. noch verlangsamt	selbständiger Transfer ohne Hilfsmittel
IX	<b>Rollstuhl- nutzung</b>	Vollständig fremdhilfeabhängig, passiv geschoben	beginnende Mithilfe bei Strecken bis zu 5 Metern mit Kontakthilfe	Strecken von 20 Meter mit Kontakthilfe beim Anfahren u. Richtungsänderung können bewältigt werden	Strecken von 50 Meter werden mit Supervision und Anleitung bewältigt	selbständig bei Strecken von 300 Metern zu ebener Erde, davon 100 Meter ohne Pause	selbständige Rollstuhl- nutzung im Gelände bzw. Patient ist kein Rollstuhlfahrer
X	<b>Gehen</b>	Vollständige Gehunfähigkeit	beginnende Mithilfe bei wenigen Schritten mit prof. Kontakthilfe / Hilfsmitteln	Mithilfefähigkeit, sodass 20 Meter mit Fremdhilfe, ggf. mit Hilfsmittel zur Teilentlastung u. Gangstabilisierung mgl. sind	50 Meter mit Supervision und ggf. Hilfsmitteln	selbständig bei Strecken von 200 Meter zu ebener Erde, ggf. mit Hilfsmitteln und verlangsamt	selbständiges Gehen von 300 Meter im Gelände ohne Pause u. ohne Hilfsmittel

	Items	unselbständig – beginnende Mithilfe mit professioneller Hilfe in der Therapie		mithilfefähig – teilselbständig mit personeller Hilfe auch außerhalb der Therapie		selbständig mit / ohne Hilfsmittel, unabhängig von personeller Hilfe	
		0	1	2	3	4	5
XI	<b>Treppensteigen</b>	Treppensteigen nicht möglich	max. 5 Stufen mit umfassender prof. Kontakthilfe, zumeist durch 2 Helfer	Mithilfefähigkeit, sodass Fremdunterstützung zur Bewältigung von 15 Stufen ausreichend ist	15 Stufen selbständig mit Supervision und ohne Kontakthilfe, ggf. Hilfsmittel eingesetzt	Pat. bewältigt eine Etage, ggf. verlangsamt bzw. mit Geländer u. Hilfsmittel selbständig	mindestens eine Etage ohne Hilfsmittel und ohne Geländer mgl.
XII	<b>Hörverstehen</b>	verbale / non verbale Kommunikation wird nicht verstanden bzw. nicht verarbeitet	Reaktion auf eigenen Namen, erstes Verstehen/ Reagieren auf Worte und Gesten	Verstehen kurzer, langsamer u. wiederholter Äußerungen mit Situationsbezug	Verstehen komplexer Sätze, welche personen- u. situationsübergreifend sind	kann längeren Gesprächen folgen, Probleme bei sehr komplexen Infos mit Themen-u. Zeitwechsel	uneingeschränktes Verstehen u. Verarbeiten verbaler u. nonverbaler Kommunikation
XIII	<b>Sprechen</b>	keinerlei verbale oder nonverbale Kommunikation	einzelne Worte/Gesten zur Zustimmung/Ablehnung basaler Bedürfnisse mit Stimulation / Zeitbedarf	kommuniziert aktiv mit Wörtern / kurzen Phrasen, Wortwahl/-findung gestört Nachfragen erforderlich	spricht in ganzen Sätzen, wobei Fehler den Sinn nicht entstellen, Verständlichkeit reduziert	kommuniziert komplexe Sachverhalte, Fehler selten, ggf. Wortfindungsstörungen	sprachliche Kommunikation ungestört
XIV	<b>Lesen / Verstehen</b>	Lesen nicht möglich	Lesen / Verstehen nur einzelner Worte / Zeichen/ Zahlen	Lesen / Verstehen von Orientierungshilfen, wobei Assistenz zur Nutzung notwendig ist	kann einfache Sätze lesen und verstehen und kommt geschriebenen Aufforderungen nach	selbständige Nutzung zusammenhängender Texte, Probleme bei komplexen Inhalten	komplexe schriftliche Informationen werden zügig gelesen und verstanden
XV	<b>Schreiben</b>	Schreiben und Zeigen auf Buchstaben nicht möglich	eigener Name wird unter Anleitung geschrieben bzw. kopiert	Wünsche können durch einzelne geschriebene Worte ausgedrückt werden, Fehler noch mgl.	kann einfache Sätze und Notizen ohne sinnentstellende Fehler schreiben	schreibt kurze Texte ohne sinnentstellende Fehler	kann Texte aller Art unbeeinträchtigt schreiben
XVI	<b>Gedächtnis Orientierung</b>	völlig desorientiert, keine Gedächtnisleistungen	beginnendes Wiedererinnern in der Therapie mit professioneller Hilfe	Rückkehr hochfrequenter Erinnerungen auch außerhalb der Therapie, ständige Betreuung notw.	wesentliche Erinnerungen mit Supervision / kurzen verbalen Anleitung sicher	Erinnern noch leicht unsicher, aber selbständig kompensiert	vollständig orientiert, unauffällige Gedächtnisleistung
XVII	<b>Konzentrierte Belastbarkeit</b>	somnolent bzw. weniger als 10 Minuten aufmerksam	10-20 Minuten konzentriert schnell erschöpft und sehr ablenkbar	30 Minuten konzentrierte Belastbarkeit mit kurzer Pause, wiederholt Ruhepausen im Tagesverlauf	30-60 Minuten konzentrierte Belastbarkeit ohne Pausen	mehrere Stunden belastbar, Mittagsruhe notw., Ermüdung erst am Nachmittag	Aufmerksamkeit und Konzentration unauffällig
XVIII	<b>Planen Problemlösen</b>	keine Handlungsübernahme trotz Hilfen	einzelne Handlungsschritte mit prof. Hilfe mgl., kann Handlungen nicht selbst initiieren	unter Führung und Motivation erschwerte Initiierung von Handlungseinheiten mgl.	selbständig, verlangsamt bei Routinehandlungen, Fremdhilfe bei komplexen Anforderungen	Routine selbständig u. fehlerfrei, Neues und Komplexes gelingt verlangsamt, wenige Hinweise reichen	Planen und Problemlösen unauffällig
XIX	<b>Soziales Verhalten</b>	keine soziale Kontaktaufnahme, Daueraufsicht notw.	beginnende Kontaktaufnahme mit prof. Hilfe, nicht absprachefähig, oft Überreden u. Zurechtweisen	Kontakt kann und muss durch Hinweise strukturiert werden, mindestens 30 Minuten absprachefähig	Einsichtsfähig, absprachefähig für Stunden, Hinweise nur bei Stress, keine Gefährdung	selten inadäquate Reaktionen, die selbst erkannt werden, voll absprachefähig	soziales Verhalten ungestört
XX	<b>Haushaltsführung</b>	vollständige Fremdhilfeabhängigkeit	beginnende Mithilfe bei täglicher Haushaltshilfe	kann selbst für eine warme Mahlzeit sorgen, tgl. Supervision, damit Wohnung nicht verwahrlost	Haushaltshilfe nur 1 x pro Woche notwendig, ansonsten selbständig	Haushaltführung mit Mühe und ggf. Hilfsmittel selbständig mgl.	Haushaltführung uneingeschränkt mgl.

Quellen: Funke, U.N., Schüwer, U., Themann, P & Gerdes, N. (2017). SINGER Manual zur Stufenzuordnung (2.Auflage). Regensburg: Roderer-Verlag, (Übersicht auf S. 219)

Funke, U.N. in: Schädler, S. et al. (Hrsg.) (2020), Assessments in der Rehabilitation“ Band 1 (4. Auflage): Hogrefe Verlag Bern, (Übersicht auf S. 106)

- Ein Gesamtscore ist anzugeben. Dieser dient nicht der Beurteilung durch die Krankenkassen, sondern ausschließlich als Information für die Rehabilitationseinrichtung.
- Für das Indikationskriterium „Rehabilitationsbedürftigkeit“ ist es unerheblich, wie groß der Unterstützungsbedarf für die angegebenen Beeinträchtigungen ist, sofern sich die Beeinträchtigungen auf die rehabegründende Funktionsdiagnose zurückführen lassen und die Prognose für das/die Rehabilitationsziel/e realistisch und alltagsrelevant ist/sind. Keine Beeinträchtigungen und somit ein Summenscore von 100 wären allerdings ein Hinweis darauf, dass dieses Indikationskriterium nicht erfüllt ist (Kreuze alle rechts).
- Ebenso wäre das Indikationskriterium „Rehabilitationsfähigkeit“ anzuzweifeln, wenn die angegebenen Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen die professionelle Übernahme der Aktivitäten erforderlich ist (Kreuze alle links).