

## **DRG – Blog Sonderausgabe: Unterschiede Akut- und Reha – Kodierung**

Die Kodierung in der Rehabilitation erfolgt nach denselben Kodierregeln wie im Akutbereich – ausgenommen, es gibt konkrete Formulierungen, die die Handhabung unter ST Reha differenzieren<sup>1</sup>.

Die Kodierung der **Hauptdiagnose** ist analog dem Akutbereich als Hauptaufwand des Aufenthaltes definiert, respektive auch Hauptgrund der Rehabilitation ist.

→ siehe DRG-Blog [Haupt- und Nebendiagnosen](#)

Die Kodierung der **Nebendiagnosen** ist analog dem Akutbereich verknüpft mit diagnostischem, therapeutischem oder pflegerischem Mehraufwand. Speziell zu erwähnen ist, dass motorische und kognitive Funktionseinschränkungen (U50.- / U51.-) nach dem Eintrittsstatus erfasst werden sollen.

Als Nebendiagnosen werden auch alle Diagnosen aufgelistet, die während des stationären Aufenthaltes neu auftreten oder als Rezidiv auftreten, z.B. gastrointestinale Blutung, die eine medikamentöse Therapie erfordert.

Prozeduren werden analog dem Akutbereich kodiert. Ausgenommen sind medikamentöse Therapien wie Antiinfekti se Therapien (z.B. i.v. Antibiotika wird mit 99.22.1- *Injektion einer antiinfektiösen Substanz, nach Anzahl Behandlungstage* erfasst), die bei ST Reha ebenso kodiert werden, und nicht wie im Akutbereich weggelassen werden können.

In der Rehabilitation gibt es einige Prozedurencodes, die standardmässig erfasst werden müssen. Die Codes BA.1- bis BA.9<sup>2</sup> werden ergänzt mit einer einmaligen Eingabe eines Codes **AA.- (ADL-Scores<sup>3</sup>)**. Das **Assessment (Eintrittsmessungen)** für einen Code AA.- muss innerhalb von 72 Stunden<sup>4</sup> nach Beginn des stationären Aufenthaltes in der Rehabilitation durchgeführt werden. Somit beinhaltet eine standardisierte Erfassung der ADL-Scores rund 15 CHOP-Codes je Eintritt und je Austritt, die erfasst werden.

Das heisst, bei jedem Rehabilitationsfall muss **mindestens ein CHOP AA-Kode und ein CHOP BA-Kode erfasst** werden. Zudem werden Alltagsfunktionsmessungen bei Eintritt und Austritt erhoben und dokumentiert. Beispielsweise die Multimorbidit tsmessung bezieht sich auf die Subkategorie AA.21.- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) und muss einmal pro Aufenthalt, bei Eintritt, erhoben und dokumentiert werden.

Hauptdiagnose HD	Behandlung (B) Rehabilitation (BA) = 8 Rehabilitationsarten und eine Restklasse für sonstige Rehabilitationsarten
<b>Hauptdiagnose = Diagnose, die eine Rehabilitation erfordert</b>	BA.1 Neurologische Rehabilitation BA.2 Psychosomatische Rehabilitation BA.3 Pulmonale Rehabilitation BA.4 Kardiale Rehabilitation BA.5 Muskuloskelettale Rehabilitation BA.6 Internistische und onkologische Rehabilitation

<sup>1</sup> Kodierregeln sichtbar im Kodierhandbuch [Instrumente zur medizinischen Kodierung \(admin.ch\)](#)

<sup>2</sup> CHOP Codes für spezifische Rehabilitationen, eingeteilt nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche, siehe CHOP Katalog [Schweizerische Operationsklassifikation \(CHOP\) - Systematisches Verzeichnis - Version 2024 | Publikation \(admin.ch\)](#)

<sup>3</sup> Activity of Daily Living (ADL) - [Downloads – ANQ](#)

<sup>4</sup> Innerhalb von 3 Arbeitstagen, d.h. nur Sonntage und gesetzliche Feiertage gelten als Nicht-Arbeitstage. Samstag gelten als Arbeitstage.

	BA.7 Pädiatrische Rehabilitation BA.8 Geriatriische Rehabilitation BA.9 Rehabilitation, sonstige
--	--

*Tabelle: Rehabilitationsarten mit dazugehörigen CHOP-Codes*

Jede Rehabilitation weist wöchentlich stattfindende und dokumentierte Rehabilitationskoordination, resp. -teambesprechungen oder Fachvisiten auf<sup>5</sup>, unter Einbezug von ärztlichem, therapeutischem und pflegerischem Personal. Bei Abwesenheit eines Fachbereiches sollt die Information schriftlich übermittelt werden. Bei angebrochenen Behandlungswochen muss die Teambesprechung / Fachvisite nicht zwingend stattfinden, d.h. definierte Wochentage für diese Besprechungen / Fachvisiten sind möglich.<sup>6</sup>

BA.1- bis BA.9- werden mit **Therapieminuten pro Woche** angegeben und wirken sich direkt auf die RCG aus, weshalb **die Therapien und deren Dauer gut dokumentiert werden müssen**. Je nach CHOP-Code und Art der Rehabilitation können verschiedene Cut-offs angegeben werden.

#### **Beispiel Geriatriische Rehabilitation:**

- BA.80 Geriatriische Rehabilitation, mit weniger als 300 Therapieminuten pro Woche
- BA.81 Geriatriische Rehab., mit durchschn. 300 bis weniger als 375 Therapieminuten pro Woche
- BA.82 Geriatriische Rehab., mit durchschn. 375 bis weniger als 450 Therapieminuten pro Woche
- BA.83 Geriatriische Rehab., mit durchschn. 450 bis weniger als 525 Therapieminuten pro Woche
- BA.84 Geriatriische Rehab., mit durchschn. 525 bis weniger als 600 Therapieminuten pro Woche
- BA.85 Geriatriische Rehab., mit durchschn. 600 und mehr Therapieminuten pro Woche

In der Rehabilitation gibt es in **der Kategorie BB.3- und BB.4- Zusatzkodes**, mit denen man spezifische aufwändige pflegerische Leistungen erfassen kann. Beispielsweise aufwändiges Wundmanagement von min. 60 min/Tag oder 1:1-Betreuung (Betreuung von nur einem Pateinten zeitgleich möglich). Diese Kodes erfasst man für jeden Tag, an dem die Pflege durchgeführt wird. Im Gegensatz zum Akutspital darf in der Rehabilitation die Pflege-Komplexbehandlung (99.C-) nicht kodiert werden – dieser Kode ist nicht vereinbar mit den BA.- Kodes.

#### **Kodierbeispiel (Neurologische Rehabilitation)**

Ein Patient wird zur stationären Rehabilitation verlegt mit Status nach Hirninfarkt im Mediastromgebiet und mit schlaffer Halbseitenlähmung. Nebendiagnostisch besteht eine koronare Herzkrankheit zweier Gefässe, die medikamentös behandelt wird. Pflegerisch benötigt der Patient einen über die Basisleistung hinausgehenden dokumentierten Zusatzaufwand von 73 Aufwandspunkten. Zusätzlich erhält er über 4 Wochen durchschnittlich 700 Minuten pro Woche Logopädie und Ergotherapie. Ausserdem erfolgt während der Rehabilitation ein Hausbesuch zur Abklärung der häuslichen Situation sowie der weiteren Rehabilitationsziele und Massnahmen.

<sup>5</sup> Mindestmerkmale unter den CHOP-Codes BA.-

<sup>6</sup> **Beispiel:** Wenn ein Patient/eine Patientin an einem Donnerstag eintritt und am darauffolgenden Dienstag entlassen wird, die Teambesprechung jedoch immer am Mittwoch stattfindet, wird vom Spital nicht erwartet, dass es die Teambesprechung vorverlegt. Dieses Mindestmerkmal wird in diesem Fall nicht verlangt zur Erfassung des Kodes.

## Kodierung<sup>7</sup>:

HD	I63.4	Hirnfarkt nach Embolie zerebraler Arterien (L)
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie (L)
ND	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäss-Erkrankung
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
B	BA.1	Neurologische Rehabilitation
B	AA.1-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]
B	93.89.D2	Diagnostischer Hausbesuch als Teil einer akutrehabilitativen oder rehabilitativen Abklärung, Dauer von mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden

Als Kostentrenner bei den RCGs werden Variablen verstanden, die Unterschiede im Ressourcenverbrauch erklären können. Diese Variablen sind ICD-10- und CHOP-Kodes, resp. Haupt- und Nebendiagnosen, Behandlungen und Prozeduren, Alter, motorische und kognitive Funktionseinschränkungen. Zur Versionsweiterentwicklung werden ausschliesslich Variablen in die Analysen einbezogen, die im Rahmen der standardisierten Datenerhebungen bereits als Routinedaten vorliegen.

## Unterschiede SwissDRG vs ST Reha

### 1. Berechnung der Aufenthaltsdauer

Bei ST Reha wird pauschalisiert und jeder Tag separat abgerechnet, daher werden alle Kalendertage gezählt. Im Akutbereich werden jedoch die Nächte gezählt, resp. Kalendertage – 1, oder Eintritts- und Austrittstag zusammengezählt.

Beispiel: Aufenthalt vom 3. – 15. März:

- Aufenthaltsdauer in einer Rehabilitation: 13 Tage
- Aufenthaltsdauer in einem Akutspital: 12 Tage

Die Aufenthaltsdauer ist bei ST Reha besonders wichtig, da die totale Anzahl Therapieminuten durch die Aufenthaltsdauer gerechnet wird, damit man einen Tagesdurchschnitt von Therapieminuten erhält, resp. Therapieminuten/Woche (z.B. bei CHOP-Code BA.5-*muskuloskelettale Rehabilitation*)

### 2. Externe ambulante Behandlungen

Im akutstationären Bereich werden Leistungen, die von einem anderen Leistungserbringer erbracht werden, und der Patient am selben Tag wieder r ckverlegt wird, kodiert und erfasst. So wird beispielsweise ein Regionalspital, das den Patienten bei Thoraxschmerzen in ein Zentrumspital für eine Koronarangiografie verlegt, und am selben Tag zurückverlegt wird, die

---

<sup>7</sup> HD = Hauptdiagnose, ND = Nebendiagnose, B = Behandlung

Koronarangiografie kodieren. Das Zentrumspital stellt eine ambulante Rechnung an das Regionalspital.

Unter STReha gilt diese Regelung nicht bei Leistungen, die in der Liste „Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen wahrend eines stationaren Aufenthaltes“<sup>8</sup> aufgelistet sind. Diese werden direkt separat an die Versicherung verrechnet und durfen nicht auf den stationaren Reha-Fall kodiert werden.

### 3. Verlegungsabschlage

Unter ST Reha werden keine Verlegungsabschlage vorgenommen, im Gegensatz zum akutstationaren Bereich.

### 4. Beatmung

In der Rehabilitation durfen die Codes aus den Kategorien 93.9E.- *NIV-Beatmung ausserhalb Intensivstation, Dauer der Behandlung nach Anzahl Tage*, 93.9F.- *Mechanische Beatmung und Atmungsunterstutzung* oder 93.9G.- *Behandlung von Storungen der Ventilation, Oxygenation und Atemregulation ausserhalb der Intensivstation* verwendet werden, um die Beatmung in der Rehabilitation abbilden – vorausgesetzt die Beatmung weist einen Aufwand > 0 fur die Klinik auf. Dies gilt auch fur Maskenuberdrucktherapien, die man mit 93.9G.09 *Behandlung von Storungen der Ventilation, Oxygenation und Atemregulation ausserhalb der Intensivstation, sonstige* abbilden kann. Reine Sauerstoffgaben bildet man jedoch nicht mit dem CHOP ab (nur Diagnose, die den Aufwand generiert, abbildbar).

#### **Veranderungen von 2024 auf V3.0/2025<sup>9</sup>**

Umbau von allen RCGs ausser Psychosomatik und kardiale Rehabilitation

Nebendiagnosen wurden als Split-Kriterien erweitert, beispielsweise

- Tumore
- Lahmungssyndrome
- Linksherzinsuffizienz → Blog [Herzinsuffizienz](#)
- Delir → Blog [Delir](#)
- schwere depressive Episoden
- Atherosklerose
- Post-Covid

Hier zu beachten gilt, dass die Diagnosen wie im Akutbereich so genau wie moglich dargestellt, bzw. kodiert werden mussen. Unspezifische Codes sind nicht DRG-relevant.

---

<sup>8</sup>Vertrag: [Vereinbarung separate Verrechnung ST Reha finale Fassung.pdf \(hplus.ch\)](#)

Klarstellungen inkl. Auflistung: [Klarstellungen zur Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen wahrend eines stationaren Aufenthaltes gueltig ab 1. Januar 2024.pdf \(hplus.ch\)](#)

<sup>9</sup>Weitere Infos auf der SwissDRG-Seite

Systemprasentation: [ST Reha 3.0 Systemprasentation \(swissdrg.org\)](#)

Entwicklungsbericht: [Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur ST Reha Version 1.0 \(swissdrg.org\)](#)

Eine detailliertere Übersicht, in welchen Bereichen welche Faktoren neu relevant sind, finden Sie hier:

RCG	Erweiterung der Splitkriterien	Schärfung der Splitkriterien
TR13A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosen «Amnestische Syndrome»</li> </ul>	
TR13B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hauptdiagnosen: Parkinson-Syndrome</li> <li>• Diagnosen: Tumoren, Lähmungssyndrome, Linksherzinsuffizienzen</li> <li>• Delir neu Diagnose statt Hauptdiagnose</li> <li>• CHOP-Kodes: Zusatzleistung der Therapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHOP-Kodes: Neuropsychologische Behandlung</li> </ul>
TR14A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHOP-Kodes: Hoher Zusatzaufwand</li> </ul>	
TR15A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nebendiagnosen: Schwere depressive Episoden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHOP-Kodes: Zusatzaufwand</li> </ul>
TR16A		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosen: Tumorfakturen</li> </ul>
TR16B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosen: Linksherzinsuffizienzen</li> <li>• Nebendiagnosen: Schwere depressive Episoden, Post-Covid</li> <li>• CHOP-Kodes: Zusatzleistung der Therapie</li> </ul>	
TR17A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosen: Linksherzinsuffizienzen</li> <li>• CHOP-Kodes: Maskenüberdrucktherapie, hoher Zusatzaufwand</li> </ul>	
TR19A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosen: Delir</li> <li>• CHOP-Kodes: Zusatzaufwand</li> </ul>	

Tabelle: Übersicht Systementwicklung nach RCG

### RCG-Relevanz in der Genauigkeit der Diagnosen

Diagnosen müssen so genau wie möglich abgebildet werden. Dies dient nicht nur der erforderlichen Diagnose- und Dokumentationsqualität, sondern kann auch Auswirkungen auf die Zuteilung der RCGs haben. Beispielsweise bei der Basis-RCG TR13:

Ob ein Fall in der Kostengewicht-stärkeren TR13B und nicht in der TR13C landet, wird unter anderem mit folgenden Nebendiagnosen gesteuert:

Diagnose	TR13C	TR13B
Herzinsuffizienz	„dekompensierte Linksherzinsuffizienz“ → I50.19 Linksherzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet Auch ohne Seitenangabe nicht RCG-relevant: I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	„akute dekompensierte Linksherzinsuffizienz NYHA III“ → I50.13 Linksherzinsuffizienz, mit Beschwerden bei leichterer Belastung, NYHA Stadium III Auch relevant: → I50.14 Linksherzinsuffizienz, mit Beschwerden in Ruhe, NYHA Stadium IV
Tumore	„Meningen-Tumor“ → C70.9 Meningen, nicht näher bezeichnet  „Gehirn-Tumor“ → C71.9 Bösartige Neubildung des Gehirns, nicht näher bezeichnet	„Astrozytom L1“ → C70.1 Bösartige Neubildung an Rückenmarkshäute  „Glioblastom parietal“ → C71.3 Bösartige Neubildung des Gehirns, Parietallappen
Delir	Patient war delirant → F05.9 Delir, nicht näher bezeichnet	Patient hatte ein postoperatives / medikamentös-induziertes Delir → F05.8 Sonstige Formen des Delirs