

Referenzdokument

Ergänzende Erläuterungen zu den Mindestmerkmalen des CHOP-Kodes BB.41.- «Überwachungsrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage»

(Dokumentversion: 16.12.2025; blau unterlegte CHOP-Auszüge gemäss CHOP 2026)

Mindestmerkmal Punkt 0, Grundlage

- Die entsprechende Rehabilitation gemäss Mindestmerkmale der BA.-Kodes ist durchzuführen.
- Die Überwachungsrehabilitation wird im Kontinuum nach einem akutsomatischen Setting durchgeführt.

Ergänzende Erläuterungen:

Die Überwachungsrehabilitation wird bei entsprechender Indikation ergänzend zu allen Rehabilitationsarten erbracht. Sie dient dem frühzeitigen Erkennen bzw. Verhindern von klinischen Komplikationen klinisch instabiler Patientinnen und Patienten. Das Spektrum dieser klinisch instabilen Patientinnen und Patienten ist sehr heterogen. Die Störungen betreffen beispielsweise (und nicht abschliessend):

- Schwere Organinsuffizienz oder Organfunktionsstörungen
 - Herzinsuffizienz (NYHA III-IV)
 - Respiratorische Insuffizienz
 - Kognitive Einschränkungen
 - Delirantes Verhalten
 - Schwere Ernährungsstörung
- Absaugpflicht bei Tracheostoma;
- Erhöhte Selbst- oder Fremdgefährdung;
- Bestehende Aphasie/Dysphasie;
- Schluckstörungen;
- Ausgeprägte motorische Störungen;
- Organtransplantation;
- aber auch eine schwere Exazerbation einer vorbestehenden chronischen Erkrankung.

Mindestmerkmal Punkt 1, Referenzdokument

Anforderungen zu strukturellen Voraussetzungen und dem Behandlungsteam finden sich im «Referenzdokument für die Überwachungsrehabilitation». Dieses Dokument steht unter folgendem Link im Abschnitt «Personelle und infrastrukturelle Minimalanforderungen (Referenzdokumente)» zur Verfügung:

<https://www.fmh.ch/themen/stationaere-tarife/st-reha.cfm>.

Keine ergänzenden Erläuterungen.

Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment

Zu Beginn der Überwachungsrehabilitation erfolgt eine klinische Beurteilung der Überwachungsbedürftigkeit sowie der Messung des Schweregrades der kognitiven und motorischen Funktionseinschränkungen.

A) Es muss Überwachungsbedarf bestehen wegen vital bedrohlichen Risiken bezüglich Atmung, Kreislauf und Bewusstsein.

B) Mindestens muss zusätzlich eine mittelschwere motorische Funktionseinschränkung oder eine mittlere kognitive Funktionseinschränkung vorliegen (vgl. Referenzdokument BB.41.- Überwachungsrehabilitation).

C) Wird BA.1- Neurologische Rehabilitation kodiert, muss mindestens eines der sieben Kriterien des Frühreha Index erfüllt sein, d.h. der Frühreha Index beträgt mindestens -25 Punkte.

Bei einem Frühreha-Barthel-Index von kleiner gleich -40 Punkten wird zur Abbildung des Schweregrads der Patientin / des Patienten die Erfassung des CHOP-Kodes 93.8C.1- / 93.86.- empfohlen.

Die Kriterien werden wöchentlich überprüft.

Werden die o.g. Voraussetzungen nach zwei hintereinander erfolgten wöchentlichen Messungen von den Kriterien A) (für alle Fälle) sowie B) (für alle Fälle) sowie C) (für BA.1- Fälle) nicht mehr erfüllt, so sind die Voraussetzungen für diesen Kode nicht mehr erfüllt. Die einmalige Messung und Nichterfüllen eines der Kriterien reicht nicht aus, um die Vorgaben des Kodes als nicht erfüllt zu definieren.

Ergänzende Erläuterungen:

Zu Beginn der Überwachungsrehabilitation erfolgt eine klinische Beurteilung der Überwachungsbedürftigkeit sowie der Messung des Schweregrads der kognitiven und motorischen Funktionseinschränkungen.

Die Beschreibung von Barthel, FIM, MMSE und des Frühreha-Index sowie Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle findet sich im Anhang zur ICD-10-GM. Eine PDF-Version ist unter <http://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/node.html#vt-sprg-1> verfügbar.

Hohe positive Punktwerte weisen bei allen erwähnten Assessments auf eine **geringe** Einschränkung der Funktionsfähigkeit hin.

Tiefe positive resp. gegebenenfalls negative Punktwerte weisen umgekehrt auf eine **starke** Einschränkung der Funktionsfähigkeit hin.

Der Frühreha-Barthel-Index (nach Schönle) besteht aus zwei Teilen (A und B). Teil A entspricht dem Frühreha-Index, Teil B dem Barthel-Index. Jedes der sieben Kriterien des Frühreha-Index hat einen fixen Wert von jeweils -25 oder -50 Punkten, wenn es auf den Fall zutrifft. Null Punkte werden vergeben, wenn das Kriterium nicht zutrifft. Der Barthel-Index erfasst zehn Alltagsfunktionen mit zwischen 0 und maximal 5, 10 oder 15 Punkten. Sein Höchstwert beträgt gesamthaft 100 Punkte. Für die Ermittlung der Gesamtpunktzahl des Frühreha-Barthel-Index werden die Werte von Teil A und Teil B zusammengezählt. Je nach der Funktionsfähigkeit der Patientin / des Patienten kann dann als Gesamtpunktzahl ein positiver oder ein negativer Wert resultieren.

Die Eintrittsabklärung umfasst folgende aufeinander aufbauenden Assessmentelemente:

A) Es muss Überwachungsbedarf bestehen wegen vital bedrohlichen Risiken bezüglich Atmung, Kreislauf und Bewusstsein.

Für verschiedene Vitalparameter wie Herzfrequenz/Puls, Blutdruck, Körpertemperatur, Atemfrequenz und Sauerstoffsättigung existieren anerkannte Normbereiche. Es gibt jedoch keine allgemeingültige Definition mit trennscharfen Grenzwerten für «vital bedrohlich». Die Bewertung entsprechender Risiken und die Verordnung geeigneter Massnahmen liegt in der ärztlichen Verantwortung und basieren auf den fallspezifischen Diagnosen und der Einschätzung des Gesamtzustands der Patientin / des Patienten.

B) Mindestens muss zusätzlich eine **mittelschwere motorische** Funktionseinschränkung oder eine **mittlere kognitive** Funktionseinschränkung vorliegen.

Entsprechend der ICD-10-GM kann eine motorische Funktionseinschränkung über den Barthel-Index oder über den motorischen FIM erfasst werden. Mindestens eine **«mittelschwere»** Einschränkung bedeutet hierbei, dass **nicht mehr** als 55 Punkte (Barthel) respektive 58 Punkte (motorischer FIM) erreicht werden.

Eine kognitive Funktionseinschränkung kann über den erweiterten Barthel-Index, den kognitiven FIM oder den MMSE erfasst werden. Mindestens eine **«mittlere»** Einschränkung bedeutet, dass **nicht mehr** als 65 Punkte (erweiterter Barthel), 29 Punkte (kognitiver FIM) oder 23 Punkte (MMSE) erreicht werden.

C) Wird BA.1 «Neurologische Rehabilitation» kodiert, muss mindestens eines der sieben Kriterien des Frühreha-Index erfüllt sein, d.h. der Frühreha-Index beträgt mindestens -25 Punkte (d.h. **minus** 25 Punkte oder noch tiefer). Bei einem Frühreha-Barthel-Index von kleiner gleich -40 Punkten wird zur Abbildung des Schweregrads der Patientin / des Patienten die Erfassung des CHOP-Kodes 93.8C.1 «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation» oder 93.86 «Fachübergreifende Frührehabilitation» empfohlen.

Mindestmerkmal Punkt 3, Überwachung

- Die Möglichkeit zur permanenten Monitorisierung der Vitalfunktionen und der permanenten direkten oder elektronischen visuellen Überwachung der Patientinnen / der Patienten ist sichergestellt.
- Eine ärztliche Visite erfolgt an mindestens 5 / 7 Tagen.
- Die Erbringung der jeweiligen Art der Rehabilitation (Therapien und Schulungen) ist in den Räumlichkeiten mit Überwachung gewährleistet.
- Über den gesamten Rehabilitationsaufenthalt muss der entsprechende Schwellenwert des BA.-Kodes für die Therapieminuten im Durchschnitt pro Woche eingehalten werden.
- Die Patientin / der Patient verursacht innerhalb der Überwachungsrehabilitation einen Aufwand von mindestens 180 Minuten Pflege- und Therapieaufwand pro Tag an 7 Tagen pro Woche im Durchschnitt.

Keine ergänzenden Erläuterungen.

Mindestmerkmal Punkt 4, Kontrolle der Überwachungsvoraussetzung

- Die Überprüfung der medizinischen Indikation zur Überwachungspflicht erfolgt in den ärztlichen Visiten.
- Die Erfüllung der Voraussetzungen zur Anwendung des Kodes (siehe Mindestmerkmal Punkt 2) wird wöchentlich durch das Reha-Team überprüft sowie dokumentiert.

Keine ergänzenden Erläuterungen.

Mindestmerkmal Punkt 5, Austritt und Austrittsplanung aus der Überwachungsrehabilitation

- Wenn die Bedingungen der Überwachungsrehabilitation unter Mindestmerkmal Punkt 2 nicht mehr erfüllt sind, erfolgt eine geregelte Weiterversorgung mit Einleitung sowie Strukturierung der Nachbetreuung in einer weiterführenden Rehabilitation oder in einer Langzeitinstitution bzw. Weiterversorgung zu Hause.
- Die Verlegung zur Weiterversorgung in die stationäre Akutsomatik oder Psychiatrie erfolgt jederzeit bei entsprechender medizinischer Indikation.
- Falls der Austritt aus der Überwachungsrehabilitation direkt als Austritt aus der Rehabilitation erfolgt, gelten dieselben Mindestkriterien für die Austrittsplanung wie bei der Rehabilitation (unter BA.-), siehe dort Mindestmerkmal Punkt 6.

Keine ergänzenden Erläuterungen.