

Auslegungshinweise der MDK-Gemeinschaft zur Kodierprüfung der OPS 8-98a* Version 2013

Die Begutachtungshinweise zur OPS 8-98a* Version 2013 sollen den Gutachter bei der Prüfung der sachgerechten Kodierung dieser OPS unterstützen, indem sie ihm Anhaltspunkte für die gutachterliche Bewertung zur Verfügung stellen. Hiervon unberührt stellt die gutachterliche Stellungnahme stets eine in Eigenverantwortung des jeweiligen Gutachters getroffene Bewertung dar, die sich grundsätzlich am konkreten Einzelfall zu orientieren und dessen Spezifika zu berücksichtigen hat. Um gegenüber den Leistungserbringern zur Transparenz beizutragen, sind im Folgenden diejenigen Punkte der OPS 8-98a* Version 2013 benannt, zu denen in den Begutachtungshinweisen nähere Empfehlungen erfolgt sind. Grundsätzlich gilt, dass die Leistungsmerkmale der OPS 8-98a* unter den Prozessgegebenheiten einer tagesklinischen geriatrischen Komplexbehandlung täglich vollständig zu erbringen sind, ein Teil der Merkmalsformulierungen der OPS 8-98a* jedoch eine komplette Kodierprüfung der Unterlagen des gesamten tagesklinischen Behandlungszeitraums erfordern.

1	geriatrisch	Für die Anwendung einer geriatrischen Komplexbehandlung wird in Anlehnung an die MDS-Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ neben geriatritypischer Multimorbidität i.d.R. ein Alter von 70 J., zumindest jedoch ein Alter von 60 J. vorausgesetzt. Zwischen 60 und 70 J. ist eine ergänzende Plausibilität für eine geriatrische Behandlung erforderlich.
2	teamintegrierte Behandlung	Behandlung auf Basis regelmäßiger Teambesprechungen aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen (inkl. dokumentierter Teilnahme der unter Nr. 3 genannten Behandlungsleitung) und Dokumentation individuell erreichter Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele (i.d.R. nicht älter als 5 teilstationäre Behandlungstage)
3	fachärztliche Behandlungsleitung	Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit einer nach einer Weiterbildungsordnung anerkannten Weiterbildung „Geriatric“. Die fachärztliche Behandlungsleitung umfasst i.d.R. die Übernahme der Gesamtbehandlungsverantwortung für den Patienten und die Weisungsbefugnis über ein geriatrisches Team.
4	aktuelle Durchführung zu Beginn der Behandlung bzw. Vorhandensein (max. 4 Wochen) eines Assessments (Nr.5+6).	Beginn des geriatrischen Assessments am 1. teilstationären Behandlungstag, ab dem 2. teilstationären Behandlungstag wird das Vorhandensein eines höchstens 4 Wochen alten, <i>teilstationär erhobenen</i> Assessments gefordert. Für Aktualisierungen sind in Anlehnung an die OPS 8-550 Erhebungen in den Bereichen Mobilität und Selbsthilfefähigkeit, im Rahmen des Sozialassessments der Nachweis eines Abgleichs mit Vorbefunden ausreichend.
5	standardisiertes geriatrisches Assessment	Ggf. unter Vorlage der Erhebungsbögen nachweisbare Basisassessments in den genannten Bereichen unter Verwendung standardisierter (i.S. wissenschaftlich untersuchter / überregional eingesetzter) Instrumente. Unter Basisassessment (s.a. Nr. 13) werden Instrumente wie Barthel-Index, FIM™, Timed Up & Go, Tinetti, MMST, DemTect®, TFDD, GDS u.a. verstanden, die nach der Einteilung der Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST) der Stufe 2 zuzuordnen sind (zwischen multidimensionalen Screeninginstrumenten wie bspw. dem Lachs als Stufe 1 und vertiefenden funktionsspezifischen Tests, die spezielle therapeutische Qualifikationen und Testmaterialien voraussetzen, wie bspw. der Aachener Aphasie Test oder diverse neuropsychologische Testverfahren, als Stufe 3). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren und bzgl. Kognition und Emotion nachzuholen, sobald der Zustand des Patienten dies erlaubt.
6	soziales Assessment	Strukturiertes Sozialassessment nach einem hausinternen Standard mit Angaben zu sozialem Umfeld, Wohnumfeld, vorbestehenden häuslichen / außerhäuslichen Aktivitäten, pflegerischer- und Hilfsmittelversorgung sowie rechtlichen Verfügungen (z.B. Betreuung, Patiententestament). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren und fremdanamnestisch zu erheben bzw. nachzuholen, sobald der Zustand des Patienten dies erlaubt.
7	ärztliche Visite	Die Durchführung der ärztlichen Visite muss aus der Krankenakte erkennbar sein
8	<p>Pflege: aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal</p> <p>eine Pflegefachkraft mit strukturierter und curriculärer geriatrisch-spezifischer Zusatzqualifikation im Umfang von mind. 180 Stunden</p> <p>Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung</p>	<p>Maßnahmen und Ziele einer auf die Verbesserung der Selbständigkeit abzielenden aktivierend-therapeutischen Pflege müssen aus der Dokumentation erkennbar sein. Pflegefachkräfte, die durch zusätzliche Qualifikationen in geriatrisch-rehabilitativen Pflegeaspekten/-konzepten fortgebildet sind, müssen an der aktivierend-therapeutischen Pflege beteiligt sein.</p> <p>Eine strukturierte und curriculare Zusatzqualifikation basiert auf einem festgelegten Lehrplan mit allgemein anerkannten geriatrischspezifischen Lerninhalten und Lernzielen. Die Summe der nach einem solchen Lehrplan erworbenen Qualifikationen muss mindestens 180 Stunden betragen.</p> <p>Eine einrichtungsinterne entsprechend strukturierte und curriculare Weiterbildung sowie entsprechende modulare Weiterbildungen sind anzuerkennen. Geriatrischspezifische Zusatzqualifikationen können u.a. folgende pflegetherapeutischen Konzepte/Aspekte umfassen: Basale Stimulation, Bobath-Konzept, Integrative Validation, Wundmanagement, gerontopsychiatrische Aspekte, Palliative Care, Angehörigenarbeit (bspw.: Zercur-Geriatric® Fachweiterbildung Pflege)</p> <p>Hierzu zählt pflegerische Berufserfahrung in geriatrischen Krankenhaus- und Rehabilitationseinrichtungen.</p>

9	Vorhandensein folgender Bereiche: Pt, PT, E, Psy/NP, L/foT, SD	in der Personalstruktur der Klinik vorzuhaltende Professionen. Entsprechen zusammen mit den Professionen Medizin und Pflege dem geriatrischen Team (vgl. Nr. 2).
10	Gesamtaufenthaltsdauer pro Tag	Die tägliche Gesamtaufenthaltsdauer in der teilstationären Einrichtung muss aus der Krankenakte erkennbar sein.
11	Basisbehandlung	Erfordert die in Nr. 1-10 aufgeführten Merkmale. Die Erbringung therapeutischer Leistungen ist innerhalb der Basisbehandlung nicht gefordert.
12	Umfassende Behandlung mit teamintegriertem Einsatz von mindestens 2 der folgenden 5 Therapiebereiche ...	Für die Kodierung einer „umfassenden Behandlung“ sind neben den Kriterien nach Nr.1-10 am kodierten Behandlungstag therapeutische Interventionen aus mindestens 2 der genannten 5 Bereiche erforderlich. Die kombinierten Therapiebereiche Psychologie und Neuropsychologie sowie Logopädie und fazioorale Therapie zählen jeweils nur als ein Therapiebereich. Der teamintegrierte Einsatz ist durch das Merkmal gemäß Nr. 2 sichergestellt.
13	Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	Therapiezeiten entsprechend Dokumentation unter Ausschluss lediglich zur Erhebung des Basisassessments erfolgter Therapeuteneinsätze. Die vorgegebene Dauer versteht sich in Anlehnung an den KTL als „Patienten- und Therapeutenbindungszeit“, also incl. so genannter Rüstzeiten, aber ohne Dokumentationszeiten. Die tägliche Gesamttherapiezeit entsprechend des 6-Stellers der 8-98a.1* setzt sich aus der Einzeltherapie plus der Gruppentherapie zusammen. Der Mindestumfang der Einzeltherapie ist zu berücksichtigen. Beide Therapieformen können durch ein oder mehrere Therapiebereiche erbracht werden.