

**Auslegungshinweise der MDK-Gemeinschaft zur Kodierprüfung der OPS 8-550* Version 2018
(aktualisiert 15.5.2018)**

Die Begutachtungshinweise zur OPS 8-550* Version 2018 sollen den Gutachter bei der Prüfung der sachgerechten Kodierung dieser OPS unterstützen, indem sie ihm in der MDK-Gemeinschaft abgestimmte 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 8-550* Version 2018 benannt, zu denen in den Begutachtungshinweisen nähere Empfehlungen erfolgt sind.

| | | |
|---|---|--|
| 1 | geriatrisch | Der Begriff geriatrisch markiert Personen mit erhöhten Risiken, im Rahmen zusätzlicher Gesundheitsprobleme nachhaltige Beeinträchtigungen der Selbstbestimmung und selbstständigen Lebensführung bis hin zur Pflegebedürftigkeit zu erleiden. Dieser Begriff stellt ein notwendiges aber kein hinreichendes Kriterium für eine spezifisch geriatrische Versorgung dar. Gemäß der sektorenübergreifenden Anlage „Definition geriatrischer Patient“ (z.B. in den Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 02.01.2018) setzt dieses Risiko i.d.R. geriatritypische Multimorbidität und ein Mindestalter von 70 Jahren mindestens jedoch von 60 J. voraus. Zwischen 60 und 69 J. muss eine besonders ausgeprägte geriatritypische Multimorbidität vorliegen. Bei einem Alter \geq 80 J. muss keine geriatritypische Multimorbidität vorliegen, da eine erhöhte Vulnerabilität unterstellt wird. Hinweise auf diese Vulnerabilität können z.B. sein: vorbestehender Pflegegrad, Komplikationen während eines Krankenhausaufenthaltes, kognitive Beeinträchtigungen oder ein erhöhter Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Verrichtungen. |
| 2 | frührehabilitativ | OPS-Prüfungen umfassen formale Leistungsinhalte und die Frührehabilitationsindikation. Hiervon unberührt bleibt die generelle Prüfung der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit. Eine geriatrische Frührehabilitationsindikation setzt bzgl. der Frührehabilitationsbedürftigkeit mindestens nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten und der Teilhabe voraus. |
| 3 | geriatrisches Team | Behandelndes multiprofessionelles Team, welches mindestens aus den Professionen Medizin, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie/Neuropsychologie und Sozialdienst besteht und mindestens einmal wöchentlich eine Teambesprechung durchführt (s. Nr. 6 und BSG-Urteil B 1 KR 19/17 R). |
| 4 | fachärztliche Behandlungsleitung, überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig | Facharzt mit Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie, der schwerpunktmäßig in der abrechnenden geriatrischen Einheit tätig sein muss, d.h. die fachärztliche Behandlungsleitung nicht gleichzeitig in einem anderen Krankenhaus oder sich nicht in enger räumlicher Nähe zueinander befindenden Standorten eines Krankenhauses innehaben kann. Die fachärztliche Behandlungsleitung leitet die Behandlung des Patienten durch das geriatrische Team. Dies umfasst mindestens die Übernahme der Behandlungsverantwortung für die geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung und die Weisungsbefugnis über das geriatrische Team. |
| 5 | standardisiertes geriatrisches Assessment (incl. Dokumentations- und Nachholregelung bei initialer Nichterhebbarkeit) | Ggf. unter Vorlage der Erhebungsbögen nachweisbares Basisassessment in den genannten Bereichen unter Verwendung standardisierter (i.S. wissenschaftlich validierter, überregional eingesetzter) Instrumente. Unter Basisassessment (s.a. Nr. 9) werden Instrumente wie Barthel-Index, FIM™, Timed Up & Go, Tinetti, MMST, DemTect®, TFDD, GDS-15 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). Die Instrumentenauswahl ist in diesem Rahmen frei. Das erste dokumentierte Assessment markiert den Beginn der Behandlung gemäß OPS 8-550*. Die Assessments zu Beginn und zum Ende der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung sind in der Regel innerhalb der ersten bzw. letzten 2 Behandlungstage durchzuführen. |
| 6 | soziales Assessment (incl. Doku.- und Nachholregelung bei initialer Nichterhebbarkeit) | Strukturiertes Sozialassessment nach einem hausinternen Standard mit Angaben zu sozialem Umfeld, Wohnumfeld, vorbestehenden häuslichen/außerhäuslichen Aktivitäten, pflegerischer- und Hilfsmittelversorgung sowie rechtlichen Verfügungen (z.B. Betreuungsverfügung, Patiententestament). |
| 7 | wöchentliche Teambesprechung einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung und Dokumentation | Schriftliche Dokumentation der wöchentlichen Teambesprechung mit Beteiligung aller Berufsgruppen im Hinblick auf die individuell erreichten Behandlungsergebnisse und die weiteren Behandlungsziele. Teilnahme und Beiträge der fachärztlichen Behandlungsleitung, der Pflege sowie aller weiteren Berufsgruppen an den wöchentlichen Teambesprechungen müssen einschließlich deren personenbezogener Benennung dokumentiert sein (BSG-Urteil B 1 KR 19/17 R). Der Umfang der Dokumentation hat sich an dem Ziel, den individuellen Rehabilitationsprozess transparent und die therapeutisch-rehabilitativen Maßnahmen plausibel zu machen, zu orientieren. Hierzu müssen insbesondere die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen dokumentiert sein. Die Nennung von Globalzielen (z.B. Steigerung der Mobilität) genügt nicht (BSG-Urteil B 1 KR 19/17R). Daher ist die ausschließliche Verwendung von Auswahllisten oder Textbausteinen in der Regel nicht ausreichend. |

| | | |
|----|--|--|
| 8 | <p>Pflege: aktivierend-therapeutische Pflege durch bes. geschultes Pflegepersonal</p> <p>mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams mit strukturierter curricularer geriatricspezifischer 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 geriatricspezifischen Lerninhalten und Lernzielen. Die Summe der nach einem solchen Lehrplan erworbenen Qualifikationen muss mindestens 180 Stunden betragen und durch eine entsprechende Gesamtbescheinigung belegt sein. Die Weiterbildungsangebote müssen den Anforderungskatalog der geriatrischen Fachgesellschaften erfüllen</p> <p>Geriatricspezifische Zusatzqualifikationen können u.a. folgende pflegetherapeutischen Konzepte/Aspekte umfassen: Basale Stimulation, Bobath-Konzept, Integrative Validation, Wundmanagement, gerontopsychiatrische Aspekte, Palliative Care.</p> <p>Hierzu zählt pflegerische Berufserfahrung in geriatrischen Krankenhaus- und Rehabilitationseinrichtungen.</p> |
| 9 | <p>Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 Therapiebereichen</p> | <p>Gefordert werden therapeutische Interventionen aus mindestens 2 der genannten 4 Therapiebereiche unabhängig von deren Anteilen an der gemäß OPS-Kodierung an der 5. Stelle geltend gemachten Mindestzahl von Therapieeinheiten. Nicht ausreichend für die Geltendmachung eines „Therapiebereichs“ ist ein ausschließlich diagnostischer Einsatz der Therapeuten im Rahmen des Basisassessments (s. Nr. 5). Der teamintegrierte Einsatz ist durch Nr. 5 und Nr. 7 sichergestellt.</p> |
| 10 | <p>Behandlungstage</p> | <p>Behandlungstag ist ein Tag, an dem die OPS i.S. ihrer Leistungsdefinition erbracht wurde. Bestandteil dieser Leistungsdefinition sind alle in der OPS 8-550* genannten Merkmale, einzeln und in Kombination (z.B. Einsatz des geriatrischen Teams, Assessments, Teambesprechung, aktivierend-therapeutische Pflege, therapeutische Anwendungen). Behandlungstage sind insofern in der Regel alle Tage ab Beginn des dokumentierten Assessments bis zur Entlassung des Patienten, sofern nicht besondere Umstände wie bspw. eine zwischenzeitliche Verlegung oder der Verlust der Frührehabilitationsfähigkeit zu einer Behandlungsunterbrechung oder zum vorzeitigen Behandlungsabbruch geführt haben.</p> |
| 11 | <p>Therapieeinheiten</p> | <p>Therapieeinheiten sind nach Art, Umfang und Erbringungsdatum zu dokumentieren. Die Dauer versteht sich in Anlehnung an die KTL als Behandlungszeit im Sinne der Patienten-Therapeuten-Bindung inkl. der Vor- u. Nachbereitungszeiten aber ohne Dokumentationszeiten Lediglich zur Erhebung des Basisassessments erfolgte Therapeuteneinsätze (s. Nr. 5) sind nicht zu berücksichtigen. Der Anteil der Einzeltherapie muss mindestens 90% der Mindesttherapieeinheiten betragen. Der simultane Einsatz von 2 Therapeuten rechtfertigt die Abrechnung nur einer Therapieeinheit. (BSG-Urteil B 1 KR 19/17 R). Es liegt in der gutachterlichen Bewertung zu entscheiden, ob unter den konkreten Umständen des Einzelfalls eine nähere Prüfung der durchschnittlichen Therapiedauer notwendig erscheint</p> |