

Auslegungshinweise der MD-Gemeinschaft zur Einzelfallprüfung des OPS 8-550*
Version 2026

Die Begutachtungshinweise der MD-Gemeinschaft zur OPS 8-550* Version 2026 sollen den Gutachter bei der Prüfung der sachgerechten Kodierung dieser OPS unterstützen, indem sie ihm in der MD-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 2026 benannt, zu denen in den Begutachtungshinweisen nähere Empfehlungen erfolgt sind. Diese Auslegungshinweise beziehen sich ausschließlich auf die in den beiden OPS-Kodes genannten Mindestmerkmale für die Einzelfallprüfung nach § 275 c SGB V. Die Einhaltung der im OPS 2026 separat ausgewiesenen jeweiligen Strukturmerkmale bleibt hiervon unberührt.

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 des geriatrischen Patienten“ (in Abschnitt 8.2. der Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation vom 11.11.2023) 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 erheblich ausgeprägte geriatritypische Multimorbidität vorliegen. Bei einem Alter ≥ 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	multiprofessionelles Team	Gegenstand der Prüfung von Strukturmerkmalen gemäß § 275a SGB V
4	fachärztliche Behandlungsleitung, überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig	Gegenstand der Prüfung von Strukturmerkmalen gemäß § 275a SGB V
5	standardisiertes geriatrisches Assessment (incl. Dokumentations- und Nachholregelung bei initialer Nichterhebbarkeit)	Unter Vorlage der Erhebungsbögen nachweisbares Basisassessment in den genannten Bereichen unter Verwendung standardisierter i.S. wissenschaftlich validierter Instrumente der Stufe 2 gemäß S1-Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2 – Living Guideline“ (AWMF-Register-Nr. 084-002LG). 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. Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren und nachzuholen, sobald der Zustand des Patienten dies erlaubt.
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. 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	wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung der fachärztlichen Behandlungsleitung und jeweils mindestens eines Vertreters der Pflege sowie der Therapiebereiche pro vollständiger Woche.	Die wöchentliche Teambesprechung ist die Grundlage für eine teamintegrierte Behandlung und erfolgt jeweils innerhalb von 7 Behandlungstagen des Patienten. Die Anwesenheit der fachärztlichen Behandlungsleitung, der Pflege sowie eines Vertreters aller weiteren Therapiebereiche an den wöchentlichen Teambesprechungen muss einschließlich deren personenbezogener Benennung dokumentiert sein (BSG-Urteil B 1 KR 19/17 R).

	Die für diesen Kode erforderliche wochenbezogene Dokumentation ist erfüllt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst. Hierfür sind die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen ausreichend	Schriftliche Dokumentation der wöchentlichen Teambesprechung im Hinblick auf die individuell erreichten bisherigen Behandlungsergebnisse und die weiteren Behandlungsziele durch die diagnostisch und/oder therapeutisch patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen und der aktivierend-therapeutischen Pflege. Der Umfang der Dokumentation hat sich an dem Ziel, den Rehabilitationsprozess transparent und die therapeutisch-rehabilitativen Maßnahmen plausibel zu machen, zu orientieren. 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	Pflege: aktivierend-therapeutische Pflege durch bes. geschultes Pflegepersonal mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams mit strukturierter curricularer geriatrisch-spezifischer Zusatzqualifikation im Umfang von mind. 180 Stunden Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung	Gegenstand der Prüfung von Strukturmerkmalen gemäß § 275a SGB V
9	Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 Therapiebereichen	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 bspw. im Rahmen des Basisassessments (s. Nr. 5). Der teamintegrierte Einsatz ist durch Nr. 5 und Nr. 7 sichergestellt.
10	Behandlungstage	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.
11	Therapieeinheiten	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. Entscheidend ist die zielgerichtete Therapieleistung. Leistungen, die durch die Therapeuten darüber hinaus erbracht werden, können keine Anerkennung finden (bspw. Basisassessment und Diagnostik). Die Summe der Einzeltherapien und die Summe der Gesamttherapien müssen den Mindestmerkmalen des jeweiligen 5-Stellers des OPS-Kodes entsprechen. Der simultane Einsatz von 2 Therapeuten kann nur die Anrechnung einer Therapieeinheit begründen (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.