

Auslegungshinweise der MDK-Gemeinschaft zur Kodierprüfung der OPS 8-550* Version 2017

Die Begutachtungshinweise zur OPS 8-550* Version 2017 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 2017 benannt, zu denen in den Begutachtungshinweisen nähere Empfehlungen erfolgt sind.

1	geriatrisch	Für die Anwendung einer geriatrischen Komplexbehandlung wird in Anlehnung an die MDS-Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ neben geriatrietypischer 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	frührehabilitativ	OPS-Prüfungen umfassen formale Leistungsinhalte und die Frührehabilitationsindikation. Hiervon unberührt bleibt die generelle Prüfung der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit.
3	geriatrisches Team	In der Personalstruktur der Klinik ist ein Team, mindestens bestehend aus den Professionen Medizin, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie/Neuropsychologie und Sozialdienst vorhanden.
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 i.d.R. die Übernahme der Gesamtbehandlungsverantwortung und die Weisungsbefugnis über das geriatrische Team. Ausnahmen sind z.B. ein medizinisch begründeter vorgezogener Beginn der GFK auf einer anderen Fachabteilung.
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. Betreuung, Patiententestament).
7	wöchentliche Teambesprechung einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung und Dokumentation	Schriftliche Dokumentation der wöchentlichen Teambesprechung im Hinblick auf die individuell erreichten Behandlungsergebnisse und die weiteren Behandlungsziele unter obligater und dokumentierter Teilnahme der unter Nr. 4 genannten fachärztlichen Behandlungsleitung. Der Umfang der Dokumentation hat sich an dem Ziel, den Rehabilitationsprozess transparent und die therapeutisch-rehabilitativen Maßnahmen plausibel zu machen, zu orientieren. Hierzu sollten die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen erkennbar sein. Die ausschließliche Verwendung vorgefertigter Auswahllisten ist in der Regel nicht ausreichend.
8	Pflege: aktivierend-therapeutische Pflege durch bes. geschultes Pflegepersonal mindestens eine Pflegefachkraft mit strukturierter curricularer geriatrispezifischer Zusatzqualifikation im Umfang von mind. 180 Stunden Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung	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. Eine strukturierte und curriculare Zusatzqualifikation basiert auf einem festgelegten Lehrplan mit allgemein anerkannten geriatrispezifischen 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 Geriatrispezifische Zusatzqualifikationen können u.a. folgende pflegetherapeutischen Konzepte/Aspekte umfassen: Basale Stimulation, Bobath-Konzept, Integrative Validation, Wundmanagement, gerontopsychiatrische Aspekte, Palliative Care. Hierzu zählt pflegerische Berufserfahrung in geriatrischen Krankenhaus- und Rehabilitations-einrichtungen.

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 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 Lediglich zur Erhebung des Basisassessments erfolgte Therapeuteneinsätze (s. Nr. 5) und Gruppentherapieeinheiten, die mehr als 10% der Gesamteinheiten übersteigen, werden für den geforderten Therapieumfang nicht berücksichtigt. Es liegt in der gutachterlichen Bewertung zu entscheiden, ob unter den konkreten Umständen des Einzelfalls eine nähere Prüfung der durchschnittlichen Therapiedauer notwendig erscheint.