

Auslegungshinweise der MD-Gemeinschaft zur Einzelfallprüfung der OPS 8-98a*
Version 2022

Die Begutachtungshinweise der MD-Gemeinschaft zur OPS 8-98a* Version 2022 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 8-98a* Version 2022 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 SGB V. Die Einhaltung der im OPS 2022 separat ausgewiesenen jeweiligen Strukturmerkmale bleibt hiervon unberührt und ist durch die Richtlinie „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“ sowie den Begutachtungseleitfaden „Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V in Verbindung mit § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V“ des MD-Bund geregelt.

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. Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation vom 20.12.21) setzt dieses Risiko i.d.R. geriatrietypische Multimorbidität und ein Mindestalter von 70 Jahren mindestens jedoch von 60 J. voraus. Zwischen 60 und 69 J. muss eine erheblich ausgeprägte geriatrietypische Multimorbidität vorliegen. Bei einem Alter ≥ 80 J. muss keine geriatrietypische 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	teamintegrierte Behandlung	Die Grundlage für eine teamintegrierte Behandlung ist eine mindestens wöchentliche Teambesprechung. Die Anwesenheit der fachärztlichen Behandlungsleitung, der Pflege sowie eines Vertreters aller weiteren Therapiebereiche an den wöchentlichen Teambesprechungen muss einschließlich deren personenbezogener Benennung dokumentiert sein. 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 (i.d.R. nicht älter als 5 teilstationäre Behandlungstage).
3	fachärztliche Behandlungsleitung	Gegenstand der Strukturprüfung gemäß § 275d SGB V
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	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“ (AWMF-Register-Nr. 084-002). Die Instrumentenauswahl ist in diesem Rahmen frei. Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren und nachzuholen, sobald der Zustand des Patienten dies erlaubt. 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	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>mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams mit strukturierter curricularer geriatriespezifischer Zusatzqualifikation im Umfang von mind. 180 Stunden</p> <p>Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung</p>	Gegenstand der Strukturprüfung gemäß § 275d SGB V
9	Vorhandensein folgender Bereiche: Pt, PT, E, Psy/NP, L/foT, SD	Gegenstand der Strukturprüfung gemäß § 275d SGB V
10	Gesamtaufenthaltsdauer pro Tag	Die tägliche Gesamtaufenthaltsdauer in der teilstationären Einrichtung von mindestens 330 Minuten 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 Dauer versteht sich in Anlehnung an die KTL als Behandlungszeit im Sinne der Patienten-Therapeuten-Bindung inkl. der Vor- u. Nachbereitungszeiten 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.