

Auslegungshinweise der MDK-Gemeinschaft zur Kodierprüfung der OPS 8-550* Version 2007

Die Begutachtungshinweise zur OPS 8-550* Version 2007 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 auch gegenüber den Leistungserbringern zur Transparenz beizutragen, sind im Folgenden diejenigen Punkte der OPS 8-550* Version 2007 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“ in der Regel ein Alter von 70 Jahren, zumindest jedoch ein Alter von 60 Jahren vorausgesetzt. Zwischen 60 und 70 Jahren kann eine Vorprüfung auf ergänzende Plausibilität einer geriatrischen Behandlung erfolgen.
2	frührehabilitativ	Aufgrund derzeit noch fehlender offizieller Frührehabilitationskriterien liegt die Entscheidung einer diesbezüglichen Prüfung beim Gutachter. Hiervon unberührt bleibt die generelle Prüfung der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit (zum Aufnahmezeitpunkt und während der Behandlungsdauer der OPS 8.550*).
3	geriatrisches Team	In der Personalstruktur der Klinik ist ein Team, mindestens bestehend aus den Professionen Medizin, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Sozialdienst, vorhanden.
4	fachärztliche Behandlungsleitung	Leitung durch einen Facharzt mit einer nach einer Weiterbildungsordnung anerkannten Weiterbildung „Geriatric“. Sofern eine Krankenhausabteilung oder Klinik bereits in 2004 regelhaft spezifisch geriatrische Komplexbehandlungen im Sinne der OPS 8-550* erbrachte, genügt (bis Ende 2007) die Leitung durch einen Facharzt mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung in einer geriatrischen Abteilung oder Klinik.
5	standardisiertes geriatrisches Assessment	Ggf. unter Vorlage der Erhebungsbögen nachweisbares Basisassessment in den genannten Bereichen unter Verwendung standardisierter (i.S. wissenschaftlich untersuchter, überregional eingesetzter) Instrumente. Unter Basisassessment (s.a. Nr. 9) 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). Instrumentenauswahl in diesem Rahmen frei. Das erste dokumentierte Assessment markiert den Beginn der Behandlung gemäß OPS 8-550*. Das Aufnahmeassessment muss innerhalb von 4 Tagen abgeschlossen sein. Das Entlassungsassessment muss innerhalb der 4 letzten Behandlungstage liegen. 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	wöchentliche Teambesprechung und Dokumentation	Schriftliche Dokumentation der wöchentlichen Teambesprechung im Hinblick auf die individuell erreichten Behandlungsergebnisse und die weiteren Behandlungsziele. 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 aller beteiligten Berufsgruppen erkennbar sein. Die ausschließliche Verwendung vorgefertigter Auswahllisten ist in der Regel nicht ausreichend.
8	aktivierend-therapeutische Pflege	Der Beitrag der Pflege sollte mindestens aus der Dokumentation der wöchentlichen Teambesprechung hervorgehen.
9	Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 Therapiebereichen	Gefordert werden therapeutische Interventionen aus mindestens 2 der genannten 4 Therapiebereiche unabhängig von deren Anteilen an den 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* Version 2007 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 und Erbringungsdatum zu dokumentieren. Lediglich zur Erhebung des Basisassessments erfolgte Therapeuteinsätze (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.