

## Auslegungshinweise der MDK-Gemeinschaft zur Kodierprüfung der OPS 8-98a\* Version 2019

Die Begutachtungshinweise zur OPS 8-98a\* Version 2019 sollen den Gutachter bei der Prüfung der sachgerechten Kodierung dieser OPS unterstützen, indem sie ihm 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 2019 benannt, zu denen in den Begutachtungshinweisen nähere Empfehlungen erfolgt sind. Grundsätzlich gilt, dass die Leistungsmerkmale der OPS 8-98a\* unter den Prozessgegebenheiten einer tagesklinischen geriatrischen Komplexbehandlung täglich vollständig zu erbringen sind, ein Teil der Merkmalsformulierungen der OPS 8-98a\* jedoch eine komplette Kodierprüfung der Unterlagen des gesamten tagesklinischen Behandlungszeitraums erfordern.

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 02.07.2018) 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 erheblich 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	teamintegrierte Behandlung	Die Grundlage für eine teamintegrierte Behandlung ist eine mindestens wöchentliche Teambesprechung. Die Anwesenheit der fachärztlichen Behandlungsleitung, der Pflege sowie aller weiteren im OPS genannten Berufsgruppen 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. (i.d.R. nicht älter als 5 teilstationäre Behandlungstage).
3	fachärztliche Behandlungsleitung	Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie. Dies umfasst mindestens die Übernahme der Behandlungsverantwortung für die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung und die Weisungsbefugnis über das geriatrische Team.
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	Ggf. unter Vorlage der Erhebungsbögen nachweisbare Basisassessments in den genannten Bereichen unter Verwendung standardisierter (i.S. wissenschaftlich validierter / überregional eingesetzter) Instrumente. Unter Basisassessment (s.a. Nr. 13) 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 Screening-instrumenten 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). 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	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 curriculärer geriatrispezifischer 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 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.</p> <p>Geriatrispezifische Zusatzqualifikationen können u.a. folgende pflegetherapeutischen Konzepte/Aspekte umfassen: Basale Stimulation, Bobath-Konzept, Integrative Validation, Wundmanagement, geronto-psychiatrische Aspekte, Palliative Care.</p> <p>Hierzu zählt pflegerische Berufserfahrung in geriatrischen Krankenhaus- und Rehabilitationseinrichtungen.</p>
9	Vorhandensein folgender Bereiche: Pt, PT, E, Psy/NP, L/foT, SD	in der Personalstruktur der Klinik vorzuhaltende Professionen. Entsprechen zusammen mit den Professionen Medizin und Pflege dem geriatrischen Team (vgl. Nr. 2).
10	Gesamtaufenthaltsdauer pro Tag	Die tägliche Gesamtaufenthaltsdauer in der teilstationären Einrichtung 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 faziiorale 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.