

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-550 Version 2026

Die in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegenen Mindestanforderungen an die Leistungserbringung sind Anlass für eine Vielzahl von Streitigkeiten innerhalb der durchgeführten Krankenhausabrechnungsprüfungen. Ursächlich dafür sind differente Auffassungen der Krankenkassen und Krankenhäuser über die regelkonforme Anwendung sowie Auslegung der hochkomplexen Abrechnungsbestimmungen und Kodierregeln innerhalb des aG-DRG-Systems einschließlich der verbindlichen weiteren Klassifikationssysteme der ICD-10-GM sowie Operationen- und Prozedurenschlüssel.

Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß OPS 8-550 geht über den organzentrierten Zugang hinaus und bietet im Sinne eines therapeutisch-rehabilitativen Gesamtkonzeptes zusätzlich die Behandlung in einem multiprofessionellen Team. Daher ist diese spezielle gesundheitliche Versorgung hochbetagter Patientinnen und Patienten als Komplexbehandlung im aG-DRG-System ausgewiesen. Die Auslegung der in den Komplexbehandlungen definierten Mindestanforderungen an die patientenbezogene Prozessqualität sowie an die krankenhausbefugte Strukturqualität birgt aufgrund der Vielfältigkeit in der Praxis ein erhebliches Konfliktpotential, weshalb die Krankenhäuser in der Kodierung und Abrechnung häufig mit Unklarheiten und Interpretationsspielräumen konfrontiert werden. Ziel dieser Auslegungshinweise ist daher ein bundesweit einheitliches Verständnis definitorischer Unklarheiten sowie unbestimmter Rechtsbegriffe innerhalb des OPS 8-550.

Die Auslegungshinweise werden jährlich durch die DRG-Fachgruppe – gemeinsam getragen vom Bundesverband Geriatrie e. V., der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG) – aktualisiert. Die Auslegung erfolgt dabei stets unter Beachtung der Auslegungsgrundsätze des Bundessozialgerichtes. Abrechnungsvorschriften unterliegen als normenvertragliche Regelungen den allgemeinen rechtswissenschaftlichen Auslegungsmethoden. Die Auslegung der Vorschriften erfolgt streng nach dem Wortlaut. Zudem sind Bewertungen und Bewertungsrelationen sowie entstehungsgeschichtliche Erwägungen außer Betracht zu lassen.

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-550 Version 2026

Mindestmerkmale gemäß OPS Version 2026 (Prüfregime gemäß § 275c SGB V)

Mindestmerkmale	Auslegungshinweise
Standardisiertes geriatrisches Assessment	Dazu gehören: ○ Test zur Selbstständigkeit ○ Mobilitätstest ○ Kognitionstest ○ Erfassung der Emotion Zur Instrumentenauswahl der oben aufgeführten vier Bereiche sollte die S1 Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2 - Living Guideline“ (AWFM-Register-Nr. 084-002LG) herangezogen werden. Hinweis: Seit dem Jahr 2020 wird in den Auslegungshinweisen des Kompetenz-Centrums Geriatrie die Vorlage der Erhebungsbögen als explizite Vorgabe aufgeführt.
Erhebung des standardisierten geriatrischen Assessments zu Beginn und zum Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung	Im OPS-Text selbst finden sich keine Vorgaben, in welchem Zeitraum das standardisierte geriatrische Assessment zu Beginn der Behandlung und am Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung zu erheben bzw. abzuschließen ist. Zu Behandlungsbeginn soll das Assessment aus Sicht der DRG-Fachgruppe grundsätzlich innerhalb von 2 Tagen nach Beginn der Behandlung durch das Team erfolgen. Zeitpunkt und Umfang der Assessments richten sich nach dem individuellen Bedarf und dem Gesundheitszustand der Patientin/ des Patienten. Eine von den Vorgaben abweichende Durchführung des Assessments aus patientenbezogenen Gründen schließt die Kodierung des Komplexkodes nicht aus. Lässt der Zustand der Patientin/des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren und nachzuholen, sobald der Zustand der Patientin/des Patienten es erlaubt. Das Assessment zum Behandlungsende soll aus Sicht der DRG-Fachgruppe grundsätzlich innerhalb der letzten 2 Tage der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung erfolgen. Lässt der Zustand der Patientin/des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich, ist die Erhebung der fehlenden Assessmentbestandteile später nachzuholen. Darüber hinaus wird auf den Hinweistext zur Kodierung der ICD U50.- <i>Motorische Funktionseinschränkung</i> bzw. U51.- <i>Kognitive Funktionseinschränkung</i> hingewiesen. Hier wird ein Erhebungszeitraum für die zu verwendenden standardisierten Testverfahren benannt, der sich auf die ersten fünf stationären Behandlungstage erstreckt.

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-550 Version 2026

Soziales Assessment zum bisherigen Status	In mindestens fünf Bereichen: ○ soziales Umfeld ○ Wohnumfeld ○ häusliche/außerhäusliche Aktivitäten ○ Pflege-/Hilfsmittelbedarf ○ rechtliche Verfügungen Lässt der Zustand der Patientin/des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten es erlaubt.
Wöchentliche Teambesprechungen unter Beteiligung der fachärztlichen Behandlungsleitung und jeweils mindestens eines Vertreters der Pflege sowie der Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie und Psychologie/Neuropsychologie	Das systematische Verzeichnis des Operationen- und Prozedurenschlüssels beinhaltet seit der Version 2021 eine offizielle Definition der Mindestmerkmale. Demnach handelt es sich bei Mindestmerkmalen um Merkmale, „die patientenbezogen zu erfüllen sind, damit der Kode angegeben werden kann.“ Aus formal-klassifikatorischer Sicht bezieht sich das Mindestmerkmal „wöchentlich“ daher seit der OPS-Version 2021 patientenbezogen auf die Behandlungswoche. Vor diesem Hintergrund ist seither sicherzustellen, dass die Patientin/ der Patient innerhalb von 7 Behandlungstagen Gegenstand der Teambesprechung ist. Es empfiehlt sich, den Organisationsablauf wöchentlicher Teambesprechungen durch einrichtungsspezifische Dienstanweisungen und SOPs zu standardisieren. Teambesprechungen bei Frührehabilitationen und Komplexbehandlungen erfordern aus Sicht der DRG-Fachgruppe keine Anwesenheit in Persona. Zur Durchführung der multiprofessionellen Teambesprechung kann bei Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben der Einsatz technischer Kommunikationsdienste (insbesondere Tele- und Videokonferenzsysteme) in Erwägung gezogen werden. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass grundsätzlich alle Teammitglieder während des gesamten Zeitraums der Teamsitzung anwesend sein müssen. Laut Urteil des BSG vom 19.12.2017 (B 1 KR 19/17 R) müssen Vertreter folgender Berufsgruppen/Therapiebereiche an der Teambesprechung anwesend und beteiligt sein, auch wenn diese bislang nicht am Behandlungsprozess der Patientin/ des Patienten beteiligt waren: ○ Fachärztliche Behandlungsleitung ○ Pflegerischer Dienst ○ Physiotherapie/Physikalische Therapie ○ Ergotherapie ○ Logopädie/faziorale Therapie ○ Psychologie/Neuropsychologie ○ Sozialdienst

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-550 Version 2026

	Laut Klarstellung des BfArM in der „Corrigenda zum OPS 2019“ vom 03. Dezember 2018 ist eine Beteiligung des Sozialdienstes ausdrücklich nicht erforderlich. Es sollte jedoch angestrebt werden, dass die wöchentliche Teambesprechung vom Sozialdienst unterstützt wird. Die Hinzuziehung von externen Vertretern der Therapiebereiche ist weiterhin zulässig. Bei der Vereinbarung entsprechender Kooperationen ist darauf zu achten, dass der externe Vertreter des Therapiebereichs an den wöchentlichen Teamsitzungen teilnimmt. Ferner ist zu beachten, dass nicht nur die Übernahme der Diagnostik vereinbart wird, sondern bei Bedarf auch die Durchführung der Therapieeinheiten sichergestellt ist. Nach Auffassung der DRG-Fachgruppe wird die aktuelle Definition der Teambesprechung als reines Mindestmerkmal dem klinischen Alltag sowohl mit Blick auf die Besonderheiten des geriatrischen Patienten und somit aus fachlich-inhaltlichen Gründen als auch organisatorischen Gründen in keiner Weise gerecht. Aus Sicht der Fachverbände kommt der multiprofessionellen wöchentlichen Teambesprechung in der Geriatrie eine Doppelfunktion zu. Demnach ist die Durchführung der Teambesprechung als solches ein Strukturmerkmal, die Besprechung des einzelnen Patienten im Rahmen der Sitzung zugleich jedoch ein Prozessmerkmal.
Erforderliche wochenbezogene Dokumentation der Ergebnisse der bisherigen Behandlung und weiterer Behandlungsziele durch patientenbezogen beteiligte Berufsgruppen	Die Dokumentation erfolgt wochenbezogen im Hinblick auf die bisherigen Behandlungsergebnisse und die weiteren Behandlungsziele. Dies beinhaltet eine Rückschau bezüglich der Ergebnisse (retrospektiv) und eine Vorschau bezüglich der Ziele (prospektiv). Im Vordergrund steht eine kurze und dennoch präzise Dokumentation. Bei gesonderten Ausführungen, welche den gewöhnlichen Umfang der Teambesprechung aufgrund ihrer Ausführlichkeit überschreiten, ist ein Verweis auf diese Ausführungen in der berufsgruppenspezifischen Dokumentation zulässig. Zu dokumentieren sind ausschließlich Beiträge von den patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen. Eine Teilnahmebestätigung durch Unterschrift jedes einzelnen Teilnehmers wird nicht gefordert. Für die Dokumentation ist es daher ausreichend, wenn die fachärztliche Behandlungsleitung gemäß der ihr obliegenden Gesamtverantwortung die Teilnahme und Beiträge der genannten Berufsgruppen bestätigt. Durch die Klarstellung des BfArM mit dem Satz „Weitere Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung sind nicht erforderlich“ wird deutlich, dass die Vorlage von unterzeichneten Anwesenheitslisten zum Nachweis der Beteiligung aller Berufsgruppen nicht erforderlich ist. Es wird jedoch empfohlen, zum Nachweis der regelmäßigen Teilnahme aller Berufsgruppen entsprechende Anwesenheitslisten zu hinterlegen, mindestens jedoch über eine Verfahrensanweisung innerhalb des Hauses die Teilnahme aller Berufsgruppen sicherzustellen. Die DRG-Fachgruppe hat eine Dokumentationsvorlage für die wöchentliche Teambesprechung erarbeitet, welche auf Anfrage erhältlich ist. Der Logik des OPS 8-550 folgend und mit Blick auf die Besonderheiten der geriatrischen Patientinnen und Patienten sollte es ausreichend sein, die Einschätzung, ob akutstationärer Behandlungsbedarf vorliegt, ebenfalls wochenbezogen vorzunehmen. Die wochenbezogene Dokumentation hat den Sinn, die Behandlungsergebnisse (und -ziele) im Wochenverlauf darzustellen. Daher ist es sinnwidrig, die wochenbezogene Dokumentation der Behandlungsergebnisse und -ziele durch eine tageweise Betrachtung des akutstationären Behandlungsbedarfs zu entwerten.

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-550 Version 2026

Behandlung durch mind. 2 Therapiebereiche	Die relevanten Therapiebereiche sind hier: ○ Physiotherapie/Physikalische Therapie ○ Ergotherapie ○ Logopädie/faziorale Therapie ○ Psychologie/Neuropsychologie Bei den gepaarten Therapiebereichen ist der Schrägstrich Ausdruck einer Alternative beziehungsweise Wahlmöglichkeit (vgl. Duden D 156). Demnach sind beide Therapiebereiche zur Erfüllung des Mindestmerkmals zulässig. Gemäß der Entscheidung des Schlichtungsausschusses zur KDE 372 vom 2. Dezember 2020 muss für die Anrechnung von Therapiezeiten der genannten Therapiebereiche die jeweils erforderliche berufsrechtliche bzw. fachliche Qualifikation für den zutreffenden Therapiebereich vorliegen. Die Entscheidung zur KDE 372 ist am 1. Februar 2021 in Kraft getreten und bezieht sich formal auf den OPS 8-983 „Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung“. Fachlich-inhaltlich ist diese Entscheidung aus Sicht der DRG-Fachgruppe jedoch analog auf den OPS 8-550 anzuwenden. Die Leistungen des Sozialdienstes sind nicht Bestandteil der zu erbringenden Therapieeinheiten der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. Der mit den häufig sehr umfangreichen Leistungen des Sozialdiensts einhergehende Personalaufwand muss daher gesondert erfasst werden.
Therapieeinheiten	Der OPS-Text gibt vor, dass eine bestimmte Anzahl von Therapieeinheiten (mit einer durchschnittlichen Dauer von 30 Minuten) zu erbringen und somit auch zu dokumentieren ist. Dabei müssen ○ für die 8-550.0 mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten Dauer, davon mindestens 9 Therapieeinheiten als Einzeltherapie ○ für die 8-550.1 mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten Dauer, davon mindestens 18 Therapieeinheiten als Einzeltherapie ○ für die 8-550.2 mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten Dauer, davon mindestens 27 Therapieeinheiten als Einzeltherapie erbracht und dokumentiert werden. Therapieeinheiten, die ausschließlich der Erhebung des Assessments dienen, dürfen nicht in die Gesamtzahl der erbrachten Therapieeinheiten einfließen. Dieses Vorgehen sollte über Verfahrensanweisungen innerhalb des Hauses sichergestellt werden. Bei der Berechnung der Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten ist darauf zu achten, dass bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern (z. B. Physio- und Ergotherapeuten) die Mitarbeiterminuten nicht aufsummiert werden dürfen (BSG vom 19. Dezember 2017, B 1 KR 19/17). Grundsätzlich

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-550 Version 2026

	ist von einer Gruppentherapie auszugehen, wenn gleichzeitig mindestens zwei Patientinnen/Patienten von einem Therapeuten behandelt werden. In diesem Zusammenhang ist die FAQ des BfArM: „Wie viele Einzeltherapie-Einheiten müssen und wie viele Gruppentherapie-Einheiten können für die Erfüllung der Mindestanforderungen des OPS-Kodes 8-550 mindestens vorliegen?“ (OPS Nr. 8039) zu beachten. Gemäß der Entscheidung des Schlichtungsausschusses zur KDE 372 vom 2. Dezember 2020 können pauschal Leistungen im hälftigem Zeitumfang (z. B. 15 Minuten für eine Therapieeinheit von 30 Minuten) hinzugerechnet werden, die keine durchgehende Anwesenheit eines Vertreters der benannten Therapiebereiche erfordern (z. B. Rotlichtlampe). Die Entscheidung zur KDE 372 ist am 1. Februar 2021 in Kraft getreten und bezieht sich formal auf den OPS 8-983 „Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung“. Fachlich-inhaltlich ist diese Entscheidung aus Sicht der DRG-Fachgruppe jedoch analog auf den OPS 8-550 anzuwenden.
Die Behandlungsdauer	Die Dauer der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im Rahmen des stationären Aufenthaltes muss ○ für die OPS 8-550.0 mind. 7, ○ für die OPS 8-550.1 mind. 14 und ○ für die OPS 8-550.2 mind. 21 Behandlungstage betragen. Dabei muss die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nicht zwangsläufig am ersten Tag in der geriatrischen Einheit beginnen, sondern kann auch später einsetzen. Die Zählung der Behandlungstage der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung beginnt am Tag des ersten dokumentierten Assessments. Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung wird nicht durch Samstage und/oder Sonn- oder Feiertage unterbrochen, auch wenn keine Therapie durch Therapeuten durchgeführt wurde, da die aktivierend-therapeutische Pflege und die Gesamtbehandlung weitergeführt werden. Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung kann aber in seltenen Fällen durch eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patientin/des Patienten (z. B. mit einem Aufenthalt auf der Intensivstation oder im Überwachungszimmer) unterbrochen werden, sofern damit ein Pausieren der Therapie verbunden ist. Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung kann auch außerhalb der geriatrischen Abteilung beginnen, sofern die entsprechenden Voraussetzungen (u. a. Behandlung durch ein geriatrisches Team) sichergestellt sind. Hierfür muss eine besonders sorgfältige Dokumentation vorgenommen werden. Dieses gilt insbesondere für den aktivierend-therapeutisch pflegerischen Anteil. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die FAQ des BfArM: „Wie wird die Anzahl der Behandlungstage bei der Kodierung mit dem OPS berechnet?“ (OPS Nr. 8019) sowie die Kodierempfehlung 32 der SEG 4: „Frührehabilitation, postoperativ“.

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-550 Version 2026

Strukturmerkmale gemäß OPS Version 2026 (Prüfregime gemäß § 275a Abs. 6 SGB V)

Auslegungshinweise		
Strukturmerkmale	Nachweisführung	Rechtsgrundlagen
Die primäre und sekundäre Leistungserbringung hat durch einen bedarfsorientierten Einsatz der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zu erfolgen. Die hierfür notwendige Personalstruktur ist vertraglich durch interne oder externe Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sicherzustellen. Kurzfristige, mittelfristige sowie langfristige Kooperationen mit externen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern sind vertraglich zu definieren. Bei der Vereinbarung entsprechender Kooperationen ist darauf zu achten, dass die externen Vertreterinnen/Vertreter der Therapiebereiche an den wöchentlichen Teamsitzungen teilnehmen. Ferner ist zu beachten, dass nicht nur die Übernahme der Diagnostik vereinbart wird, sondern bei Bedarf auch die Durchführung der Therapieeinheiten sichergestellt ist. Vorhanden sein“, „Verfügbarkeit“ oder „Vorhaltung von“ bedeutet, dass ein Zugriff auf bestimmte Geräte, Verfahren oder Personal grundsätzlich möglich sein muss. Hieran sind keine Vorgaben z. B. zu Anzahl, Menge, Beschäftigungsverhältnis, Patientenkontakten oder Anwesenheiten geknüpft, es sei denn, diese werden kodespezifisch vorgegeben (vgl. auch Klarstellungen und Änderungen des BfArM gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V zur OPS Version 2022) Das multiprofessionelle Team in der Geriatrie besteht mindestens aus Vertreterinnen/Vertretern der unter den Nr. 1-3 aufgeführten Berufsgruppen mit den nachfolgend aufgeführten berufsrechtlichen bzw. fachlichen Qualifikationen.	Aus datenschutzrechtlichen Gründen sind einfache Arbeitszeugnisse mit Angaben zu Art und Dauer der Tätigkeit gemäß § 109 I S. 2 Gewerbeordnung (GewO) zur Nachweisführung ausreichend. Personenbezogene Angaben zu Leistung und Verhalten (qualifiziertes Zeugnis) sollten unkenntlich gemacht werden. Gleiches gilt für Arbeitsverträge. Angaben zur Vergütung sollten unkenntlich gemacht werden. Die unter den Nr. 1-3 aufgeführten Hinweise zur Nachweisführung sind zu beachten.	Der Medizinische Dienst führt gemäß § 275a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V in den zugelassenen Krankenhäusern bezogen auf einen Standort Prüfungen durch zur Erfüllung von Strukturmerkmalen, die nach § 301 Absatz 2 SGB V in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurschlüssel für einzelne Kodes festgelegt werden. Die StrOPS-RL des Medizinischen Dienstes Bund legt die näheren Einzelheiten dazu fest, wie die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen zu erfolgen haben. Der Begutachtungsleitfaden „Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen“ des Medizinischen Dienstes Bund ergänzt die StrOPS-RL.

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-550 Version 2026

1. Fachärztliche Behandlungsleitung	Nachweisführung	Rechtsgrundlagen
1.1 Fachärztliche Behandlungsleitung mit Zusatzbezeichnung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie oder Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie. Die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern in den aktuell gültigen Fassungen sind zur Erfüllung des strukturellen Mindestmerkmals maßgeblich. <i>Hinweis: Die Behandlungsleitung erfolgt durch mindestens einen Facharzt mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation. Sie kann durch unterschiedliche Personen mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sichergestellt werden. Die Behandlungsleitung trägt die fachlich-inhaltliche Verantwortung für die Versorgung des Patienten. Sie plant, koordiniert und überwacht die Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten. Sofern für die Behandlungsleitung Vorgaben für die Anwesenheit und die Teilnahme an den Teambesprechungen zu erfüllen sind, ist dies kodespezifisch bei den jeweiligen Kodes angegeben.</i>	○ Facharzturkunden/ Qualifikationsnachweise ○ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen	Die Behandlungsleitung muss nicht zwingend durch den Chefarzt erfolgen (B 3 KR 7/12 R OPS-SMB Nr. 24). Eine Person reicht als Behandlungsleitung im Sinne des OPS 8-550 aus. Für den Fall, dass die Behandlungsleitung die Planung, Koordination und Überwachung der Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten nicht erfüllen kann, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sicherzustellen. Dies kann auch durch Kooperation erfolgen (Klarstellung des BfArM zum OPS 2022). Ausschlaggebend zur Gewährleistung der OPS-Anforderungen ist die tatsächliche personelle Besetzung in der Organisationseinheit (OPS-SMB Nr. 29).
1.2 Die fachärztliche Behandlungsleitung ist insgesamt mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig. <i>Hinweis: Eine Einheit führt die Patientenversorgung mit ihren kodespezifisch ggf. festgelegten Vorgaben durch. Sofern keine kodespezifischen Vorgaben zu erfüllen sind, kann die Einheit am Standort des Krankenhauses Teil einer Station oder einer Abteilung sein oder als eine eigene räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit betrieben werden.</i>	○ Nachweis der Anwesenheit von mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der geriatrischen Einheit, z.B. Einsatzplan, Dienstplan	Werden am Standort sowohl die frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung (8-550 ff.) als auch die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (8-98a ff.) erbracht, beziehen sich die Tätigkeitszeiten der Behandlungsleitung auf die gesamte geriatrische Einheit. Ziel der „zugehörigen geriatrischen Einheit“ ist es, für alle geriatrischen Strukturen eines Standorts die organisatorischen Voraussetzungen für die Erbringung einer geriatrischen frührehabilitativen

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-550 Version 2026

<i>Unter einer „geriatrischen Einheit“ sind eine geriatrische Klinik, geriatrische Fachabteilung oder Kombinationen von verschiedenen stationären geriatrischen Einrichtungen einer Klinik zu verstehen, für deren Leitung ein Chefarzt bzw. ein fachlich weisungsungebundener Facharzt - jeweils mit der Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnung Geriatrie bzw. Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie - zuständig ist. Stehen mehrere geriatrische Einheiten an verschiedenen Standorten unter der Leitung eines Chefarztes bzw. eines fachlich weisungsungebundenen Facharztes so muss an jedem Standort ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung oder Schwerpunktbezeichnung überwiegend ärztlich tätig sein.</i>		Komplexbehandlung zu gewährleisten und die Tätigkeit der Behandlungsleitung auf diesen Standort zu begrenzen (OPS-SMB Nr. 34).
2. Pflegerischer Dienst	Nachweisführung	Rechtsgrundlagen
2.1 Mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie verfügt über eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden und eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung. Der Zertifizierungskurs muss mindestens die inhaltlichen Anforderungen an Zusatzqualifikationen nach OPS 8-550/8-98a der DGG, DGGS und des BV Geriatrie in der aktuell gültigen Fassung erfüllen.	○ Qualifikationsnachweise über die curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden mindestens einer Pflegefachkraft ○ Nachweis einer mindestens 6-monatigen Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung mindestens einer Pflegefachkraft mit curriculärer geriatricspezifischer Zusatzqualifikation (z. B. Arbeitszeugnisse)	Eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams muss über die geforderte Qualifikation verfügen. Weitere Anforderungen an die Qualifikation des übrigen Pflegepersonals legt der OPS nicht fest (Klarstellung des BfArM zum OPS 2022). Die Kodierung des OPS 8-550 setzt keine ständige (24-stündige) Anwesenheit des besonders qualifizierten Personals voraus (SG Aachen - S 14 KR 560/19). Analog zum Kompetenzerwerb geregelter Weiterbildung erfordert der Erwerb von Erfahrung eine Gesamtdauer entsprechend einer Tätigkeit in Vollzeit. Nur durch eine äquivalente Verlängerung des

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-550 Version 2026

2.2 Aktivierend-therapeutische Pflege Ein einrichtungsspezifisches ATP-G Konzept sollte aus Sicht der DRG-Fachgruppe vorliegen. Zusätzlich sollte ein einrichtungsspezifisches Einarbeitungskonzept hinterlegt werden.	Ein einrichtungsspezifisches ATP-G Konzept sollte hinterlegt werden.	Erfahrungserwerbs in Teilzeit kann ein zeitlich vergleichbares Erfahrungsniveau erlangt werden. In dieser Weise verfahren auch Musterweiterbildungsordnungen und Richtlinien des G-BA (OPS-SMB Nr. 51).
3. Therapeutischer Dienst	Nachweisführung	Rechtsgrundlagen
3.1 Physiotherapie/ physikalische Therapie Angehörige folgender Berufsgruppen erfüllen aus Sicht der DTG-Fachgruppe das Strukturmerkmal des Therapiebereichs „Physiotherapie/ Physikalische Therapie“ innerhalb des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie: - Physiotherapeuten/Krankengymnasten gemäß MPhG Angehörige folgender Berufsgruppen können innerhalb der physikalischen Therapie unterstützend zur Abgabe von Leistungen eingesetzt werden: - Masseure gemäß MPhG - Masseure und medizinische Bademeister gemäß MPhG	Nachweis über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für folgende Therapiebereiche durch Arbeitsverträge/Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne - Physiotherapie/Physikalische Therapie - Ergotherapie - Logopädie/faziorale Therapie - Psychologie/Neuropsychologie	Der OPS legt nicht fest, dass für einen Therapiebereich mehrere qualifizierte Personen vorzuhalten sind, um das Strukturmerkmal für das Vorhandensein zu erfüllen. Das bedeutet, dass das Vorhalten eines Therapiebereiches auch durch eine Person, die entsprechend in dem geforderten Therapiebereich qualifiziert ist, sichergestellt werden kann. Für den Fall, dass diese Person für den Therapiebereich nicht zur Verfügung steht, ist eine entsprechende Vertretung mit der geforderten Qualifikation sicherzustellen. Dies kann auch durch Kooperation erfolgen (Klarstellung des BfArM zum OPS 2022).
3.2 Ergotherapie Angehörige folgender Berufsgruppen erfüllen aus Sicht der DRG-Fachgruppe das Strukturmerkmal des Therapiebereichs „Ergotherapie“ innerhalb des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie: Ergotherapeuten gemäß ErgThG	Qualifikationsnachweise der o.g. Personen sowie ihrer Vertretung für die Therapiebereiche	Die Kodierung des OPS 8-550 setzt jedoch keine ständige (24-stündige) Anwesenheit des besonders qualifizierten Personals voraus (SG Aachen - S 14 KR 560/19). Die Personalqualifikation wurde unter Beachtung folgender Grundlagen definiert: - MPhG - Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie - ErgThG - Gesetz über den Beruf der Ergotherapeuten und des Ergotherapeuten - LogopG - Gesetz über den Beruf des Logopäden
3.3 Logopädie/ fazioorale Therapie Angehörige folgender Berufsgruppen erfüllen aus Sicht der DRG-Fachgruppe das Strukturmerkmal des Therapiebereichs „Logopädie/faziorale Therapie“ innerhalb des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie:		

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-550 Version 2026

○ Logopädinnen oder Logopäden gemäß LogopG ○ Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen oder -lehrer ○ Staatlich anerkannte Sprachtherapeutinnen oder Sprachtherapeuten ○ Medizinische Sprachheilpädagoginnen oder -pädagogen ○ Diplom-Sprechwissenschaftlerinnen oder -wissenschaftler ○ Sprachheilpädagoginnen oder -pädagogen (Diplompädagoginnen oder -pädagogen oder Magister-Artium-Abschluss mit Studienschwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik) ○ Klinische Linguistinnen oder Linguisten (BKL) ○ Diplom-Patholinguistinnen oder Diplom-Patholinguisten ○ Absolventinnen oder Absolventen von Bachelor-/Masterstudiengängen gemäß Anhang 3 zur Anlage 5 der Zulassungsvoraussetzungen i. d. F. vom 15.03.2021 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V Angehörige weiterer Berufsgruppen können innerhalb des Therapiebereichs „Logopädie/faziorale Therapie“ im Einzelfall zugelassen werden, wenn die theoretischen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen vorliegen (vgl. Anlage 5: Zulassungsvoraussetzungen zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V)		○ Anlage 5: Zulassungsvoraussetzungen i. d. Fassung vom 15.03.2021 zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V für Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie i. d. Fassung vom 15.03.2021 ○ Verträge des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 125 Abs. 1 SGB V ○ Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL 2015) ○ BfArM FAQ 8020 ○ Masterstudiengang „Klinische Gerontopsychologie“ an der TU Chemnitz ○ Muster-Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 15. November 2018
3.4 Psychologie/ Neuropsychologie Angehörige folgender Berufsgruppen erfüllen aus Sicht der DRG-Fachgruppe das strukturelle Mindestmerkmal des Therapiebereichs „Psychologie/Neuropsychologie“ innerhalb des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie: ○ Psychologe (MA, Diplom) ○ Klinischer Gerontopsychologe ○ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie		