

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-98a 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 teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung gemäß OPS 8-98a 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 8-98a.

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 8-98a Version 2026

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

Mindestmerkmale	Auslegungshinweise DRG-Fachgruppe
Teamintegrierte Behandlung	Patientenindividuelle Behandlung durch das geriatrische Team. Eine wöchentliche Teambesprechung wird im OPS 8-98a nicht gefordert.
Aktuelle Durchführung zu Beginn der Behandlung bzw. Vorhandensein (maximal 4 Wochen) des standardisierten Assessments in 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) Aktuelle Durchführung zu Beginn der Behandlung bzw. Vorhandensein (maximal 4 Wochen) eines sozialen Assessments in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)	Bei der Art der Assessments gibt es keine Unterschiede zum OPS 8-550: ○ Selbsthilfefähigkeit ○ Mobilität ○ Kognition ○ Emotion ○ Soziales Assessment in strukturierter Form in mind. 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen) Zur Instrumentenauswahl sollte die S1 Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2 - Living Guideline“ (AWFM-Register-Nr. 084-002LG) herangezogen werden. Laut OPS 8-98a ist in der Tagesklinik ein maximal 4 Wochen altes geriatrisches Assessment nötig. In den Auslegungshinweisen des MD wird die Erhebung eines teilstationären Assessments verlangt. Dies gibt der Wortlaut des OPS 8-98a nicht her, weshalb es sich auch um ein im stationären Aufenthalt generiertes Assessment handeln kann. Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen. Sofern möglich sind die fehlenden Bestandteile beim sozialen Assessment alternativ fremdanamnestisch zu erheben.
Ärztliche Visite	Diese muss in der Krankenakte erkennbar sein.

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-98a Version 2026

Gesamtaufenthaltsdauer pro Tag in der teilstationären Einrichtung (inkl. Lagerungs- und Erholungszeiten) von mindestens 330 Minuten (ohne Transportzeiten)	Die Gesamtaufenthaltsdauer pro Tag muss nachvollziehbar dokumentiert sein.
Basisbehandlung ⇒ 8-98a.0	Die Mindestmerkmale müssen erfüllt sein. Für die Basisbehandlung werden im OPS 8-98a keine Aussagen zu einzelnen Therapieleistungen gemacht.
Umfassende Behandlung ⇒ 8-98a.1 Zusätzliche Mindestmerkmale: Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 5 Therapiebereiche: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie	Die relevanten Therapiebereiche sind ○ Physiotherapie ○ Physikalische Therapie ○ Ergotherapie ○ Logopädie/faziorale Therapie ○ Psychologie/Neuropsychologie Bitte beachten Sie, dass die Physiotherapie (Krankengymnastik) und die physikalische Therapie (z. B. Bäder, Packungen, Massagen) beim OPS 8-550 (stationäre GFK) als eine Therapeutengruppe gelten, während sie beim OPS 8-98a (teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung) zwei Therapiebereiche darstellen. 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 8-98a anzuwenden.
Therapiezeiten 8-98a.10: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie <u>Hinw.:</u> Die Einzeltherapie	Die gesamte Therapiezeit kann in Form der Einzeltherapie erfolgen. Aufgrund der „und/oder“-Konstellation kann neben dem Mindestzeitumfang der Einzeltherapie auch noch die Gruppentherapie erbracht werden, um die Gesamttherapiezeit zu erreichen. Dies ist patientenindividuell zu entscheiden. Bei der Berechnung der Therapieeinheiten ist darauf zu achten, dass bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern (z. B. Physiotherapeuten und Ergotherapeuten) die Mitarbeiterminuten nicht aufsummiert werden dürfen.

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-98a Version 2026

muss mindestens 30 Minuten betragen 8-98a.11: Mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie <u>Hinw.:</u> Die Einzeltherapie muss mindestens 45 Minuten betragen.	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 8-98a anzuwenden.
--	---

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-98a Version 2026

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

Auslegungshinweise der DRG-Fachgruppe		
Strukturmerkmale	Nachweisführung	Rechtsgrundlagen
Die primäre und sekundäre Leistungserbringung hat durch einen bedarfsorientierten Einsatz der Mitarbeiter zu erfolgen. Die hierfür notwendige Personalstruktur ist vertraglich durch interne oder externe Mitarbeiter sicherzustellen. Kurzfristige, mittelfristige sowie langfristige Kooperationen mit externen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern sind vertraglich zu definieren. Bei der Vereinbarung entsprechender Kooperationen 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 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 Prozedurenschlüssel für einzelne Codes 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 8-98a 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 ○ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan	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 8-98a 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</i>	○ Nachweis der Anwesenheit von mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der geriatrischen Einheit, z.B. Einsatzplan, Dienstplan	Ziel der „zugehörigen geriatrischen Einheit“ ist es, für alle geriatrischen Strukturen eines Standorts die organisatorischen Voraussetzungen für die Erbringung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung zu gewährleisten und die Tätigkeit der Behandlungsleitung auf diesen Standort zu begrenzen (OPS-SMB Nr. 34).

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-98a Version 2026

eine eigene räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit betrieben werden. 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.		
2. Pflegerischer Dienst	Nachweisführung	Rechtsgrundlagen
2.1 Mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie verfügt über eine strukturierte curriculare geriatriespezifische 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, DGGG und des BV Geriatrie in der aktuell gültigen Fassung erfüllen.	○ Qualifikationsnachweise über die curriculare geriatriespezifische 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 geriatriespezifischer 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 8-98a setzt keine ständige (24-stündige) Anwesenheit des besonders qualifizierten Personals voraus (SG Aachen - S 14 KR 560/19).
2.2 Aktivierend-therapeutische Pflege Ein einrichtungsspezifisches ATP-G Konzept sollte aus Sicht der DRG-Fachgruppe vorliegen. Zusätzlich sollte	○ Ein einrichtungsspezifisches ATP-G Konzept sollte hinterlegt werden.	Analog zum Kompetenzerwerb geregelter Weiterbildung erfordert der Erwerb von Erfahrung eine Gesamtdauer entsprechend einer Tätigkeit in Vollzeit. Nur durch eine äquivalente Verlängerung des Erfahrungserwerbs in Teilzeit kann ein zeitlich vergleichbares Erfahrungsniveau erlangt werden. In dieser Weise verfahren auch

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-98a Version 2026

ein einrichtungsspezifisches Einarbeitungskonzept hinterlegt werden.		Musterweiterbildungsordnungen und Richtlinien des G-BA (OPS-SMB Nr. 51).
3. Therapeutischer Dienst	Nachweisführung	Rechtsgrundlagen
3.1 Physiotherapie Angehörige folgender Berufsgruppen erfüllen aus Sicht der DRG-Fachgruppe das Strukturmerkmal des Therapiebereichs „Physiotherapie“ innerhalb des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie: ○ Physiotherapeuten/Krankengymnasten 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 ○ Sozialdienst Qualifikationsnachweise der o.g. Person sowie ihrer Vertretung für die Therapiebereiche	Der OPS legt nicht fest, dass für einen Therapiebereich mehrere qualifizierte Personen vorzuhalten sind, um das Strukturmerkmale 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). Die Kodierung des OPS 8-98a 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 Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten ○ LogopG - Gesetz über den Beruf des Logopäden ○ 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
3.2 Physikalische Therapie Angehörige folgender Berufsgruppen erfüllen aus Sicht der DRG-Fachgruppe das Strukturmerkmal des Therapiebereichs „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: ○ Masseur gemäß MPhG ○ Masseur und medizinische Bademeister gemäß MPhG		
3.3 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		

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-98a Version 2026

3.4 Logopädie/ fazioorale Therapie

Angehörige folgender Berufsgruppen erfüllen aus Sicht der DRG-Fachgruppe das Strukturmerkmal des Therapiebereichs „Logopädie/fazioorale Therapie“ innerhalb des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie vollumfänglich:

- Logopädinnen oder Logopäden gemäß LogopG
- Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen oder –lehrer
- Staatlich anerkannte Sprachtherapeutinnen oder Sprachtherapeuten
- Medizinische Sprachheilpädagoginnen oder –pädagogen
- Diplom-Sprechwissenschaftlerinnen oder -wissenschaftler (Ausbildung an der Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg, staatlicher Abschluss bis zum 3. Oktober 1990; auch mit vor dem 3. Oktober 1990 begonnener Weiterbildung zum Klinischen Sprechwissenschaftler)
- 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/fazioorale Therapie“ im Einzelfall zugelassen werden, wenn die theoretischen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen vorliegen (Vgl.

- 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

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-98a Version 2026

Anlage 5: Zulassungsvoraussetzungen i. d. F. vom 15.03.2021 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V).		
3.5 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		
3.6 Sozialdienst Angehörige folgender Berufsgruppen erfüllen aus Sicht der DRG-Fachgruppe das strukturelle Mindestmerkmal des Bereichs „Sozialdienst“ innerhalb des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie: ○ Sozialarbeiter (BA, MA, Diplom) ○ Sozialpädagoge (BA, MA, Diplom) ○ Andere mit Qualifizierung für die Aufgabe		