

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-550 Version 2021

Gesetzliche Grundlagen zur Neustrukturierung der OPS-Komplexcodes ab dem DRG-Systemjahr 2021

Am 7. November 2019 hat der Deutsche Bundestag das MDK-Reformgesetz („Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen“) beschlossen, welches in weiten Teilen zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist. Hintergrund für dieses Gesetz waren die zunehmende Infragestellung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und eine Vielzahl von Streitigkeiten aufgrund von Abrechnungsprüfungen. Erklärtes Ziel der Gesetzesinitiative war daher unter anderem die Stärkung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und die Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung.

Ein Baustein zur Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung bildet die Einführung eines zweistufigen Prüfungsansatzes bestehend aus der Prüfung von krankenhausbefundenen Strukturmerkmalen gemäß § 275d SGB V und der Prüfung von patientenbezogenen Mindestmerkmalen im Einzelfall gemäß § 275c SGB V. Der in diesem Zusammenhang neu geschaffene § 275d SGB V verpflichtet Krankenhäuser, die Einhaltung von Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor Leistungen mit den Krankenkassen vereinbart und abgerechnet werden können. Damit werden erstmals einzelfallunabhängige Prüfungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) geregelt. Statt einer Prüfung in einer Vielzahl von Einzelfällen wird die Erfüllung von strukturellen Voraussetzungen in einer jährlichen Strukturprüfung gebündelt. In der bisherigen Praxis wurden die strukturellen Voraussetzungen durch den Medizinischen Dienst regalaft innerhalb der Einzelfallprüfungen gemäß § 275c SGB V geprüft. Dies führte zu erheblichem Aufwand und teils auch zu fehlender Planbarkeit bei den Krankenhäusern wie den Krankenkassen bezüglich der Abrechnungsbefugnis für bestimmte Leistungen.

Mit dem § 275d SGB V steht nun erstmals eine eindeutige Rechtsgrundlage für die Prüfung von strukturellen Voraussetzungen zur Verfügung. Grundsätzlich ist im Rahmen der Strukturprüfung die Einhaltung der im OPS definierten Strukturmerkmale vorzuweisen. Grundlage für die Strukturprüfungen bildet daher der vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebene Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 SGB V. Im Zusammenhang mit den Neuregelungen des § 275d SGB V ist für die OPS-Version 2021 daher eine Aufteilung der in den Kapiteln 1, 8 und 9 bei einer Vielzahl von Codes bisher genannten Mindestmerkmale in krankenhausbefundene Strukturmerkmale und patientenbezogene Mindestmerkmale erfolgt. Eine derartige Aufteilung der Mindestmerkmale ist ebenfalls für die geriatricspezifischen OPS-Kodes 8-550 und 8-98a erfolgt.

Die Auslegungshinweise der DRG-Fachgruppe – gemeinsam getragen vom Bundesverband Geriatrie, der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG) – Version 2021 orientieren sich neben den aktuellen leistungsrechtlichen Aspekten daher an der Neustrukturierung des OPS. Zur regelmäßigen Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d SGB V werden zudem die zentralen Steuerungsgrößen vorgestellt sowie wertvolle Hinweise und Handreichungen zur praktischen Umsetzung dargelegt, um ein Übermaß an Prüfungen zu vermeiden und möglichst viel Klarheit für die Prüfpraxis zu schaffen.

Mindestmerkmale gemäß OPS Version 2021 (Prüfregime gemäß § 275c SGB V)

Mindestmerkmale	Auslegungshinweise DRG-Fachgruppe
<p>Standardisiertes geriatrisches Assessment</p>	<p>Dazu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Test zur Selbstständigkeit ○ Mobilitätstest ○ Kognitionstest ○ Erfassung der Emotion ○ Soziales Assessment in strukturierter Form in mind. 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen) <p>Zur Instrumentenauswahl der oben aufgeführten fünf Bereiche sollte die S1 Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“ (AWFM-Register-Nr. 084002) herangezogen werden. Hinweis: Seit dem Jahr 2020 wird in den Auslegungshinweisen des KCG/MDK die Vorlage der Erhebungsbögen als explizite Vorgabe aufgeführt.</p>
<p>Erhebung des standardisierten geriatrischen Assessments zu Beginn und zum Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung</p>	<p>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.</p> <p>Zu Behandlungsbeginn soll das Assessment aus Sicht des BV Geriatrie grundsätzlich innerhalb von 2 Tagen (ohne Wochenend- und Feiertage) nach Beginn der Behandlung durch das Team erfolgen. Zeitpunkt und Umfang der Assessments richten sich nach dem individuellen Bedarf und dem Gesundheitszustand des Patienten. Eine von den Vorgaben abweichende Durchführung des Assessments aus patientenbezogenen Gründen schließt die Kodierung der Komplexkodes nicht aus. Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren und nachzuholen, sobald der Zustand des Patienten es erlaubt.</p> <p>Das Assessment zum Behandlungsende soll aus Sicht des BV Geriatrie grundsätzlich innerhalb der letzten 2 Tage (ohne Wochenend- und Feiertage, mit Entlasstag) der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung erfolgen. Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich, sind die fehlenden Assessmentbestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung später nachzuholen.</p> <p>Darüber hinaus wird auf den Hinweistext zur Kodierung der ICD U50.- Motorische Funktionseinschränkung bzw. U51.- Kognitive Funktionseinschränkung hingewiesen. Hier wird ein Erhebungszeitraum für die zu verwendenden standardisierten Testverfahren benannt, der sich auf die ersten fünf stationären Behandlungstage erstreckt.</p>

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 Code 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 seit der OPS-Version 2021 sicherzustellen, dass 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 des einzelnen Patienten beteiligt waren:

- Ärztlicher Dienst/Fachärztliche Behandlungsleitung
- Pflegerischer Dienst
- Physiotherapie/Physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Logopädie/faziorale Therapie
- Psychologie/Neuropsychologie
- Sozialdienst

Laut Klarstellung des BfArM in der „Corrigenda zum OPS 2019“ vom 03.12.2018 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.

	<p>Demnach ist die Durchführung der Teambesprechung als solches ein Strukturmerkmal, die Besprechung des einzelnen Patienten im Rahmen der Sitzung zugleich jedoch ein Prozessmerkmal.</p> <p>Die Teambesprechung in der Geriatrie ist ein wiederkehrend stattfindender multiprofessioneller Informationsaustausch zu den Ergebnissen der bisherigen Behandlung und den weiteren Behandlungszielen der einzelnen Patienten an einem Tag in der Kalenderwoche. Die Teambesprechung ist daher als ein allgemeines Strukturmerkmal zu definieren, welches sich nicht nach dem Aufnahmedatum/Beginn der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung einzelner Patienten richtet. Das Zusammenwirken der an der Patientenbehandlung beteiligten Berufsgruppen im Rahmen einer multiprofessionellen Teambesprechung stellt eine organisatorische Herausforderung dar. Durch die Definition der wöchentlichen Teambesprechung als allgemeines Strukturmerkmal wird klargestellt, dass die Durchführung der Teambesprechung den krankenhausinternen Abläufen entsprechend verbindlich zu regeln ist.</p> <p>In der Doppelfunktion ist die Durchführung der Teambesprechung als solches daher ein Strukturmerkmal, die Besprechung des einzelnen Patienten im Rahmen der Sitzung zugleich jedoch ein Prozessmerkmal. Die DRG-Fachgruppe wird sich daher im Rahmen des jährlichen Vorschlagsverfahrens weiterhin für eine sachgerechte Definition der Teambesprechung einsetzen.</p>
<p>Erforderliche wochenbezogene Dokumentation der Ergebnisse der bisherigen Behandlung und weiterer Behandlungsziele durch patientenbezogen beteiligte Berufsgruppen</p>	<p>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.</p> <p><u>Eine Teilnahmebestätigung durch Unterschrift jedes einzelnen Teilnehmers wird nicht gefordert.</u> Für die Dokumentation ist es <u>daher</u> ausreichend, wenn die fachärztliche Behandlungsleitung gemäß der ihr obliegenden Gesamtverantwortung die Teilnahme und Beiträge der genannten Berufsgruppen bestätigt. Durch die Klarstellung des DIMDI 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. <u>Die DRG-Fachgruppe hat eine Dokumentationsvorlage für die wöchentliche Teambesprechung erarbeitet, welche auf Anfrage beim Bundesverband Geriatrie erhältlich ist.</u></p> <p>Der Logik des OPS 8-550 folgend und mit Blick auf die Besonderheiten des geriatrischen 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</p>

	<p>darzustellen. Daher ist es sinnwidrig, die wochenbezogene Dokumentation der Behandlungsergebnisse und -ziele durch eine tageweise Betrachtung des akutstationären Behandlungsbedarfs zu entwerten.</p>
<p>Behandlung durch mind. 2 Therapiebereiche</p>	<p>Die relevanten Therapiebereiche sind hier:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Physiotherapie/Physikalische Therapie ○ Ergotherapie ○ Logopädie/faziorale Therapie ○ Psychologie/Neuropsychologie <p><u>Gemäß der Entscheidung des Schlichtungsausschusses zur KDE 372 vom 02.12.2020 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 01.02.2021 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.</u></p> <p>Die Leistungen des Sozialdienstes sind nicht Bestandteil der zu erbringenden Therapieeinheiten der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. Der mit den häufig sehr umfänglichen Leistungen des Sozialdiensts einhergehende Personalaufwand muss daher gesondert erfasst werden.</p>
<p>Therapieeinheiten</p>	<p>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.</p> <p>Dabei müssen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p>erbracht und dokumentiert werden.</p> <p>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. Physiotherapeuten und Ergotherapeuten) die Mitarbeiterminuten nicht aufsummiert werden dürfen (BSG vom 19.12.2017, B 1 KR 19/17). Grundsätzlich ist von einer Gruppentherapie auszugehen, wenn gleichzeitig mind. 2 Patienten von 1 Therapeuten behandelt werden.</p>

	<p>Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang 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).</p> <p><u>Gemäß der Entscheidung des Schlichtungsausschusses zur KDE 372 vom 02.12.2020 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 01.02.2021 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.</u></p>
<p>Die Behandlungsdauer</p>	<p>Die Dauer der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im Rahmen des stationären Aufenthaltes muss</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p>Behandlungstage betragen.</p> <p>Dabei muss die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nicht zwangsläufig am 1. Tag in der geriatrischen Einheit beginnen, sondern kann auch später einsetzen.</p> <p>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 Patienten (z. B. mit einem Aufenthalt auf der Intensivstation oder im Überwachungszimmer) unterbrochen werden, sofern damit ein Pausieren der Therapie verbunden ist.</p> <p>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.</p> <p>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“.</p>

Strukturmerkmale gemäß OPS Version 2021 (Prüfregime gemäß § 275d SGB V)

Auslegungshinweise der DRG-Fachgruppe		
Strukturmerkmale	Nachweisführung	Rechtsgrundlagen
<p>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 Mitarbeitern sind vertraglich zu definieren.</p> <p>Bei der Vereinbarung entsprechender Kooperationen ist darauf zu achten, dass der externe Vertreter des Therapiebereichs an den wöchentlichen Team-sitzungen teilnimmt. Ferner ist zu beachten, dass nicht nur die Übernahme der Diagnostik vereinbart wird, sondern bei Bedarf auch die Durchführung der Therapieeinheiten sichergestellt ist.</p> <p>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 oder Anwesenheiten geknüpft, es sei denn, diese werden kodespezifisch vorgegeben.</p> <p>Das multiprofessionelle Team in der Geriatrie besteht mindestens aus Vertretern der unter den Nr. 1-3 aufgeführten Berufsgruppen mit den nachfolgend aufgeführten Qualifikationen.</p>	<p>Die Erfüllung der strukturellen Mindestmerkmale ist hinreichend zu belegen. Die Dokumente zur Nachweisführung sind zu hinterlegen.</p> <p>Aus datenschutzrechtlichen Gründen sind einfache Arbeitszeugnisse mit Angaben zu Art und Dauer der Tätigkeit gemäß § 109 Gewerbeordnung 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.</p> <p>Die unter den Nr. 1-3 aufgeführten Hinweise zur Nachweisführung sind zu beachten.</p>	<p>Krankenhäuser haben gemäß § 275d Absatz 1 SGB V die Einhaltung von Strukturmerkmalen des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V durch den Medizinischen Dienst (MD), begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen mit den Kostenträgern vereinbaren und abrechnen dürfen.</p> <p>Die StrOPS-RL des Medizinischen Dienstes Bund legt die näheren Einzelheiten dazu fest, wie die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen zu erfolgen haben.</p> <p>Die nachfolgende Checkliste zu den Strukturmerkmalen des OPS 8-550 stellt die bisherigen Rechtsauffassungen der DRG-Fachgruppe in dieser Angelegenheit dar und soll einen Überblick über die einzuhaltenden Prüfkriterien und deren Auslegung bieten.</p>

1. Fachärztliche Behandlungsleitung	Nachweisführung	Rechtsgrundlagen
<p>1.1 Fachärztliche Behandlungsleitung mit Zusatzbezeichnung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie oder Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie.</p> <p>Die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern in den aktuell gültigen Fassungen sind zur Erfüllung des strukturellen Mindestmerkmals maßgeblich.</p> <p><i>Hinweis: Die Behandlungsleitung erfolgt durch 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. Für die Behandlungsleitung kann kodespezifisch der Umfang für die Anwesenheit und die Teilnahme an den Teambesprechungen festgelegt werden.</i></p>	<p>Arbeitsverträge, fachliche Qualifikationsnachweise sowie Nachweise über die Sicherstellung der Behandlungsleitung sind zu hinterlegen.</p>	<p>Die Behandlungsleitung muss nicht zwingend durch den Chefarzt erfolgen (B 3 KR 7/12 R).</p> <p>Die Kodierung des OPS 8-550 setzt über das Gesamtjahr im betreffenden Krankenhaus keine jederzeitige Vertretungsmöglichkeit für die fachärztliche Behandlungsleitung voraus. Sofern ein OPS-Code eine Vertreterregelung oder ständige (24-Stündige) Anwesenheit fordert, muss dies aus dem Wortlaut eindeutig hervorgehen (SG München – S 15 KR 1684/18, S 15 KR 2143/18 SG Wiesbaden S 18 KR 438/18 SG Aachen - S 14 KR 560/19).</p>
<p>1.2 Die fachärztliche Behandlungsleitung ist überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig.</p> <p>Maßgeblich für die Erfüllung des strukturellen Mindestmerkmals ist eine Tätigkeit in der geriatrischen Einheit von über 50% der Regelarbeitszeit einer Vollzeitbeschäftigung.</p> <p><i>Hinweis: 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></p>	<p>Nachweise über die überwiegende Tätigkeit sind zu hinterlegen (z. B. Eigenerklärung, Arbeitsvertrag).</p>	<p>Der Duden definiert das hier ausschlaggebende Adverb „überwiegend“ mit „hauptsächlich“ bzw. „vor allem“.</p> <p>Der Begriff „regelmäßige Arbeitszeit“ wird sowohl im TV-Ärzte als auch im TVöD-K regelhaft verwendet und zur Abgrenzung von Teilzeitbeschäftigungen an verschiedenen Stellen durch den Zusatz „einer Vollzeitbeschäftigung“ konkretisiert.</p>

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-550 Version 2021

2. Pflegerischer Dienst	Nachweisführung	Rechtsgrundlagen
<p>2.1 Mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie verfügt über eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung.</p> <p>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.</p>	<p>Arbeitsverträge sowie fachliche Qualifikationsnachweise sind zu hinterlegen.</p>	<p>Die Kodierung des OPS 8-550 setzt keine jederzeitige Vertretungsmöglichkeit oder ständige (24-Stündige) Anwesenheit des besonders qualifizierten Personals voraus (SG Aachen - S 14 KR 560/19).</p>
<p>2.2 Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für Aktivierend-therapeutische Pflege</p> <p>Ein einrichtungsspezifisches ATP-G Konzept ist zur Erfüllung des strukturellen Mindestmerkmals maßgeblich. Zusätzlich ist ein einrichtungsspezifisches Einarbeitungskonzept zu hinterlegen.</p>	<p>Ein einrichtungsspezifisches ATP-G Konzept sowie Einarbeitungsnachweise sind zu hinterlegen.</p>	
3. Therapeutischer Dienst	Nachweisführung	Rechtsgrundlagen
<p>3.1 Physiotherapie/ physikalische Therapie</p> <p>Angehörige folgender Berufsgruppen erfüllen das Strukturmerkmal des Therapiebereichs „Physiotherapie/ Physikalische Therapie“ innerhalb des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Physiotherapeuten/Krankengymnasten gemäß MPhG <p>Angehörige folgender Berufsgruppen können innerhalb der physikalischen Therapie unterstützend zur Abgabe von Leistungen eingesetzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Masseurin gemäß MPhG ○ Masseurin und medizinische Bademeisterin gemäß MPhG 	<p>Arbeitsverträge/Kooperationsverträge sowie fachliche Qualifikationsnachweise sind zu hinterlegen.</p>	<p>Die Kodierung des OPS 8-550 setzt keine jederzeitige Vertretungsmöglichkeit oder ständige (24-Stündige) Anwesenheit des besonders qualifizierten Personals voraus (SG Aachen - S 14 KR 560/19).</p> <p>Die Personalqualifikation wurde unter Beachtung folgender Grundlagen definiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL 2015) ○ Zulassungsempfehlung nach § 124 Abs. 4 SGB V für Heilmittelbringer in der Fassung vom 26.11.2018

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-550 Version 2021

3.2 Ergotherapie

Angehörige folgender Berufsgruppen erfüllen das Strukturmerkmal des Therapiebereichs „Ergotherapie“ innerhalb des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie:

- Ergotherapeuten gemäß ErgThG

3.3 Logopädie/ fazioorale Therapie

Angehörige folgender Berufsgruppen erfüllen 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)
- 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. Anlage 5 der Zulassungsvoraussetzungen i. d. F. vom 15.03.2021 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V)

- Verträge des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 125 Abs. 1 SGB V
- BfArM FAQ 8020
- Masterstudiengang „Klinische Gerontopsychologie“ an der TU Chemnitz
- Muster-Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 15.11.2018

Auslegungshinweise des Bundesverbandes Geriatrie zum OPS 8-550 Version 2021

3.4 Psychologie/ Neuropsychologie

Angehörige folgender Berufsgruppen erfüllen das strukturelle Mindestmerkmal des Therapiebereichs „Psychologie/Neuropsychologie“ innerhalb des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie:

- Psychologe (MA, Diplom)
- Klinischer Gerontopsychologe
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie