



SEG 4

Sozialmedizinische Expertengruppe 4 „Vergütung und Abrechnung“  
der MDK-Gemeinschaft

Beschlussfassung:

Die Arbeitshilfe wurde am 08.04.2020 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

**Herausgeber:**

Medizinischer Dienst  
des Spitzenverbandes Bund  
der Krankenkassen e. V. (MDS)  
Theodor-Althoff-Straße 47  
D-45313 Essen  
Telefon: 0201 8327-0  
Telefax: 0201 8327-100  
E-Mail: [office@mds-ev.de](mailto:office@mds-ev.de)  
Internet: <http://www.mds-ev.de>

## Autoren, die an der Begutachtungshilfe von Seiten der MDK-Gemeinschaft beteiligt waren

(in alphabetischer Reihenfolge):

<b>Dr. med. Constance Mitsch</b>	Fachärztin für Anästhesiologie Sozialmedizin, Ärztliches Qualitätsmanagement MDK Berlin-Brandenburg
<b>Sebastian Ritter</b>	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Manuelle Medizin, Naturheilverfahren, Sozialmedizin, Ärztliches Qualitätsmanagement MDK Hessen
<b>Iris Schulz</b>	Fachärztin für Innere Medizin Notfallmedizin, Sozialmedizin Ärztliches Qualitätsmanagement MDK Hessen
<b>Dr. med. Bernd Wetz</b>	Facharzt für Chirurgie MDK Bayern

## Zu den Inhalten fand mit folgenden Vertretern der ANOA-Expertengruppe ein fachlicher Austausch statt

(in alphabetischer Reihenfolge, Stand Dezember 2019):

<b>Dr. med. Jens Adermann</b>	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Chefarzt Klinik für Manuelle Therapie Hamm
<b>Dr. med. Sabine Alfter</b>	Fachärztin für Orthopädie stv. Chefarztin Krankenhaus Lahnhöhe Leitung der ANOA AG Medizin
<b>Dr. med. Jan Emmerich</b>	Facharzt für Innere Medizin und Physikalische und Rehabilitative Medizin Leitender Oberarzt Sana Kliniken Sommerfeld
<b>Dr. med. Jan Holger Holtschmit</b>	Facharzt für Orthopädie Krankenhaus Losheim am See Chefarzt Vizepräsident der ANOA
<b>Dipl.-Psych. Wolfgang Ritz</b>	Psychologischer Psychotherapeut Leitender Psychologischer Psychotherapeut Sana Kliniken Sommerfeld ANOA Schriftführer
<b>Dr. med. Wolfram Seidel</b>	Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin Chefarzt Sana Kliniken Sommerfeld Präsident der ANOA

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>5</b>
<b>2 Definition der Multimodal-nichtoperativen Komplexbehandlung des Bewegungssystems .....</b>	<b>7</b>
<b>3 Definition von komplexen (multifaktoriellen) Erkrankungen des Bewegungssystems ....</b>	<b>8</b>
<b>4 Indikation zur Multimodal-nichtoperativen Komplexbehandlung des Bewegungssystems .....</b>	<b>9</b>
<b>5 Notwendigkeit der vollstationären Komplexbehandlung bei multifaktoriellen Erkrankungen des Bewegungssystems .....</b>	<b>10</b>
<b>6 Hinweise zur Begutachtung der Kriterien des OPS 8-977 .....</b>	<b>12</b>

## 1 Einleitung

Komplexe Erkrankungen des Bewegungssystems sind multifaktoriell. Die jeweils bedeutsamen Einflüsse im Krankheitsgeschehen müssen diagnostiziert und in ihrem komplexen Zusammenwirken multimodal behandelt werden.

Weder die Behandlung noch die sozialmedizinische Begutachtung eines Patienten mit komplexen (multifaktoriellen) Erkrankungen des Bewegungssystems kann standardisiert anhand eines „einheitlichen Schemas“ erfolgen. Die komplexe Thematik erfordert eine differenzierte und individuelle Beurteilung der betroffenen Patienten/des betroffenen Patienten und auch des diagnostischen und therapeutischen Gesamtkonzeptes durch die Gutachterin/den Gutachter. Im begründeten Einzelfall kann gegebenenfalls das Abweichen von konsentierten Positionen fachlich notwendig werden.

Diese Arbeitshilfe gibt Hinweise zur Beurteilung der Notwendigkeit einer vollstationären multimodal-nichtoperativen Komplexbehandlung des Bewegungssystems im Krankenhaus sowie zu den Mindestmerkmalen des OPS 8-977.

Nicht möglich ist das Aufstellen harter Kriterien dafür, welche Patientinnen und Patienten und welche Fallkonstellationen eine stationäre Krankenhausaufnahme mit multimodal-nichtoperativer Komplexbehandlung des Bewegungssystems benötigen. Diese Entscheidung kann immer nur individuell – in Abhängigkeit vom Patienten und den geplanten/durchgeführten Maßnahmen – durch die Krankenhausärztin/den Krankenhausarzt getroffen und durch die MDK-Gutachterin/den MDK-Gutachter beurteilt werden.

Durch die Gutachterin/den Gutachter des MDK ist bei vorliegendem Auftrag der Krankenkasse zu prüfen, ob das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 SGB V).

Eine Besonderheit stellen durch die Gutachterinnen und Gutachter des MDK zu beurteilende Fallkonstellationen dar, bei denen die Aufnahme in das Krankenhaus unter Verweis auf das Fehlen geeigneter ambulanter oder teilstationärer Versorgungsstrukturen erfolgt ist. Die Gutachterin/der Gutachter des MDK beurteilt aus ex ante-Sicht der Krankenhausärztin/des Krankenhausarztes anhand des individuellen Gesundheitszustandes der Patientin/des Patienten, ob das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden konnte. Bestand aus medizinischer Sicht der Gutachterin/des Gutachters eine Alternative zur stationären Krankenhausaufnahme, die jedoch aus anderen Gründen (z. B. organisatorische Probleme, Unterversorgung) nicht genutzt werden konnte, gibt die Gutachterin/der Gutachter in der Stellungnahme die vom Krankenhaus geschilderten

Gründe wertfrei an die beauftragende Krankenkasse weiter. Diese geschilderten Gründe beeinflussen die medizinische Empfehlung nicht. Die Krankenkasse kann somit ihre leistungsrechtliche Entscheidung auf der Basis der medizinischen Empfehlungen und weiterer Hinweise im Gutachten treffen.

## **2 Definition der Multimodal-nichtoperativen Komplexbehandlung des Bewegungssystems**

Die multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung umfasst die befundgerechte Behandlung multifaktorieller Erkrankungen des Bewegungssystems auf der Grundlage einer interdisziplinären Diagnostik. Die Behandlung erfolgt mit individuellen therapeutischen Schwerpunktsetzungen, interdisziplinärer Verlaufsdagnostik und kontinuierlicher Therapiesteuerung.

Diagnostik und Therapie erfolgen im multiprofessionellen Team. Therapeutinnen und Therapeuten verschiedener Fachdisziplinen („interdisziplinär“) arbeiten nicht nur „gleichzeitig an derselben Patientin/am selben Patienten“, sondern eng untereinander vernetzt gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten.

### **3 Definition von komplexen (multifaktoriellen) Erkrankungen des Bewegungssystems**

Zum Begriff „Erkrankungen“ zählen neben Krankheiten auch Störungen, Behinderungen, dysfunktionale Manifestationen und sonstige Leiden des Bewegungssystems. Bezüglich der Verlaufsform kann die Krankheit akut oder chronisch sein bzw. in Schüben verlaufen (mit oder ohne Progredienz des Beschwerdebildes).

Eine Erkrankung des Bewegungssystems ist dann als komplex zu bezeichnen, wenn es Hinweise auf ein multifaktorielles Geschehen gibt. Hinweise für ein multifaktorielles Geschehen können die folgenden Faktoren allein oder in unterschiedlich ausgeprägten Kombinationen sein:

- strukturelle Einflussfaktoren  
(z. B. Bandscheibenpathologie, Arthrose, posttraumatische oder postoperative Zustände des Bewegungssystems)
- funktionelle Einflussfaktoren  
(z. B. Funktionspathologie des Bewegungssystems, autonome Dysregulation)
- psychische Einflussfaktoren  
(z. B. passives Schmerzverhalten, dysfunktionale schmerzbezogene Kognition, schmerzrelevante Psychopathologie)
- soziale Einflussfaktoren  
(z. B. Arbeitsplatzproblematik, psychosoziale Verstärker)
- Chronifizierungsprozesse  
(z. B. periphere und zentrale Sensibilisierungsprozesse)



## **4 Indikation zur Multimodal-nichtoperativen Komplexbehandlung des Bewegungssystems**

Das Erstellen einer „Positivliste für Indikationen“ ist aus fachlicher Sicht nicht möglich.

Hinweise dafür, dass bei akuten, rezidivierenden, akut exazerbierten, chronifizierungsgefährdeten bzw. chronischen Schmerzen oder Funktionsstörungen des Bewegungssystems eine Indikation zur multimodal-nichtoperativen Komplexbehandlung des Bewegungssystems besteht, können die nachfolgenden Kriterien darstellen, sofern sie in unterschiedlichen Kombinationen zutreffen:

- signifikante Beeinträchtigung der Lebensqualität oder Arbeitsfähigkeit
- nicht erfolgreiche konservative, interventionelle oder operative Therapie
- nicht indizierte monomodale Behandlung
- Notwendigkeit einer interdisziplinären Diagnostik und Therapie bei ungeklärter Schmerzursache oder unklarer Befundkonstellation
- relevante Komorbidität (z. B. internistisch, psychisch, neurologisch, Medikamentenfehlgebrauch oder -missbrauch)
- dysfunktionale Krankheits- oder Schmerzbewältigung bzw. andere schmerzrelevante psychosoziale Einflussfaktoren

Das Vorliegen dieser Kriterien muss in den Behandlungsunterlagen des Krankenhauses nachvollziehbar belegt sein.

## 5 Notwendigkeit der vollstationären Komplexbehandlung bei multifaktoriellen Erkrankungen des Bewegungssystems

Durch die Gutachterin/den Gutachter des MDK ist bei vorliegendem Auftrag der Krankenkasse zu prüfen, ob das Behandlungsziel nur durch vollstationäre Krankenhausbehandlung erreicht werden kann (§ 39 SGB V). „Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen. Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung“ (Beschluss des Großen Senates vom 25. September 2007, Az. GS 1/06, Rn 15).

Die maßgeblichen Rechtsgrundlagen, die dabei berücksichtigt werden müssen, sind die §§ 2, 12, 27, 39 und 70 SGB V.

Das Erstellen einer „Positivliste für Indikationen“ ist aus fachlicher Sicht nicht möglich. Die Notwendigkeit stationärer Krankenhausaufnahme muss jeweils im Einzelfall dokumentiert und nachvollziehbar sein. Eine Vorstellung und Behandlungssequenz hinsichtlich der Erkrankung des Bewegungssystems – gegebenenfalls ambulant im aufnehmenden Krankenhaus – muss im Vorfeld der vollstationären Aufnahme bereits stattgefunden haben, eine akute Erkrankung kann eine Ausnahme hierzu darstellen. Dabei muss festgestellt und zum Zeitpunkt der Aufnahme nachvollziehbar dokumentiert worden sein, dass eine stationäre multimodal-nicht operative Komplexbehandlung des Bewegungssystems indiziert ist und das Therapieziel mit Hilfe von ambulanten Behandlungsalternativen nicht erreicht werden kann.

Die Aufnahme zur vollstationären Behandlung kann in Abhängigkeit von der individuellen Ausprägung z. B. notwendig sein bei:

- schwerem Schmerzzustand (Schmerzstärke oder -beeinträchtigung)
- erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen oder Mobilitätsstörungen
- nachvollziehbar ausgeschöpften indizierten Therapieoptionen (Leistungsauszug der Krankenkasse oder Fremdbefunde können hilfreich sein)
- medizinischen Erfordernissen einer hohen Therapiedichte, die ambulant oder rehabilitativ auf Grund des Gesundheitszustandes des Patienten nicht zu gewährleisten sind
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen und pflegerischen Patientenüberwachung, Therapiesteuerung und Evaluierung eines langfristigen Therapiekonzeptes
- vorliegenden Begleiterkrankungen, die eine Überwachung und/oder Mitbehandlung unter Einsatz der besonderen Mittel des Krankenhauses erforderlich machen

Ein Kriterium allein stellt keine Begründung für die Notwendigkeit vollstationärer Behandlung dar, andererseits kann jedoch auch bei Fehlen eines oder mehrerer Kriterien vollstationäre Behandlungsnotwendigkeit vorliegen.

Abgrenzung vollstationärer Krankenhausbehandlung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V:

Es geht im Rahmen der Einzelfallbegutachtung des OPS-Kodes 8-977 nicht darum, die Indikation für eine Rehabilitationsmaßnahme unter Berücksichtigung von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, realistischen alltagsrelevanten Rehabilitationszielen und einer positiven Rehabilitationsprognose zu stellen. Dies ist ex post im Regelfall nicht möglich. Hierzu sei auf die „Begutachtungsanleitung - Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V „Vorsorge und Rehabilitation“, Stand 02.07.2018“ verwiesen. Vielmehr geht es darum, im Einzelfallgutachten zu prüfen, ob die besonderen Mittel des Krankenhauses zur Behandlung mit multimodaler Therapie erforderlich waren.

Lag keine stationäre Behandlungsnotwendigkeit vor, kann die Gutachterin/der Gutachter in der Beurteilung feststellen, dass die Indikation für eine rehabilitative Maßnahme vor Aufnahme in das Krankenhaus zu prüfen gewesen wäre.

Begutachtung der Behandlungsdauer:

Bei komplexen Befundkonstellationen oder schwierigen Behandlungsverläufen kann eine längere Behandlungsdauer (> 12 Tage, die der OPS 8-977 mindestens fordert) medizinisch notwendig sein. Für die gesamte stationäre Verweildauer muss nachvollziehbar dokumentiert sein, dass die besonderen Mittel des Krankenhauses durchgehend erforderlich waren. Die Änderung der Schmerzintensität im Verlauf als alleiniger Parameter begründet weder die Notwendigkeit noch die fehlende Notwendigkeit weiterer vollstationärer Behandlung; die Gesamtkonstellation des Einzelfalls muss beurteilt werden.

## 6 Hinweise zur Begutachtung der Kriterien des OPS 8-977

***„Die Anwendung dieses Kodes beinhaltet eine interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung von komplexen (multifaktoriellen) Erkrankungen des Bewegungssystems unter fachärztlicher Behandlungsleitung von mindestens 12 Tagen“***

Die Komplexbehandlung beginnt mit der Einleitung der interdisziplinären Diagnostik, die Grundlage der Therapie ist. Die relevanten Einflussfaktoren

- strukturelle Einflussfaktoren
- funktionelle Einflussfaktoren
- psychische Einflussfaktoren
- soziale Einflussfaktoren
- Chronifizierungsprozesse

werden erhoben und in ihrer Bedeutung für das aktuelle Krankheitsgeschehen beurteilt.

***„Dabei wird die gleichzeitige Anwendung von 5 diagnostischen Verfahren vorausgesetzt:“***

***„Neuroorthopädische Strukturdiagnostik“***

Erklärung: Ziel ist die Beurteilung relevanter Strukturpathologien im Bewegungssystem mittels:

- Anamnese
- klinischer Untersuchung (z. B. aktive und passive Beweglichkeit von Gelenken und Wirbelsäule, Reflexstatus, neurologische Defizite)
- Beurteilung der bereits vorliegenden apparativen Befunde (z. B. Bildgebung, Labor, Neurophysiologie)

***„Manualmedizinische Funktionsdiagnostik“***

Erklärung: Ziel ist Beurteilung relevanter Funktionspathologien des Bewegungssystems und des autonomen Nervensystems.

***„Schmerzdiagnostik“***

Erklärung: Ziel ist die Erfassung und Dokumentation der aktuellen Schmerzsituation, der Schmerzentstehung, des Schmerzverlaufs sowie gegebenenfalls der chronifizierenden und beeinflussenden sozialen Faktoren.

**„Apparative Diagnostik unter funktionspathologischen Aspekten (z. B. Röntgen, MRT, CT, videogestützte Bewegungsanalyse, Posturographie, computergestützte Bewegungs- oder Kraftmessung, EMG, Optimetrie)“**

Erklärung: Apparative Funktionsdiagnostik dient der Unterstützung klinisch-funktionspathologischer Befundung bzw. der Quantifizierung von Bewegungsstörungen, Bewegungseinschränkungen, Lokalisation von Defiziten, Wertung der Leistungsfähigkeit des Bewegungssystems bzw. des Ausmaßes der Dekonditionierung. Ziel ist es, die Wertung von klinischen Befunden zu unterstützen bzw. die Therapiestrategie zu optimieren.

**„Psychodiagnostik“**

Die Psychodiagnostik wird durch eine Ärztin/einen Arzt, eine Psychologische Psychotherapeutin/einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine Psychologische Psychotherapeutin/einen Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung unter Supervision durchgeführt.

Erklärung: Ziel ist die Erfassung psychischer und Verhaltensfaktoren mit Einfluss auf die Krankheitsentwicklung und Chronifizierung. Eine persönliche Befragung mit individualisierter Dokumentation ist erforderlich.

**„Anzuwenden sind mindestens 3 der folgenden Verfahren:“**

**„Manuelle Medizin“**

Zur Anwendung kommen Manipulations-, Mobilisations-, Weichteil- und Traktionstechniken, z. B. folgende Verfahren (nicht abschließende Beispielliste):

- Gelenkbehandlung
- Muskelbehandlung
- Bindegewebsbehandlung
- Faszienbehandlung
- Nervenbehandlungen
- Einführung/Kontrolle von Eigenbehandlungen

**„Reflextherapie“**

Erklärung: Verfahren zur reflektorischen Beeinflussung von Krankheitsprozessen und Funktionsstörungen.

Zur Anwendung kommen z. B. folgende Verfahren (nicht abschließende Beispielliste):

- Fuß- und Handreflextherapie, Bindegewebemassage (= subkutane Reflextherapie)
- Periostbehandlung
- Triggerpunktbehandlung
- Akupunktur

- Isotonische Muskeldehnung
- Zervikales Release, myofasziales Release
- Faszientechnik
- Neuraltherapie

### **„Infiltrationstherapie/interventionelle Schmerztherapie“**

Erklärung: Verfahren zur Differentialdiagnostik, Schmerz-/Symptomlinderung, Beeinflussung pathogenetischer Faktoren und Herstellung/Verbesserung der Behandelbarkeit für die funktionelle und aktivierende Behandlung.

Durchführung durch eine Ärztin/einen Arzt.

Zur Anwendung kommen z. B. folgende Verfahren (nicht abschließende Beispielliste):

- Regionalanästhesietechniken
- Lokalanästhesietechniken
- Infiltrations- und Injektionstechniken

### **„Psychotherapie“**

Durchführung durch eine Vertreterin/einen Vertreter einer psychiatrischen, psychosomatischen, ärztlich-psychotherapeutischen oder psychologisch-psychotherapeutischen Disziplin bzw. durch eine Vertreterin/einen Vertreter der genannten Disziplinen in Ausbildung/Weiterbildung unter Supervision.

Erklärung: Zur Anwendung kommen Verfahren in Einzel- oder Gruppentherapie (Inhalte in nicht abschließender Beispielliste):

- Vermittlung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells
- Psychoedukation (z. B. Thematiken Stressbewältigung, Selbstfürsorge)
- Vermittlung schmerzbezogener Bewältigungsstrategien

### **„und mindestens 3 Verfahren aus der/den“**

### **„Manuellen Therapie und Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis“**

Zur Anwendung kommen z. B. folgende Verfahren (nicht abschließende Beispielliste):

- Mobilisationstechniken
- Weichteiltechniken
- Krankengymnastik nach Brunkow
- PNF-Methode (Kabat)
- Bobath/Vojta/Feldenkrais
- Krankengymnastik nach Janda
- Anleitung zur Eigenbehandlung

### **„Medizinischen Trainingstherapie“**

Zur Anwendung kommen z. B. folgende Verfahren (nicht abschließende Beispielliste):

- Wahrnehmungsschulung
- Koordinationstraining
- Stabilisationstraining
- Krafttraining
- Konditionstraining
- Anleitung zur Eigenübung

### **„Physikalischen Therapie“**

Zur Anwendung kommen z. B. folgende Verfahren (nicht abschließende Beispielliste):

- Balneologie
- Elektrotherapie
- Therapeutischer Ultraschall
- Thermotherapie
- Massagen
- Hydrotherapie
- Extensionstherapie
- Anleitung zur Selbstbehandlung

### **„Entspannungsverfahren“**

Durchführung durch Ärztinnen/Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychologische Psychotherapeuten, Psychologinnen/Psychologen, Therapeutinnen/Therapeuten oder Pflegekräfte. Bei Psychologinnen/Psychologen, Therapeutinnen/Therapeuten und Pflegekräften ist ein entsprechender Schulungsnachweis erforderlich bzw. die Durchführung erfolgt unter Supervision. Ärztinnen/Ärzte und Psychologische Psychotherapeutinnen /Psychologische Psychotherapeuten benötigen keinen Schulungsnachweis.

Zur Anwendung kommen z. B. folgende Verfahren (nicht abschließende Beispielliste):

- autogenes Training
- Muskelentspannung nach Jacobson
- Atemtechniken
- Klangtherapie

**„mit einer Therapiedichte von mindestens 30 aktiven und passiven Einzelleistungen aus den beiden Leistungsgruppen“**

Obligat sind mindestens 30 Einzelleistungen zu erbringen, es muss sich um eine Kombination aus aktiven und passiven Verfahren handeln.

Hinweis: Es müssen jeweils mindestens drei Verfahren aus beiden im OPS aufgeführten Leistungsgruppen durchgeführt werden. Die jeweilige Leistungsmenge richtet sich nach den individuellen Erfordernissen.

Konsistente Dokumentation mit Zuordnung zu Zeit, Methode und zum Durchführenden.

Keine zwingende Notwendigkeit für tägliche Therapie. Auch einzelne therapiefreie Tage sind mitzuzählen. Dabei muss für die gesamte stationäre Verweildauer nachvollziehbar dokumentiert sein, dass die besonderen Mittel des Krankenhauses durchgehend erforderlich waren. Das beinhaltet, dass auch an therapiefreien Tagen mindestens nachgewiesen sein muss, dass eine ärztliche Evaluation des Patientenzustandes stattgefunden hat.

**„Die Anwendung des Kodes umfasst weiter ein therapeutisches Assessment mit interdisziplinärer Teambesprechung“**

Das geforderte therapeutische Assessment ist von der erforderlichen Diagnostik bei Beginn der Komplexbehandlung abzugrenzen.

Die ärztliche Behandlungsleiterin/der ärztliche Behandlungsleiter leitet die Teambesprechung. Neben einer Vertreterin/einem Vertreter der Pflege und der psychologischen Disziplin nimmt eine Vertreterin/ein Vertreter jeder patientenbezogen beteiligten Berufsgruppe teil (eine Vertreterin/ein Vertreter jedes bei dieser Patientin/diesem Patienten eingesetzten Therapiebereichs).

Die Dokumentation einer interdisziplinären Teambesprechung ist für die Gutachterin/den Gutachter des MDK nachvollziehbar, wenn folgende Inhalte enthalten sind: Namen der Teilnehmenden mit Berufsbezeichnung, Inhalt der Teambesprechung (individuelles, störungsbezogenes Assessment, für alle Teilnehmenden einmalige gemeinsame Dokumentation aller Inhalte ausreichend), Handzeichen aller Teilnehmenden, auch elektronisch. Eine Forderung nach isoliertem inhaltlichem Eintrag durch jeden einzelnen Teilnehmenden ist nicht gerechtfertigt.