

Auslegungshinweise des Verbands rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA) und der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) zu den Struktur- und Mindestmerkmalen der rheumatologische Komplexbehandlung (OPS 8-983)

Krankenhäuser, die auch 2022 OPS-Kodes der Klasse 8-983 (Multimodale Rheumatologische Komplexbehandlung) abrechnen wollen, müssen noch in diesem Jahr eine Strukturprüfung durch den für sie zuständigen Medizinischen Dienst (MD) durchführen und sich bescheinigen lassen, dass sie die geforderten Strukturkriterien erfüllen. Die hierfür erforderliche Richtlinie (§ 283 SGB V) wurde noch vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) zum 26. Februar 2021 erstellt und – mit erheblicher zeitlicher Verzögerung – zum 20. Mai 2021 unverändert vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt. Parallel wurde vom MDS ein Begutachtungsleitfaden (Stand 28.05.2021) mit Auslegungshinweisen zu den unbestimmten Rechtsbegriffen des OPS veröffentlicht. Wie leider zu erwarten, orientieren sich die Richtlinie und die Auslegungshinweise des MDS wenig an den medizinischen Gesichtspunkten, die die Schöpfer der Kriterien ursprünglich bei der Formulierung geleitet haben. Ebenso wenig scheint die Bedeutung der OPS-Komplexcodes im Gefüge des Vergütungssystems eine Rolle für den MDS gespielt zu haben. Zudem werden für die Prüfung der Vorhaltung der Strukturkriterien teilweise auch umfangreiche und detaillierte Nachweise über einen Zeitraum von ganzen drei Monaten gefordert. Die politische gewünschte Aufwandsreduktion bei den Fallprüfungen wird dadurch in der Praxis deutlich reduziert. Begleitet werden die aufwendigen Nachweise durch extrem kurze Fristen für die Krankenhäuser. Krankenhäuser, die die Rheumatologische Komplexbehandlung (OPS 8-983) bereits abrechnen, müssen von sich aus bis spätestens 15. August 2021 eine Strukturprüfung bei dem für sie zuständigen MD offiziell beantragen. Die Frist zur Übersendung von angeforderten Unterlagen (z.B. Ist-Dienstplänen von drei Monaten) beträgt nur ganze 10 Werktage, die dieses Jahr damit teilweise in die Zeit der Sommerferien fallen dürften.

Glücklicherweise besitzt die Rheumatologische Komplexbehandlung (OPS 8-983) nur ein einziges Strukturmerkmal (fachärztliche Behandlungsleitung), das im Rahmen der Strukturprüfungen nach § 275d SGB V geprüft werden darf (auch wenn der MDS darüber hinaus vermutlich auch die Vorhaltung verschiedener Therapiebereiche durch die MD geprüft haben will). Neben den Strukturprüfungen erfolgen aber weiterhin auch die Einzelfallprüfungen, in denen die weiteren Mindestmerkmale geprüft werden.

Um unnötigen Streit bei den Struktur- und Einzelfallprüfungen vorzubeugen und rheumatologische Kliniken bei ggf. notwendig werdenden Rechtstreitigkeiten zu unterstützen, haben der VRA und die DGRh als „Schöpfer“ der OPS-Klasse 8-983 und insbesondere aus fachlicher Sicht eigene Auslegungshinweise zu den Struktur- und Mindestkriterien der rheumatologischen Komplexbehandlung erstellt und bereits am 18. Mai 2021 veröffentlicht (www.medconweb.de und www.vraev.de). Diese gehen zum einen in der Tiefe weit über die Auslegungshinweise des MDS hinaus, zum anderen wurden diese wo nötig fachlich begründet. Im Folgenden werden die Auslegungshinweise des VRA und der DGRh vorgestellt.

Der VRA wünscht allen rheumatologischen Akutkliniken viel Erfolg sowie möglichst bürokratie- und streitarme Strukturprüfungen.

Literatur

1. Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V: Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V vom 26. Februar 2021, <https://www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/richtlinien/-grundlagen-der-begutachtung/mdk-leitfaeden-und-gutachten-zu-bestimmten-stationaeren-leistungen.html>
2. Begutachtungsleitfaden: Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V in Verbindung mit § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V - Version 2021 – Stand 28.05.2021, <https://www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/richtlinien/-grundlagen-der-begutachtung/mdk-leitfaeden-und-gutachten-zu-bestimmten-stationaeren-leistungen.html>

Dr. med. W. Fiori
DRG-Research-Group
Roeder & Partner Ärzte PartG
Am Dorn 10
48308 Senden
wolfgang.fiori@roeder-
partner.de

Prof. Dr. med.H.-J. Lakomek
Geschäftsführer VRA

Auslegungshinweise des Verbands rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA) und der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) zu den Struktur- und Mindestmerkmalen der Operationenschlüssel-(OPS-)Klasse 8-983 (Version 2021)

OPS-Komplexcodes stehen seit Jahren im Fokus der Prüfungen der Krankenkassen. Sowohl bei den Anwendern, als auch bei den Prüfern der Medizinischen Dienste bestehen zum Teil Unsicherheiten, wie die Struktur- und Mindestmerkmale konkret auszulegen sind. Nicht selten müssen Gerichte über die Auslegung der Struktur- und Mindestmerkmale entscheiden. Durch unterschiedliche Auslegungen der Gerichte in Einzelfällen entstehen weitere Unsicherheiten.

Der Gesetzgeber will mit der Einführung der Strukturprüfungen nach § 275d SGB V den Aufwand durch die Vielzahl von Einzelfallprüfungen reduzieren. Aufgrund der bedeutenden Konsequenzen eines kompletten Abrechnungs- und Vereinbarungsausschlusses sind jedoch weiterhin Auseinandersetzungen über die Auslegung der Strukturmerkmale zu erwarten.

Die OPS-Komplexcodes haben ihre Bedeutung im pauschalierenden Entgeltsystem. Sie dienen der Abbildung struktur- und verweildauerassoziierter Kosten im (a)G-DRG-System. Fachgesellschaften waren bei Einführung des G-DRG-Systems aufgefordert, Fallkollektive und Behandlungen in ihrem Fachgebiet zu beschreiben, die mit dem aus Australien übernommenen Fallpauschalensystem noch nicht sachgerecht abgebildet waren. Die multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Klasse 8-983) wurde daraufhin vom VRA und der DGRh beantragt und 2005 in die OPS-Klassifikation aufgenommen. Grundlage waren Auswertungen aus einem DRG-Evaluationsprojekt, das nachweisen konnte, dass diese Behandlungsform im G-DRG-System noch nicht sachgerecht abgebildet war. Voraussetzungen für eine Aufnahme in den OPS waren und sind, dass die aufwändigeren Behandlungen über struktur- und/oder prozessbezogene Mindestmerkmale sowie ein Quantifizierungsmerkmal - bei der OPS-Klasse 8-983 sind es Behandlungstage - beschrieben werden.

Als Institutionen mit der größten fachlichen Expertise und als „Schöpfer“ der OPS-Klasse 8-983¹ sehen sich der VRA und die DGRh berufen, Auslegungshinweise zu der OPS-Klasse 8-983 (s. Anhang) zu veröffentlichen, solange das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) keine abweichenden Operationalisierungen publiziert hat. Sie sollen dazu dienen, Unstimmigkeiten bei den Struktur- und Einzelfallprüfungen entgegenzuwirken, divergierende Auslegungen unterschiedlicher MD-Prüferinnen und Prüfer zu reduzieren und letztlich auch aufwendige Rechtstreitigkeiten zu verhindern. Die folgenden Auslegungshinweise enthalten und ergänzen die bisher schon im Rahmen des jährlich vom VRA und der DGRh herausgegebenen Kodierleitfadens veröffentlichten Hinweise.

¹ Lakomek H.-J. et al. (2005) Die multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS 8-983) - Herausforderungen, Lösungen und Perspektiven. Z Rheumatol 64:557-563
Lakomek H.-J. et al. (2006) Zunehmend sachgerechte Abbildung der Rheumatologie im G-DRG-Fallpauschalensystem 2006, Z Rheumatologie, 65:46-51

Strukturmerkmal für die Strukturprüfungen nach § 275d SGB V

Vom BfArM wurde für den OPS-Komplexbcode 8-983 nur ein einziges Strukturmerkmal bestimmt:

„Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie oder Facharzt für Orthopädie mit dem Schwerpunkt Rheumatologie)“

Das *Vorhandensein* bzw. die *Vorhaltung* von unterschiedlichen Therapiebereichen am Standort wird demnach nicht als Strukturmerkmal gefordert, das in den Strukturprüfungen nach § 275d SGB V geprüft werden kann. Der bei der OPS-Klasse 8-983 als Mindestmerkmal geforderte *Einsatz* von mindestens 3 Therapiebereichen muss daher im Rahmen der Einzelfallprüfungen nachgewiesen werden (s. dort)². Dies bedeutet konkret, dass der Einsatz beispielsweise auch über externe Fachkräfte sichergestellt werden kann.

Das BfArM hat in seinen Nutzungshinweisen für die Verwendung des Begriffs der ärztlichen „Behandlungsleitung“ und Kooperationen folgendes festgelegt:

„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.“

„Ist beim Kode spezifisch angegeben, dass ein Strukturmerkmal am Standort des Krankenhauses verfügbar sein muss, kann es nur dann durch Kooperation erfüllt werden, wenn die Verfügbarkeit am Standort kodespezifisch sichergestellt ist.“

² Andere OPS-Komplexbcodes (8-550, 8-552, 8-559 8-97d, 8-98a, 8-98g) verlangen hingegen explizit das „**Vorhandensein**“ von besonders qualifiziertem Personal, weshalb diese Mindestmerkmale regelhaft auch vom BfArM als Strukturmerkmale ausgewiesen wurden.

Auslegungshinweise des VRA/der DGRh:

- Nach der Definition des BfArM wird eine *medizinisch-fachliche* Behandlungsleitung vorgegeben. Vorgaben zum formalen Anstellungsverhältnis oder einer innerbetrieblichen strukturellen Einordnung werden nicht gemacht. Weder ein festes Anstellungsverhältnis noch eine Position als Chef-/Oberarzt/-ärztin sind daher zwingend erforderlich.
- Die fachärztliche Behandlungsleitung muss dem Umfang ihrer Tätigkeit generell in der Lage sei, ihre Verantwortung tatsächlich wahrzunehmen, was ihre Anwesenheit im Krankenhaus in einem bestimmten Mindestumfang erfordert³. Anders als bei anderen Komplexbehandlungen, die häufig die Kernleistungen von darauf spezialisierter Einrichtungen beschreiben (multimodale Schmerztherapie, geriatrische Frührehabilitation, Intensivmedizin) ist die rheumatologische Komplexbehandlung eine von vielen verschiedenen Therapien, die in rheumatologischen Kliniken stattfinden. Es ist damit nicht selten, dass nur wenige oder auch einmal gar keine Patientinnen und Patienten in einer rheumatologischen Klinik eine rheumatologische Komplexbehandlung benötigen und erhalten. Aus Sicht des VRA und der DGRh ist damit die tatsächlich notwendige Anwesenheit der geforderten Behandlungsleitung im Krankenhaus sowohl von der Belegung, als auch von der Komplexität der aktuell zu versorgenden Patienten, bei denen eine rheumatologische Komplexbehandlung durchgeführt wird, abhängig und kann daher aus *medizinisch-fachlicher* Sicht nicht starr vorgegeben werden. Da es sich jedoch um ein Strukturmerkmal handelt, sollte prinzipiell die Möglichkeit bestehen, dass die fachärztliche Behandlungsleitung bei Bedarf montags bis freitags mindestens halbtätig anwesend sein *kann*. Aus Sicht des VRA/der DGRh gibt der OPS auch keine Vorgaben zur persönlichen Arbeitsaufteilung der fachärztlichen Behandlungsleitung. Diese muss daher nicht zwingend mehr als 50% ihrer Arbeitszeit in der zugehörigen Einheit tätig sein.⁴ Einen medizinischen Grund für eine solche Anforderung sehen der VRA und die DGRh nicht.
- Anders als bei anderen Komplexbehandlungen (z.B. Intensivmedizin, akuter Schlaganfall) besteht selbst bei einer Nichtanwesenheit der fachärztlichen Behandlungsleitung keine akute Patientengefährdung. Dies sollte bei der Bewertung etwaiger einzelner Dokumentationslücken in geforderten IST-Dienstplänen oder Visitenplänen Berücksichtigung finden. Bei der fachärztlichen Behandlungsleitung handelt es sich um ein

³ Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur multimodalen Schmerztherapie und geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (Urteile vom 18. Juli 2013, Az. B 3 KR 7/12 R und 10. März 2015, Az. B 1 KR 4/15 R) muss die fachärztliche Behandlungsleitung die Komplexbehandlung in ihrer gesamten Bandbreite leiten und überwachen und dazu regelmäßig montags bis freitags im Hause sein, wobei eine jeweils mindestens halbtägliche Anwesenheit ausreicht. Das Sozialgericht Augsburg hat in seinem Urteil vom 25. März 2014 (Az. S 6 KR 649/12) diese Vorgabe auch auf die rheumatologische Komplexbehandlung übertragen.

⁴ Hier haben Gerichte für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung in der Vergangenheit gefordert, dass die fachärztliche Behandlungsleitung überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein muss. Da ärztliche Arbeitszeiten häufig auch über eine tarifliche Mindestarbeitszeit hinausgehen und auch Dienste und Feiertage/Wochenenden, sowie Einsätze im Notarzdienst umfassen können, muss selbst eine mindestens halbtägliche Anwesenheit nicht dazu führen, dass hieraus auch eine „überwiegende Anwesenheit“ resultiert. Der Nachweis einer „überwiegenden Anwesenheit“ dürfte in der Praxis auch schwer zu führen sein.

Struktur- und nicht um ein Prozessmerkmal, das zwingend lückenlos an 365 Tagen im Jahr über eine tiefgehende Dokumentation der Behandlungsprozesse nachgewiesen werden müsste⁵.

- Bei Abwesenheit der fachärztlichen Behandlungsleitung (z.B. Krankheit, Urlaub, Fortbildungen) muss eine Vertretung mit gleicher Qualifikation bestehen. Erfolgt der Ausfall unvorhergesehen (z.B. bei Krankheit), so müssen die Vertretungsregelungen so gestaltet sein, dass die Vertretung nicht unmittelbar, aber doch kurzfristig (innerhalb von 48 Stunden) die Aufgaben der fachärztlichen Behandlungsleitung übernehmen kann.

Nachweise:

- Fachliche Qualifikationsnachweise
- Auszüge aus Arbeitsverträgen, Kooperationsvereinbarungen
- Nachweise über die Sicherstellung der Behandlungsleitung (z.B. Vertretungsregelungen, ggf. auch Auszüge aus Dienstplänen zum Nachweis, dass Regelungen in der Praxis greifen⁵)

⁵ Da die fachärztliche Behandlungsleitung nach dem OPS ein Strukturmerkmal und kein Prozessmerkmal darstellt, halten der VRA und die DGRh eine Überprüfung der Einhaltung des Strukturmerkmals über einen längeren Zeitraum von mehreren Monaten für unangemessen. Für eine möglichst aufwandsarme Prüfung, wären stichprobenhafte Überprüfungen der Einhaltung von Regelungen zur Gewährleistung des Strukturmerkmals ausreichend.

Bemerkungen des VRA/der DGRh:

Bei der multimodalen rheumatologischen Komplexbehandlung stehen die therapeutischen Leistungen eines multiprofessionellen Teams im Vordergrund. Als der OPS-Kode vom VRA beantragt wurde, war der medizinische Hintergrund für eine qualifizierte „fachärztliche Behandlungsleitung“ insbesondere die Indikationsstellung und die Leitung des multiprofessionellen Teams. Eine zwingende direkte Einbindung der „fachärztlichen Behandlungsleitung“ in die konkreten Therapien am Patienten war hingegen nicht intendiert. Diese werden mit hoher Qualifikation durch die jeweiligen therapeutischen Professionen erbracht. Ebenso stellen die meisten ärztlichen Leistungen (Befunderhebung, Ausführung der interventionellen oder medikamentösen Schmerztherapie, etc.) nicht zwingend Aufgaben dar, die durch die Behandlungsleitung selbst am Patienten erbracht oder überwacht werden müssten. Bei der Forderung nach einer „fachärztlichen Behandlungsleitung“ standen hingegen die Aspekte der Erstellung eines gemeinsamen Behandlungsplans, der Teamleitung und die Abgrenzung von der nicht-spezialisierten Versorgung ohne die entsprechende fachärztliche Qualifikation im Fokus. Eine Überwachung konkreter therapeutischer Leistungen am Patienten, insbesondere auch anderer Professionen, ist hingegen medizinisch nicht begründbar.

Der VRA/die DGRh halten daher die Formulierung des BfArM zur Verwendung des Begriffs der ärztlichen „Behandlungsleitung“ für die multimodalen rheumatologischen Komplexbehandlung medizinisch für wenig hilfreich, zumal die Nutzungshinweise des BfArM Prozessmerkmale beschreiben, deren Erfüllung im Rahmen einer Strukturprüfung nicht sinnvoll geprüft werden kann.

Mindestmerkmale der OPS-Klasse 8-983

1. Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Schmerztherapie, kognitive Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen mit einer Therapiedichte von mindestens 11 Stunden pro Woche

- Physiotherapie und Physikalische Therapie gelten als ein Therapiebereich; es müssen daher noch mindestens zwei weitere Therapiebereiche zum Einsatz kommen.
- Bei der Anrechnung von Therapiezeiten der genannten Therapiebereiche sind die Leistungen (z.B. von Pflegepersonal) nur dann anzurechnen, sofern die jeweils hierzu erforderliche berufsrechtliche bzw. fachliche Qualifikation für den zutreffenden Therapiebereich vorliegt.⁶ Entsprechend muss auch die kognitive Verhaltenstherapie und die Gesprächspsychotherapie von berufsrechtlich dafür qualifiziertem Personal (z.B. Dipl./Master Psychologie oder ärztliche Psychotherapeuten) durchgeführt werden, um auf die Therapiedichte angerechnet werden zu können.
- Für die Berechnung der Therapiedichte wird nur die tatsächliche Therapiezeit angerechnet. Wegezeiten und Dokumentationsaufwand werden bei der Berechnung der Therapiedichte nicht berücksichtigt.
- Es können pauschal Leistungen in hälftigem Zeitumfang (z. B. 15 Minuten für eine Therapieeinheit von 30 Minuten) hinzugerechnet werden, wenn diese keine durchgehende Anwesenheit eines Vertreters der benannten Therapiebereiche erfordern.
- Im Rahmen der Schmerztherapie können bis zu 30 Minuten pro Infusion zur Therapiedichte angerechnet werden. Bei Punktionen/Infiltrationen/Injektionen zählt die Zeit der jeweiligen Arztbindung. Eine Radiosynoviorthese gilt in diesem Kontext nicht als Schmerztherapie. Die durchgeführte Schmerztherapie sollte Maßnahmen beinhalten, die bei einer entsprechenden Schmerzintensität auf der Numerischen Rating-Skala / Visuellen Analog-Skala (NRS/VAS) zum Einsatz kommen; exemplarisch sind hier die intravenöse Gabe von Analgetika (zum Beispiel Paracetamol), die Gewebsinfiltration, bzw. Gelenkinjektion, mit einem Lokalanästhetikum (mit/ohne gleichzeitiger Gabe eines Kortikosteroids) und/oder der Einsatz von Opiaten oral oder transkutan zu nennen.
- Unter einer Behandlungswoche ist ein Intervall von sieben aufeinanderfolgenden Tagen definiert. Eine Unterbrechung der Behandlung (z.B. aufgrund einer Infektion oder anderer Komplikationen) vor Erreichen der geforderten 11 Therapiestunden bedeutet, dass die bislang erbrachten Behandlungstage nicht mitgezählt werden können, falls die Komplexbehandlung nicht innerhalb der verbleibenden Restbehandlungswoche komplettiert werden kann.

⁶ Entscheidung Schlichtungsausschuss Bund vom 02.12.2020

2. Prozessorientiertes Behandlungsmanagement mit standardisierter Befunderhebung, Bestimmung der Krankheitsaktivität, der Funktionseinschränkung und des Schmerzausmaßes zu Beginn und am Ende des stationären Aufenthaltes

Zur Beurteilung der Krankheitsintensität sind diagnosebezogen folgende Instrumente einzusetzen: Disease activity score 28 (DAS 28), Funktionsfragebogen Hannover, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) oder Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI). Ist der Einsatz bei einer Diagnose oder zu einem bestimmten Zeitpunkt medizinisch nicht sinnvoll (z.B. BASDAI bei chronischer Polyarthritits oder erneute Messung mit dem FFbH bei Entlassung), so braucht das Instrument nicht verwendet zu werden

Zur Beurteilung der Schmerzintensität sind die Numerische Rating-Skala/Visuelle Analog-Skala (NRS/VAS) als Schmerzscore zu verwenden

- Der Einsatz der Instrumente ist der medizinischen Entwicklung anzupassen. Der Satz im OPS „Ist der Einsatz bei einer Diagnose oder zu einem bestimmten Zeitpunkt medizinisch nicht sinnvoll (z.B. BASDAI bei chronischer Polyarthritits oder erneute Messung mit dem FFbH bei Entlassung), so braucht das Instrument nicht verwendet zu werden“ ist daher auch dahingehend zu verstehen, dass alternativ zum DAS 28 selbstverständlich ebenfalls der inzwischen von der Leitlinie empfohlene Systemic Disease Activity Index (SDAI) oder diagnosebezogen der Clinical Disease Activity Index (CDAI) eingesetzt werden können.
- Die standardisierten Befunderhebungen sind mindestens zwei Mal während des stationären Aufenthaltes (Beginn und Ende der Komplexbehandlung) durchzuführen.
- Erfolgt die stationäre Aufnahme primär nicht zur Durchführung der rheumatologischen Komplexbehandlung oder endet nicht mit Abschluss der rheumatologischen Komplexbehandlung (z.B. Weiterbehandlung aufgrund einer Komplikation), so ist ausreichend, wenn die standardisierte Befunderhebung, Bestimmung der Krankheitsaktivität, der Funktionseinschränkung und des Schmerzausmaßes zu Beginn und Ende der rheumatologischen Komplexbehandlung erfolgt.
- Muss eine Patientin oder ein Patient dringlich verlegt werden, verstirbt oder kann aus anderweitigen nachvollziehbaren und dokumentierten Gründen (z.B. Verweigerung der Patientin/des Patienten) die standardisierte Befunderhebung, Bestimmung der Krankheitsaktivität, der Funktionseinschränkung und des Schmerzausmaßes nicht oder nicht vollständig erfolgen, so kann die rheumatologische Komplexbehandlung dennoch kodiert werden.

3. Der unmittelbare Beginn der Schmerztherapie, Physiotherapie oder physikalischen Therapie muss gewährleistet sein

- Unter dem unmittelbaren Beginn der Schmerztherapie, Physiotherapie oder physikalischen Therapie ist der folgende Werktag (Montag-Freitag) zu verstehen. Die Schmerztherapie muss ungeachtet des Wochentags spätestens innerhalb von 24-Stunden beginnen.

Behandlungstage der OPS-Klasse 8-983

Nach dem BfArM⁷ werden die Behandlungstage wie folgt gezählt:

„Bei Erfüllung der spezifischen Bedingungen des jeweiligen Kodes umfasst die Anzahl der Behandlungstage bei Frührehabilitationen und Komplexbehandlungen alle Tage (auch Wochenend- und Feiertage) ab dem dokumentierten Beginn bis zum Ende dieser Behandlung des Patienten. Der Behandlungsbeginn kann dokumentiert werden durch die beim jeweiligen Kode in den Hinweisen geforderten Angaben wie Durchführung eines Assessments zu Beginn der Behandlung, Erstellung eines Behandlungsplanes bei Aufnahme, Bestimmung der Krankheitsaktivität bei Aufnahme oder Ähnliches. Wenn der Behandlungsbeginn in den Hinweisen zu dem jeweiligen Kode nicht definiert ist, so zählt derjenige Tag als Behandlungsbeginn, an dem einer der in den Hinweisen zum jeweiligen Kode beschriebenen Therapiebereiche erstmalig zur Anwendung kommt. Eine zwischenzeitliche Verlegung (intern oder extern) kann zu einer Behandlungsunterbrechung führen. Die Tage, an denen dann keine Frührehabilitation oder Komplexbehandlung erfolgt, zählen nicht mit.“

Auslegungshinweise des VRA/der DGRh:

- Als Beginn der Komplexbehandlung gilt die Erfassung der Krankheits- oder Schmerzintensität über die im OPS aufgeführten Instrumente, die Erstellung eines Behandlungsplanes bei Aufnahme oder der Behandlungsbeginn in einem der aufgeführten Therapiebereiche.
- Eine Verlegung (intern oder extern) kann zu einer Behandlungsunterbrechung führen: die Tage, an denen keine Komplexbehandlung erfolgt, zählen dann nicht als Behandlungstage. Die Komplexbehandlung kann bei Behandlungswiederaufnahme fortgeführt werden. Zum Umgang mit den Behandlungstagen der betroffenen Behandlungswoche vor der Behandlungsunterbrechung s.u.
- Ebenso führt eine anderweitige offensichtliche Unterbrechung der Behandlung von mehr als 24 Stunden (z.B. aufgrund einer schweren Infektion oder anderer Komplikationen, Beurlaubung) dazu, dass die entsprechenden Tage nicht mitgezählt werden.
- Andererseits können auch solche Tage als Behandlungstage zählen, an denen keine zur speziellen Berechnung der Therapiedichte berücksichtigte Einzelleistung erbracht wurde. So können für die Festlegung der Behandlungstage daher in der Regel Wochenenden und Feiertage

⁷ OPS Nr. 8019 des BfArM: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/kodierfragen/>

mitgezählt werden, denn die spezifische Schmerztherapie (z.B. Kryotherapie) sowie ärztliche und pflegerische Leistungen werden stets auch am Wochenende erbracht, auch wenn die Einzelleistungen nicht in die Berechnung der Therapiedichte eingehen⁸.

- Ebenso kann der Entlassungstag hinzugezählt werden, wenn an diesem die Komplextherapie noch fortgeführt wurde.
- Behandlungswochen, in denen die erforderliche Therapiedichte insgesamt nicht erreicht wurde, können nicht als Behandlungstage gezählt werden.
- Bei einer offensichtlichen Behandlungsunterbrechung von mehr als 24 Stunden ist wie folgt vorzugehen:
 - Wird die Therapiedichte von 11 Stunden in 7 Tagen erreicht, so sind alle Tage der Anwesenheit der betroffenen Behandlungswoche in der Einheit, die die rheumatologische Komplexbehandlung erbringt, an denen ärztliche, pflegerische oder therapeutische Behandlungsleistungen erbracht wurden als Behandlungstage zu zählen. Eine neue Therapiewoche kann nach dem 7-Tageintervall beginnen.
 - Wird die Therapiedichte von 11 Stunden in 7 Tagen nicht erreicht, so zählen die Tage der betroffenen Behandlungswoche vor der Behandlungsunterbrechung nicht als Behandlungstage. Eine neue Therapiewoche kann jedoch bereits mit dem Tag der Wiederaufnahme der Behandlung beginnen.

⁸ Der OPS für die rheumatologische Komplexbehandlung dient zur Refinanzierung des höheren Ressourceneinsatzes im Rahmen des G-DRG-Systems. Der erhöhte Ressourceneinsatz wird ausreichend über Therapievolumen und -dichte beschrieben und abgesichert. An welchen Einzeltagen die Einzelleistungen erbracht werden, ist dabei unerheblich.

Anhang 1: Auszug aus dem OPS 2021

8-983 Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung

Hinw.:

- **Strukturmerkmale:**
 - Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie oder Facharzt für Orthopädie mit dem Schwerpunkt Rheumatologie)
- **Mindestmerkmale:**
 - Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Schmerztherapie, kognitive Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen mit einer Therapiedichte von mindestens 11 Stunden pro Woche
 - Prozessorientiertes Behandlungsmanagement mit standardisierter Befunderhebung, Bestimmung der Krankheitsaktivität, der Funktionseinschränkung und des Schmerzausmaßes zu Beginn und am Ende des stationären Aufenthaltes
 - Zur Beurteilung der Krankheitsintensität sind diagnosebezogen folgende Instrumente einzusetzen: Disease activity score 28 (DAS 28), Funktionsfragebogen Hannover, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) oder Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI). Ist der Einsatz bei einer Diagnose oder zu einem bestimmten Zeitpunkt medizinisch nicht sinnvoll (z.B. BASDAI bei chronischer Polyarthritits oder erneute Messung mit dem FFbH bei Entlassung), so braucht das Instrument nicht verwendet zu werden
 - Zur Beurteilung der Schmerzintensität sind die Numerische Rating-Skala/Visuelle Analog-Skala (NRS/VAS) als Schmerzscore zu verwenden
 - Der unmittelbare Beginn der Schmerztherapie, Physiotherapie oder physikalischen Therapie muss gewährleistet sein
- 8-983.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-983.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- 8-983.2 Mindestens 21 Behandlungstage