



## Sozialmedizinisches Begutachtungswissen

### **Dokument-Typ:**

**Arbeitshilfe | Begutachtungskriterien**

---

## **Begutachtung des OPS-Komplexkodes**

### **8-918 *Multimodale Schmerztherapie***

(Endfassung vom 28.11.2017)

SEG 4

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

---

**Beschlussfassung:**

Die Arbeitshilfe wurde am 28.11.2017 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):

Dr. med. Sabine Antonioli	Fachärztin für Anästhesie, Spezielle Schmerztherapie Leitende Ärztin MDK Sachsen
Dr. med. Martin Gerards	Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Ärztlicher Leiter Sozialmedizinischer Dienst Bergheim DRV Knappschaft-Bahn-See
Dr. med. Wolfgang Kohn	Facharzt für Anästhesiologie, Notfallmedizin, Spezielle Schmerztherapie Leiter Bereich Stationäre Versorgung MDK Rheinland-Pfalz
Dr. med. Johannes Lemminger	Arzt für Innere Medizin, Gastroenterologie Ärztlicher Gutachter MDK Baden-Württemberg
Dr. med. Constance Mitsch	Fachärztin für Anästhesiologie Fachreferentin Krankenhaus MDK Berlin-Brandenburg
Dr. med. Günter Seibold	Facharzt für Innere Medizin Ärztlicher Gutachter MDK Bayern
Dr. med. Frauke Tappmeyer	Fachärztin für Anästhesiologie, Spezielle Schmerztherapie Ärztliche Gutachterin MDK Nord

**Zu den Inhalten fand mit folgenden Vertretern des BVSD (Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V.), der DGS (Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V.) und der DSG (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.) ein fachlicher Austausch statt** (in alphabetischer Reihenfolge):

Dr. med. Bernhard Arnold	Facharzt für Anästhesie, Spezielle Schmerztherapie, Psychotherapie Leiter Abteilung für Schmerztherapie HELIOS Amper-Klinikum Dachau Vorstandsmitglied BVSD
--------------------------	---

Dr. med. Andreas Böger	Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Spezielle Schmerztherapie, Manuelle Medizin Chefarzt Klinik für Schmerzmedizin/Ärztlicher Leiter MVZ DRK-Kliniken Nordhessen gemeinnützige GmbH Bundesvorstand BVSD, Regionalleiter DGS
Dr. med. Johannes Lutz	Facharzt für Anästhesiologie, Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin, Notfallmedizin, Spezielle Schmerztherapie Chefarzt Zentrum für Interdisziplinäre Schmerztherapie Zentralklinik Bad Berka GmbH DSG, BVSD

Hinweis: Soweit im folgenden Text Substantive verwendet werden, für die männliche und weibliche Wortformen existieren (z.B. „Patientinnen“ oder „Patienten“), sind je nach inhaltlichem Zusammenhang beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit lediglich die männliche Form („Patienten“) Anwendung findet.

## **Präambel**

Im Juli 2011 beschloss die Sozialmedizinische Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ der MDK-Gemeinschaft (SEG 4) die Bildung einer Arbeitsgruppe, um einen fachlichen Austausch mit Vertretern des Berufsverbandes der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland (BVSD e.V.) zum OPS 8-918 *Multimodale Schmerztherapie* vorzubereiten.

Inhalt des fachlichen Austausches waren Indikationen für eine vollstationäre multimodale Schmerztherapie, die Voraussetzungen zur Leistungserbringung und Kodierung des OPS 8-918 sowie die sozialmedizinische Begutachtung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK), es resultierte eine Stellungnahme.

In den Jahren 2016/2017 wurde diese Stellungnahme grundlegend überarbeitet und aktualisiert. Es fand erneut ein fachlicher Dialog zwischen Vertretern der SEG 4, des BVSD sowie zusätzlich der DGS (Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V.) und der DSG (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.) statt.

## **Einführung**

Weder die Behandlung, noch die sozialmedizinische Begutachtung eines Patienten mit einer chronischen Schmerzerkrankung kann standardisiert anhand eines „einheitlichen Schemas“ erfolgen.

Die multimodale Schmerztherapie ist als komplexe Gesamtleistung zu sehen, die eine differenzierte und individuelle Beurteilung des betroffenen Falls durch den Gutachter erfordert.

Im begründeten Einzelfall kann ggf. das Abweichen von geeinten Positionen fachlich notwendig werden.

Dieser Begutachtungsleitfaden gibt Hinweise zur Beurteilung der Notwendigkeit einer vollstationären multimodalen Schmerztherapie sowie zu ausgewählten Kriterien des OPS 8-918 (Struktur- und Leistungsmerkmale).

Nicht möglich ist das Aufstellen harter Kriterien dafür, welche Patienten und welche Fallkonstellationen eine vollstationäre Behandlung mit multimodaler Schmerztherapie benötigen. Diese Entscheidung kann immer nur individuell – in Abhängigkeit vom Patienten und den geplanten/durchgeführten Maßnahmen – durch den Krankenhausarzt getroffen und durch den MDK-Gutachter aus ex ante Sicht beurteilt werden.

## **Definition der multimodalen Schmerztherapie**

*Multimodale Schmerztherapie* wird von der Deutschen Schmerzgesellschaft als damit befasste wissenschaftliche Fachgesellschaft wie folgt definiert:

Als „Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“ wird die gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung von Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen bezeichnet, in die verschiedene somatische, körperlich übende, psychologisch übende und psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan mit identischem, unter den Therapeuten abgesprochenem Therapieziel eingebunden sind. Die Behandlung wird von einem Therapeutenteam aus Ärzten einer oder mehrerer Fachrichtungen, Psychologen bzw. Psychotherapeuten und weiteren Disziplinen wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Mototherapeuten und anderen in Kleingruppen von maximal 8 Patienten erbracht. Unter ärztlicher Leitung stehen die beteiligten Therapieformen und Disziplinen gleichberechtigt nebeneinander. Obligat ist eine gemeinsame Beurteilung des Behandlungsverlaufs innerhalb regelmäßiger vorgeplanter Teambesprechungen unter Einbindung aller Therapeuten.

Zentrales Behandlungsziel ist die Wiederherstellung der objektiven und subjektiven Funktionsfähigkeit („functional restoration“) mit Steigerung der Kontrollfähigkeit und des Kompetenzgefühls der Betroffenen, die Vorgehensweise ist ressourcenorientiert.

Als definierte, wissenschaftlich fundierte Therapieform umfasst multimodale Schmerztherapie durch die integrative Struktur mehr als die Summe der einzelnen Verfahren. Die enge Abstimmung erlaubt, inhaltlich auch körperlich übende Behandlungsanteile an zielführenden verhaltenstherapeutischen Strategien zu orientieren. Die Breite des Therapieangebots entspricht dem bio-psycho-sozialen Grundverständnis chronischer Schmerzerkrankungen, die enge Patientenführung erlaubt eine kurzfristige Anpassung der Therapieinhalte an die Patientensituation.

### **Indikation zur multimodalen Schmerztherapie**

Eine Indikation für multimodale Schmerztherapie besteht zunächst bei *chronischen* Schmerzzuständen.

Der Zeitpunkt einer drohenden, eintretenden oder bereits eingetretenen Chronifizierung ist patientenindividuell, es kann keine starre Zeitgrenze definiert werden. In bestimmten patientenindividuellen Konstellationen kann auf Grund psychosozialer und/oder somatischer Risikofaktoren bereits nach sechs Wochen eine multimodale Schmerztherapie indiziert sein. Es gibt auch Notfallsituationen (z.B. CRPS, exazerbierter Tumorschmerz, akute Postzosterneuralgie), die einen unmittelbaren Beginn der multimodalen Schmerztherapie medizinisch begründen können.

Anhaltspunkte für einen bereits eingetretenen Chronifizierungsprozess liegen z.B. in folgenden Konstellationen vor:

- Seit mehr als sechs Wochen bestehende/wiederholte Arbeitsunfähigkeit
- Probleme am Arbeitsplatz
- Fehlschlag bisheriger konservativer Therapie
- Fehlschlag interventioneller/operativer Maßnahmen
- „Ärzte-Hopping“
- Dysfunktionale Schmerzbewältigung: Vermeidungsverhalten, Katastrophisieren, Durchhalte-Strategien
- Seelische Veränderungen: depressive Stimmung, Angst
- Schmerzbedingte Verminderung sozialer Kontakte, Rückzug
- Schmerz als Beschwerde mit eigenständigem Krankheitswert (unspezifische Diagnosen)
- Zusätzlich aufgetretene funktionelle Störungen, vegetative Symptomatik

Es handelt sich hierbei um eine beispielhafte, nicht abschließende Nennung von Anhaltspunkten; nicht um obligate Voraussetzungen zur Feststellung einer Chronifizierung.

## **Notwendigkeit der vollstationären Behandlung bei chronischen Schmerzpatienten**

Durch 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.

Vollstationäre Behandlungsnotwendigkeit kann gegeben sein, wenn:

- Begleiterkrankungen vorliegen, die eine Überwachung und/oder Mitbehandlung unter Einsatz der besonderen Mittel des Krankenhauses erforderlich machen.
- Eine Entzugsbehandlung erforderlich wird, die eine kontinuierliche Überwachung erfordert.
- Die medizinische Erforderlichkeit einer hohen Therapiedichte gegeben ist, die ambulant auf Grund des Gesundheitszustandes des Patienten nicht zu gewährleisten ist.
- Eine akute Schmerzexazerbation besteht, die ambulant nicht zu beherrschen ist.

Nachfolgende weitere Aspekte können Hinweise für das Erfordernis einer vollstationären Krankenhausbehandlung sein (deren Fehlen stellt jedoch kein Ausschlusskriterium dar):

- Ambulante schmerztherapeutische Vorbehandlungssequenz ohne relevanten Erfolg.
- Nachvollziehbar ausgeschöpfte indizierte Therapieoptionen (Leistungsauszug der Krankenkasse oder Fremdbefunde können hilfreich sein).
- Nachvollziehbare Anamnese und Dokumentation des bisherigen Therapieverlaufs, aus der sich im Einzelfall, trotz erfolgter ambulanter Diagnostik und Therapie eine Schmerzpersistenz bzw. Schmerzprogredienz ableiten lässt.

Eine Besonderheit stellen für den 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.

Der Gutachter des MDK beurteilt aus ex ante Sicht unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitszustandes des Patienten, ob das Behandlungsziel nur durch vollstationäre Therapie zu erreichen ist. Bestand aus medizinischer Sicht eine zumutbare Alternative zur stationären Krankenhausbehandlung, die jedoch aus anderen Gründen (z.B. organisatorische Probleme, Unterversorgung) nicht genutzt werden konnte, gibt der Gutachter in seiner 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 Leistungsentscheidung auf der Basis der medizinischen Empfehlungen und weiterer Hinweise des Gutachters treffen.

Hinweise zur Indikation der Durchführung einer multimodalen Schmerztherapie bei Kopfschmerzpatienten:

Grundsätzlich gelten die obigen Ausführungen für alle Arten chronischer Schmerzen, somit auch für Kopfschmerzen. Eine vollstationäre multimodale Schmerztherapie kann z.B. notwendig sein bei

- chronischer Migräne
- chronischem Spannungskopfschmerz mit psychosozialen Auswirkungen
- chronischem posttraumatischem Kopfschmerz
- trigeminoautonomen Kopfschmerz mit psychosozialen Auswirkungen (auch ohne Kriterium der Chronizität nach den IHS-Kriterien)
- Medikamentenübergebrauchskopfschmerz.

## **Hinweise zur Begutachtung ausgewählter Kriterien des OPS 8-918**

### **OPS-Kriterium „manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit“**

Die Erfassung dieses Kriteriums ist obligater Bestandteil des Assessments bei Aufnahme. Belegt wird das Kriterium durch aussagekräftige Aufzeichnungen, z.B. in Fragebögen. Alternativ ist die konkrete Angabe ausreichend, seit wann Arbeitsunfähigkeit besteht.

*Nicht gerechtfertigt* ist eine Ablehnung der Indikation zur multimodalen Schmerztherapie allein mit der Begründung, dass der Patient arbeitslos bzw. zu alt sei oder dass bereits ein Rentenantragsverfahren eingeleitet wurde.

### **OPS-Kriterium „Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung“**

Durch das Krankenhaus muss dargelegt werden, welche ambulanten Behandlungen des Schmerzes im Vorfeld der Krankenhausaufnahme stattfanden. Hierfür ist die gründliche Erhebung der diesbezüglichen Anamnese ausreichend. Geeignet ist auch ein aussagekräftig ausgefüllter „Selbstauskunftsbogen“ des Patienten vom Aufnahmezeitpunkt. Kopien ambulanter Behandlungsunterlagen müssen nicht vorliegen.

Die Verabreichung einer *Kombination* verschiedener Schmerzmedikamente im Vorfeld der Aufnahme kann nach dem Wortlaut des OPS 8-918 formal *nicht* gefordert werden, auch nicht das grundsätzliche Vorliegen einer Medikamentenabhängigkeit.

Die Forderung des Nachweises invasiver Schmerztherapieverfahren im Vorfeld ist fachlich *nicht* begründet. Invasive Therapien sind bei vielen Patienten mit chronischem Schmerz sogar kontraindiziert, z.B. beim Vorliegen einer Fibromyalgie.

### **OPS-Kriterium „bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder - Fehlgebrauch“**

Eine nachvollziehbare anamnestische Dokumentation des Fehlgebrauchs ist erforderlich. Diese umfasst eine eindeutig dokumentierte und aussagekräftige ärztliche Exploration/Diagnosenfindung sowie eine ausführliche Medikamenten-, Abusus- und Suchtanamnese.

Die unkoordinierte Verschreibung verschiedener Medikamente durch unterschiedliche Ärzte kann ein Hinweis auf einen Medikamentenfehlgebrauch darstellen, beweist diesen aber nicht. In der vorliegenden Dokumentation muss klar werden, ob die verschriebenen Medikamente auch eingenommen wurden.

#### **OPS-Kriterium „schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung“**

F45.41 *Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren* kann nicht gleichzeitig Hauptdiagnose und „schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung“ sein. Als Begleiterkrankung kann nur eine Erkrankung anerkannt werden, die neben der Hauptdiagnose (Diagnose, die nach Analyse hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich war) besteht.

#### **OPS-Kriterium „gravierende somatische Begleiterkrankung“**

Eine „gravierende somatische Begleiterkrankung“ ist eine Erkrankung, die eine Überwachung mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses (ständige Arztpräsenz mit Interventionsbereitschaft) während der multimodalen Schmerztherapie erfordert.

Hierbei kann es sich beispielhaft um eine somatische Erkrankung handeln, deren Beschwerden durch die multimodale Schmerztherapie negativ beeinflusst werden (z.B. Diabetes mit Entgleisungsgefahr, Herzinsuffizienz mit Dekompensationsgefahr).

Die Begleiterkrankung muss nicht so gravierend sein, dass sie per se bereits die Krankenhausaufnahme erfordert. Beispielsweise kann unter multimodaler Schmerztherapie bei einem Patienten mit Herzklappenfehler und Herzinsuffizienz im Stadium NYHA II Dekompensation drohen. Eine ausschließliche Anerkennung vollstationärer Behandlungsbedürftigkeit bei höhergradiger Herzinsuffizienz (NYHA III/IV) ist daher nicht gerechtfertigt. Bei schwerer Ausprägung verhindert eine vorliegende Begleiterkrankung sogar die Durchführung einer multimodalen Schmerztherapie.

Die Behandlung mit multimodaler Schmerztherapie unter vollstationären Bedingungen ist auch medizinisch begründet bei Erkrankungen mit fortgeschrittenem Mobilitätsdefizit, schwerwiegenden neurologischen Defiziten, immundefizitären und konsumierenden Erkrankungen sowie Hirnabbauprozessen. Beim Vorliegen von Hirnabbauprozessen ist zu beachten, dass bei stark eingeschränkter Kognition in der Regel keine multimodale Schmerztherapie indiziert ist. Eine Ausnahme besteht, wenn eine nachvollziehbare Therapiestrategie zur Umsetzung der angestrebten Verhaltensänderung dargestellt wird (z.B. gesteigerte körperliche Aktivität im Alltag) – gegebenenfalls auch unter Nutzung pflegerischer Begleitung.

**OPS-Kriterium „... sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie, Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, künstlerische Therapie (Kunst- oder Musiktherapie) oder sonstige übende Therapien. Die Therapieeinheiten umfassen durchschnittlich 30 Minuten.“**

Die geforderte Mindestdauer von 30 Minuten für eine Therapieeinheit muss – wie vom Wortlaut des OPS vorgegeben - *durchschnittlich* erreicht werden, d.h. es handelt sich nicht um eine Mindestforderung von „täglich mindestens 30 Minuten“.

Im Rahmen der Behandlungsplanung erfolgt die individuelle Zusammenstellung der Therapieverfahren, da nicht bei jedem Patienten alle drei Therapiebereiche (bio-psycho-sozial) gleichermaßen betroffen sein müssen. In der Behandlung wird Gewicht auf unterschiedliche Schwerpunkte gelegt.

Eine Forderung nach täglicher Anwendung von drei *verschiedenen* Therapien ist aus dem Text des OPS formal nicht ableitbar und daher nicht gerechtfertigt.

Die eingesetzten Therapieverfahren müssen *aktiv, übend* sein; d.h. passive Verfahren wie physikalische Therapie sind nicht den Therapieeinheiten hinzuzurechnen.

Die Therapieeinheiten sind konsistent und vollständig zu dokumentieren. Ein „Gegenzeichnen der Therapien durch den Patienten“ als Beweis für die Erbringung kann nicht gefordert werden.

**OPS-Kriterium „Der Kode umfasst weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment, ...“**

- Eine nachvollziehbar erfolgte und dokumentierte Überprüfung des Behandlungsverlaufes unter Berücksichtigung der Behandlungsziele mit konkreter Dokumentation.
- Die Verlaufsbeurteilung erfolgt im Behandlungsprozess gezielt anhand geeigneter, medizinisch sinnvoller Parameter/Merkmale in Bezug auf die vorliegende Erkrankung.
- Gemeint ist hier nicht die Wiederholung des gesamten Eingangsassessments.

Der Verlauf der Behandlung muss nachvollziehbar patientenbezogen dokumentiert sein durch eine konsistente Dokumentation der an der Behandlung beteiligten Disziplinen. Diese beinhaltet die Verlaufsbeurteilung der pathologischen Befunde/funktionellen Einschränkungen, die im Rahmen des Eingangsassessments oder im Behandlungsverlauf erhoben wurden, z.B. konkrete körperliche, psychische, emotionale und kognitive Funktionsstörungen sowie daraus abgeleitete therapeutische

Maßnahmen. Die Forderung nach einheitlich zu verwendenden „Bögen/Formularen“ ist nach dem Wortlaut des OPS 8-918 unzulässig.

Hinweis:

Das Eingangsassessment muss während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes zu Beginn der Behandlung durchgeführt werden. Wurde das Eingangsassessment in einem früheren Aufenthalt oder während einer ambulanten Behandlung durchgeführt, sind die Leistungsmerkmale des OPS 8-918 im aktuellen Aufenthalt nicht vollständig erfüllt. Notwendig ist in diesem Fall ein aktuelles Assessment zu Beginn der Behandlung mit Dokumentation der erhobenen klinischen Befunde.

### **OPS-Kriterium „... eine tägliche ärztliche Visite oder Teambesprechung ...“**

Dieses Leistungsmerkmal greift für „Behandlungstage“ im Sinne des OPS 8-918.

Ein Tag ohne Visite oder Teambesprechung ist *kein Behandlungstag* und wird bei der Berechnung der Behandlungstage für den OPS 8-918 *nicht* herangezogen. (Siehe FAQ Nr. 8021 und 8022 des DIMDI)

Die Durchführung einer Visite oder Teambesprechung muss dokumentiert und durch Handzeichen bestätigt sein. Visite und Teambesprechung setzen die persönliche Anwesenheit der Beteiligten im Krankenhaus voraus.

Hinweis: Auch Tage, an denen ausschließlich eine Visite oder Teambesprechung durchgeführt worden ist, können als Behandlungstage im Sinne des OPS 8-918 gezählt werden. Die zusätzliche Anwendung eines der im OPS genannten Therapieverfahren ist nicht obligat.

### **OPS-Kriterium „... und eine interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung“**

Die Dokumentation einer interdisziplinären wöchentlichen Teambesprechung ist für den Gutachter des MDK nachvollziehbar, wenn folgende Inhalte enthalten sind: Namen der Teilnehmer mit Berufsbezeichnung, Inhalt der Teambesprechung (für alle Teilnehmer einmaliges gemeinsames Ausführen aller Inhalte ausreichend), Handzeichen aller Teilnehmer.

Eine Forderung nach isoliertem inhaltlichem Eintrag durch jeden einzelnen Teilnehmer ist nicht gerechtfertigt.

Hinweis: Die Dokumentation der Namen der Teilnehmer zusätzlich zu ihrer Berufsbezeichnung ermöglicht die direkte Klärung offener Fragen im Fallgespräch des MDK-Gutachters bei einer Krankenhausbegehung.

Hinweis zur Und-Oder-Verknüpfung der Kriterien „*Der Kode umfasst weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment, eine tägliche ärztliche Visite oder Teambesprechung und eine interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung*“:

Die *Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment* und *eine interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung* sind für die Kodierung des OPS 8-918 obligat zu erbringende Leistungen.

Hinsichtlich der *täglichen ärztlichen Visite* und der *Teambesprechung* kann das Krankenhaus die geeignete Form der Leistung frei wählen.

### **OPS-Kriterium „Bei Gruppentherapie ist die Gruppengröße auf maximal acht Personen begrenzt“**

Eine multimodale Schmerztherapie wird im Regelfall als Gruppentherapie auf der Basis eines curricularen Programmes durchgeführt. Ausdrückliches Ziel ist es, die positiven Effekte durch Behandlung in der Gruppe zu nutzen. Die Gruppentherapie setzt einen „festgelegten Behandlungsplan“ – wie vom OPS 8-918 gefordert – voraus.

Die Ablehnung der Notwendigkeit einzelner Behandlungstage bei einem Patienten, der Teil dieser behandelten Gruppe ist, muss daher als fachlich nicht sinnvoll eingeschätzt werden.

### **OPS-Kriterium „psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin“**

Eine kontinuierliche Einbindung psychiatrischen, psychosomatischen oder psychologisch-psychotherapeutischen Sachverstandes in die *Behandlung* muss zwingend vorliegen.

Nicht ausreichend zur Erfüllung dieses Kriteriums ist das Einholen eines psychiatrischen Konsils (z.B. zur Diagnostik einer psychischen Begleiterkrankung) oder die Einbindung eines ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten allein zur Durchführung standardisierter Tests (z.B. zur Erfassung von Depressivität oder einer Persönlichkeitsstörung), ohne dass eine Einbindung in die Therapie stattfindet.

## Hinweis zur Prüfung der korrekten Kodierung des OPS

Die Endsteller .01, .02, .11 bis .14, .21 und .22 des OPS 8-918 fordern zusätzlich folgende Leistungsmerkmale:

- „Regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten.“
- „Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden.“

## Zuweisung der F45.41 *Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren als Hauptdiagnose bei chronischen Schmerzpatienten*

Grundlage für nachfolgende Hinweise sind die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) sowie das amtliche, systematische Verzeichnis der ICD-10 GM, in der jeweils gültigen Version.

Erfolgt die Aufnahme von Patienten mit chronischen Schmerzen überwiegend zur interventionellen oder medikamentösen Schmerzbehandlung, so ist als erstes zu prüfen, ob sich das zur Aufnahme führende Schmerzsyndrom einer konkreten Lokalisation zuweisen lässt. Ist dies der Fall, so ist die Lokalisation des Schmerzes auch lokalisationsbezogen als Hauptdiagnose zu kodieren.

Die Symptomkodes R52.1 *Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz* und R52.2 *Sonstiger chronischer Schmerz* sind nur dann als Hauptdiagnose zuzuweisen, wenn die Lokalisation des Schmerzes nicht näher zu bestimmen ist und die Definition der Hauptdiagnose zutrifft, also keine zu Grunde liegende Krankheit als Ursache des Schmerzes im Rahmen der Analyse gefunden wird. Es ist davon auszugehen, dass die Symptomkodes aus R52.- unter diesem Aspekt nur sehr selten als Hauptdiagnose kodiert werden können, da in der Regel im Rahmen der Schmerzanalyse die zu Grunde liegende Erkrankung diagnostiziert und auch behandelt wird.

Für die Kodierung der Diagnose F45.41 *Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren* aus dem Kapitel V als Hauptdiagnose bei chronischen Schmerzpatienten gilt folgender Sachverhalt:

- Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren Körperregionen; Auslöser muss ein physiologischer Prozess oder eine körperliche Störung sein.
- Sowohl psychische- und Verhaltensstörungen (F-Diagnosen) als auch psychische Faktoren spielen eine wichtige Rolle für den Schweregrad, die Aufrechterhaltung oder Exazerbation und damit verbundene Funktionsstörungen inklusive resultierender Beeinträchtigungen, ohne dass diese für den Beginn der Schmerzerkrankung ursächlich sind.

- Dem psychopathologischen Befund oder der Beschreibung des Behandlungsverlaufs muss eindeutig zu entnehmen sein, dass die Operationalisierungskriterien der Diagnose F45.41 entsprechend den fachlichen Anforderungen gegeben sind. Die Gründe der Diagnosestellung müssen konkret benannt und auf den Patienten bezogen sein. Eine allgemeine Formulierung ist nicht ausreichend. Problematische Themen (Traumata, Missbrauch, innerfamiliäre Konflikte), die nicht detailliert im Arztbrief genannt werden können, müssen im Gespräch/Prüfung konkret benennbar sein (interne Dokumentation).
- Die beschriebenen Faktoren müssen im Rahmen der Behandlung thematisiert werden mit daraus abgeleiteten Konsequenzen.

Ein Einmalkontakt mit einem Psychologen, psychologischen Psychotherapeuten/Psychiater ist nicht ausreichend, auch nicht eine isolierte Erhebungsdiagnostik mittels standardisiertem Fragebogen.

Eine Behandlung durch nicht approbierte psychotherapeutisch tätige Behandler ist nicht ausreichend.