

Kontextfaktoren im AOP-Katalog §115 b SGB V

Alles nur ein großes Missverständnis!?

Pünktlich vor Heiligabend 2022 wurde von der Selbstverwaltung der neue dreiseitige AOP-Vertrag mit Katalog und Anlagen für das Jahr 2023 vorgestellt. In diesem überarbeiteten Katalog wurden wichtige Inhalte aus dem IGES-Gutachten eingebaut, die aufgrund von Zeitdruck und/oder Unwissenheit der verantwortlichen Verhandlungspartner nur in Teilen oder sogar sinnentstellend das eigentliche Vorhaben umsetzen. Für den OPS-Katalog 2023 wurden von den ca. 2500 neu vorgeschlagenen, potentiell ambulanten OPS-Kodes (z. B. laparoskopische Cholezystektomie, Appendektomie, vaginale Geburt) nur ein Bruchteil von 208 OPS-Kodes aufgenommen – die beispielhaft genannten OPS-Kodes nicht!

Insbesondere die Geltendmachung von Kontextfaktoren für die vollstationäre Aufnahmeindikation (§8 des AOP-Vertrages) führt allerdings zu einer großen Verwirrung und Unsicherheit. Wussten die Handelnden nicht, was sie tun? Sind sie sich der Folgen bewusst? Oder sind sie der Krankenhauspraxis so weit entrückt?

Es kommt zu demselben Umsetzungsproblem wie bei der tagesstationären Abrechnung: Dokumentationsvorgaben und Abrechnungsregeln liegen dazu bis heute nicht vor! Solche Fehler werden nicht nur zu einem wahnsinnigen Chaos in deutschen Notfall- und Aufnahmestationen und in der Abrechnung führen, sondern verlangen vorab Antworten auf zahlreiche Fragen, die seit Jahrzehnten offen sind:

- Was ist formal eine medizinische Begründung (MBEG) für eine vollstationäre Aufnahmeentscheidung? Reichen nicht weiterhin die Nebendiagnosen nach §301 als Zeichen der Komorbidität und/oder der Komplikation? Wo steht im Sozialgesetzbuch, dass fallindividuelle Prosatexte zu verschicken sind?
- Wird diese MBEG direkt mit der ersten Rechnung übersandt? Darf oder muss ich das? Lässt es das KIS- bzw. §301-Verfahren überhaupt zu? Gilt die Rechnung dann als gestellt? Ab wann läuft die Zahlungsfrist für Krankenkassen?
- Die MBEG-Prüfung liegt zeitlich vor der PrüfvV. Welche rechtlichen Konsequenzen ergeben sich daraus? Lässt es der Datenschutz zu, diese Informationen mit der Krankenkasse auszutauschen? Wo steht das?
- Wann gilt die Aufnahmeentscheidung im Kontext zur sozialen Situation? Prüft das dann der MD oder die Mitarbeiter/-innen der Krankenkasse? Bisher weigerte sich der MD häufig, die sozialen Aspekte zu beurteilen. Muss er das jetzt tun? Macht das der MD dann ggf. vorab als sozialrechtliche Fallberatung? Oder erst im Rahmen der PrüfvV?
- Wie verhält es sich mit der leistungsrechtlichen Entscheidung nach Abschluss der MD-Prüfung, wenn dieser nur medizinische Aspekte prüft und die Kasse den sozialen Aspekt? Strafzahlungen und Prüfquotenanrechnung?

- Wer übernimmt die rechtliche Verantwortung für die häusliche Versorgung? Wer organisiert diese? Sind jetzt auch die Krankenkassen in der Pflicht?
- Wer darf eigentlich eine medizinische und/oder soziale Begründung der stationären Aufnahmeindikation bzw. der Kontextfaktoren verfassen (Beispiel: Kognitive/Motorische Tests)? Arzthelfer/innen; Psychologen ...?
- ... und zahlreiche weitere juristische und abrechnungstechnische Fragen bleiben offen.

Anscheinend war sogar den Akteuren der Selbstverwaltung klar, dass sie auch dieses Mal mit ihrer kurzfristigen, nicht durchdachten Bekanntgabe Kritik ernten würden. Sie hatten deshalb für dieses neue Umsetzungsmerkmal eine Schonfrist bis zum 15. Februar 2023 in den §115b eingebaut.

Was sollen also nach §8 des §115b SGB V Kontextfaktoren sein?

- (1) Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß § 115b Absatz 1 Satz 3 SGB V erforderlich sein kann (im Folgenden Kontextfaktoren), sind Anlage 2 zu entnehmen. Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von Leistungen nach § 3 dieses Vertrags, die regelhaft ambulant erbracht werden können. Das Vorliegen eines Kontextfaktors nach Satz 1 ist ausreichend für die Begründung einer stationären Durchführung einer Leistung nach § 3. ...
(Anm.: Für die erste Nacht. Und dann?)
- (2) Die Kontextfaktoren sind vom Krankenhaus zu dokumentieren und im Rahmen der **Abrechnung eines vollstationären Krankenhausfalles nach § 301 SGB V zu übermitteln.** ... (Anm.: Vor, mit oder nach der 1. Rechnung)
- (3) Liegen abweichend von den in Anlage 2 genannten Kontextfaktoren **medizinische Gründe oder soziale Gründe** vor, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 **fallindividuell** darzustellen. (Anm.: Reichen ICD-, OPS-Kodes? ASA-Kriterien? Prosa-Text?)

Im Klartext bedeutet dieses Gesetz für 2023:

Möchte ein Krankenhaus für einen Patienten Operationen aus dem AOP-Katalog nach §301 SGB V vollstationär abrechnen, muss es bei der Rechnungsstellung nachweisen, dass der Patient bei der Aufnahme entweder

- a) *mindestens einen Kontextfaktor aufweist* oder
- b) *eine fallindividuelle Darstellung der vollstationären Indikation erhält.*

Bedeutung für die Umsetzung im Krankenhaus:

Sind Sie und Ihre Mitarbeiter/-innen aus den Fachabteilungen und der Abrechnung darauf vorbereitet? Wer entscheidet wann über die Versorgungsform?

Ab dem 15.02.2023 gestellte Rechnungen für behandelte Patienten ohne Nachweis a) oder b) werden nach unserer Einschätzung von den Krankenkassen abgelehnt! Und dann? Dürfen Sie den Fall nach §115b ambulant abrechnen (Anmeldung!)?

Welche Kontextfaktoren gibt es also für das Jahr 2023?

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Patient bei Aufnahme Alter 1 bis 365 Tage | <i>und/oder</i> |
| 2. Patient wird beatmet > 0 Stunden nach DKR 2023 | <i>und/oder</i> |
| 3. Pflegegrad 4 oder 5 nach OPS-Kode | <i>und/oder</i> |
| 4. (Sehr) schwere Motorische/Kognitive Funktionseinschränkung
ICD U50.40/41; U50.50/51; U51.20/21/22 | <i>und/oder</i> |
| 5. Beidseitige OPS (2023 nur best. Augen-OP) | <i>und/oder</i> |
| 6. Ophtalm. Begleiterkrankungen (nur best. Augen-OP) | <i>und/oder</i> |
| 7. K6 2023 ICD nicht ambulant* (Erläuterung beachten!) | <i>und/oder</i> |
| 8. K2 2023 OPS stationär** (Erläuterung beachten!) | |

Und jetzt beginnt das Verständnisproblem für die Diagnosen und OPS-Kodes, die 2023 als Kontextfaktoren dienen (sollen):

* Aus dem Bereich der sogenannten Kontextfaktoren des IGES-Gutachtens hat man für den §115b nur die Diagnosen „*ICD nicht ambulant*“ herausgesucht, die aufgrund von statistischen Auswahlkriterien in einer retrospektiven Datenanalyse den potentiell ambulanten OPS-Kode von vorneherein ausschließen lassen.

Beispiel: Man wollte im Gutachten nicht, dass ein Patient, der aufgrund einer Hirnblutung (ICD I61.5: *Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung*) zusammenbricht und dabei eine Handfraktur erleidet, die operativ mit einem potentiell ambulanten OPS-Kodes versorgt wird, in die weitere Datenauswertung einfließt. Deshalb erschufen die IGES-Gutachter/-innen einen Kontextfaktor „K6 ICD nicht ambulant“.

Dieses Tabellenblatt K6 aus dem IGES-Gutachten wurde nun (mit 2 ICD-Ausnahmen) komplett für den AOP-Katalog 2023 übernommen, um einige andere Katastrophendiagnosen ergänzt und verfügt über solche Diagnosen wie *plötzlicher Herztod, Beulenpest, Kammerflimmern, Botulismus und Ebola und gangränöse Hernien*, die aus besagten Gründen in dieser K.O.-Liste stehen.

Solche Diagnosen sind vollstationär indiziert und haben meist nichts mit einer ambulanten OP zu tun. Aber das hat auch niemals jemand in Frage gestellt, da bei den meisten Diagnosen dieser Liste die Verweigerung einer stationären Aufnahme einen Kunstfehler oder eine unterlassene Hilfeleistung bedeuten würde.

** Dasselbe Vorgehen findet sich für den Kontextfaktor der stationären OPS-Kodes in K2. Auch diese OPS-Schlüssel dienen nur der retrospektiven Datenanalyse im IGES-Gutachten. So sollten beispielsweise keine polytraumatisierten Patienten mit großen Thoraxoperationen in das ambulante Auswertungspotential rutschen, weil einer der zahlreichen OPS-Kodes (z. B. Versorgung einer Extremitäten-Fraktur) in diesem Patientendatensatz eine potentiell ambulante Prozedur darstellt.

Andere Kontextfaktoren als die oben genannten Codes gibt es für den AOP-Katalog 2023 nicht – und das dürfte jeden verwundern, der sich bereits mit dem IGES-Gutachten beschäftigt hat! Wurde in diesem doch ausdrücklich betont, dass man möglichst unbürokratisch mit vorhandenen Abrechnungsdaten die stationäre Behandlung darstellen könne.

Dazu hat man im IGES-Gutachten auch zahlreiche Vorschläge gemacht (z. B. PCCL/perioperative Begleitumstände wie *Herzinsuffizienz, Diabetes, COPD* – ausgedrückt über ICD-Kodes). Diese Begleiterkrankungen finden sich im §115b SGB V für 2023 nicht als Kontextfaktor – und hier besteht das große Missverständnis. Die Mitarbeiter/-innen des Krankenhauses vermuten solche Diagnosen in einer sogenannten AOP-Kontextfaktorenliste – dort stehen sie aber nicht!

Im IGES-Gutachten spielen solche Faktoren dagegen eine große und differenzierte Rolle. Sie finden sich beispielsweise in den Tabellenblättern **K6-S ICD erhöhter Aufwand** und **K7 Komplexe Komorbidität**. Hat man aus Unkenntnis diese wichtigen Informationen weggelassen? Oder will man eine Ambulantisierung in zwei Monaten herbeizwingen? Auf diese schnelle und falsche Umsetzung des Gutachtens sind Krankenhäuser, die Hausärzte, die Fachärzte, die ambulanten Pflegedienste und die Krankenkassen nicht vorbereitet und so war es auch nicht gedacht.

Die G-AEP-Kriterien wurden für das Jahr 2023 „*abgeschafft*“, obwohl diese eigentlich die operations- und narkoserelevanten Kontextfaktoren abbilden. Zurzeit verweigern die Krankenkassen bereits die Annahme von G-AEP-Bögen, da diese ja angeblich rechtlich nicht mehr zulässig seien. Aus unserer Sicht sollte das Krankenhaus diese Bögen aber neu überarbeiten und umbenennen.

Wir können aus den oben genannten Gründen den Krankenhäusern nur empfehlen, eine „überarbeitete“ Version beizubehalten, da die zurzeit gültigen Kontextfaktoren 2023 nur in den wenigsten Fällen bei den potentiell ambulanten Fällen aus dem OPS-Katalog nach §115b SGB V vorhanden sein werden (u. E. je nach Fachabteilung max. 5 bis 10 % dieser Patienten; zum größten Teil Notfallaufnahmen!).

Für die vollstationäre Indikation = *Fallindividuelle Darstellung* bedarf es eines strukturierten Erfassungstools, wie auch immer es genannt wird und wer auch immer es in der Aufnahme ausfüllen wird. Auch in der Zukunft werden Faktoren wie Notfallaufnahmen, Uhrzeiten, äußere Umstände wie die Entfernung, Erreichbarkeit etc. eine Rolle spielen und berücksichtigt werden müssen. Aber ohne diese vollständige Dokumentation in der Akte wird die Rechnung nicht fällig und/oder von der Krankenkasse abgelehnt.

Über die neue Ausgestaltung des klinikinternen Aufnahmeprozesses und der rechtlichen Absicherung zur Nutzung der korrekten Versorgungsform („*ambulant vor vorstationär vor teilstationär (vor tagesstationär?) vor vollstationär*“) sind krankenhausindividuelle Lösungen gefragt und alle Mitarbeiter/-innen zu informieren.

Die zahlreichen rechtlichen Fragen zur Aufnahmeentscheidung, die wir bereits zu Beginn aufgelistet haben, sind von der Selbstverwaltung und/oder der Politik zeitnah zu beantworten! Oder das große Missverständnis muss beseitigt werden und die Kontextfaktoren werden um die Informationen aus dem IGES-Gutachten ergänzt, die dafür vorgesehen waren. Sonst ist das Chaos vorprogrammiert.

Dr. med. Heinz-Georg Kayzers

Krankenhausbetriebswirt (VKD)

Dr. med. Andreas Stockmanns

FA Innere Medizin, Gesundheitsökonom (ebs)

Dr. Jürgen Freitag

Geschäftsführer

Literatur und Informationen:

info@kaysers-consilium.de

KAYSERS CONSILIUM^{GmbH}

Schulung und Beratung im Gesundheitswesen

Marienstraße 24

47623 Kevelaer