

Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG

Stammdaten

Verfahrensnummer: S20240002
Bezeichnung: Kodierung einer Naht am Darm ohne Adhäsiolyse
Kategorie Antragsteller: Krankenhaus
Antragsteller: Borromäus Hospital Leer gGmbH

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

Beschreibung der Kodier- oder Abrechnungsfrage

Kritisch gestellt wird die Kodierung des OPS 5-467.0x Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm: Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung): Sonstige. Mit diesem Code soll die Serosanaht am Coecum abgebildet werden, die bei einer Second-look-Laparotomie vorgenommen wurde. Die Verletzung der Serosa ist nicht explizit auf eine Adhäsiolyse zurück zu führen. Als Beispiel ein OP-Bericht eines Einzelfalles:

„Der Patient wurde 2 Tage zuvor in unserer Klinik wegen eines akuten Abdomens stationär aufgenommen. Im durchgeführten Abdomen-CT fanden sich freie Luft, einen Dünndarmileus und eine auffällige ileozäkale Region. Am selben Tag erfolgte die Laparotomie. Intraoperativ konnte jedoch keine Perforationsstelle ausfindig gemacht werden. Es fand sich jedoch reichlich eitriges Sekret mit einer Unterbauchperitonitis. Es erfolgte die Spülung und Drainage des Abdomens. Heute nun planmäßige Second-Look-Laparotomie.

In Rückenlagerung mit Armabspreizung bds. zunächst Desinfektion und steriles Abdecken des Operationsgebietes. Belassen der einliegenden Drainagen. Entfernen sämtlichen Klammernahtmaterials. Eröffnung der Bauchhöhle. Es entleert sich reichlich trübe bräunliche Flüssigkeit. Ein Abstrich wird zur bakteriologischen Untersuchung gewonnen. Absaugen sämtlicher Flüssigkeit. Die Dünndarmanteile sind teilweise entzündlich bedingt adhärent. Die Adhärenzen können problemlos stumpf gelöst werden. Finden sich einzelne Fibrinauflagerung im terminalen Ileum Umlegen der Wundränder mit Bauchtüchern und Einsetzen des Condor-Rahmens. Kleinere Fettgewebsnekrosen von ca. 7x2cm des Omentum majus. Die Oberbauchregion stellt sich komplett unauffällig dar. Kontrolle der eingebrachten Magensonde auf ihrer Lage. Rechte Lagekorrektur. Aufsuchen der Treitz Region. Verfolgung der Dünndarmanteile des Ileozäkalregion. Hinweis auf eine Perforationsstelle bzw. mesenteriale Auffälligkeiten ergeben sich bis zum oralen Ileum nicht. Dann entzündliche Veränderung des Mesenteriums und restlichen Ileums im Sinne einer akuten Peritonitis mit Fibrinauflagerungen. Entfernung dieser und Inspektion auf Perforationsstellen. Diese können jedoch ausgeschlossen werden. Im Zäkalpolbereich findet sich eine kleinere Serosaläsion, die mit 3-0er Einzelknopfnähten übernäht wird. Der restliche Kolonrahmen ist bis zum mittleren Sigma unauffällig. Der rektosigmoidale Übergang ist leicht verhärtet. Eine Perforationsstelle hier kann jedoch auch nicht identifiziert werden. Unauffälliges Rektum. Spülung der Bauchhöhle mit insgesamt 4 l Kochsalzlösung. Anschließend liegen saubere Verhältnisse vor. Komplettes Absaugen der Flüssigkeit. Die bereits vorhandenen Drainagen werden erneut retrozäkal mit Ausleitung im rechten Unterbauch und im Douglas mit Ausleitung über den linken Mittelbauch platziert. Anatomiegerechte Platzierung der Darmanteile. Noch partielle Resektion der Fettgewebsnekrose am Omentum majus. Das Gewebe wird nicht zur weiteren histologischen Untersuchung eingesandt. Abschluss Operation Entfernen sämtlicher Instrumente und Bauchtücher. Präparation der Faszienränder vom umliegenden subkutanen Fettgewebe mittels bipolarer Schere. Fasziennaht mit 1er PGA Schlingennaht von kranial und kaudalseitig. Spülung des Subkutangewebes mit

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

Kochsalzlösung. Hautklammernaht. Steriler Verband.
Prozedere: Eine erneute Spülung ist gegenwärtig nicht erforderlich. Zunächst nur schluckweise trinken.“

Fraglich ist, ob die Serosanaht mit dem OPS 5-467.0x gesondert kodiert werden kann.

Möglichkeit zur Angabe des/der strittigen Kodes/Kodekombinationen

OPS 5-467.0x Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm: Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung): Sonstige

Betroffene DRGs/PEPP/ZE/ET

Welche Regelwerke sind betroffen (DKR, Abrechnungsbestimmungen etc.)

OPS

Position und Benennung der Gegenseite

Wer vertritt die Position der Gegenseite?

privater Kostenträger ([Krankenkasse])

Sachverhaltsdarstellung der Gegenposition

1) Die Info im Kode 5-469.2 Adhäsiolyse gibt an, dass seromuskuläre Übernähtungen akzidenteller Darmläsionen im Kode der Adhäsiolyse enthalten sind. Eine Naht bei akzidenteller Eröffnung des Darmlumens ist gesondert zu kodieren.
Meines Erachtens steht im OP-Bericht die Serosaläsion weder im Zusammenhang mit der zuvor durchgeführten Adhäsiolyse, noch wird eine versehentliche Eröffnung des Darmlumens beschrieben. Die Operateurin berichtete mir, dass die Läsion höchstwahrscheinlich aus der Vor-OP stammte und sie den Grund der Läsion nicht sicher nachvollziehen konnte.

2) FoKA Anfrage 0134 (Anfrage 0134 – DGfM (medizincontroller.de))

Hier wird nochmal betont, dass bei einer Adhäsiolyse entstandene Serosaläsionen und deren Übernähtung im Kode der Adhäsiolyse enthalten sind. Aber: Der Kode 5-467.0- ist in seiner systematischen Einordnung den durchgreifenden Nähten der Darmwand vorbehalten.

Ob der letzte Satz auf unseren Fall bezogen werden kann und der OPS 5-467.0x somit kodiert werden kann, kann ich nicht sicher angeben.

3) Die Serosa sei kein Teil des Darms und dessen Naht somit nicht mit einem Kode aus dem Kapitel "Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm" abzubilden.

Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

Inwiefern handelt es sich um eine strittige Kodier- oder Abrechnungsfrage?

In den Kodierrichtlinien und im OPS-Katalog finden sich keine Hinweise darauf, dass die Naht am Darm in einer Hauptprozedur inkludiert ist. Aus Sicht des Krankenhauses liegt keine monokausale Kodierung vor und eine Naht am Darm ist somit gesondert zu kodieren. Die Kostenträger teilen diese Auffassung regelmäßig nicht.

Inwiefern ist die Kodier- oder Abrechnungsfrage abstrakt und nicht einzelfallbezogen?

Es handelt sich um eine generelle Fragestellung, wann der OPS kodiert werden darf und

Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

wann es sich um eine monokausale Kodierung handelt. Bisher gibt es nur eine Regelung, dass eine Serosanaht neben einer Adhäsiolyse nicht gesondert kodierbar ist. Die Kodierung einer Serosanaht aus anderen Gründen ist bisher nicht geklärt. Der OPS 5-467.0* wird von unserem Haus jährlich ca. 35x kodiert.

Inwiefern ist es über die Frage wiederholt zu Konflikten in der Abrechnung gekommen?

Ist der OPS in einem Fall erlösrelevant, wird dieser von den Kostenträgern strittig gestellt.

Inwiefern ist die Frage abrechnungs- oder potentiell entgeltrelevant?

Wir hatten bereits Fälle, in denen der OPS mit 30.000 Euro erlösrelevant war.

Inwiefern ist keine anderweitige originäre Zuständigkeit für die Klärung der Frage gegeben (z.B. Vorschlagsverfahren InEK, Weiterentwicklung des OPS-Katalogs und ICD-Katalogs, G-BA)?

Es handelt sich nicht um eine Erweiterung und Änderung der OPS-Kodierung, sondern lediglich um eine Klarstellung, ob eine Serosanaht, die nicht durch eine Adhäsiolyse bedingt war, gesondert kodiert werden kann. Das Vorschlagsverfahren des InEK hilft weniger, genauso wie die Änderung des OPS-Kataloges oder eine G-BA-Richtlinie.

Inwiefern ist die Frage bislang ungeregelt oder werden getroffene Regelungen unterschiedlich angewendet?

Es gibt keine Regelung, die die Kodierung des OPS unabhängig von der Adhäsiolyse darstellt. Somit gehen die Krankenhäuser regelmäßig davon aus, dass der OPS anwendbar ist. Diese Auffassung teilen die Kostenträger leider nicht.

Inwiefern kann die Frage durch die Vertragsparteien geregelt werden?

Wünschenswert wäre eine Klarstellung, ob eine Naht einer vorliegenden Darmläsion, die nicht durch eine Adhäsiolyse verursacht wurde, kodiert werden darf. Es handelt sich hier um einen noch nicht geklärten Sachverhalt, der durch eine Regelung viele Streitfälle verhindern würde.

Hintergrund

Es handelt sich um einen Rechtsstreit

Nein

Wir haben in einem Einzelfall bereits unseren Anwalt kontaktiert, aber noch nicht geklagt.

Geben Sie bitte hier an, ob bereits Schritte zur Klärung des Sachverhaltes unternommen wurden und welche dies sind.

Ja

Es wurden bisher eine externe Meinung einer Beratungsfirma eingeholt. Diese empfahl die Beauftragung des Schlichtungsausschusses, da es sich um einen ungeklärten Sachverhalt handelt und sie somit keine Kodierempfehlung aussprechen konnte.

Regelungsvorschlag mit Begründung

Regelungsvorschlag

Gemäß DKR 1102a Adhäsionen sind Adhäsiolysen mit einem OPS zu verschlüsseln, wenn diese als Haupt- oder Nebenprozedur relevanten Aufwand verursachen. Dies schließt die dafür ggf. erforderlichen Übernähungen der Serosa ein.

Stehen Läsionen der Serosa oder anderer Verletzungen am Darm nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Adhäsiolyse oder ist die Ursache der Läsion unbekannt, ist die Naht am Darm mit dem OPS aus 5-467.0* gesondert zu kodieren.

Regelungsvorschlag mit Begründung

Begründung

Dieser Regelungsvorschlag greift die Regelung der FoKA aus dem Jahr 2015 auf und festigt somit die Aussage, dass eine Verletzung der Serosa, die im Zuge einer Adhäsionolyse entstand und übernäht wurde, mit dem OPS-Kode für die Adhäsionolyse vollständig abgebildet ist und nicht gesondert kodiert werden kann. Neu hinzugefügt wurde nun eine Regelung für Übernähtungen von Verletzungen, die nicht mit einer Adhäsionolyse im Zusammenhang stehen. Diese gilt dann für Operationen, in denen keine Adhäsionolyse durchgeführt wurde, die Adhäsionolyse an einer anderen Lokalisation des Bauchraumes als der Darmabschnitt mit der Läsion durchgeführt wurde oder die Adhäsionolyse nicht im zeitlichen Zusammenhang mit der Läsion steht. Es handelt sich folglich um Läsionen, die nicht durch eine während der selben OP durchgeführten Adhäsionolyse verursacht wurden. Die Läsionen können z.B. durch andere OP-Schritte verursacht worden sein. Möglich wäre z.B. eine Verletzung während einer in der Vergangenheit durchgeführten Operation. Trifft dies zu, ist durch die Regelung klargestellt, dass die Naht der Verletzung mit einem OPS aus 5-467.0* kodiert werden soll.