

# Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG

## Stammdaten

Verfahrensnummer: S20220002  
Bezeichnung: Adhäsiolyse  
Kategorie Antragsteller: Krankenhaus  
Antragsteller: HELIOS Weißeritztal-Kliniken

## Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

### Beschreibung der Kodier- oder Abrechnungsfrage

Kodierung einer Adhäsiolyse (OPS-Kode 5-469\* (Version 2021)) bei einem nachgewiesenen deutlichen Mehraufwand zusätzlich zu einer bauchchirurgischen Hauptprozedur.

### Möglichkeit zur Angabe der/des strittigen Kodes/Kodeskombinationen

Der Patient wurde im Mai 2020 geplant zur operativen Versorgung eines Narbengitterbruchs bei Zustand nach medianen Laparotomie nach Lymphadenektomie bei nicht semitomatösem Keimzelltumor des rechten Hodens 2018 stationär aufgenommen. Die Vorstellung erfolgte initial aufgrund seit einiger Zeit zunehmender Beschwerden im Oberbauch und Schmerzen unter Belastung. Klinisch stellte sich eine ca. 10cm lange epigastrische Vorwölbung dar. Die Indikation zur Operation wurde gestellt. Es erfolgte eine Relaparotomie, Adhäsiolyse am Darm (45min), Serosaübernähung, Spülung, Bauchdeckenplastik in Sublay Technik, Netz Parietene Low Weight Mesh, Firma Covidien 20x30cm, 2x Redon 16 retromuskulär, 1x 12 subkutan. Im OP-Bericht wird dann weiter detailliert die Adhäsiolyse beschrieben, nach diesem die dafür notwendige Zeit im Kopf des OP-Berichtes bereits mit 45 min deklariert wurde (bei 130 min Schnitt-Naht-Zeit): „...Die Faszie ist an mehreren Stellen aufgelockert mit zahlreichen Defekten. Die Faszie wird eröffnet, Eindringen in die Bauchhöhle, die Bauchdecke ist im ganzen Verlauf mit dem Omentum verwachsen. Das Omentum wird mithilfe des elektrischen Messers abpräpariert. Erst dann ist der Vorstoß in die freie Bauchhöhle möglich. In der Bauchhöhle gibt es keine freie Flüssigkeit, die Darmschlingen

## Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

im mittleren sowie rechten Unterbauch sind verwachsen, verdreht, bilden ein großes Konglomerat. Deswegen wird zuerst die Dünndarmadhäsiolyse durchgeführt, dabei werden zahlreiche Adhäsionen gelöst zwischen dem Treitz'schen Band und der Bauhin'schen Klappe. An 3 Stellen wurde die Serosa verletzt, aber nicht der Darm, es erfolgt die Übernähung mit Monocrylfaden. Es sind alle Stellen für den Daumen durchgängig. Die Bauchhöhle wird mit Kochsalzlösung gespült, abgesaugt. Jetzt wenden wir uns der Bauchdeckenplastik zu ...“

Kodiert wurde als Hauptdiagnose K43.99 (n.n.b. Hernia ventralis) mit der Nebendiagnose K66.0 (Peritoneale Adhäsionen) sowie die OPS 5-536.47 (Verschluss einer Narbenhernie) als Hauptprozedur und 5-932.47 (Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz...)“ sowie die Adhäsiolyse 5-469.20 als Nebenprozedur.

Ablehnung der Adhäsiolyse 5-469.20 erfolgte auch in diesem Fall durch den MD mit der immer gleichen Begründung:

„Eine zugangsbedingte Adhäsiolyse ist nicht gesondert kodierbar, sondern im Haupteingriff beinhaltet (DRG beruht auf einer Mischkalkulation)“

### Betroffene DRGs/PEPP/ZE/ET

Vorrangig DRGs der MDC 06 - somit die DRG's G04, G07, G10, G18, G21 und G22

### Welche Regelwerke sind betroffen (DKR, Abrechnungsbestimmungen etc.)

DKR1102a Adhäsionen

„Die Lösung von abdominalen Adhäsionen kann eine aufwändige „Hauptprozedur“ oder eine im Rahmen einer anderen Prozedur mitdurchgeführte Begleitprozedur („Nebenprozedur“) sein. Auch wenn Adhäsionen im Verlauf einer anderen Bauchoperation gelöst werden, kann der Vorgang im Einzelfall relevanten Aufwand verursachen. Dann sind ein Diagnosekode (z.B. K66.0 Peritoneale Adhäsionen) für die Adhäsion und ein Prozedurenkode aus 5-469.1 Bridenlösung oder 5-469.2 Adhäsiolyse für die Lösung der Adhäsionen anzugeben.“

Die entsprechenden Kostenträger bzw. der MD Sachsen ignorieren die möglichen Nachverfahren, in denen wir auf diese Kodierrichtlinie hinweisen und den erhöhten Mehraufwand belegen können.

Vielmehr wird durch den MD die allgemeine Kodierrichtlinie P001 herangezogen mit Verweis auf die dort beschriebene monokausale Kodierung eines Eingriffs.

## Position und Benennung der Gegenseite

### Wer vertritt die Position der Gegenseite?

Kostenträger und MD(K)

### Sachverhaltsdarstellung der Gegenposition

Wie bereits beschrieben, argumentiert der MD(K) mit der immer gleichen Begründung, dass es sich bei einer Adhäsiolyse im Rahmen einer anderen Operation immer um einen zugangsbedingten Eingriff handelt, der im Rahmen der monokausalen Kodierung nicht extra anzugeben ist.

## Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

### **Inwiefern handelt es sich um eine streitige Kodier- oder Abrechnungsfrage?**

Sobald eine Adhäsiolyse DRG-relevant ist und von der Krankenkasse geprüft wird, wird die Prozedur durch den MD Sachsen abgelehnt

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

Insgesamt wurden bereits von einer Klinik 24 Klageverfahren seit dem Jahr 2011 eingereicht.

In einem Gesamtvergleich mit einem Kostenträger wurden mehrere Fälle aus 2015 – 2017 verglichen, allerdings ohne einen detaillierten Konsens hinsichtlich der Abrechnung zu treffen.

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

Wurde bereits dargelegt.

### **Inwiefern ist die Frage abrechnungs- oder potentiell entgeltrelevant?**

Lt. DKR ist aus Sicht des Krankenhauses die Kodierfrage geregelt. Gemäß DKR kann bei erheblichem Mehraufwand eine Adhäsiolyse kodiert werden.

### **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)?**

OPS-Katalog

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

siehe oben

### **Inwiefern kann die Frage durch die Vertragsparteien geregelt werden?**

siehe oben

## Hintergrund

### **Es handelt sich um einen Rechtsstreit**

Ja

Es gibt bereits mehrere positive Urteile des SG Dresden für die Klinik. In einem Fall hat der Kostenträger bereits Berufung vor dem LSG in Chemnitz eingelegt. In einem zweiten Fall läuft aktuell noch die Berufungsfrist.

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

Ja

Die bisherigen positiven Gerichtsurteile haben dargelegt, dass der „erhebliche Mehraufwand“ einer Adhäsiolyse deutlich aus dem OP-Bericht hervorgehen muss. Zur ausführlichen Beschreibung dokumentieren die Chirurgen unserer Klinik daher jetzt zusätzlich die Zeit, die die Adhäsiolyse in Anspruch genommen hat. Im Rechtsstreit

## Hintergrund

wurde von der gegnerischen Seite ein festgelegter prozentualer Anteil der Adhäsiolyse zur gesamten Schnitt-Naht-Zeit gefordert, genau 1/3. Wir halten diese rechnerische Festlegung als unzulässig. Doch selbst, wenn wir einen entsprechenden prozentualen Anteil der Adhäsiolyse nachweisen können (siehe Fallbeispiel 45 min Adhäsiolyse bei 130 min Schnitt-Naht-Zeit), wird der OPS abgelehnt.

## Regelungsvorschlag mit Begründung

### Regelungsvorschlag

Ergänzung der DKR 1102a um den Passus:

1. dass bei erheblichen Mehraufwand eine Adhäsiolyse zusätzlich zur Hauptprozedur kodiert werden kann und
2. Festlegung, wie ein „erheblicher Mehraufwand“ deklariert wird

### Begründung

Es benötigt eine Klarstellung, die bisher im OPS-Kode nicht eindeutig wiedergegeben wird.  
Eine differenzierte Kodierung wäre hier wünschenswert.