

Intraoperative Hypotonie

Stellungnahme der Mitglieder des Prüfungsausschusses Anästhesiologie der Sächsischen Landesärztekammer zum Artikel „Intraoperative Hypotonie“ im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2020

Sehr geehrte Mitglieder des Redaktionskollegiums des „Ärzteblatt Sachsen“, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

zunächst möchten die Unterzeichner dieser Stellungnahme ihre Freude darüber zum Ausdruck bringen, dass das Thema der intraoperativen Hypotonie, die ohne Zweifel für das Outcome der Patienten relevant werden kann, auch außerhalb des Fachgebietes der Anästhesiologie und Intensivmedizin Interesse und Aufmerksamkeit findet.

Wünschenswert wäre jedoch gewesen, wenn sich die Autoren des Artikels differenzierter und eingehender mit den Definitionen der in dem Artikel verwendeten Begriffe auseinandergesetzt hätten. So muss festgestellt werden, dass der Begriff der „Hypotonie“ in der internationalen Literatur nicht klar definiert ist: Nach einer aktuellen Publikation aus dem Jahr 2017 findet sich in der perioperativen Medizin keine allgemein akzeptierte Definition der intraoperativen Hypotonie [1]. Dementsprechend existieren keine Leitlinien, die untere Grenzwerte für den systolischen Blutdruck (SAP), den mittleren Blutdruck (MAP) oder für Zeitlimits beim Unterschreiten dieser Grenzen empfehlen. Bijker et al. identifizierten in 130 Publikationen insgesamt 140 verschiedene, zum Teil erheblich differierende Definitionen der intraoperativen Hypotonie [2]. Tatsächlich findet sich in der zitierten Arbeit von Walsh [3] eine statistisch signifikante Korrelation erniedrigter Blutdruckwerte mit perioperativen Komplikationen, dies ermöglicht jedoch keinerlei individuelle Vorhersage tatsächlicher ischämischer Ereignisse für den jeweiligen Einzelfall.

Die Gleichsetzung eines Blutdruckes von 80/55 mmHg mit einem hypoxischem Hirnödem entbehrt jeder praktischen Anwendbarkeit, da sie die Auswirkungen der Narkose auf den Hirnstoffwechsel völlig außer Acht lässt. Auf die altersabhängige Relevanz einer Hypotonie wird ebenso nicht eingegangen. Auch weist der Artikel begriffliche Schwächen auf; das „akute Nierenversagen“ wurde beispielsweise 2007 durch den differenzierteren Begriff der „akuten Nierenschädigung“ ersetzt.

Weiter wird in der Publikation des Öfteren der Begriff eines „Kreislaufkollaps“ verwendet, ohne dass dafür eine evidenzbasierte oder nachvollziehbare Definition abgegeben wird. Die Gleichsetzung eines mittleren arteriellen Blutdruckes < 65 mmHg mit einem „Kreislaufkollaps“ entbehrt nach Ansicht der Unterzeichner jeglicher wissenschaftlichen Grundlage. Die von den Autoren vertretene Meinung, „dass mit einem „Kollaps o.n.A. während und als Folge eines Eingriffs“ der kurzfristige Kreislaufkollaps beziehungsweise die kurzfristige relevante intraoperative Hypotonie gemeint ist“, ist rein willkürlich gewählt und kann somit nicht als Grundlage für die Kodierung einer spezifischen Krankheit herangezogen werden. Darüber hinaus muss im ICD-10 so spezifisch wie möglich verschlüsselt werden. Derjenige Code ist zu wählen, der für die dokumentierte Diagnose als der spezifischste angesehen werden kann. In Anbetracht der in Tab. 1 der Publikation dargestellten vielfältigen Ursachen der relevanten intraoperativen Hypotonie kann dafür die Verschlüsselung eines „Kollaps o.n.A.

während und als Folge eines Eingriffs“ nicht nachvollzogen werden. Sicherlich sollte sich im DRG Zeitalter ein Mehraufwand Erlöstechnisch durch eine korrekte Kodierung widerspiegeln. Zusätzlich zum fragwürdigen medizinischen Sachverhalt ist die Frage, ob dies hier tatsächlich der Fall ist – die häufigste und im Artikel nicht erwähnte Therapie einer kurzzeitigen, medikamentös induzierten Hypotonie nach der Anästhesieeinleitung ist die Kopftiefenlage des Patienten, die als Mehraufwand die Benutzung der Fernbedienung des OP-Tisches bedarf. Ebenso schwer vorstellbar wäre vergleichsweise, wenn der Operateur den notwendigen Hautschnitt als T14.00 („oberflächliche Verletzung an einer nicht näher bez. Körperregion“) verschlüsseln würde!

Zusammenfassend muss ausdrücklich festgestellt werden, dass eine Hypotonie infolge hypnotikabedingter Vasodilatation im Rahmen der Narkoseeinleitung oder aufgrund der Sympathikolyse im Rahmen einer rückenmarksnahen Regionalanästhesie keinesfalls als kodierungsrelevante Erkrankung dargestellt werden darf, selbst wenn zur hämodynamischen Gegensteuerung eine geringe Menge einer vasokonstringierenden Substanz erforderlich ist.

Abschließend sei an dieser Stelle noch darauf hingewiesen, dass es aus der Sicht des Landesverbandes der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Prüfungskommission „Anästhesiologie“ der Sächsischen Landesärztekammer zum zwingend gebotenen Arbeitsstan-

dard gehört, bei der Narkoseeinleitung Schutzhandschuhe zu tragen. Die gezeigte Abbildung entspricht somit nicht den Hygieneempfehlungen des Fachgebietes und den Hygieneordnungen der Krankenhäuser. ■

Literatur bei den Autoren

Prof. Dr. med. Thea Koch (Landesvorsitzende DGAI)
Prof. Dr. med. habil. Sebastian Stehr
(stellvertretender Landesvorsitzender DGAI)
Prof. Dr. med. habil. Armin Sablotzki (Vorsitzender
der Prüfungskommission Anästhesiologie)

Dr. med. Andreas Nowak (stellvertretender
Vorsitzender der Prüfungskommission
Anästhesiologie)
Prof. Dr. med. habil. Henrik Rüffert (Mitglied der
Prüfungskommission Anästhesiologie)
Prof. Dr. med. habil. Sven Bercker (Mitglied der
Prüfungskommission Anästhesiologie)
Dr. med. Frank Hendrich (Mitglied der
Prüfungskommission Anästhesiologie)

Anmerkung zur dem von der Redaktion genutzten Beispielbild, auf dem die Person keine Handschuhe trägt:

Selbstverständlich gehört es zum Standard, dass bei Arbeiten am Patienten Schutzhandschuhe getragen werden müssen.

Antwort von Dr. med. Andreas Bartusch und Prof. Dr. med. habil. Lutz Mirow auf die Stellungnahme der Mitglieder des Prüfungsausschusses Anästhesiologie der Sächsischen Landesärztekammer

Sehr geehrte Mitglieder des Redaktionsskollegiums des „Ärzteblatt Sachsen“, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, die intraoperative Hypotonie ist ein wichtiges und in der klinischen Praxis zu beachtendes Problem, da es für das Outcome der Patienten relevant ist, insofern freuen wir uns über die Resonanz bei den Kollegen der Anästhesiologie.

Gerade die Tatsache, dass es für die relevante intraoperative Hypotonie bisher keine einheitliche Definition gibt, war Anlass, in der Publikation einen Grenzwert für die relevante intraoperative Hypotonie zu definieren. Zum einen gibt es Autoren, die einen mittleren arteriellen Druck als Grenzwert angeben, wiederum andere Autoren geben einen systolischen Blutdruck als Grenzwert an und eine dritte Gruppe gibt einen MAP-Abfall vom Ausgangswert als Grenzwert zur relevanten intraoperativen Hypotonie an. Unter Berücksichtigung all dieser verschiedenen Literaturstellen kristallisiert sich heraus, dass ein MAP < 65 mmHg beziehungsweise ein systolischer Blutdruck < 80 mmHg einen solchen Grenzwert darstellen.

Auch in der Publikation von Futier et al. wurde im Vergleich einer individualisierten Therapie (Noradrenalinperfusor mit Ziel-RRsys +/- 10 Prozent des Ausgangswertes) einer Standardtherapie (Ephedrin bei RRsys < 80 mmHg oder < 40 Prozent Ausgangswert) als Vergleichsgruppen gewählt, das heißt auch hier wurde ein systolischer Blutdruck < 80 mmHg als relevante intraoperative Hypotonie angesehen [1]. Futier et al. konnten zeigen, dass die individualisierte Therapie wie oben beschrieben eine signifikant geringere Zahl an postoperativen Organdysfunktionen hervorrief im Vergleich zur Standardtherapie. Summa summarum muss festgestellt werden, dass die in der Publikation gemachte Angabe, dass ein MAP < 65 mmHg beziehungsweise ein Blutdruck von 80/55 mmHg einen Grenzwert für die relevante intraoperative Hypotonie darstellt, da eben dann die konstante Durchblutung von Gehirn, Herz und Niere durch Autoregulation nicht mehr gesichert ist.

Letztendlich stellt die relevante intraoperative Hypotonie eine komplexe Situation dar, die für das Outcome der Patienten entscheidend ist, so dass vom Anästhesisten, unabhängig von

der Dauer, eingegriffen werden muss. Wie Futier et al. zeigen konnten, führt eine individualisierte Therapie zu einer geringeren Zahl postoperativer Organdysfunktionen.

Aufgrund der Tatsachen, dass es eben keine monokausale Ursache für die relevante intraoperative Hypotonie gibt, wurde uns in einer Anfrage vom DIMDI mitgeteilt, dass dafür der Code T81.1 zu verwenden ist, da er quasi eine Sammelkategorie darstellt. Jeder andere Code, der spezifischer wäre, trifft nicht zu, wenn nicht der unmittelbare Zusammenhang klar belegt werden kann. Insofern ist es unserer Meinung nach legitim, zur Abbildung des Ressourcenverbrauches den Code T81.1 zu verwenden.

Zur Frage der Kodierung möchten wir wie folgt Stellung nehmen:

Die Kodierung eines Behandlungsfalles stellt für sich genommen lediglich die „Übersetzung“ des medizinischen Sachverhalts in Diagnoseschlüssel dar. Ausschlaggebend sind dabei die Umstände des Behandlungsfalles, nicht die Frage, ob der eine oder andere Diagnoseschlüssel oder aber die Vergütung angemessen ist oder nicht. Ausgehend

von diesem Grundsatz sind für die Kodierung einer Diagnose im DRG-System die Deutschen Kodierrichtlinien maßgeblich. Entsprechend den Deutschen Kodierrichtlinien wird eine Nebendiagnose kodiert:

„Die Nebendiagnose ist definiert als: ‚Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthalts entwickelt.‘ Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen,
- diagnostische Maßnahmen,
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand.

Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen (entweder Hauptdiagnose und Nebendiagnose[n] oder mehrere Nebendiagnosen) ausgerichtet ist, können alle betroffenen Diagnosen kodiert werden. Somit ist es unerheblich, ob die therapeutische(n)/diagnostische(n) Maßnahme(n) beziehungsweise der erhöhte Betreuungs-, Pflege und/oder Überwachungsaufwand auch in Bezug auf die Hauptdiagnose geboten waren.“ [2] Wie aus den Deutschen Kodierrichtlinien ganz klar erkennbar wird, ist irgendein Aufwand ausreichend, um eine Nebendiagnose kodieren zu können.

Da es sich wie bereits dargestellt bei der relevanten intraoperativen Hypotonie aus medizinischer Sicht um einen Zustand handelt, der nicht monokausal entstanden ist, muss im ICD-Verzeichnis der Code verwendet werden, der

dann den Zustand am treffendsten kodiert. Im vorliegenden Fall ist das der Diagnoseschlüssel T81.1 (Kollaps o.n.A. während oder als Folge eines Eingriffes), wie es auch vom DIMDI bestätigt wurde. Die Kodierung ist auch nur dann zulässig, wenn ein entsprechender Aufwand vorhanden war. Mit den Maßnahmen, die der Anästhesist in einem solchen Fall einleitet, ist ein ausreichender Ressourcenverbrauch vorhanden, so dass der Diagnoseschlüssel T81.1 zu kodieren ist.

Wir hoffen damit unsere Aussagen noch einmal klarstellen zu können. ■

Literatur bei den Autoren

Dr. med. Andreas Bartusch
Klinikum Chemnitz gGmbH

Prof. Dr. med. habil. Lutz Mirow
Klinikum Chemnitz gGmbH