

Sachverständigengutachten

Das Sozialgericht ##### hat am ##### in der Rechtssache ##### gegen #####, Aktenzeichen ##### Herrn Dr. med. Sascha Baller, Rohrbacher Straße 92/1, 69115 Heidelberg um die Erstellung eines Sachverständigengutachtens gebeten.

Strittig ist die korrekte Kodierung und Abrechnung für die stationäre Behandlung des Patienten ##### vom ##### bis ##### im Krankenhaus #####.

Folgende Beweisfragen sollen geklärt werden:

- 1) Entspricht die von der Beklagten vorgenommene Kodierung der stationären Behandlung des Versicherten ##### vom ##### bis ##### den Deutschen Kodierrichtlinien, Version 2009?

Ja.

- 2) Liegen die Voraussetzungen für die Kodierung der Nebendiagnose T88.4 (misslungene oder schwierige Intubation) vor?

Ja.

Begründung

Am ##### sollte der Patient ##### im Rahmen einer Narkose intubiert werden. Die Intubation gelang erst beim dritten Versuch, der Patient wurde zwischen dem zweiten und dritten Intubationsversuch mit einer Larynx-Maske beatmet und schließlich von einem zweiten Arzt intubiert. Der Zeitraum zwischen dem ersten Intubationsversuch und erfolgreichen Intubation lässt sich anhand der Dokumentation nicht auf die Minute genau ermitteln. Vermutlich sind zwischen 5 und 15 Minuten vergangen. Der Sachverhalt wurde adäquat dokumentiert (siehe Anlage 1 Narkoseprotokoll und Anlage 2 Narkosestatistik). Unter anderem wurde die Sichtbarkeit von Elementen des Kehlkopf nach der Klassifikation von Cormack und Lehane als Grad III (Stimmritze nicht einstellbar, nur Kehldeckel sichtbar) festgehalten.

Sowohl von der Beklagten als auch vom Gutachter des MDK werden Literaturstellen zitiert. Es handelt sich jeweils um Publikationen, die die eigene

Beurteilung des Sachverhalts als schwierige bzw. nicht schwierige Intubation untermauern.

Die im Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom ##### genannten Publikation (siehe Anlage 3 Kodierempfehlung Nummer 53 der SEG 4) würde zu einer Beurteilung als nicht schwierige Intubation führen. Dabei ist anzumerken, dass es sich bei den Kodierempfehlungen der SEG 4 um Empfehlungen einer sozialmedizinischen Expertengruppe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung handelt, die rechtsunverbindliche Empfehlungen ausspricht, um unter den Gutachtern des MDK eine einheitliche Kodierung zu gewährleisten (siehe Anlage 4 Einleitung für die Datenbank Kodierempfehlungen der SEG 4).

Die in der Stellungnahme des Krankenhauses ##### vom ##### genannten Publikation (Langenstein H., Cunitz G., Der Anästhesist, 1996, 45:374-441) würde zu einer Beurteilung als schwierige Intubation führen.

Es gibt keine durchgängig national oder international anerkannte Definition der schwierigen Intubation. Letztendlich handelt es sich deshalb in Bezug auf die Kodierung der Diagnose T88.4 (misslungene oder schwierige Intubation) um eine Ermessensentscheidung, ob im Einzelfall eine Intubation als schwierig oder nicht schwierig klassifiziert wird. Erforderlich wäre eine Kodierrichtlinie oder Klarstellung in den Deutschen Kodierrichtlinien. Diese gibt es aber nicht.

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin hat im Jahr 2004 eine Leitlinie zum Thema „Airway Management“ herausgegeben (siehe Anlage 5 S. 646). Hier wird die schwierige Intubation definiert als eine Intubation die nicht gelingt, obwohl die Laryngoskopie die Stimmlippen mindestens teilweise sichtbar macht. In diesem Sinne würde man bei dem strittigen Sachverhalt von einer schwierigen Intubation sprechen.

Wie ist die Sachlage im vorliegenden Fall zu beurteilen?

Ausschlaggebend dafür, ob der Sachverhalt nun als schwierige Intubation zu bewerten und die Kodierung der Nebendiagnose T88.4 zulässig wäre, sollten weder deutlich zu hohe noch deutlich zu niedrige Anforderungen sein. Zu hohe Anforderungen wären, dass immer mindestens 3 Intubationsversuche durchgeführt werden müssen, immer ein weiterer Anästhesist hinzugezogen werden muss und die Dauer bis zur erfolgreichen Intubation über 10 Minuten liegen muss. Eine zu niedrige Anforderung wäre, dass jede nicht gelungene Intubation als schwierige Intubation klassifiziert werden würde. Eine Zeitdauer als Definitionskomponente der schwierigen Intubation anzugeben ist grundsätzlich nicht zielführend, weil der Ablauf einer Notfallsituation (hier die schwierige Intubation) im Anschluss meistens nicht mehr auf die Minute genau nachvollzogen werden kann.

1997 wurde eine Schwierigkeitsskala (Intubation Difficulty Scale) entwickelt, die nicht nur zwischen „schwierig“ und „nicht schwierig“, sondern zwischen „einfach“, „etwas schwierig“, „mittelschwierig bis sehr schwierig“ und „unmöglich“ unterscheidet (siehe Anlage 6 Intubation Difficulty Scale). Bei Verwendung dieser Schwierigkeitsskala würde man beim strittigen Sachverhalt von einer etwas schwierigen an der Grenze zur mittelschwierigen bis sehr schwierigen Intubation sprechen, weil auf der Skala mindestens 5 Punkte erreicht wurden (2 zusätzliche

Intubationsversuche, 2 Ärzte, Cormack Grad 3). Möchte man bei dem vorliegenden Sachverhalt nun einen nicht zu hohen, aber auch nicht zu niedrigen Maßstab anlegen, wäre gemäß der genannten Schwierigkeitsskala die Intubation als schwierig einzustufen, so dass die Kodierung der Nebendiagnose T88.4 gerechtfertigt ist.

Ob die Grenze zur schwierigen Intubation zwischen 0 und 1 Punkten, zwischen 1 und 2 Punkten oder zwischen 3 und 4 Punkten verläuft lässt sich kaum objektiv mit „ja“ oder „nein“ beantworten, ist hier aber auch nicht Gegenstand der Fragestellung.

Berücksichtigt man noch, dass das Abrechnungssystem relevante Unterschiede bezüglich der Ressourcenbeanspruchung abbilden soll, scheint bei dem vorliegenden Sachverhalt die Kodierung der Nebendiagnose T88.4 (mislungene oder schwierige Intubation) gerechtfertigt zu sein.

3) Welche Kodierung wäre (sofern Frage 1. verneint wird) zutreffend gewesen?

Entfällt.

Die Einholung weiterer Gutachten ist nicht erforderlich.

Dieses Gutachten wurde aufgrund eigener Überprüfung und Urteilsbildung anhand der vorliegenden Auszüge aus der Krankenakte erstellt.

Dr. Baller

Anlagen:

- 1) Narkoseprotokoll
- 2) Narkosestatistik
- 3) Kodierempfehlung Nummer 53 der SEG 4
- 4) Einleitung für die Datenbank Kodierempfehlungen der SEG 4
- 5) Leitlinie Airway Management der Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
- 6) Intubation Difficulty Scale (Anesthesiology: December 1997 - Volume 87 - Issue 6 - p 1290–1297 - The Intubation Difficulty Scale)

Kodierempfehlung Nr. 53

Schlagworte: Intubation, schwierig, misslungen
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 13.01.2011

Problem/Erläuterung

Wann darf T88.4 *Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert, Misslungene oder schwierige Intubation* als Nebendiagnose kodiert werden?

Kodierempfehlung

Eine Intubation wird in der Fachliteratur dann als schwierig bezeichnet, wenn die direkte und vollständige Sicht auf den Kehlkopfeingang trotz optimaler Beugung des Halses und Streckung des Kopfes, mehrerer Versuche, Einsatz unterschiedlicher Laryngoskopspatel, äußeren Drucks auf den Kehlkopfeingang, kompletter Muskelrelaxierung des Patienten und Hinzuziehen weiterer erfahrener Anästhesisten nicht erreicht werden kann.

Nach dem ASA - Algorithmus für den schwierigen Atemweg wird für die Definition der schwierigen Intubation noch die Anzahl der Intubationsversuche (> 3 Versuche) und die Dauer für das korrekte Einführen des Endotrachealtubus (> 10 Minuten bei konventioneller Laryngoskopie) herangezogen.

Zur Beurteilung ist das **Narkoseprotokoll (einschließlich Prämedikationsprotokoll)** erforderlich.

Das Prämedikationsprotokoll kann Aufschluss darüber geben, ob die Diagnose einer schwierigen Intubation bereits anamnestisch bekannt war oder ob sich im Rahmen der Prämedikation Hinweise auf eine zu erwartende schwierige Intubation ergaben.

Eine tatsächlich schwierige Intubation muss auf dem eigentlichen Protokoll über Narkose und Operation vermerkt und mit Text beschrieben sein.

Es muss ersichtlich sein, welche Maßnahmen zur Bewältigung des Problems mit welchem Erfolg getroffen wurden, wie viele Intubationsversuche unternommen wurden, wie viel Zeit zwischen Narkoseeinleitung und Intubation vergingen und ob mehrere Ärzte beteiligt waren.

Bei schwierigen Intubationen können technische Hilfsmittel zur Anwendung kommen, z.B.:

- Fiberendoskopische Intubation
- Intubation mit der Intubationslarynxmaske
- Intubation mit dem Kombi-Tubus
- Verwendung von speziellen Laryngoskopen
- Notfallrohr
- Koniotomie

**Einleitung für die
Datenbank Kodierempfehlungen
der SEG 4**

Aktualisiert am 09.11.2006



AG Datenbank Kodierfragen
SEG 4 – Vergütung und Abrechnung

Im G-DRG-Entgeltsystem werden Krankenhausfälle einer DRG zugeordnet. Es muss daher sichergestellt sein, dass Krankenhausfälle mit gleichem Leistungsinhalt im Hinblick auf ihr Krankheits- und Leistungsspektrum auch bei komplexem Sachverhalt einheitlich verschlüsselt werden. Eine einheitliche Kodierqualität muss sichergestellt sein.

Verbindliches Regelwerk für diese Zielvorgabe sind die Deutschen Kodierrichtlinien. Die MDK-Gutachter sind neben den Krankenhausärzten die am meisten betroffenen Anwender und daher auch entsprechend mit Unklarheiten und Interpretationsspielräumen bei der Kodierung konfrontiert.

Die Erfahrungen der MDK-Ärzte werden kontinuierlich in eine länderübergreifende Datenbank mit Kodierempfehlungen eingebracht, die im Auftrag der Leitenden Ärzte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung eingerichtet worden ist. Die Pflege der Datenbank wurde der Sozialmedizinischen Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft „Vergütung und Abrechnung“ (SEG 4) übertragen. Die technische Abwicklung der Veröffentlichung erfolgt über den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS).

Die Kodierempfehlungen stellen das Ergebnis eines fortlaufenden Diskussions- und Abstimmungsprozesses innerhalb der MDK-Gemeinschaft dar. Die Kodierempfehlungen werden regelmäßig erweitert und aktualisiert.

Die vorliegenden Kodierempfehlungen stellen keine rechtsverbindlichen Vorgaben dar.

Ziel dieser Kodierempfehlungen ist eine bundesweit einheitliche Kodierung. Die Veröffentlichung soll die Transparenz bezüglich der MDK-Begutachtungen fördern und damit mehr Verfahrenssicherheit für Krankenhäuser und Krankenkassen schaffen.

Hinweis zur Nummerierung:

Werden einzelne Eingaben, die fortlaufend nummeriert sind, im Rahmen des Diskussions- und Abstimmungsprozesses zurückgestellt, fehlt die entsprechende Nummer in den veröffentlichten Empfehlungen.

Hinweis zu männlich/weiblichen Wortformen:

Soweit im Text Substantive verwendet werden, für die männliche und weibliche Wortformen existieren, sind je nach inhaltlichem Zusammenhang beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit lediglich die männliche Form Anwendung findet.

Airway Management*

Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Einleitung

Leitlinien für Airway Management sind seit 1993 für die USA, Canada, Frankreich und Italien formuliert worden [3, 7, 9, 12, 19]. Bei den nationalen Fachgesellschaften besteht Einigkeit darüber, dass ein für die landestypischen Bedingungen definierter Handlungsrahmen die Anzahl der atemwegsbezogenen Komplikationen vermindern kann.

In einer für die Formulierung der Leitlinie durchgeführten Umfrage zur Praxis des Atemwegs-Managements an deutschen Universitäts- und Lehrkrankenhäusern zeigte sich, dass sich das Repertoire der praktizierten Verfahren auf wenige beschränkt und dass alternative Verfahren wie Larynxmaske, Combitube und das Fiberbronchoskop u. a. zwar genutzt, aber nicht in der notwendigen Breite zum Einsatz kommen [13]. Die Weiterbildung ist im wesentlichen nicht strukturiert und es entsteht der Eindruck, dass in vielen Kliniken das sogenannte „Learning-by-doing“ im Sinne eines ungeordneten Sammelns von Erfahrungen erfolgt.

Eine Übersicht über die anästhesiologische Mortalität in westlichen Ländern zeigt, dass diese in einem Bereich zwischen 0,4 und 2 auf 10.000 liegt [10]. Aus der französischen INSERM-Studie ergibt sich, dass mehr als 50% der gravierenden anästhesiologischen Komplikationen sowohl bei tödlichen und zum irreversiblen Koma führenden als auch bei den beherrschbaren Ereignissen durch Defizite der Sicherung der Atemwege entstehen [26]. Die Dunkelziffer solcher Daten, für die man Hinweise aus Gutachtertätigkeiten und klinischen Fallbesprechungen ableiten kann, scheint die publizierte Häufigkeit zu übersteigen.

Ziel

Das Ziel der Anwendung der Leitlinien ist die Sicherung der Qualität ärztlichen Handelns nach den spezifischen Leistungs- und Sorgfaltsanforderungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Das Niveau dieser Anforderungen orientiert sich an der Facharztqualität.

Entsprechend den Ergebnissen der Umfrage müssen die Bemühungen auch darauf gerichtet sein, alternative Methoden der Atemwegsfreihaltung zu verbreiten und besser in die anästhesiologische Praxis zu verankern sowie Kriterien für eine strukturierte Weiterbildung zu erarbeiten.

Voruntersuchungen zur Narkose

Eine auf die Freihaltung der Atemwege bezogene Anamnese sollte erhoben werden, wann immer dieses vor der anästhesiologischen Versorgung möglich ist. Dazu dienen sowohl die gezielte Befragung als auch das Studium vorhandener Anästhesieprotokolle, wenn diese zugänglich sind.

Ebenso erforderlich ist eine atemwegsbezogene Untersuchung, die Besonderheiten von Mund, Gesicht, Zahnstatus, Kiefer, Zunge, Hals und Halswirbelsäule erfassen kann.

Die beschriebenen gezielten Untersuchungen mit abgestufter Risikovorhersage nach Mallampati, Patil u.a [15, 18] für die erschwerte Laryngoskopie haben eine mäßige Sensiti-

* Anästh. Intensivmed. 45 (2004) 302 - 306

mungswiderstand nicht. Meist finden sich klinische Zeichen wie fehlende thorakale Atembewegungen, fehlende, ungenügende oder spastische Atemgeräusche, Zyanose, Magenblähung, niedrige oder fallende Sauerstoffsättigung, fehlende oder ungenügende Volumenmessung der Ausatemluft sowie die klinischen Zeichen der Hypoxie und Hyperkapnie.

2. Schwierige pharyngeale Atemwegsfreihaltung

Die Einlage eines pharyngealen Instrumentes ist auch nach mehreren Versuchen nicht möglich, so dass keine Ventilation erfolgen kann. Es gelingt nicht, auf der pharyngealen Ebene eine Dichtigkeit herzustellen.

3. Schwierige Laryngoskopie

Es ist auch nach mehreren Versuchen nicht möglich, das Laryngoskop so einzusetzen, dass Teile der Stimmlippen sichtbar werden.

4. Schwierige tracheale Intubation

Die tracheale Intubation gelingt nicht, obwohl die Laryngoskopie die Stimmlippen mindestens teilweise sichtbar macht. Pathologische Veränderungen von Larynx oder Trachea können diesen Schwierigkeiten zugrunde liegen.

5. Misslungene Intubation

Die Platzierung des Trachealtubus ist endgültig gescheitert.

Die schwierige Atemwegsfreihaltung

Vorbereitungen

Der Patient wird über die notwendigen Maßnahmen und die Vor- und Nachteile der verwendeten Techniken informiert. Ein mobile Einheit mit dem notwendigen Instrumentarium zur schwierigen Atemwegsfreihaltung (Tab. 3) wird bereitgestellt. Neben Anästhesist oder Anästhesistin und Anästhesie-Schwester oder Pfleger wird eine ärztliche oder nicht-

Tabelle 3: Inhalt einer fahrbaren Einheit für die schwierige Atemwegsfreihaltung

Alternative Laryngoskope
Führungsstäbe, Gum elastic bougie, Tubuswechsler
Larynxmasken, Intubations-Larynxmasken
Combitube
Andere pharyngeale Instrumente nach eigener Wahl
Instrumentarium für die Fiberbronchoskopie
Instrumentarium für die Jet-Ventilation, z.B. Manu-Jet
Koniotomie-Sets
Chirurgische Messer

ärztliche Hilfsperson hinzugezogen. Die Präoxygenierung ist ein wichtiger Bestandteil der einzelnen Maßnahmen. In der Tabelle 3 sind einige Instrumente und Materialien für eine solche mobile Einheit benannt.

Strategie

Die Strategie des Vorgehens hängt vom Allgemeinzustand des Patienten, vom Eingriff und von den Möglichkeiten des Anästhesisten ab. Die grundsätzlichen Optionen sind Atemwegsinstrumentierung im Wachzustand oder nach Narkoseeinleitung, die Erhaltung oder Unterbrechung der Spontanatmung und die Auswahl einer nichtinvasiven oder invasiven Technik (Koniotomie, Tracheotomie). Eine Planung für die Art des Vorgehens und für die Reihenfolge der Maßnahmen ist unverzichtbar. Die Planung muss auch die Frage beantworten, welche Möglichkeiten es gibt, wenn einzelne Schritte nicht erfolgreich sind und wo Hilfe verfügbar ist, wenn die Situation mit den vorhandenen Mitteln und Personen nicht beherrschbar ist.

Die erwartete schwierige Atemwegsfreihaltung

Es gilt, das Bewusstsein und die Spontanatmung solange zu erhalten, bis der Luftweg mit einem pharyngealen oder trachealen Instrument zur Freihaltung der Atemwege gesichert ist. Im Falle einer fehlenden Patientenoperation sollte mindestens die Spontanatmung erhalten werden. Die fiberoptische

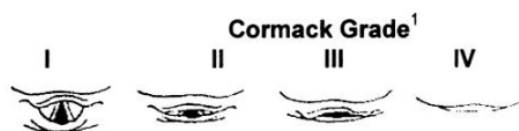
Intubation Difficulty Scale

Parameter	Score
Number of Attempts >1	N ₁
Number of Operators >1	N ₂
Number of Alternative Techniques	N ₃
Cormack Grade - 1	N ₄
Lifting Force Required	
Normal	N ₅ =0
Increased	N ₅ =1
Laryngeal Pressure	
Not applied	N ₆ =0
Applied	N ₆ =1
Vocal Cord Mobility	
Abduction	N ₇ =0
Adduction	N ₇ =1
TOTAL: IDS = SUM OF SCORES	N₁-N₇

IDS Score	Degree of Difficulty
0	Easy
0 < IDS ≤ 5	Slight Difficulty
5 < IDS	Moderate to Major Difficulty
IDS = ∞	Impossible intubation

Rules for Calculating IDS Score:

N ₁	Every additional attempt adds 1 pt.
N ₂	Each additional operator adds 1 pt.
N ₃	Each alternative technique adds 1 point: Repositioning of the patient, change of materials (blade, ET tube, addition of a stylette), change in approach (nasotracheal/orotracheal) or use of another technique (fibroscopy, intubation through a laryngeal mask).
N ₄	Apply Cormack grade for 1st oral attempt. For successful blind intubation N ₄ = 0.
N ₆	Sellick's maneuver adds no points.
Impossible intubation: IDS takes the value attained before abandonment of intubation attempts.	



¹ Cormack RS, Lehane J. Difficult tracheal intubation in obstetrics. *Anaesthesia* 1984;39:1105-1111.