

Therapie der präoperativen Anämie – Empfehlungen für die Abrechenbarkeit der Kosten im klinischen Alltag

M. Bauer, D. Doll & C. Hönemann

Der Anaesthesist

Zeitschrift für Anästhesie,
Intensivmedizin, Notfall- und
Katastrophenmedizin, Schmerztherapie

ISSN 0003-2417

Volume 68

Number 8

Anaesthesist (2019) 68:538-539

DOI 10.1007/s00101-019-0631-x



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Anaesthetist 2019 · 68:538–539

<https://doi.org/10.1007/s00101-019-0631-x>

Online publiziert: 1. August 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

M. Bauer¹ · D. Doll² · C. Hönemann³¹ Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Klinikum Siloah & Klinikum Nordstadt, KRH Klinikum Region Hannover, Hannover, Deutschland² Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Proktochirurgie, Marienhospital Vechta gGmbH, Vechta, Deutschland³ Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Marienhospital Vechta gGmbH, Vechta, Deutschland

Therapie der präoperativen Anämie – Empfehlungen für die Abrechenbarkeit der Kosten im klinischen Alltag

Die Arbeitsgruppe um die Kollegen Prof. Meybohm und Prof. Zacharowski aus Frankfurt befasst sich seit Jahren mit der Implementierung und wissenschaftlichen Einordnung von Patient Blood Management (PBM) in den klinischen Alltag.

Unstrittig ist, dass PBM notwendig ist, denn eine präoperative Anämie kommt bei fast 40 % der Patienten vor und ist ein ungünstiger Prognosefaktor für das Behandlungsergebnis von geplanten operativen Eingriffen [1, 2].

Die Folgen einer unbehandelten präoperativen Anämie sind weitreichend: So ist etwa bei Patienten mit präoperativer Anämie vor nichtkardiologischen Eingriffen das Risiko für Infektionen nahezu um das Doppelte, für Nierenschädigungen um das Vierfache und das Sterblichkeitsrisiko um das Dreifache erhöht [1]. Zudem benötigen diese Patienten rund 5-mal mehr Bluttransfusionen [1]. Durch diese genannten Gründe wird die Krankenhausverweildauer um 22 % verlängert [3], und die Krankenhauskosten [4] erhöhen sich.

Zu den weiteren Folgen einer Anämie gehören die Verschlechterung einer bestehenden Herzinsuffizienz [11], Erschöpfungszustände sowie neurologische Komplikationen – einschließlich kognitiver Einschränkungen oder des Restless-legs-Syndroms [10, 12].

Die häufigsten Formen der präoperativen Anämie sind die Anämie der

chronischen Erkrankung und die Eisenmangelanämie [5]. Die Diagnostik und Behandlung einer präoperativen Anämie werden in nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen [2, 7–10, 14]. Die Erkennung und Behandlung einer präoperativen Anämie gehören, neben der Minimierung von Blutverlusten bzw. Blutungen und dem rationalen Einsatz von Erythrozytenkonzentraten, zu den 3 Säulen des PBM-Konzepts [6]. Hierbei handelt es sich um ein sektorenübergreifendes (ambulant/stationär und hausärztlich/fachärztlich), interdisziplinäres Behandlungskonzept zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses im Zusammenhang mit chirurgischen Eingriffen [6, 13].

Patient Blood Management erhöht die Qualität und senkt die Kosten im Gesundheitssystem – und wird doch nicht fair im Abrechnungs- und Kostenerstattungssystem abgebildet.

In der vorliegenden, sehr gut recherchierten Arbeit „*Verschiedene Szenarien zur Abrechnung und Kostenerstattung eines präoperativen Anämiemanagements im deutschen Gesundheitssystem*“ gehen die Autoren auf Abrechnungs- und Kostenerstattungsmöglichkeiten ein. Es werden Unterschiede innerhalb der Versorgungsstufen des stationären Sektors deutlich. So können Universitätsambulanzen PBM adäquat refinanzieren, aber nichtuniversitäre Krankenhäuser werden nur ansatzweise bis gar nicht

refinanziert. Diese Hemmnisse müssen überwunden werden. Die Evidenz für den qualitätsverbessernden klinischen Nutzen des PBM ist belegt. Eine so relevante und durch einfache Maßnahmen sicher realisierbare Möglichkeit zur Qualitätsverbesserung muss sektorenübergreifend und angemessen refinanziert werden.

Korrespondenzadresse

Priv. Doz. Dr. C. HönemannAbteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Marienhospital Vechta gGmbH
Marienstraße 6, 49377 Vechta, Deutschland
christian.hoenemann@kh-vec.de

Interessenkonflikt. M. Bauer, D. Doll und C. Hönemann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. C. Hönemann erhielt Vortragshonorare und Reisekosten erstattet von Fa. Dräger, Lübeck, Sedana Medical, München und Vifor Pharma München.

Literatur

1. Fowler AJ et al (2015) Meta-analysis of the association between preoperative anaemia and mortality after surgery. *Br J Surg* 102(11):1314–1324
2. Deutsche Gesellschaft für Anesthesiologie und Intensivmedizin (2018) S3 Leitlinie „Präoperative Anämie“. Version 1.0 vom 11. April 2018. AWMF Registernummer 001–0024
3. Beattie WS et al (2009) Risk associated with preoperative anemia in noncardiac surgery. *Anesthesiology* 110(3):574–581
4. Froessler B et al (2018) Assessing the costs and benefits of perioperative iron deficiency anemia management with ferric carboxymaltose in Germany. *Risk Manag Healthc Policy* 1:77–82

Fachnachrichten

5. Meybohm P et al (2016) Patient-Blood-Management: Stand der aktuellen Literatur. Chirurg 87:40–46
6. Gombotz H et al (2011) Patient Blood Management (Teil 2) Praktisches Vorgehen: Die 3 Säulen. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 46:466–474
7. Munoz M et al (2017) International consensus statement on the peri-operative management of anaemia and iron deficiency. Anaesthesia 72(2):233–247
8. Kozek-Langenecker SA et al (2017) Management of severe perioperative bleeding: Guidelines from the European Society of Anaesthesiology. First update 2016. Eur J Anaesthesiol 34:332–395
9. Goodnough LT et al (2011) Detection, evaluation, and management of preoperative anaemia in the elective orthopaedic surgical patient: NATA guidelines. Br J Anaesth 106(1):13–22
10. Hastka J et al (2018) Eisenmangel und Eisenmangelanämie. <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/eisenmangel-und-eisenmangelanaemie/@@guideline/html/index.html>. Zugegriffen: 1. Apr. 2019
11. Bernard AC et al (2009) Intraoperative transfusion of 1 U to 2 U packed red blood cells is associated with increased 30-day mortality, surgical-site infection, pneumonia, and sepsis in general surgery patients. J Am Coll Surg 208(5):931–937
12. Nielsen P (2009) Diagnostik und Therapie von Eisenmangel mit und ohne Anämie. Uni-Med, Bremen, S66–69
13. Patient Blood Management (2019) Rationale. <https://www.patientbloodmanagement.de/pbm-informationen-fuer-aerzte>. Zugegriffen: 1. Apr. 2019
14. WHO (2010) WHA63/2010/REC/1 WHA63.12 Availability, safety and quality of blood products

Deutschland bei der Lebenserwartung Schlusslicht in Westeuropa

Deutschland leistet sich eines der teuersten Gesundheitssysteme und hinkt trotzdem bei der Lebenserwartung hinterher.

Würde man die Effizienz eines Gesundheitssystems an der Lebenserwartung seiner Bürger bemessen, wäre das Ergebnis für Deutschland verheerend: Mit rund 5000 Euro gönnen wir uns im Euroraum nach Luxemburg die höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf und Jahr, gleichzeitig gibt es kein Land in Westeuropa, in dem die Menschen früher sterben. Zum Vergleich: Griechenland gibt nur rund 2000 Euro pro Kopf und Jahr aus, die Menschen leben dort aber länger als bei uns.

Hohe staatliche Investition

Die Bilanz wird auch dann nicht besser, wenn man sie von einer anderen Seite aufzieht: Deutschland investiert 11,3% seines Bruttoinlandsprodukts ins Gesundheitssystem – das sind 2,3 Prozentpunkte mehr als der OECD-Durchschnitt – und wird dabei nur noch von den USA (17,2%) und der Schweiz (12,4%) übertroffen. Bei den Schweizern zahlt sich dies immerhin aus: Sie leben weltweit fast am längsten.

Ernüchternde Daten

Nun ist die Lebenserwartung vielleicht nicht der beste Gradmesser für die Qualität der medizinischen Versorgung, dennoch sollten die aktuellen Zahlen der WHO-Studie „Global Burden of Disease 2017“ aufhorchen lassen (Lancet 2018;392:1684–1735). Danach dürfen heute in Deutschland geborene Kinder mit einem Lebensalter von 80,6 Jahren rechnen – der niedrigste Wert unter allen 22 Ländern der WHO-Region Westeuropa Dazu zählen alle Länder westlich des einstigen Eisernen Vorhangs ohne den Balkan.

Spitzenreiter: Schweiz und Spanien

Für Frauen und Männer zusammen betrug die Lebenserwartung nach den WHO-Daten im Jahr 2017 in Westeuropa im Schnitt 81,9 Jahre. Sie hat seit 2005 um fast zwei Jahre und seit 1950 um 15 Jahre zugenommen, in Deutschland stagnierte sie in den vergangenen zehn Jahren weitgehend. Vor allem bei Männern sieht es schlecht aus:

Ihre Lebenserwartung bildet mit 78,2 Jahren im westeuropäischen Vergleich das absolute Schlusslicht, bei den Frauen schneiden nur Großbritannien und Dänemark mit 82,7 Jahren noch schlechter ab. Werden Männer und Frauen zusammen betrachtet, trägt Deutschland klar die rote Laterne. Am längsten leben in Europa übrigens Männer in der Schweiz mit 82,1 Jahren und Frauen in Spanien mit 85,8 Jahren. In der Alpenrepublik haben Männer also 3,9 Jahre und in Spanien Frauen 2,7 Jahre mehr als in Deutschland. Nicht viel besser ist die Perspektive bei den heute 60-Jährigen. Ihnen bleiben in Deutschland derzeit noch 21,6 Jahre (Männer) und 25,1 Jahre (Frauen). Zusammen mit Dänemark bildet Deutschland hier ebenfalls das Schlusslicht in Westeuropa.

Weniger gesunde Lebensjahre

Zu guter Letzt haben 65-Jährige in Deutschland im Westeuropavergleich die geringste Zahl gesunder Lebensjahre vor sich – und zwar noch 15,5 Jahre für Frauen sowie 13,4 Jahre für Männer. In der Schweiz sind es bei Männern knapp zwei und bei Frauen sogar zweieinhalb Jahre mehr.

Die Zahlen werden übrigens von der EU-Statistikbehörde Eurostat im Trend bestätigt: Hier lag Deutschland im Jahr 2016 bei der Lebenserwartung in Westeuropa auf dem zweitletzten Platz, wobei die Werte zuletzt ebenfalls stagnierten.

Quelle: Ärzte Zeitung (www.aerztezeitung.de)