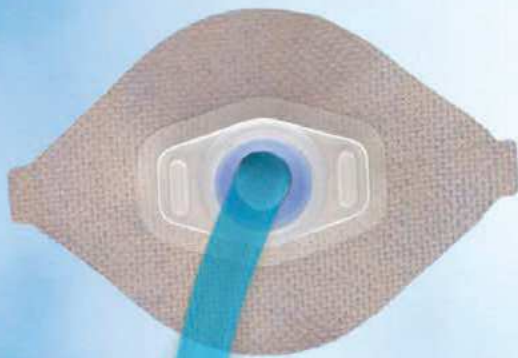




Atemlos

Nach Unfällen oder schweren Erkrankungen sind viele Menschen auf künstliche Beatmung angewiesen. Mehr Zeit und eine gezielte Therapie können ihnen helfen, wieder ohne Hilfe Luft zu holen. Doch es gibt nur wenige Kliniken mit einer speziellen „Entwöhnungsstation“. Der MDK setzt sich dafür ein, dass mehr Patienten diese Möglichkeit erhalten.



Freitagmorgen, 9.30 Uhr, Malteser-Krankenhaus Bonn. Dr. Wilhelm Rehorn vom Medizinischen Dienst Nordrhein (MDK) trifft sich mit Dr. Abdel Hakim Bayarassou. Der MDK-Gutachter und der Chefarzt der Klinik für Pneumologie, Kardiologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin besprechen, wie es mit zwei Patienten weitergeht, deren Entlassung aus der Klinik ansteht, die aber noch über eine sogenannte Trachealkanüle beatmet werden. Rehorn ist Facharzt für Anästhesiologie. Für den MDK Nordrhein begutachtet er im Auftrag der Krankenkassen, wie Beatmungspatienten weiterbetreut werden können, wenn es nicht möglich war, die Kanüle bis zum Ende der Krankenhausbehandlung zu entfernen.

Allein in Nordrhein erkranken etwa 1.000 Menschen pro Jahr so schwer, dass sie vorübergehend oder dauerhaft auf eine Beatmungshilfe angewiesen sind. Für ein Tracheostoma, die operativ angelegte Öffnung der Luftröhre, gibt es viele Ursachen. Häufig handelt es sich um eine chronische Erkrankung des Bronchialsystems oder die Folgen eines Unfalls, eines Schlaganfalls, einer schweren Operation oder Infektion. Hinzu kommen Erkrankungen wie Parkinson oder Nerven- und Muskelerkrankungen wie die bisher nicht heilbare Amyotrophe Lateralsklerose (ALS). Besonders bei älteren Patienten erfolgt die künstliche Beatmung oft nach einer Reanimation.

Die Beatmungstherapie ist wesentlicher Bestandteil der modernen Intensivmedizin im Krankenhaus. Doch in letzter Zeit werden immer mehr Patienten mit einer Trachealkanüle nach Hause oder in eine Pflegeeinrichtung entlassen. Nach einer Studie der Berliner Charité gibt es inzwischen bis zu 20.000 dauerhaft außerklinisch betreute Beatmungspatienten in Deutschland. Sie werden in Pflegeheimen und immer öfter auch in sogenannten Beatmungs-WGs versorgt. Dort betreuen ambulante Pflegedienste mehrere Betroffene zusammen. Zudem steigt die Zahl der Menschen, bei denen die medizinische Intensivpflege rund um die Uhr zu Hause stattfindet. Die rasante Zunahme der Fälle spiegelt sich in Wilhelm Rehorns Auftragslage: 2015 hat er 110 Gutachten erstellt. 2016 waren es bereits 410, im vergangenen Jahr 466. Allein bis März dieses Jahres hat der Mediziner schon mehr als 100 Klinikbesuche zwischen Kleve und Bad Honnef, Aachen und Gummersbach absolviert.

Der Chefarzt und der MDK-Experte sind sich einig, dass es zu viele Fälle sind. Aus Sicht von Dr. Bayarassou sind vor allem medizinische Gründe ausschlaggebend: „Je länger eine Kanüle liegt, umso schwerer sind mögliche Folgeschäden und umso schwieriger wird eine Entfernung.“ Der Mediziner hat die Erfahrung gemacht, dass Kanülen häufig länger als nötig eingesetzt werden,



Nach einer Studie der Berliner Charité gibt es inzwischen bis zu 20.000 dauerhaft außerklinisch betreute Beatmungspatienten in Deutschland. Sie werden in Pflegeheimen und immer öfter auch in sogenannten Beatmungs-WGs versorgt.

weil man verhindern möchte, dass sich ein Patient verschluckt, dass Fremdkörper in die Atemwege geraten oder dass er eine Lungenentzündung bekommt. Medizinisch-wissenschaftlich sei jedoch längst das Gegenteil belegt: „Häufig ist sogar die Kanüle die Ursache solcher Komplikationen.“ Deshalb richtet MDK-Mediziner Dr. Rehorn bei seinen Klinikbesuchen den Blick vor allem darauf, ob eine Dekanülierung möglich ist. In etwa zwei Drittel seiner Fälle ist das aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich. Dann befürwortet der Gutachter medizinische Intensivpflege: „Patienten mit Trachealkanülen sind immer Intensivpflegepatienten. Wenn sich die Kanüle verschiebt, wird es schnell lebensgefährlich.“ Doch in etwa einem Viertel seiner Begutachtungsfälle, so Rehorn, bestehe durchaus die Chance, die Kanüle noch im Krankenhaus zu entfernen.

Doch dazu bleibt in nicht spezialisierten Kliniken kaum Zeit. Hinzu kommt, dass für diese Entwöhnung (englisch Weaning) spezielle Behandlungstherapien erforderlich sind. Die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung hat deshalb 2017 die dringende Empfehlung ausgesprochen, entsprechende Patienten in Kliniken zu verlegen, die über eine Weaning-Station verfügen. In Nordrhein gibt es bislang acht zertifizierte Kliniken, die über die entsprechenden Spezialkenntnisse verfügen, darunter das Malteser-Krankenhaus in Bonn. „Leider sind das viel zu wenige für eine flächendeckende Versorgung“, bedauert der Gutachter. Bis zu 20 wären nach seiner Darstellung in der Lage, die Vorgaben für die Zertifizierung zum Zentrum für außerklinische Beatmung zu erfüllen. Ob ein Patient die Chance erhalte, ohne Kanüle entlassen zu werden, hänge derzeit immer auch vom Wohnort ab – „und davon, ob die behandelnden Ärzte ein Spezialkrankenhaus mit Weaning-Station kennen und eine Verlegung dorthin veranlassen“.

Der MDK-Mediziner urteilt nicht nach Aktenlage. Er setzt stets auf den persönlichen Eindruck vor Ort. Im Malteser-Krankenhaus geht es an diesem Vormittag um eine 60-jährige Frau aus Köln. Nach akuten Atemwegsproblemen mit anschließender Kohlendioxidvergiftung

ist sie seit drei Monaten in stationärer Behandlung und hat bereits eine Aufweitung der Luftröhre und eine Tracheotomie hinter sich. Ein früherer Kollege von Dr. Bayarassou hat ihre Verlegung aus einem Kölner Akutkrankenhaus auf die Spezialstation nach Bonn veranlasst. Hier wird sie jetzt auch atmungstherapeutisch betreut. „Glück für die Frau“, sagt Wilhelm Rehorn. Er geht ihre Krankenakte durch und lässt sich dann im Patientenzimmer vom Atmungstherapeuten Benjamin Scheffler die aktuellen medizinischen Werte geben und die Situation schildern: Kann die Patientin stehen? Kann sie die Hände heben? Kann sie selbst abhusten?



Je länger eine Kanüle liegt, umso schwerer sind mögliche Folgeschäden und umso schwieriger wird eine Entfernung. DR. ABDEL HAKIM BAYARASSOU

Inzwischen wird bei der 60-Jährigen zweimal täglich für bis zu drei Stunden die Beatmung ausgesetzt, um ihr eigenständiges Atmen zu trainieren. Doch der Gutachter ist skeptisch, dass die Kanüle bereits bis zur geplanten Entlassung in vier Tagen entfernt werden kann. Scheffler hat bereits bei einem geeigneten ambulanten Pflegedienst nachgefragt. „Das Pflegeteam ist gut“, sagt Rehorn. Er befürwortet fürs Erste eine medizinische 24-Stunden-Intensivpflege zu Hause, empfiehlt aber eine Wiedervorstellung in drei Wochen. Dann soll noch einmal geprüft werden, ob die Kanüle entfernt werden kann: „Grundsätzlich ist das Potenzial da.“

Die medizinische Intensivpflege in einer Pflegeeinrichtung oder durch einen ambulanten Pflegedienst wird bei gesetzlich versicherten Patienten von deren Krankenkasse bezahlt. „Die Kosten der 24-Stunden-Pflege für Beatmungspatienten liegen zwischen etwa 250.000 Euro pro Jahr für die Versorgung in einer Pflegeeinrichtung und rund 360.000 Euro für die Eins-zu-eins-Betreuung zu Hause“, erläutert der Gut-



achter. Es gebe deshalb durchaus auch wirtschaftliche Interessen an der außerklinischen Intensivpflege. Sie gilt als derzeit größter Wachstumsmarkt im Gesundheitswesen. Die bundesweite Zahl der Pflegedienste, die entsprechende Leistungen anbieten, hat sich in den letzten zehn Jahren auf rund 1.000 verdreifacht. Nach Angaben des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. haben sich etwa 600 Pflegeunternehmen ausschließlich auf diesen Bereich spezialisiert – Tendenz steigend.

Wie ein Brennglas bündelt die langfristige Versorgung von Beatmungspatienten medizinische, ethische und ökonomische Fragen und Probleme des Gesundheitswesens. Das betrifft nicht zuletzt auch den akuten Mangel an Pflegefachkräften. Vor allem die 24-Stunden-Betreuung zu Hause mit in der Regel drei Schichten ist besonders personalintensiv und verschärft den Personalwettbewerb zwischen Kliniken, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten.

Erschwerend hinzu kommt die immer noch komplizierte Zusammenarbeit zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung in Deutschland. „Dauerhaft beatmungspflichtige Menschen brauchen eine abgestimmte spezialisierte Betreuung durch Fachärzte und Atemtherapeuten und eine Abstimmung zwischen diesen Spezialisten, niedergelassenen Ärzten und Pflegediensten“, sagt Chefarzt Bayarassou. Doch daran hapert es. „Ärzte der spezialisierten Zentren dürfen die ambulante Versorgung nicht übernehmen“, ergänzt Rehorn. „Viele niedergelassene Allgemeinmediziner, die die ambulante ärztliche Betreuung übernehmen,

haben weder während des Studiums noch in der Weiterbildung die sehr spezielle Situation von Patienten mit Tracheostoma kennengelernt.“ Hausärzte, so seine Erfahrung, würden es nicht selten bei einer Trachealkanüle belassen, obwohl eine Entfernung möglich und für den Betroffenen sinnvoll sei. „Ärzte stehen dabei natürlich auch unter dem Druck von Patienten oder Angehörigen, die eine Dekanülierung ablehnen – sei es aus Angst vor Komplikationen oder weil dann auch die medizinische Intensivpflege wegfällt.“

Der Chefarzt und der MDK-Mediziner setzen sich deshalb gemeinsam für einen besser strukturierten Übergang in die ambulante Versorgung ein. Sie haben einen Arbeitskreis für außerklinische Intensiv-Beobachtung ins Leben gerufen. Dort engagieren sich Vertreter der Krankenkassen, Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte aus Nordrhein gemeinsam für eine bessere Zusammenarbeit. Dazu passt, dass inzwischen auch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein ein Pilotprojekt gestartet hat, um funktionierende ambulante Strukturen für die Entwöhnung nach einer länger andauernden künstlichen Beatmung aufzubauen. Im stationären Bereich läuft schon seit Mitte 2016 ein Modellprojekt des Helios-Klinikums Krefeld und der AOK Rheinland/Hamburg. Es ermöglicht Patienten zur vollständigen Entwöhnung von der künstlichen Beatmung eine längere und intensive Atmungstherapie über die Betreuung auf der Weaning-Station hinaus.



Wie ein Brennglas bündelt die langfristige Versorgung von Beatmungspatienten medizinische, ethische und ökonomische Fragen und Probleme des Gesundheitswesens.

Dr. Abdel Hakim Bayarassou liegt noch ein weiterer Aspekt am Herzen: „Immer noch viel zu wenig Menschen haben eine aussagekräftige Patientenverfügung verfasst.“ Deshalb komme es vor allem zu schwierigen Situationen, wenn es um eine Reanimation von Patienten am Lebensende gehe. Sein Appell: „Jeder sollte sich frühzeitig mit der Frage auseinandersetzen, wie weit operative und intensivmedizinische Maßnahmen gehen sollen und ob er sich im Ernstfall eine behutsame medizinische Betreuung bis zum Lebensende wünscht.“