

# Tracheostoma-Patienten: Experten streben höhere Entwöhnungsrate in Nordrhein an

*In Nordrhein erkranken circa tausend Menschen pro Jahr so schwer, dass sie vorübergehend oder sogar dauerhaft auf einen Zugang zu ihrer Lunge über eine Trachealkanüle angewiesen sind. Der Nordrheinische Arbeitskreis für außerklinische Intensiv-Beobachtung (NAKAIB) versucht, diese besondere Patientengruppe stärker in den Fokus zu rücken.*

**von Abdel Hakim Bayarassou und Wilhelm Rehorn**

**W**ährend für die meisten Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland definierte Behandlungspfade existieren, gibt es für außerklinisch intensiv-versorgte Tracheostoma-Patienten bislang keine etablierten Behandlungsschemata. Unter Vermittlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Nordrhein haben sich Krankenkassen und zertifizierte Weaning-Stationen im Nordrheinischen Arbeitskreis für außerklinische Intensiv-Beobachtung (NAKAIB) zusammengeschlossen, um für diese Patienten eine optimale Versorgung sicherzustellen. Die häufigsten Indikationen für den Einsatz von Trachealkanülen sind Erkrankungen des Bronchialsystems (COPD), nicht vollständige Rekonvaleszenz nach Reanimationen, verzögerte Erholung nach Schlaganfällen sowie nach großen Operationen oder schweren Infektionen mit Schockgeschehen. In der Regel werden die Patienten längere Zeit auf einer Intensivstation behandelt, in vielen Fällen leider ohne Chancen auf eine vollständige Erholung in absehbarer Zeit. Dann stellt sich die Frage, welche Form der außerklinischen Intensivbehandlung sich anschließen kann.

Voraussetzung für die Gewährung der außerklinischen Intensivbehandlung nach § 37 SGB V ist die Notwendigkeit einer sofortigen Intervention bei akut lebensbedrohlichen Zuständen, in aller Regel also der Ausfall der Atmung oder die Verlegung der Atemwege bei tracheotomierten Patienten. „Bei der Feststellung von Intensivpflegebedürftigkeit ist zu fordern, dass die Interven-

tionsbereitschaft aus vitaler Indikation erfolgen muss“, heißt es dazu in der entsprechenden Richtlinie. „Sofern die gegebenenfalls erforderliche, spezifische pflegerische Handlung nicht sofort erbracht würde, bestünde für den Patienten unmittelbare Lebensgefahr.“

Da auch und gerade die Personal-Ressourcen für die außerklinische Intensivbehandlung äußerst knapp bemessen sind und sich die jährlichen Behandlungskosten zwischen 250.000 Euro und 360.000 Euro bewegen, beauftragen die Krankenkassen den MDK mit der Überprüfung der Indikation. Der MDK schickt einen erfahrenen Intensivmediziner in die Intensivstationen oder in die Wohngemeinschaften (WG) zur persönlichen Begutachtung der betroffenen Menschen. Im kollegialen Gespräch mit den Intensivmedizinern unter Einbeziehung der Angehörigen, so es denen möglich ist, und eventuell auch von Mitarbeitern der Krankenkassen, die sich das familiäre Umfeld der Patienten vorher angeschaut haben, wird dann die optimale

Versorgung besprochen. Für die Patienten ist es sehr wichtig, dass jede Trachealkanüle so früh wie möglich wieder entfernt wird. Je länger die Kanülen liegen, umso schwerer werden die Folgeschäden und umso schwieriger eine erfolgreiche Dekanülierung.

Bei der Evaluation der Indikation der außerklinischen Intensivbehandlung durch den MDK Nordrhein noch im Krankenhaus, seltener in der WG oder Häuslichkeit, stellt sich aufgrund der speziellen Voraussetzungen für die Gewährung dieser Leistung in knapp zwölf Prozent der Fälle (Basis: Daten für Nordrhein von 8/15 bis 12/17) heraus, dass die Voraussetzungen nicht vorliegen: Es wird zwar eine weit über den zeitlichen Umfang der Pflegeleistungen nach SGB XI hinausgehende Pflege benötigt, jedoch keine Krankenhaus- oder Intensivstation-vermeidende Krankenpflege. Dieser Unterschied ist vielen Kollegen häufig nicht geläufig, die zum ersten Mal oder nur ganz selten mit diesen Fällen konfrontiert werden. Bei etwa 24 Prozent der Fälle ist noch

## Trachealkanülen begünstigen Aspiration

„Neben der starken Zunahme von Patienten mit invasiver außerklinischer Beatmung ist zu beobachten, dass Patienten nach Langzeitbeatmung auf Intensivstation vermehrt mit Tracheostoma und noch liegender Trachealkanüle in eine 24-stündige ambulante Intensivpflege entlassen werden. Argument hierfür ist zumeist eine Schluckstörung oder eine Bewusstseinsstörung mit Aspirationsgefahr. Allerdings wird eine Schluckstörung durch eine Trachealkanüle eher gefördert; die Hustenkapazität ist bei geblockter Kanüle und Atmung über die sogenannte „Feuchte Nase“ wegen fehlendem Glottisschluss massiv herabgesetzt. Aspirationen auch von Speichel werden hierdurch begünstigt. Die Blockung einer Kanüle verhindert die Speichelpenetration in die Trachea nicht. Vermehrte Atemwegsinfektionen sind die Folge, die wiederum zur Begründung des persistierenden Tracheostomas herangezogen werden. Für die Prognose

betroffener Patienten ist es günstiger, wenn die Trachealkanüle entfernt und das Tracheostoma verschlossen wird. Um dieses Ziel zu erreichen sind allerdings spezielle Behandlungstechniken erforderlich, die aufgrund des – insgesamt betrachtet – seltenen Vorkommens dieser Fälle jedoch nicht überall beherrscht werden. Hierdurch wird häufig fälschlicherweise die Indikation zum Verbleib des Tracheostomas mit Kanüle gestellt. Bei neurologisch schwer eingeschränkten Patienten ist darüber hinaus eine langwierige intensive Logopädie und Physiotherapie unter Anwendung mechanischer Hustenhilfen erforderlich. So kann auch bei diesen Patienten häufig noch eine Dekanülierung erreicht werden.“

Aus dem „Positionspapier zur aufwendigen ambulanten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung nach Langzeit-Intensivtherapie (sogenannte ambulante Intensivpflege)“ der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) u.v.a.

ein gewisses Potenzial zur Dekanülierung zu erkennen. Es wird jedoch noch eine Verlängerung des Weaning-Prozesses benötigt, um das Ziel der Dekanülierung zu erreichen. Dafür bieten sich entsprechend der 2017 überarbeiteten Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) verschiedene Behandlungspfade an: Einerseits kann in den zertifizierten Häusern der Kategorie I und II mit Zustimmung der Krankenkassen ein prolongiertes Weaning versucht werden, andererseits sollen Patienten aus mit dem Problem weniger erfahrenen Häusern in diese speziellen Weaningeinrichtungen verlegt werden.

Die erste Alternative ist vergleichsweise einfach zu beschreiben, da der MDK-Gutachter dies der Krankenkasse empfehlen kann. Die zweite Alternative ist noch nicht etabliert beziehungsweise bekannt. Oft sind die Spezialeinrichtungen in der Region unbekannt. Für eine routinemäßige Verlegung von Patienten gibt es in vielen Situationen weder Ansprechpartner noch gebahnte Wege. Der NAKAIB möchte hier Strukturen aufbauen.

Bei etwa zwei von drei Betroffenen sind die Ressourcen für eine Dekanülierung in absehbarer Zeit nicht gegeben. Diese Menschen müssen in eine WG oder nach Hause verlegt werden. Dabei kann das Potenzial der Krankenkassen genutzt werden, die über eine gute Übersicht über die Zahl der offenen WG-Plätze in hierfür geeigneten Einrichtungen verfügen.

Die ambulante Sicherstellung obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung und damit in der Regel den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Kollegen, denen allerdings nur sehr wenige dieser Patienten begegnen. Die Kollegen der spezialisierten Zentren dürfen die ambulante Versorgung nicht übernehmen, so sie denn überhaupt neben der Klinik noch Zeitressourcen frei haben. Deshalb begrüßt der NAKAIB die Bestrebungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, vertraglich eine Optimierung der ambulanten Versorgung dieser Patientengruppe anzubahnen. Es ist erklärtes Ziel der Vertragspartner, im Rahmen eines Pilotprojektes in Nordrhein, zum Beispiel analog zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung oder durch einen Selektivvertrag, erstmals eine funktionierende Struktur aufzubauen. **RA**

**Dr. med. Abdel Hakim Bayarassou** ist Chefarzt der Klinik für Pneumologie, Kardiologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg. **Dr. med. Wilhelm Rehorn** ist Referent der Ärztlichen Leitung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Nordrhein.

## Sachverständige plädieren für limitierte Zulassung von MVZ

*Wie lässt sich in Deutschland eine „entschlossenerere“ bedarfsgerechte Steuerung der gesundheitlichen Versorgung bewerkstelligen? Dieser Leitfrage sind die „Gesundheitsweisen“ nachgegangen.*

von **Bülent Erdogan**

**V**ier Jahre sind seit dem letzten Haupt-Gutachten vergangen, nun hat der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wieder geliefert und gibt auf knapp 800 Seiten (teils bereits bekannte) Empfehlungen zur „ambulanten Angebotskapazitätsplanung“ und Vergütung, zur Krankenhausplanung und -finanzierung, zur sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und Versorgung, zur bedarfsgerechten Steuerung von Patientenwegen und zur bedarfsgerechten Ausgestaltung der Notfallversorgung. So sprechen sich die Sachverständigen dafür aus, „die kassenärztliche Zulassung zeitlich zu limitieren (beispielsweise auf 30 Jahre bei MVZs und BAGs, bei einzelnen Vertragsärzten bis zur Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit) und zu ermöglichen, dass die Arztsitzvergabe an die Verpflichtung zur Erbringung eines bestimmten (insbesondere grundversorgenden) Leistungsspektrums gekoppelt wird“.

**„Finanziell spürbare Landarztzuschläge (bis zu 50 % Honorarzuschlag auf Grundleistungen)“**

Nachbesetzungen sollen in absehbar unterversorgten Gebieten auch fünf Jahre vor der voraussichtlichen Aufgabe des Vertragsarztsitzes möglich werden. Für strukturschwache Regionen schlägt der SVR „finanziell spürbare Landarztzuschläge (bis zu 50 % Honorarzuschlag auf Grundleistungen) zur Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung“ vor.

Für den Krankenhausbereich soll ein Katalog von ambulanten Prozeduren erarbeitet werden, „die im ambulanten und

im stationären Sektor in gleicher Höhe abgerechnet werden können. Die Vergütungssätze sollten zunächst oberhalb der derzeitigen EBM-Sätze liegen und im weiteren Verlauf der Zeit evaluiert und gesenkt werden. Dies könnte ein Übergang zum sektorenübergreifenden Vergütungssystem sein“, so die Sachverständigen, die zudem eine stärkere Pauschalierung, kürzere Planungszeiten und obligatorische Zweitmeinungsverfahren für „mengenanfällige“ Operationen vorschlagen.

Für eine möglichst gute sektorenübergreifende Versorgung soll sich der Bedarf „weniger an festen Kapazitätsgrößen wie Arztsitzen und Bettenzahlen (...) orientieren, sondern stärker an den zu erbringenden Leistungen“ ausrichten. Für vorstellbar hält der SVR auch, „zeitlich begrenzte Leistungsaufträge an Krankenhäuser zu vergeben sowie bei Bedarf die Möglichkeiten zur Erbringung ambulanter Leistungen in Krankenhäusern – beispielsweise im Rahmen klinikgestützter Gesundheitszentren – zu verbessern. Analog dazu können Leistungsaufträge an ambulante Leistungserbringer vergeben werden.“ Nach § 87b SGB V als besonders förderungswürdig anerkannte Praxisnetze der Stufen I und II soll der Leistungserbringerstatus angeboten werden.

Für die Neuordnung des Not(fall)dienstes empfiehlt der Sachverständigenrat eine intensivere Kooperation von vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst, Rettungsdiensten und Klinik-Notaufnahmen in „rund um die Uhr erreichbaren Integrierten Notfallzentren (INZs) in Krankenhäusern“ und die Koordination der Leistungsträger über Integrierte Leitstellen (ILS). Die Vergütung soll extrabudgetär erfolgen und sich aus einer Grundpauschale und einer Vergütung pro Fall zusammensetzen.

Darüber hinaus regen die Sachverständigen an, dass alle Krankenkassen verpflichtend vergünstigte Wahltarife für eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten. Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung soll „idealerweise“ bereits in der Schule gefördert werden. Weitere Kapitel widmen die Gutachter der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen und psychischen Erkrankungen. **RA**