

## Luft holen neu lernen

**Beatmungspatienten** Viele könnten wieder selbst atmen. Doch sie bleiben abhängig von Pflegekräften und einem Gerät

Die Atemmuskeln sind zu schwach, deshalb können die Patienten nicht mehr eigenständig atmen. Ihr Leben hängt von einem Gerät ab, angeschlossen an eine Kanüle in ihrer Luftröhre. Würden ihnen Pflegekräfte nicht bis zu 20 Mal am Tag Schleim aus der Lunge absaugen, müssten sie ersticken. „Macht hier jemand einen Fehler, können Beatmungspatienten schnell in eine lebensbedrohliche Situation kommen“, sagt Dr. Peter Demmel, ärztlicher Gutachter für Außerklinische Intensivpflege beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Bayern.

Beatmungspatienten sind zwar körperlich eingeschränkt, aber nicht unbedingt bettlägerig. Und geistig sind sie oft voll da. Nur das Sprechen fällt ihnen schwer mit einem Loch in der Luftröhre. Sie können viele Jahre mit der Luft aus dem Maschinenschlauch

weiterleben, aber wohl immer begleitet von Angst, eventuell sogar Todesangst.

Die Zahl der langfristig über eine Kanüle in der Luftröhre Beatmeten nimmt stark zu. Im Jahr 2005 waren es bei uns noch geschätzt 5000, derzeit gehen Experten von 15 000 bis 30 000 Betroffenen aus – darunter etwa solche mit Raucherbronchitis (COPD), mit Erkrankungen des Nerven- und Muskelsystems oder extrem Übergewichtige.

Die am weitest stärksten wachsende Gruppe von Beatmungspatienten bilden jedoch Menschen, die nur noch dank der modernen Intensivmedizin leben – oft sind sie sehr schwach, mit vielfältigen und schweren Leiden. Vor 10 oder 20 Jahren wären sie wahrscheinlich gestorben. Nach akuten Erkrankungen wie einer Lungenentzündung, einem Herzinfarkt, einer Blutvergiftung oder Komplikationen bei



Die Macht der modernen Medizin: Mit Kanüle und Beatmungsgerät können sogar schwerstkranke Patienten lange leben

einer Operation sind sie auf Beatmung angewiesen – die dann auf Dauer weitergeführt wird.

Viele von ihnen – vermutlich die Hälfte – könnten wieder von Kanüle und Maschine loskommen und selbst atmen, würden sie denn fachmännisch dorthin geführt, meint Dr. Simone Rosseau, stellvertretende Vorsitzende der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung. Was für ein Gewinn an Lebensqualität! Und was für eine finanzielle Erleichterung für das Gesundheitssystem.

### Einträglich für Pflegedienste

Denn die Ausgaben für Langzeit-Beatmungspatienten sind sehr hoch, die Sätze und Fallpauschalen für Pflegedienste und Kliniken besonders einträglich. Experten schätzen allein die Kosten für die ambulante Versorgung der vergleichsweise kleinen Patientengruppe auf zwei bis vier Milliarden Euro pro Jahr. „Aus finanzieller Sicht gibt es also keinen Anreiz, mit der Beatmung aufzuhören“, sagt Rosseau.

Die Expertin für „Weaning“, wie die Entwöhnung im Fachjargon heißt, setzt sich für eine Verbesserung der Situa-

tion Betroffener ein. Die nicht auf das Thema spezialisierten Ärzte auf den Intensivstationen wüssten oft zu wenig darüber, wie man bei einer schwierigen Beatmungsentwöhnung vorgehe, sagt Rosseau. „Alle glauben, dass man durch langsames Reduzieren des Drucks am Beatmungsgerät entwöhnt wird. So ist es aber meist nicht.“

Vielmehr müsste wiederholt geprüft werden, ob der Patient spontan selbst atmen kann. Wenn das nicht gelingt, sollte nach den Ursachen gesucht werden. Hat sich nach langem Liegen eine Muskelschwäche entwickelt? Ist der Mensch zu dick? Hat er eine Wirbelsäulenverkrümmung, eine Blutarmut, eine Lungen- oder Herzerkrankung? Oder liegt eine Schluckstörung vor, die ein Logopäde behandeln könnte? Läuft Speichel in die Atemwege?

Rosseau kritisiert zudem, dass Beatmungspatienten nach der Intensivstation oft nicht in Weaning-Zentren gebracht werden, wo sich Experten um die Entwöhnung kümmern. Laut einer Erhebung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin können fast zwei Drittel der in einem solchen Zentrum Behandelten nach durchschnittlich 33 Tagen Auf-

enthalt wieder selbstständig atmen. Doch längst nicht jeder, der das Potenzial dafür habe, komme dorthin.

Tatsächlich sei das Problem vielschichtiger, meint Dr. Lorenz Frey. Der leitende Oberarzt Intensivmedizin am Klinikum der Universität München arbeitet mit Weaning-Zentren zusammen und verlegt Patienten dorthin. Nicht immer aber sei das der beste Weg.

### Zu Hause ist es zu spät

Für Patienten mit vielfältigen Erkrankungen fehle in einem Weaning-Zentrum oft das Fachwissen an anderer Stelle. „Dann funktioniert vielleicht die Entwöhnung von der Beatmung, aber die Hüfte ist noch nicht okay, oder das Nierenversagen kann dort nicht behandelt werden“, sagt Frey. Andererseits werde zumindest an seiner Klinik mit spezialisierten Logopäden, Physiotherapeuten und Diätassistenten sowie einem genau festgelegten Weaning-Protokoll viel für die schnelle Entwöhnung getan.

Wer auf Dauer ein Beatmungsgerät braucht, wird irgendwann von einem ambulanten Pflegedienst zu Hause oder in einer Intensivpflege-WG ► 45

betreut. Die Chance auf Weaning sinkt damit enorm, ambulante Pflegedienste entwöhnen nicht. „Das kann bei einem schwer kranken Menschen ambulant nicht sicher durchgeführt werden“, sagt Expertin Rosseau.

#### Manager für Beatmungspatienten

Wer Zweifel daran hat, dass ein beatmeter Angehöriger optimal versorgt wird, sollte die Krankenkasse einschalten. Sie kann zum Beispiel dafür sorgen, dass ein Patient doch noch in ein Weaning-Zentrum kommt. „Bei den Kassen gibt es spezielle Fall-Manager für das Thema Beatmung“, sagt Christiane Lehmacher, Referentin für Pflege beim AOK-Bundesverband. Diese beraten und unterstützen in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten die Beatmungspatienten und ihre Angehörigen. Zertifizierte Weaning-Zentren finden Interessierte auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin ([www.pneumologie.de](http://www.pneumologie.de)) unter „Service“ und dem Stichwort „WeanNet“.

In den vergangenen Jahren ist die Intensivpflege-Branche stark gewachsen. Die Qualitätsunterschiede sind riesig und von Laien schwer zu beurteilen. Der MDK Bayern, der die ambulanten Dienste kontrolliert, stößt immer wieder auf ungelernete Helfer, die nach nur kurzer Einarbeitung mit Beatmungsschläuchen und Kanülen hantieren. Oder auf Pflegekräfte, die nicht wissen, wie im Notfall das Reserve-Beatmungsgerät bedient wird. In der ambulanten Intensivpflege herrscht massiver Personalmangel. Zudem wurde nicht festgelegt, welche Qualifikation die Pflegenden von Beatmungspatienten mitbringen müssen. Zum Teil macht die jeweilige Kasse Vorgaben, aber nicht immer.

#### Schluckübungen oder Magensonde?

Wer mit der Betreuung eines Angehörigen unzufrieden ist, kann sich beim MDK seines Bundeslandes beschweren. Dieser überprüft dann die Situation und fordert gegebenenfalls Verbesserungen.

Oftmals fehlt es beispielsweise auch an der Koordination der vielen Maßnahmen. So übt etwa die Logopädin mit dem Patienten bereits erfolgreich das Schlucken, das



„Fehler in der Pflege können lebensbedrohlich werden“

**Dr. Peter Demmel**  
ist Experte für  
außerklinische  
Intensivpflege beim  
MDK Bayern

Pflegepersonal aber ernährt ihn weiterhin nur über eine Magensonde. „Da wäre der steuernde Arzt gefordert“, sagt Demmel. Doch geeignete Fachärzte für die Betreuung ambulanter Beatmungspatienten gibt es nicht genug.

#### Lokales Engagement für Entwöhnung

Immerhin werden derzeit auf Bundesebene Empfehlungen erarbeitet, die den Verträgen zwischen Kassen und Pflegediensten zur Versorgung von Beatmungspatienten künftig zugrunde liegen sollen. Darin will man unter anderem die fachliche Qualifikation des Personals festlegen.

Ansonsten kommt es eher zu lokalen Fortschritten. Das Münchner Gesundheitsamt beispielsweise arbeitet gerade an einem Konzept für eine „Beatmungsvisite“. In Berlin und Brandenburg haben sich Kassen, Kliniken und Intensivpflegedienste zu einer „Allianz für tracheotomierte Menschen“ zusammengeschlossen.

Und die Fürst-Donnersmarck-Stiftung in Berlin hat einen Pflegedienst aufgebaut, der neurologisch stark eingeschränkte Personen für das Weaning fit macht. Diese besonderen Patienten brauchen dafür oft etliche Monate und Jahre. „Man kann aber mit aktivierender und koordinierter Pflege sowie Therapie viel erreichen“, sagt der Fachbereichsleiter Claus Bodenstein. Mit der intensiven Vorbereitung wurden drei von bisher sechs Patienten die Kanüle tatsächlich wieder los.

Silke Droll

Foto: RRG/Florian Grawert