IX

Versorgungsqualität verbessern

Außerklinische Beatmung mit hohem pflegerischen und medizinischen Unterstützungsbedarf

Christiane Lehmacher-Dubberke

Etwa fünfzehn- bis zwanzigtausend beatmete Patientinnen und Patienten werden in ihrer häuslichen Umgebung versorgt. Wie also lassen sich Ergebnisse aus relevanten Forschungsprojekten nutzen, um Verbesserungen in der Versorgung zu realisieren? Und wie können interdisziplinäre sektorenübergreifende Standards für die Pflege entwickelt und in der ambulanten Versorgung umgesetzt werden?

IX

Die Zahl der Pflegebedürftigen in der Langzeitpflege, die einen besonders hohen pflegerischen und medizinisch-technischen Unterstützungsbedarf haben, steigt stetig. Zu dieser Gruppe von Pflegebedürftigen gehören unter anderem Patientinnen und Patienten, bei denen wegen der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung besondere Anforderungen an die Versorgung gestellt werden. Bei ihnen liegen akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen vor – mit der Notwendigkeit einer sofortigen und wiederkehrenden medizinischen Intervention – zu unvorhersehbaren Zeiten.

Insbesondere geht es um Patientinnen und Patienten mit einer Veränderung der Vitalfunktion Atmung. Diese werden aufgrund einer bestehenden Ateminsuffizienz kontinuierlich beziehungsweise zeitweise beatmet oder es besteht keine Beatmungsnotwendigkeit, aber diese Patienten müssen unregelmäßig – nicht vorhersehbar – über ein Tracheostoma abgesaugt werden. Genaue Fallzahlen zu dieser Patientengruppe liegen bislang nicht vor. In Deutschland werden geschätzt 15.000 bis 20.000 beatmete Patientinnen und Patienten in ihrer Häuslichkeit versorgt, dazu gehören Babys und Kinder ebenso wie Erwachsene.

Dazu kommen noch die Patienten, die ausschließlich über ein Tracheostoma abgesaugt werden, aber nicht beatmet sind; damit dürfte die Zahl insgesamt bei circa 30.000 Fällen liegen. Dabei handelt es sich um eine moderate Schätzung. In stationären Spezialeinrichtungen, wie den Phase-F-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit schwersten neurologischen Schädigungen und/oder Beatmungspflicht, stehen bundesweit circa 2.200 Plätze für die Versorgung zur Verfügung.

1 Ursachen

Die beobachtete stetige Zunahme von Patientinnen und Patienten mit diesem besonders hohen pflegerischen und medizinisch-technischen Unterstützungsbedarf hat verschiedene Ursachen. Das liegt unter anderem

an den verbesserten Intensivtherapiemaßnahmen, sodass Patientinnen und Patienten auch schwerste akute Erkrankungen oder aber Unfälle immer häufiger überleben. Auch kann den speziellen Problemen chronisch fortschreitender Erkrankungen aufgrund der verbesserten medizinischen Möglichkeiten immer effektiver begegnet werden.

Drei Kernaussagen

Die Versorgungszahlen außerklinisch langzeitbeatmeter Patientinnen und Patienten steigen, entsprechend nehmen ambulante Versorgungsmodelle und Spezialisierungen in der häuslichen Krankenpflege zu. Hier müssen relevante Ergebnisse und Empfehlungen aus Forschungsprojekten wie „Shape" und „VELA-Regio" auf ihre Bedeutung für die Versorgungsrealität geprüft werden.

Damit Verbesserungen in der Versorgung realisiert werden können, müssen aktuelle Versorgungsstrukturen und -settings kritisch überprüft und beispielsweise Wohn- und Teilhabegesetze angepasst, Qualitätsprüfungen um relevante Sicherheitskriterien erweitert und die S2k-Leitlinie bei nichtinvasiver und invasiver Beatmung als Therapie der chronisch respiratorischen Insuffizienz sicher umgesetzt werden.

Für die Therapie von Patientinnen und Patienten mit einer chronischen respiratorischen Insuffizienz gibt es maßgebliche ärztliche Leitlinien, analog fehlt noch ein interdisziplinärer, sektorenübergreifender Standard – insbesondere für die Pflege. Dazu gehören ethische Betrachtungen und die Notwendigkeit, palliativmedizinischer Versorgung künftig Raum zu geben. Auch muss die kritische Auseinandersetzung mit der gewünschten „absoluten Machbarkeit von ambulanter Versorgung" möglich sein.

Dementsprechend kann auch die erhebliche Zunahme der Anzahl von älteren oder alten (vgl. WHO-Definition Alter: Pils 2017, 45–46) chronisch kritisch kranker Patientinnen und Patienten erklärt werden. Besonders häufig sind bei diesen Patienten Störungen des Atmens, des Schluckens und des Hustens. Damit sind diese infolge einer schweren Erkrankung und erschwerten Weanings – der Entwöhnung von der Beatmung – häufiger von einer Langzeitbeatmung betroffen.

1.1 Entwicklung der bestehenden Versorgungsstrukturen

Aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts kommt der beschriebenen Patientengruppe eine zunehmende Bedeutung zu (Bickenbach 2015, 48–51). Darüber hinaus hat sich in den letzten Jahrzehnten ein hochgradig ausdifferenziertes außerklinisches Versorgungsangebot entwickelt, welches den oben beschriebenen Effekt verstärkt. Krankenhäuser können – insbesondere in den städtischen oder stadtnahen Räumen – ohne größeren Aufwand beatmete Patientinnen und Patienten in die außerklinische Versorgung entlassen und damit den begehrten Intensivpflegeplatz wieder frei belegen (Lehmann et al. 2016 c, 17). Besonders die städtischen und stadtnahen Regionen sind durch ein dichtes Versorgungsnetz geprägt. Neben den spezialisierten Beatmungs- und Weaningzentren und Rehabilitationseinrichtungen hat sich ein umfassendes pflegerisches Angebot an häuslicher Einzelversorgung und spezialisierten organisierten Wohneinheiten (Wohngruppen) entwickelt. Es wird ergänzt durch Plätze in Phase-F-Einrichtungen sowie in der stationären Langzeitpflege (Lehmann et al. 2016 a, 9).

Diese Entwicklung wird im Fazit der VELA-Regio-Studie zu den Bedarfen und Strukturen der Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten mit „naturwüchsig, zum Teil aufgrund spezifischer Anreize und zugleich dynamisch entwickelnder Anbieterstruktur, wenig transparente Angebots- und Leistungsprofile sowie kaum kontrollierbare Qualitätsstandards …“ beschrieben (Lehmann et al. 2016 b, 78). Dabei beschreiben die Autoren der Studie eine bereits seit Längerem beobachtete Entwicklung, denn zunächst erfolgte eine bedarfsorientierte Entwicklung von stationären Versorgungsangeboten, den Phase-F-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit schwersten neurologischen Schädigungen und/oder Beatmungspflicht. Erst in den vergangenen Jahren hat das Modell der ambulanten Intensivpflege – insbesondere das der

organisierten Wohneinheiten – an Bedeutung gewonnen. Die Weiterentwicklung und Zunahme von Plätzen in der stationären Langzeitversorgung (Phase-F-Einrichtungen bzw. stationäre Pflegeeinrichtungen) stagnierte demgegenüber oder ist regional eher rückgängig, sodass die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten ambulant durch spezialisierte Pflegedienste oder in organisierten Wohneinheiten versorgt wird. Letztere werden im Allgemeinen auch Wohngruppen oder WGs genannt.
Die gesetzlichen Rahmenbedingungen mit wohnformabhängigen Leistungsansprüchen haben ökonomische Anreize für eine ambulante Versorgung geschaffen und damit gleichermaßen die Entwicklung stationärer Angebote limitiert. Das ist insofern bedauerlich, da insbesondere die Phase-F-Einrichtungen durch ihren rehabilitativen Ansatz konsequent das Ziel verfolgen, gerade beatmete Patientinnen und Patienten so zu stabilisieren, dass zum Beispiel erneut ein Weaningversuch in einem Weaningzentrum unternommen werden kann und/oder mittel- bis langfristig eine Dekanülierung (Entfernung der Trachealkanüle) erfolgt.

60 bis 70 Prozent der Patientinnen und Patienten, die auf einer Akut-Intensivstation nicht von der Beatmung entwöhnt wurden (Weaning), können in einem spezialisierten Zentrum dennoch ein erfolgreiches Weaning erreichen.

Gelingen kann ein solcher Versuch nur durch eine enge Kooperation zwischen der Einrichtung, einer behandelnden Ärztin oder eines Arztes – in der Regel handelt es sich um Fachärzte wie beispielsweise Pneumologen oder Anästhesisten – und einem Netzwerk an notwendigen weiteren Ärzten und Fachärzten, Therapeuten, einem Weaning- oder einem Beatmungszentrum. Erhebungen im Rahmen des Kompetenznetzwerks Weannet unter den Weaningzentren zeigen, dass circa 60 bis 70 Prozent der Patientinnen und Patienten, die auf Akut-Intensivstationen nicht von der Beatmung abtrainiert wurden, doch noch ein erfolgreiches Weaning erreichen können, wenn sie in einem spezialisierten Weaningzentrum betreut werden. Die Hälfte dieser Patienten wird erfolgreich von der invasiven Beatmung mit Hilfe der Umstellung auf eine nicht invasive Beatmung über Maske abtrainiert. Diese Form der Beatmung ermöglicht in der Regel eine Entlassung nach Hause (DIGAB 2017).
Die außerklinische Versorgung von Patienten und Patientinnen mit invasiver Beatmung erfordert ein intersektorales Betreuungskonzept, das sich an aktuellen medizinischen Standards und Leitlinien orientiert (Schönhofer et al. 2017).

1.2 Herausforderungen im aktuellen Versorgungssetting

Dieses beschriebene umfassende medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgungssetting ambulant darzustellen, gelingt dagegen häufig nicht. Das hat unterschiedliche Gründe: Zum einen sind es fehlende einheitliche „Versorgungsstandards oder Leitlinien", zum anderen auch infrastrukturelle Defizite. Zum Beispiel besteht ein grundsätzlicher Mangel an entsprechend qualifizierten Fachärztinnen und -ärzten. Aufgrund fehlender Ausbildung und Erfahrung sind ambulant tätige Ärzte darüber hinaus häufig nicht in der Lage, ein angepasstes intensivmedizinisches Monitoring zu gewährleisten. Auch kommt es durch fehlende strukturierte ambulante Nachsorgemöglichkeiten zu vermehrten und zum Teil unnötigen Krankenhauseinweisungen. Das wird insbesondere auch von den Fachgesellschaften wie zum Beispiel der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB 2017) angemerkt.

Strukturierte ambulante Nachsorgemöglichkeiten fehlen. Das führt zum Teil zu unnötigen Krankenhauseinweisungen.

Der Aufbau eines optimalen häuslichen Versorgungssettings ist daher nicht selten eine Herausforderung: Rund um den Pflegebedürftigen muss die gesamte medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung organisiert werden, im Zusammenspiel mit Angehörigen und mitunter unter ungünstigen wohnlichen Voraussetzungen, wie zum Beispiel zu engen räumlichen Verhältnissen. Unabhängig von den strukturellen Voraussetzungen in der Versorgung wie Wohnraum, technische Hilfen, ist eine mangelnde Compliance von Pflegebedürftigen und Angehörigen ebenfalls häufiger ein Problem. Anweisungen von Ärzten und des Pflegedienstes werden bewusst oder aufgrund mangelnden Bewusstseins nicht eingehalten. Insbesondere in den Fällen, in denen komplexe medizinisch-pflegerische Anforderungen an den Pflegedienst gestellt werden, sind jedoch gute strukturelle und prozessuale Bedingungen wesentlich.

1.3 Auswahl der Versorgungsform – stationär oder ambulant?

Warum sich Patienten und Patientinnen sowie Angehörige für eine stationäre oder ambulante Versorgung entscheiden, hängt von zahlreichen Faktoren ab. Zum Beispiel entspricht der Grundsatz „Ambulant vor stationär" heute im Allgemeinen den Vorstellungen der Menschen, wenn eine pflegerische Versorgung notwendig wird (vgl. Heuchert et al. 2016). Doch auch strukturelle und wirtschaftliche Aspekte beeinflussen die Wahl des Versorgungssettings. Dazu gehören zum Beispiel Fragen wie: Liegt die Einrichtung in der Nähe des Wohnortes der Angehörigen? Wie hoch gestaltet sich der Anteil der Eigenbeteiligung für die pflegerische Versorgung

in einem stationären Setting im Vergleich zu einem ambulanten Setting? Die gesetzlichen Rahmenbedingungen haben hier deutliche ökonomische Anreize für eine ambulante Versorgung geschaffen. Vor diesem Hintergrund kann die Wahl des Versorgungssettings unter den Aspekten Autonomie und finanzielle Anreize zugunsten der ambulanten Versorgung entschieden werden. Auch wenn keine umfassenden Zahlen zur Verfügung stehen, so werden aktuell etwa zwei Drittel aller Patientinnen und Patienten ambulant versorgt, obwohl hier deutlich höhere Herausforderungen an eine stabile und sichere Versorgung gestellt sind.

2 Patientensicherheit in der häuslichen Versorgung

Erstmalig hat sich das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité dem Thema Patientensicherheit beatmeter Patienten in der häuslichen Versorgung gewidmet. In dem Forschungsprojekt „Shape" geht es um die Exploration und Analyse der Erfahrungen und des Sicherheitsempfindens von beatmeten Patienten und ihren Angehörigen in der häuslichen Versorgung und um die darauf gründende diskursive (Weiter)-Entwicklung patientenzentrierter Sicherheitsleitlinien und konsentierbarer Risikomanagementstrategien. Das Akronym Shape steht dabei für den englischen Titel des Forschungsprojektes „Safety in Home Care for ventilated Patients". Das Forschungsprojekt hat deutliche Hinweise auf erhebliche Defizite in der ambulanten Versorgung gefunden (Ewers et al. 2016).

Rund zwei Drittel aller beatmeten Patientinnen und Patienten werden ambulant versorgt.

Zusammenfassend hat Michael Ewers auf dem Deutschen Pflegetag 2017 über die Ergebnisse des Forschungsprojekts Shape berichtet. Er schilderte, dass Risikosituationen unter anderem häufig aus strukturellen Problemen heraus entstehen. Zu diesen gehören zum Beispiel Personalwechsel, Kompetenzdefizite, Überforderung und fehlende Absprachen oder aber, dass das intime häusliche Lebensumfeld durch die dauernde Präsenz von häufig wechselnden Pflegekräften und die dominierende Technik überlagert wird. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass weder mögliche Sicherheitsdimensionen in der Häuslichkeit in Bezug auf einen so hohen pflegerischen und medizinisch-technischen Unterstützungsbedarf in der Versorgung bisher öffentlich diskutiert worden sind oder noch diese aktuell einer systematischen Prüfung unterliegen. Dabei wären hier grundsätzlich ähnliche Sicherheitsdimensionen zu beschreiben, wie sie heute auch für eine stationäre Versorgung schon gelten. Dazu gehören beispielsweise die

technische Sicherheit, Schadstoffe, Innenraumluftqualität und Hygiene. Unter den Faktoren der Versorgungsqualität im Fokus der Patientensicherheit müssen jedoch alle Aspekte verstanden und subsummiert werden, die das Versorgungssetting gefährden können.
Die zentrale Fragestellung lautet daher: Ist die Versorgung in einem Haushalt überhaupt möglich, ohne dass Patienten gefährdet werden? Neben der objektivierbaren Patientensicherheit anhand der oben beschriebenen Kriterien muss ergänzend die subjektive Sicherheit des Patienten betrachtet werden. Hat der Patient das Gefühl, gut versorgt zu werden, kann er der Pflegekraft vertrauen oder bestehen Ängste zum Beispiel hinsichtlich der Fachlichkeit oder im zwischenmenschlichen Kontakt?

2.1 Qualitätsprüfungen in der ambulanten Versorgung

Risikosituationen für beatmete Patientinnen und Patienten in einem häuslichen Versorgungssetting sind häufig in strukturellen Problemen begründet.

Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen, die unter anderem die pflegerische Versorgungsqualität prüfen, waren bis zum Inkrafttreten des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) ausschließlich nur auf der Grundlage des SGB XI in ambulanten Pflegeeinrichtungen möglich, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI für die Pflegeversicherung hatten; Leistungserbringer nach § 132a SGB V, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege in der Krankenversicherung und keine Leistungen der Pflegeversicherung erbracht haben, konnten nicht geprüft werden. Mit dem PSG III hat der Gesetzgeber diese Lücke geschlossen.
Im Rahmen der neu eingeführten Qualitätsprüfung des Pflegedienstes durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auf der Grundlage des SGB V ab 1. Januar 2018 werden neben der Prüfung der Struktur- und Prozessqualität auch die Versorgungsqualität anhand zu begutachtender Patienten überprüft. Hierfür werden aus der Gesamtanzahl der durch den Pflegedienst versorgten Patientinnen und Patienten, wie auch in der Qualitätsprüfung auf der Grundlage des SGB XI, per Stichprobe acht Patienten für eine Überprüfung der pflegerischen und medizinisch-pflegerischen Versorgungsqualität ausgewählt. Dafür bedarf es der Einwilligung der Patienten oder ihrer rechtlichen Betreuer. Insgesamt lässt sich jedoch feststellen, dass die bisher implementierten Qualitätsprüfungen die oben genannten Kriterien nicht oder nur ansatzweise berücksichtigen.
Im Ergebnis bleibt somit die Beurteilung der medizinisch-pflegerischen Versorgungsqualität in der Regel den daran Beteiligten überlassen, nämlich den Pflegebedürftigen, den Angehörigen und den Pflegediensten.

Es gibt keinen verbindlichen interdisziplinären sektorenübergreifenden Standard, der insbesondere auch den pflegerischen Standard für diese Patientengruppe beschreibt.

3 Strategien und Ansätze zur Verbesserung der Versorgungsqualität

Vor dem Hintergrund der weiter zunehmenden Ambulantisierung von Versorgungsstrukturen und insbesondere einer Spezialisierung in der häuslichen Krankenpflege und der steigenden Zahl von Patientinnen und Patienten mit besonders hohem pflegerischen und medizinisch-technischen Unterstützungsbedarf muss zwingend darüber nachgedacht werden, wie die Ergebnisse von Forschungsprojekten wie Shape oder VELA-Regio und wie Leilinien, wie die S2k-Leitlinie zur nichtinvasiven und invasiven Beatmung, bei der Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz regelhaft in die Versorgungsrealität Eingang finden.

Forschungsprojekte wie Shape und VELA-Regio gehen der Frage nach, wie sich Versorgungsstrukturen sowie die Versorgungsqualität optimieren lassen, und geben Hinweise für Verbesserungsmöglichkeiten.

Beide Projekte beschreiben so zum Beispiel das deutliche Verbesserungspotenzial für die verschiedenen Dimensionen von Versorgungsstrukturen beziehungsweise der Versorgungsqualität dieser vulnerablen Patientengruppe. Dabei reicht es nicht, ausschließlich das Potenzial für die ambulante oder stationäre Versorgung zu betrachten. Strategisch müssen für eine optimale Versorgungsqualität bereits vor der außerklinischen Versorgung im innerklinischen Sektor entsprechende Weichen gestellt werden.

3.1 Wege in die außerklinische Versorgung

Die S2k-Leitlinie zur nichtinvasiven und invasiven Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz gibt zur Überleitung von Patienten und Patientinnen aus der stationären Akutversorgung zahlreiche Empfehlungen. Neben der Aufklärung von Betroffenen beziehungsweise deren Angehörigen über die verschiedenen Möglichkeiten der Versorgungsformen sieht die Leitlinie den erstverordnenden Klinikarzt in der Organisationsverantwortung der außerklinischen medizinischen und pflegerischen Versorgung bis zum Zeitpunkt der Übernahme durch den im ambulanten Bereich weiterbehandelnden Arzt.

Unter anderem empfiehlt diese Leitlinie als Qualitätsindikatoren vor der Entlassung in außerklinische Versorgung unter anderem auch die Abklärung und Dokumentation – zum Beispiel ob vorhandenes Weaningpotenzial genutzt oder der Patient, die Patienten dekanüliert werden kann. Ein weiterer Aspekt ist, ob ein Patient bereits auf das für die au-

ßerklinische Beatmung vorgesehene Beatmungsgerät umgestellt wurde und ein Termin für eine erste Kontrolluntersuchung in einem Zentrum für außerklinische Beatmung festgelegt worden ist (vgl. Windisch et al. 2017, 41 ff.). Eine leitliniengerechte Überleitung würde bereits eine erhebliche Verbesserung der Versorgungssituation der Patienten zur Folge haben. Die strukturierte Vorgehensweise, die zum einen eine Abklärung von vorhandenem Weaningpotenzial und gegebenenfalls Rehabilitationsmaßnahmen fordert, und falls das nicht möglich ist, zum anderen empfiehlt, den Patienten auf alternative Formen der Beatmung umzustellen, würde im Ergebnis dazu führen, dass in der außerklinischen Beatmung tatsächlich zunächst nur die Patienten ankommen, bei denen augenblicklich keine Verbesserung der Situation möglich scheint.

Patientinnen und Patienten, die auf einer Akut-Intensivstation nicht von der Beatmung entwöhnt wurden, haben in einem ambulanten Setting dennoch eine Chance, erfolgreich von einer Beatmung entwöhnt zu werden.

Eine weitere Empfehlung dieser Leitlinie: Wurde ein Patient nicht aus einem Beatmungszentrum invasiv beatmet entlassen und erfolgte keine Überprüfung des Weaningpotenzials, sollte innerhalb von drei Monaten die Beurteilung durch einen Beatmungsexperten aus einem solchen Zentrum oder einen niedergelassenen Arzt mit Beatmungserfahrung in Rücksprache mit einem Beatmungszentrum erfolgen. In diesem Fall empfiehlt die Leitlinie auch den Kostenträgern der häuslichen Krankenpflege, die Leistung ausschließlich bis zum Zeitpunkt der Überprüfung zu befristen. Diese Maßnahme greift die Erkenntnisse im Rahmen des Kompetenznetzwerks Weannet unter den Weaningzentren auf, dass Patienten, die auf Akut-Intensivstationen nicht von der Beatmung abtrainiert wurden, doch noch ein erfolgreiches Weaning erreichen können. Damit wird deutlich die Chance erhöht, dass der Patient perspektivisch ein Leben ohne Beatmung und Trachealkanüle führen kann und somit an Lebensqualität gewinnt.

3.2 Qualitätskriterien für das Versorgungssetting

Patientinnen und Patienten oder ihre Angehörigen beziehungsweise Betreuer können den Ort der Versorgung selbst bestimmen. Zur Auswahl stehen die eigene Häuslichkeit, organisierte Wohneinheiten oder stationäre Einrichtungen. Regelungen, wie beispielsweise bauliche Vorschriften zum Schutz der Pflegebedürftigen, findet man jedoch fast ausschließlich nur für stationäre Pflegeeinrichtungen wie Phase-F-Einrichtungen. Für die private Häuslichkeit gibt es keine und für organisierte Wohneinheiten in den Ländern sehr unterschiedliche bauliche Vorschriften. Das hat zur Folge, dass es zum Beispiel auch in der vierten Etage eines Miethauses ohne Fahrstuhl Wohngemeinschaften für Beatmete gibt. In privaten Wohnun-

gen werden häufig sämtliche elektrischen Geräte wie das Beatmungs- und Absauggerät, die Ernährungspumpe oder die Antidekubitusmatratze in einer Mehrfachsteckdosen-Verlängerung durch eine Steckdose versorgt. Diese „elektrischen Konstruktionen“ sind sehr instabil, sodass es häufiger zu Stromausfällen kommt. Währenddessen muss der Patient mittels Beatmungsbeutel manuell beatmet werden.

Auch die Größe eines Raumes ist wesentlich davon abhängig, ob ein pflegerisches Setting gut gestaltet werden kann. In der Häuslichkeit werden aufgrund fehlender Regelung Patienten auch in Räumen unterhalb von zehn Quadratmetern gepflegt. Dort müssen unter anderem das Pflegebett, sämtliche notwendigen elektrischen Geräte, Pflegematerialien sowie die Pflegefachkraft untergebracht werden. Mitunter steht für die Pflegekraft nicht einmal der Platz für einen Stuhl zur Verfügung. Bei Wohngemeinschaften über mehrere Etagen kommen Babyphone zum Einsatz, damit ein Alarm gehört werden kann. Es gibt zahlreiche Beispiele, die deutlich machen, dass es auf dieser Ebene ein erhebliches Verbesserungspotenzial gibt.

Organisierte Wohneinheiten sollten den gleichen Standards unterliegen wie stationäre Einrichtungen. Diese Forderung richtet sich an die Wohn- und Teilhabegesetze, die zwingend Regelungen zum Schutz dieser Patienten treffen müssen, zum Beispiel mit Blick auf bauliche Mindestvorgaben wie Raumgröße, Zugang und Sicherheit.
Schwieriger gestaltet sich die Verortung von möglichen Vorgaben für Privatwohnungen. Das Gefährdungspotenzial kann dagegen nicht anders bewertet werden, möglicherweise ist dieses noch kritischer einzuschätzen, weil der Zustand der Wohnung oder des Pflegebereiches nur einem beschränkten Kreis von Personen zugänglich ist, die sich in jeder Art und Weise in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis befinden oder gegebenenfalls nicht in der Lage sind, das Gefährdungspotenzial einzuschätzen. Daher ist hier der Gesetzgeber tatsächlich aufgefordert, über Lösungen nachzudenken, die das Grundrecht sichern – den persönlichen Lebensraum jedes Menschen zu schützen – aber in diesen speziellen Fällen die Sicherheit des Patienten über die Unverletzlichkeit der Wohnung stellen.

3.3 Qualitätskriterien für die ärztliche Versorgung

Die S2k-Leitlinie formuliert die besonderen Anforderungen an Ärzte in der außerklinischen Beatmung dahingehend, dass eine Ärztin oder einen

Arzt über Erfahrungen auf dem Gebiet der außerklinischen Beatmung verfügen soll, unabhängig von der Qualifikation. Aus Sicht der Experten können auch Allgemeinärzte diese Aufgabe übernehmen, ebenso wie Pneumologen oder Anästhesisten (vgl. Windisch et al. 2017, 46 ff.).

In der Praxis stellt die ärztliche Versorgung oftmals eine Herausforderung dar: Es fehlt häufig die entsprechende ärztliche Qualifikation oder auch die Bereitschaft, diese Patienten zu übernehmen. Auch in einer angemessenen Entfernung vom Wohnort finden sich oft keine Ärzte mit der notwendigen Qualifikation. Davon sind besonders strukturschwache Regionen betroffen.

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist durch eine sektorale Struktur gekennzeichnet. Die Interdependenz der Teilbereiche wirkt sich bei verändernden Strukturen unmittelbar auf die pflegerische Versorgungssituation aus. Pflege kann dauerhaft nur innerhalb eines Gesamtversorgungssettings gelingen. Daher muss vor Entlassung des Patienten die ärztliche Versorgung, wie bereits oben beschrieben, zwingend sichergestellt sein.

3.4 Qualitätskriterien für die pflegerische Versorgung

Der Gesetzgeber hat mit dem PSG III zwei wesentliche Änderungen für die häusliche Krankenpflege im Krankenversicherungsrecht vorgenommen. Einerseits wurden Qualitätsprüfungen durch den MDK für Pflegedienste eingeführt, die ausschließlich einen Vertrag mit den Krankenkassen haben. Andererseits wurde den Vertragspartnern die Rahmenempfehlung nach § 132a SGB V aufgegeben, um den Besonderheiten der intensivpflegerischen Versorgung zur häuslichen Krankenpflege Rechnung zu tragen und in den Rahmenempfehlungen Regelungen dazu aufzunehmen.

Während die Verhandlungen zu den Rahmenempfehlungen noch nicht abgeschlossen sind, sind die Qualitätsprüfungen am 1. Januar 2018 in Kraft getreten. Grundlage der Prüfung sind die Empfehlungen der S2k-Leitlinie; diese Empfehlungen sind ebenfalls die Basis der Verhandlungen der Rahmenempfehlungspartner. Dazu gehören unter anderem die in der S2k-Leitlinie empfohlenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung, wie die Qualifikationsvoraussetzungen der Pflegefachkräfte, da diese die intensivpflegerischen Aufgaben selbstständig, ohne Anwesenheit eines Arztes, durchführen.

Alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich mit beatmeten Patienten arbeiten (fachpflegerische Versorgung), sollen zusätzlich zum Abschluss eines staatlich anerkannten Pflegefachberufes (Gesundheits- und Kranken-

pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger) eine Zusatzqualifikation aufweisen. Dazu gehören zum Beispiel Atmungstherapeut, Fachgesundheits- und Krankenpflege für Anästhesie- und Intensivpflege oder Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation und mit Basiskurs zur „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung" (mindestens 120 Stunden). Krankenpflegehelfer, Arzthelfer und Heilerziehungspflegende dürfen nur als Teil eines Pflegeteams zusammen mit Pflegefachkräften (z. B. in Wohngemeinschaften oder stationären Pflegeeinrichtungen) in der Beatmungsversorgung tätig werden. Für die Versorgung von Kindern gelten ähnliche Empfehlungen; die Qualifikationsvoraussetzungen sind auf die Versorgung von Kindern angepasst.

Weitere ausgewählte Maßnahmen der S2k-Leitlinie in der Qualitätssicherung der pflegerischen Versorgung

- Strukturierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Zusatzqualifikation für Pflegefachkräfte ermöglichen, sofern noch keine spezielle Qualifikation vorhanden ist
- Regelmäßige fachbezogene Fortbildung
- Fachliche Unterstützung der Pflege(fach)kräfte durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit besonderer Expertise
- Vernetzung mit den jeweils regionalen Beatmungszentren sowie niedergelassenen Ärzten, die auf die Versorgung von außerklinisch beatmeten Patienten spezialisiert sind

Zudem sollten Pflegedienste auch speziell qualifizierte Pflegefachkräfte als Fachbereichsleitung für den Beatmungsbereich einsetzen: Atmungstherapeuten mit pflegerischer Ausbildung, Fachgesundheits- und Krankenpflegekräfte für Anästhesie- und Intensivpflege oder Pflegefachkräfte mit mindestens drei Jahren Berufserfahrung im Beatmungsbereich innerhalb der letzten fünf Jahre (Intensivstation, Weaningeinheit, spezialisierte Beatmungseinheit oder außerklinische Beatmung) und einer erfolgreichen Teilnahme an einem zertifizierten Expertenkurs der DIGAB (strukturierte, berufsbegleitende Fortbildung mit einem Umfang von mindestens 200 Stunden) zu „Pflegeexperten für außerklinische Beatmung".
Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen sind sowohl für die stationäre als auch für die ambulante pflegerische Versorgung maßgeblich. Die S2k-Leilinie gibt zahlreiche Empfehlungen und Hinweise zur Zusammenarbeit mit allen

Ähnlich der ärztlichen S2k-Leitlinie müssen die Berufsorganisationen und Fachgesellschaften einen Standard für die pflegerische Versorgung entwickeln.

an der Versorgung Beteiligten, aber eine differenzierte Vorgehensweise für die pflegerische Versorgung wird nicht abgebildet. Es fehlt insgesamt an einem verbindlichen interdisziplinären, auch sektorenübergreifenden Standard. Dieser sollte insbesondere den pflegerischen Standard zur Versorgung von Patienten mit nicht invasiver und invasiver Beatmung ähnlich der S2k-Leitlinie mit patientenzentrierten Sicherheitsleitlinien und konsentierten Risikomanagementstrategien beschreiben.
Diese Leitlinie beziehungsweise diesen Standard zu entwickeln, muss als eine Forderung an die Berufsorganisationen und Fachgesellschaften gehen. Insbesondere in der ambulanten Versorgung zeichnen sich aktuell erhebliche Defizite ab, sodass man fragen muss: Wo endet die ambulante Versorgung? Eine kritische Auseinandersetzung mit der gewünschten „absoluten Machbarkeit von ambulanter Versorgung" muss unabhängig von partikularen und ökonomischen Interessen erfolgen. Grundsätzlich bedeutet das keinen Paradigmenwechsel von der ambulanten Versorgung hin zu einer stationären Pflege, sondern vielmehr bedeutet es die Anerkennung der medizinisch-technischen und pflegerischen Entwicklungen der vergangenen Jahre, gemessen an den Möglichkeiten in einem ambulanten Versorgungssetting.

4 Die wichtige Rolle der Palliativmedizin

„Intensivmedizin und Palliativmedizin wurden lange Zeit als widersprüchliche Konzepte in der Therapie angesehen, da die Intensivmedizin auf die Verlängerung des Lebens gerichtet ist und die Palliativmedizin sich auf die Linderung von Leid bei fortschreitenden Erkrankungen in der letzten Lebensphase konzentrierte. Heute rücken beide Konzepte zunehmend zusammen und palliative Aspekte gewinnen insbesondere in der Intensivmedizin zunehmend an Bedeutung" (Byock 2006), darauf weisen die Autoren des Artikels „Palliative Intensivmedizin versus intensive Palliativmedizin bei neurologischen Erkrankungen" (Byhan et al. 2017) in der Fachzeitschrift „Gepflegt durchatmen" hin.
Aus ihrer Sicht wird die Zahl der intensivpflichtigen Patienten mit einem palliativen Behandlungsbedarf stark zunehmen, begründet wird das mit der Zunahme der Fallzahl chronisch kritisch-kranker Menschen mit dauerhafter Abhängigkeit von lebenserhaltenden Technologien und Überwachung, der rapiden Ausweitung der Bettenkapazitäten der Intensivmedizin und insbesondere bei neurologischen Erkrankungen der oft langsame zeitliche Verlauf dieser Erkrankungen, sodass palliativmedizinische Konzepte in der Intensivmedizin gefordert sein werden.

Auch die Empfehlungen der S2k-Leitlinie verweisen auf den hohen Stellenwert der palliativmedizinischen Versorgung von Patienten und ihren Familien. Ebenso wird auf die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten eingegangen; erreicht werden kann dieses nur durch frühzeitiges Erfassen des mutmaßlichen Patientenwillens und durch das Erkennen von palliativmedizinischem Handlungsbedarf.
Diese Grundsätze sollten auch im Bereich der unmittelbaren akuten Notfallversorgung berücksichtigt werden, indem der Patientenwillen frühestmöglich in Erfahrung gebracht wird, um Therapien zu vermeiden, die nicht mit dem Patientenwillen übereinstimmen. Die S2k-Leitlinie verweist unter anderem auf die S3-Leitline Palliativmedizin. Das beschriebene Praxisbeispiel setzt die Empfehlungen aus den genannten Leitlinien um.

Praxisbeispiel

Die Autoren des Artikels „Palliative Intensivmedizin versus intensive Palliativmedizin bei neurologischen Erkrankungen" (Byhan et al. 2017) haben innerhalb der Klinik die Arbeitsprozesse auf der Intensivstation und der Palliativstation angepasst und miteinander verzahnt, um eine optimale Umsetzung von Palliative Care in Bereichen der neurologischen Schwerstkrankenversorgung zu gewährleisten.
Es wurden strukturierte Prognosegespräche zwischen Ärzten und gesetzlichen Vertretern/Angehörigen von Patientinnen und Patienten kurz nach Aufnahme auf der Intensivstation eingeführt. In diesen werden alle für die intensivmedizinische und palliative Behandlungsstrategie entscheidenden patientenbezogenen Aspekte mit dem Ziel erhoben, eine verbindliche und exakte Definition von Therapiestrategien und Therapiebegrenzungen festzulegen, die im weiteren Verlauf der Versorgung – auch nach der Verlegung auf die Palliativstation beziehungsweise in die außerklinische Versorgung – berücksichtigt werden.

5 Fazit

Eine Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit einem hohen pflegerischen und medizinisch-technischen Unterstützungsbedarf in der Langzeitpflege kann nur gelingen, wenn das vorhandene Verbesserungspotenzial nicht nur ausschließlich sektoral

und damit fokussiert auf die Versorgung in der Langzeitpflege betrachtet wird. Vielmehr müssen sektorenübergreifende Konzepte – auch über die Geltungsbereiche der einzelnen Sozialgesetzbücher hinweg – entwickelt werden. Aber auch der Gesetzgeber beziehungsweise die Länder sind gefragt, zum Beispiel in Fragen der Anpassung der Wohn- und Teilhabegesetze auf diese besonderen Versorgungssettings.

Es gibt bereits maßgebliche Leitlinien für die ärztliche Therapie von Patienten mit einer chronischen respiratorischen Insuffizienz, es fehlt analog dazu jedoch ein interdisziplinärer sektorenübergreifender Standard, der insbesondere auch den pflegerischen Standard beschreibt. Dieser muss entwickelt und umgesetzt werden, um zur Sicherheit der Patientenversorgung maßgeblich beizutragen.

Die Sicherheit der Patienten muss zukünftig viel mehr in den Fokus gerückt werden, als es bisher der Fall ist. Am Beispiel der ambulanten Versorgung von beatmeten Patienten wird deutlich, dass die ambulante Versorgung auch ihre Grenzen haben kann.

Literatur und Quellen

Bickenbach, J. (2015): Prolongiertes Weaning – Die neue S2k-Leitlinie. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Byhahn, Chr., Groß, M., Tajvarpour, M. (2017): Palliative Intensivmedizin versus intensive Palliativmedizin bei neurologischen Erkrankungen. Gepflegt durchatmen. Fachzeitschrift für außerklinische Intensivversorgung, Ausgabe 38, Oktober 2017, 37–40

Byock, I. (2006): Improving palliative care in intensive care units: identifying strategies and interventions that work. Critical Care Medicine, Vol. 34, Suppl. 11, 302–305

DIGAB – Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (2017): Positionspapier zur aufwendigen ambulanten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung nach Intensivtherapie (ambulante Intensivpflege); www.digab.de/informationen/positionspapier/

Ewers, M., Shaepe, C., Hartl, J. (2016): Luft fürs Leben daheim. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 9, Heft 3, 23–25

Heuchert, M., König, H.-H., Lehnert, T. (2016): Die Rolle von Präferenzen für Langzeitpflege in der sozialen Pflegeversicherung – Ergebnisse von Experteninterviews. Das Gesundheitswesen, Jg. 79, Heft 12, 1052–1057

Lehmann, Y., Stark, S., Ewers, M. (2016 a): Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio. Teil 1: Kommentierte Bibliografie. Working Paper No. 16–01

Lehmann, Y., Stark, S., Ewers, M. (2016 b): Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio. Teil 2: Bedarf und Strukturen. Working Paper No. 16–02

Lehmann, Y., Stark, S., Ewers, M. (2016 c): Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio. Teil 3: Strukturen und Prozesse aus Akteurssicht. Working Paper No. 16–03

Pils, K. (2017): Rehabilitation in der Geriatrie. In: Fialka-Moser, V. (Hrsg.): Kompendium der Physikalischen Medizin und Rehabilitation. Berlin, Heidelberg: Springer

Schönhofer, B. (2011): WeanNet: Strukturierte Entwöhnung vom Respirator. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 51–52, A 2768–2769

Schönhofer, B. et al. (2017): Prolongiertes Weaning. S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.; www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-015l_S2k_Prolongiertes_Weaning_2014_01_verlaengert_01.pdf

Windisch, W. et al. (2017): Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. Revision 2017. S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.; www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/020-008.html

Letzter Abruf aller Internetquellen: 25. Februar 2018