

HEIMBEATMUNG

Gewinn für Patienten, Herausforderung für Ärzte und Pflege

Die Heimbeatmung ermöglicht Langzeitbeatmeten eine Rückkehr in ihr gewohntes Umfeld. Allerdings verlangt eine solche Behandlung ein hohes Maß an Professionalität. Die Angehörigen müssen umfassend unterstützt werden.

Andreas Fiehn, Marc Bennerscheidt



Foto: Ambulantes Pflegeteam Marc Bennerscheidt

ten wahrgenommen wird, wurden in Frankreich, Großbritannien und Skandinavien in den letzten Jahren bereits „best practice“-Modelle entwickelt (1, 2). Die seit den Neunzigerjahren steigenden Behandlungszahlen von bis zu 120 000 Patienten pro Jahr in Frankreich unterstreichen die hohe Inanspruchnahme der Heimbeatmung im Ausland (3). Dass die HMV eine wachsende Bedeutung hat, ist nicht nur mit medizinisch-technischen Fortschritten (Telemedizinische Überwachung und Non Invasive Ventilation, NIV) zu erklären (4, 5).

Auch die Eigenverantwortung der Patienten und der betreuenden Familien hat spürbar zugenommen. Der steigende ökonomische Druck spielt ebenfalls eine Rolle. In Japan geht man von einer Summe von 1,7 Milliarden Euro aus, die jährlich für die künstliche Beatmung im Krankenhaus aufgewendet werden muss. Mit einer Verlagerung in das häusliche Umfeld könnten immense Kosten gespart werden (6).

Die Fragen nach Kosten und Nutzen der HMV müssen differenziert betrachtet werden. Wichtige Aspekte in der Bewertung sind einerseits die Lebensqualität des Patienten, andererseits die Reduktion von Krankenhauseinweisungen und der Mortalität. Die größte Gruppe der heimbeatmeten Patienten leidet an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). In einem systematischen Review der Cochrane Database zeigte sich für moderate COPD-Stadien eine Verbesserung der Lebensqualität sowie eine verringerte Mortalität durch eine HMV in Form einer NIV unter Einsatz von

Weltweit stehen die Gesundheitssysteme unter einem zunehmenden ökonomischen Druck. Gleichzeitig gibt es den Trend, Gesundheitsdienstleistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern. Diese Entwicklung spielt mittlerweile sogar eine Rolle in der Intensivmedizin – einem hoch technisierten und teuren Bereich der Medizin. Ein Beispiel für einen solchen Paradigmenwechsel ist die Langzeitbeatmung im häuslichen Umfeld. Die Heimbeatmung oder Home Mechanical Venti-

lation (HMV) stellt jedoch nicht nur die professionelle Pflege und die behandelnden Ärzte, sondern auch die betreuenden Familienangehörigen sowie die betroffenen Patienten vor neue Herausforderungen.

Möglichkeiten in Deutschland bislang wenig genutzt

Unter HMV versteht man eine kontinuierliche Atemhilfe, die entweder nicht invasiv mittels Maske oder invasiv über ein Tracheostoma erfolgt. Während die Therapieoption der HMV in Deutschland recht sel-

Abteilung für Anästhesie, Diakonie Gesundheitszentrum Kassel (Dr. med. Fiehn, MBA)

Ambulantes Pflegeteam Köln (Bennerscheidt)

speziellen Pflegediensten. Daten über eine Reduktion von Krankenhausaufenthalten wurden jedoch nicht erhoben. Patienten mit schwerer COPD scheinen darüber hinaus kaum von einer NIV zu profitieren (7, 8). Dies gilt im Allgemeinen auch für heimbeatmete Patienten dieser Gruppe. Bestimmte Subgruppen, beispielsweise Patienten mit unkontrollierter Hyperkapnie, rekurrenten Infekten, und die Gruppe der über 65-Jährigen profitieren allerdings sehr wohl von der NIV.

Demgegenüber zeigen sowohl pädiatrische als auch erwachsene Patienten, bei denen ein respiratorisches Versagen auf dem Boden einer Thoraxwanderkrankung oder einer stabilen neuromuskulären Erkrankung, wie einer durchgemachten Poliomyelitis, vorliegt, einen klaren Benefit von der Langzeitbeatmung, die je nach Indikation invasiv oder nicht invasiv erfolgen kann (9, 10, 11).

Für die meisten anderen Indikationen, wie Tuberkulose, aber auch neurologische Grunderkrankungen, wie die amyotrophe Lateralsklerose, Muskeldystrophie Duchenne, inflammatorische Myopathien und Wachkoma, stellt die HMV zumindest eine sinnvolle therapeutische Alternative dar, insbesondere weil sie eine Rückkehr in das heimische Umfeld ermöglicht (12, 13, 14, 15).

Psychosoziale Aspekte als zentrales Thema

Während eine umfangreiche Literatur zu Indikationen, technischen Möglichkeiten und Kosten-Nutzen-Aspekten der HMV existiert, waren psychosoziale Aspekte bislang vielfach nur ein Randthema. Aus Sicht der Betroffenen kommt dieser Problematik jedoch eine zentrale Bedeutung zu. Die vielfältigen und weitreichenden psychosozialen Aspekte beginnen mit der partizipativen Entscheidung des Patienten zur Initiierung einer Heimbeatmung und enden in der Betreuung der Angehörigen, aber auch des Pflegepersonals (16, 17, 18). Erst durch das Gleichgewicht von Medizin, Pflege und sozialen Gesichtspunkten kann man den besonderen Ansprüchen und Bedürfnissen aller Beteiligten

gerecht werden (19). Die dazu nötige Versorgung wird überwiegend von ambulanten spezialisierten Pflegediensten für Heimbeatmung übernommen.

Angehörige müssen gezielt geschult werden

Für die HMV unerlässlich ist ein umfassendes, strukturiertes Versorgungs- und Pflegekonzept. Die Vorbereitung einer Heimbeatmung nimmt je nach Flexibilität des zuständigen Kostenträgers zwischen

und Patienten geschult werden. Momente des Schweigens oder das Gefühl, „nichts tun zu können“, führt gerade bei hoch motivierten Pflegekräften zu intensiven Spannungen. Aber auch die teilweise von versteckten Schuldgefühlen geprägte Motivation der Angehörigen kann zum Problem werden. Die Familienmitglieder sind oftmals überfordert, stellen eigene Bedürfnisse zurück und können zum „zweiten Patienten“ werden. Für die Pflegekräfte ist es unerläss-

Die Heimbeatmung ist ein Beispiel dafür, wie innovative Versorgungsformen die Überwindung der Sektorengrenzen ermöglichen.

drei und zwölf Wochen in Anspruch. Angehörige müssen an die veränderte häusliche Situation behutsam herangeführt werden. Der schwer kranke Patient kehrt nach einem oftmals sehr langen Klinikaufenthalt in sein gewohntes Umfeld zurück. Für viele Patienten geht so ein großer Wunsch in Erfüllung, und die Familienangehörigen wollen dem Patienten die Rückkehr so angenehm wie möglich gestalten.

Doch es gibt auch Schattenseiten. Viele Patienten leiden unter dem Gefühl der Abhängigkeit von Beatmungsmaschine, Pflegekräften und Familie. Aber auch für die Angehörigen ändert die HMV vieles. Die Vorstellungen der Beteiligten decken sich nicht immer mit der Realität. Für die Pflegedienste und die behandelnden Ärzte ist es deshalb eine wichtige Herausforderung, Probleme frühzeitig zu erkennen und diese gemeinsam mit den Betroffenen sensibel anzugehen.

Professionelle Pflegedienste, die Heimbeatmete betreuen, bieten Angehörigen- und Selbsthilfegruppen an. Systemische psychosoziale Einzelberatungen sind ebenfalls im Angebot. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Schulung der Mitarbeiter. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Supervisionen und Teambesprechungen sind ein entscheidender Baustein in der Arbeit mit HMV-Patienten.

Pflegefachkräfte müssen gezielt für den Umgang mit Angehörigen

lich, in einer solchen Situation die professionelle Distanz zu wahren. Entlastung kann eine psychosoziale Fachkraft als Mitglied des Behandlungsteams bieten.

Doch was geschieht, wenn trotz all dieser unterstützenden Maßnahmen bei einem Patienten die Heimbeatmungspflege mit all ihrem Service nicht umsetzbar ist? Eine gute Option stellt dann eine Wohngruppe für Langzeitbeatmete dar. Dabei handelt es sich um eine hervorragende Alternative zum Pflegeheim, vor allem für jüngere Patienten.

Die Versorgung respiratorisch schwer erkrankter Menschen muss heute nicht mehr in einem „Verwahren“ enden. Das Engagement professioneller Pflegedienste und der behandelnden Ärzte ermöglicht es den Patienten, in ihrem gewohnten Umfeld zu verbleiben. Gleichzeitig ist die Heimbeatmung ein Beispiel dafür, wie innovative Versorgungsformen die Überwindung der Sektorengrenzen ermöglichen.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2007; 104(6): A 328–9

Anschrift für die Verfasser
Dr. med. Andreas Fiehn, MBA
Chefarzt der Anästhesie
Diakonie Gesundheitszentrum Kassel
Goethestraße 85, 34119 Kassel
E-Mail: AFiehn@t-online.de

 Weitere Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit0607

LITERATURVERZEICHNIS HEFT 6/2007, ZU:

HEIMBEATMUNG

Gewinn für Patienten, Herausforderung für Ärzte und Pflege

Die Heimbeatmung ermöglicht Langzeitbeatmeten eine Rückkehr in ihr gewohntes Umfeld. Allerdings verlangt eine solche Behandlung ein hohes Maß an Professionalität. Die Angehörige müssen umfassend unterstützt werden.

Andreas Fiehn, Marc Brennerscheid

LITERATUR

1. Huchon G: The challenge of home care for respiratory failure. *Rev Prat* 2001; 51: 1105–9.
2. Laub M, Berg S, Midgren B: Home mechanical ventilation in Sweden – inequalities within a homogenous healthcare system. *Respir Med* 2004; 98:38–42.
3. Ludot A, d'Orbcastle OR: Home respiratory care. *Therapie* 2001; 56: 143–9.
4. Matamura T, Saito T, Miyai I, Nozaki S, Kang J: A pilot study to establish support using SpO2 monitoring systems and videoconference system for patients under home mechanical ventilation. *Rinsho Shinkeigaku* 2000; 40: 683–8.
5. Koizumi T, Yamaguchi S, Fujimoto K et al: Telemedicine support system in home care of patients with chronic respiratory failure: preliminary results. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi* 2003; 41: 173–6.
6. Watanabe R, Ohkusa Y: An analysis of the length and cost of respirator use with observational data based on medical records. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 2002; 49: 314–23.
7. Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A, Ruffin R: Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 3: CD000994.
8. Tuggey JM, Plant PK, Elliot MW: Domiciliary non-invasive ventilation. *Thorax* 2003; 58: 867–71.
9. Simonds AK: Home ventilation. *Eur Respir J Suppl* 2003; 47: 38s–46s.
10. Markstrom A, Sundell K, Lysdahl M, Andersson G, Schedin U, Klang B: Quality-of-life evaluation of patients with neuromuscular and skeletal diseases treated with non-invasive and invasive home mechanical ventilation. *Chest* 2002; 122: 1695–700.
11. Windisch W, Freidel K, Matthys H, Petermann F: Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit Heimbeatmung. *Pneumologie* 2002; 56: 610–20.
12. Servera E, Gomez-Merino E, Perez D, Marin J: Home mechanical ventilation in amyotrophic lateral sclerosis patients is not always a problem. *Chest* 2000; 117: 924.
13. Farrero E, Prats E, Povedano M, Martinez-Matos JA, Manresa F, Escarrabil J: Survival in amyotrophic lateral sclerosis with home mechanical ventilation: the impact of systematic respiratory assessment and bulbar involvement. *Chest* 2005; 127: 2132–8.
14. Selva-O'Callaghan A, Sanchez-Sitjes L, Munoz-Gall X et al: Respiratory failure due to muscle weakness in inflammatory myopathie: maintenance therapy with home mechanical ventilation. *Rheumatology* 2000; 39: 914–16.
15. Zieger A, Schönle PW: Neurorehabilitation bei diffuser Hirnschädigung. *Hippocampus* 2004, Bad Honnef.
16. Hamalainen PM, Perala ML, Poussa T, Pelkonen M: Patient participation in decision-making on the introduction of home respiratory care: who does not participate. *Health Expect* 2003; 6: 118–27.
17. Gonzalez J, Macey J, Gracco C, Similowski T, Derenne JP: Initiation and management of home mechanical ventilation. *Rev Mal Respir* 2004; 21: 783–90.
18. Parra M: Nursing and respite care service for ventilator-assisted children. *Caring* 2003; 22: 6–9.
19. Bausewein C: Palliativmedizin für Nicht-Tumorpatienten. *Kliniker* 2005; 34: 19–23.