

15. Jahrestagung der AG für Heimbeatmung und Respiratorentwöhnung e.V. vom 7.6. bis 9.6.2007 in Lüdenscheid



Vom 7.6. bis 9.6.2007 fand in Lüdenscheid die diesjährige Tagung der AG für Heimbeatmung und Respiratorentwöhnung statt. Damit gekoppelt war zum 2. Mal ein Beatmungssymposium der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Den Organisatoren rund um den Kongresspräsidenten Herrn Prof. Lorenz aus Lüdenscheid war es gelungen, durch ein hochinteressantes Programm über 800 Teilnehmer in das dortige Kulturhaus zu locken. In 35 Vorträgen, über 20 Workshops und Seminaren sowie 20 Postern konnte man sich über Möglichkeiten und Grenzen der Heimbeatmung und auch intensivmedizinischer Aspekte der Beatmung informieren und diskutieren.

Eröffnungsveranstaltungen

In gewohnter Weise begann die Veranstaltung am Donnerstagnachmittag mit 10 Workshops zu unterschiedlichen Problemfeldern, die je zweimal angeboten wurden. Themen waren unter anderem Prinzipien und Praxis der Beatmung, Schluckstörung und Aspiration bei Langzeitbeatmung, die Organisation der Weiterversorgung beatmeter Menschen nach der Intensivstation oder auch die Beratung von Menschen mit maschineller Beatmung und

Ihrer Angehörigen. Im Anschluss fand die diesjährige Mitgliederversammlung mit dem Bericht des Vorstandes und der verschiedenen Arbeitsgruppen sowie der Neuwahl des Vorstandes und des Kongresspräsidenten für das Jahr 2009 statt.

Die offizielle Eröffnung durch den Kongresspräsidenten erfolgte dann am Freitagmorgen, im nahezu komplett besetzten Hauptsaal.

Der ersten Vortragsblock über Aspekte der Lebensqualität von Beatmeten wurde für alle Teilnehmer sehr eindrucksvoll eingeleitet, durch den sehr persönliche Bericht der Brandt-Zwillinge aus Bonn, die beide an einer SMA erkrankt, über Ihre Erfahrung mit der Beatmung berichteten. In diesem Beitrag wurde deutlich, was Lebensqualität ausmacht, z.B. frei von Atemnot und Schmerzen zu sein, mitreden und sich mitteilen zu können und ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Darüber hinaus wurde eindrücklich gezeigt, was trotz Beatmung und körperlicher Einschränkung möglich ist.

Thematische Vorträge

Herr Priv. Doz. Dr. Windisch aus Freiburg, berichtete über die Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Beurteilung und Messung von Lebensqualität. Bei beatmeten Menschen spielt insbesondere die SRI (Severe Respiratory Insufficiency) Skala eine Rolle. Besonders interessant waren dabei auch die Ergebnisse der QUALIHOF-Studie, bei der von 135 Betroffenen über 1 Jahr nach Einleitung einer Beatmung Daten zur generellen und spezifischen Lebensqualität erhoben wurden. Es ergaben sich in allen Untergruppen bereits nach einem Monat deutliche Verbesserungen der Lebensqualität. Diese blieben über ein Jahr lang sta-

bil. In Unterebenen zeigten sich durchaus Unterschiede in den Gruppen. Die überwiegenden Nebenwirkungen der Beatmung waren Druckstellen im Gesicht sowie ein trockener Hals. Nach Einleitung einer Beatmung waren unplanmäßige Krankenhausaufenthalte deutlich seltener.

Herr Dr. Storre, ebenfalls aus Freiburg, referierte im Anschluss über die Veränderungen der Atmung in der Nacht. Das Atemminutenvolumen nimmt durch Verringerung des Atemzugvolumens, im Nicht-Traumschlaf (NREM) um ca. 20% und im Traumschlaf (REM) sogar um fast 40% ab. Dies ist bei Gesunden nahezu bedeutungslos, hat aber bei schon reduziertem Atemzugvolumen z.B. im Verlauf einer neuromuskulären Erkrankung erhebliche Bedeutung und kann zu den Frühsymptomen: Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit oder morgendlichen Kopfschmerzen führen.

Herr Prof. Schönhofer aus Hannover präsentierte einige Gedanken zum Thema „Lebensqualität auf der Intensivstation“. Neben den medizinisch technischen Entwicklungen hat die Lebensqualität auf Intensivstationen seit den 80-er Jahren auch in Studien zunehmende Bedeutung erlangt. Veränderungen des Schlaf-Wachrhythmus und Belästigungen durch Lärm stellen auf Intensivstationen besondere Störungen dar. 30% der Aufwachreaktionen im Schlaf auf Intensivstationen sind durch den dortigen Lärm bedingt. Veränderungen in der Beleuchtung, der Aufteilung der Stationen und Einzelzimmer können dazu beitragen, diese Beeinträchtigungen zu vermeiden. Große Bedeutung hat auch die Kommunikation zwischen den Angehörigen und dem Pflege- bzw. ärztlichen Personal sowie innerhalb des Behandlungsteams, um Spannungen und Ängste zu verringern. Die zum Teil notwendige medizinische Isolierung von Patienten mit hochinfektiösen Erkrankungen könne aber auch zum Problem der Isolation führen.

In zwei parallelen Vortragsblöcken wurden zum einen Probleme des Weaning (Abgewöh-

nen von der Beatmung) diskutiert und zum anderen technische Innovationen aus dem Bereich der nichtinvasiven Beatmung präsentiert und bewertet.

Herr Dr. Dreher aus Freiburg berichtete über die Vielfalt der sog. Bilevel-Geräte, die inzwischen, trotz erheblicher Verkleinerung, ein derart hohes technisches Niveau erreicht haben, dass Sie kaum Beatmungsgeräten in den Kliniken nachstehen. Inzwischen wird sogar das Design beachtet, um eine möglichst geringe Beeinträchtigung der häuslichen Umgebung zu bewirken. Neueste Beatmungsmodi sind das AVAPS und der TA-Modus.

Herr Dr. Wenzel aus Kloster Grafschaft stellte die Innovationen im Bereich der Interfaces (alle Teile, die zwischen Gesicht und Beatmungsgerät die Beatmungsluft leiten), d.h. Maske, Schläuche, Befeuchter, Filter). Die Zahl der zur Verfügung stehenden konfektionierten Masken wird immer größer und die vorhandenen Modelle werden durch Anpassungen (Veränderungen der Größe, Veränderungen der Aufliegefläche) immer weiter verbessert. Trotzdem gibt es nicht „die“ Maske, sondern ein individuelles Ausprobieren und eine individuelle Anpassung sind immer nötig.

Filter sind in der häuslichen Beatmung entbehrlich. Die angebotenen Atemluftbefeuchter können auch nur begrenzt ihr Ziel erreichen und sollten eher als „Austrocknungsverhinderer“ bezeichnet werden. Bei den nichtdurchperlenden Befeuchtern ist die Verwendung von Leitungswasser vollkommen ausreichend.

Posterpräsentationen

In zwei weiteren parallelen Sitzungen am Mittag wurden in Kurzvorträgen die Poster vorgestellt und diskutiert. Besondere Bedeutung hatte dabei die nochmalige Vorstellung der Ergebnisse der QUALIHOF-Studie durch Herrn PD Dr. Windisch aus Freiburg sowie ein Bericht über die Atmungsparameter im Krankheitsverlauf bei Patienten mit einer amyotrophen Lateralsklerose von Herrn Dr. Czudaj aus Han-

nover. Schon bei Abfall der inspiratorischen Vitalkapazität (IVC) bzw. Sekundenkapazität (FEV₁) auf unter 60% lässt sich nachts ein Anstieg des Kohlendioxidpartialdruckes (pCO₂) auf über 40mmHg feststellen. Bei einem Abfall unter 20% steigt der pCO₂ mit größter Wahrscheinlichkeit über 45mmHg. Mit Hilfe der nächtlichen pCO₂ Messung lässt sich frühzeitig die Indikation zur nichtinvasiven Beatmung stellen.

Die nicht-invasive Beatmung

Am Nachmittag wurden ebenfalls in Parallelveranstaltungen zum einen neue Indikationen der nichtinvasiven Beatmung vorgestellt (z.B. präventive nicht-invasive Beatmung vor großen operativen Eingriffen wie Aortenoperationen oder auch lungenchirurgischen Eingriffen) und zum anderen pflegerische Aspekte der Beatmung diskutiert.

Besonders diskutiert wurde der hervorragende Vortrag von Priv. Doz. Dr. Friedrich aus Münster über die Hygienemaßnahmen bei multiresistenten Erregern. Wobei dies jedoch vor allem in Krankenhäusern eine große Wichtigkeit, bei der häuslichen Beatmung jedoch nur ungeordnete Bedeutung, hat.

Frau Bick aus Köln berichtete im Anschluss über Ihre Erfahrungen als Pflegedienstleitung in Aufbau und Organisation eines ambulanten Pflegedienstes. Sie betonte dabei auch die Belastungen im psychosozialen Bereich für Patienten, deren Angehörige und Mitarbeiter.

Herr Dr. Czudaj aus Hannover referierte im Anschluss über die organisatorischen Maßnahmen zur Bildung eines Beatmungsteams in einer Klinik. Zwei verschiedene Varianten werden unterschieden: jeweils spezielle Teams für Beatmung auf Intensivstationen, Intermediate Care und Normalstationen sowie als zweite Variante ein allgemeines Team für die gesamte Klinik. Die Teamentwicklung ist dabei ein dynamischer Prozess und muss stufenweise ablaufen.

Der Autor dieser Zusammenfassung stellte dann den Teilnehmern die Grundlagen von Kommunikation dar und zeigte die Probleme bei der Kommunikation mit beatmeten Menschen und Betroffenen mit neuromuskulären Erkrankungen auf. Abschließend präsentierte er die vielfältigen Möglichkeiten unterstützter Kommunikation, die damit verbundene Möglichkeit der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Verbesserung der Lebensqualität.

Neue Verfahren

In einer weiteren Sitzung wurden neue Verfahren in der nicht-invasiven Beatmung vorgestellt. Frau Priv. Doz. Dr. Rousseau aus Berlin stellte zunächst die Pathophysiologie (Funktion des Körpers unter krankhaften Bedingungen) unter Überdruckbedingungen dar. Zu beachten sind vor allem Störungen durch eine nicht ausreichende Belüftung bzw. Kollaps einzelner Lungenbezirke (Atelektase) und durch eine Überblähung der Lunge (Volutrauma).

Komfortabel, EDAG
sicher und
zuverlässig



Die EDAG Rollstuhladehilfe
für VW, OPEL, Renault und Skoda

Infogutschein ✂

kostenlos und unverbindlich

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

EDAG Engineering + Design AG
Geschäftsbereich Ladehilfe
Reesbergstraße 1 · 36039 Fulda
Telefon: (06 61) 60 00-2 40
Telefax: (06 61) 60 00-2 09
E-Mail:
rollstuhl-ladehilfe@edag.de
www.edag-rollstuhl-ladehilfe.de

Herr Priv. Doz. Dr. Windisch aus Freiburg stellte dann die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Beatmungsmodi dar. Trotz persönlicher Vorlieben kann weder für eine Beatmung mit einer Volumenvorgabe (Einstellung eines bestimmten Atemvolumens welches das Beatmungsgerät verabreicht) noch für eine Druckvorgabe (Einstellung eines bestimmten Beatmungsdruckes der erreicht wird) eine generelle Empfehlung ausgesprochen werden. In einer Cross-over Studie wurden bei beiden Beatmungsformen gleiche Ergebnisse erzielt, wobei unter Druckvorgabe die Beatmung häufig besser toleriert wird. Bedeutsam ist natürlich die Stärke der Atmungsunterstützung durch das Gerät. Je mehr die/der Betroffene selbst atmet, desto mehr Atemarbeit ist zu leisten und desto geringer die Erholung der Atempumpe.

Herr Prof. Köhler aus Schmallenberg erklärte abschließend die Methode der „Time Adapt Ventilation“, die versucht, die Vorteile beider Beatmungsgrundformen zu kombinieren.

Wiederaufbau der Muskulatur

Am abschließenden Samstag stand zunächst der Vortrag von Prof. Gosselink aus Leuven, Belgien im Mittelpunkt. Er sprach über die Probleme beim Wiederaufbau der (Atem)-Muskulatur von beatmeten Patienten. Dies ist vor allem bei Beatmung nach akuten Ereignissen von Bedeutung. Bei der Untersuchung von Ratten zeigt sich bereits nach 24 Stunden eine deutliche Schwäche des Zwerchfells. Auch die Extremitätenmuskulatur verliert durch Ruhigstellung schnell an Kraft. Bettruhe ist eigentlich unphysiologisch und sollte nur bei absoluter Notwendigkeit erfolgen. Eine Verminderung des Muskelabbaus bzw. der zunehmenden Muskelschwäche bei Bettruhe kann auch schon durch passive Bewegung erfolgen. Besondere Bedeutung hat dies natürlich bei Betroffenen mit neuromuskulären Erkrankungen.

In zwei weiteren Vortragsblöcken wurde zunächst über die Beeinflussung der Funktio-

nen anderer Organe bei maschineller Beatmung aus kardiologischer, nephrologischer und neurologischer Sicht sowie über unkonventionelle Beatmungsformen (z.B. Hochfrequenzbeatmung) in der Intensivmedizin referiert.

Grenzen der Behandlung

Dazu parallel wurde über die „Grenzen der Heimbeatmung“ und „Selbstbestimmtes Leben und Sterben“ diskutiert. Herr Dr. Köhnlein aus Hannover berichtete über die größte Patientengruppe unter Beatmeten in Deutschland, Patienten mit hyperkapnischer COPD.

Herr Priv. Doz. Dr. Winterholler aus Rummelsberg sprach dann über die Grenzen der Heimbeatmung bei neuromuskulären Erkrankungen. Als Grenze der nicht-invasiven Beatmung wird üblicherweise die Notwendigkeit der Tracheotomie verstanden. Probleme bei der Beatmung von Betroffenen mit einer ALS sind unter anderem die Thoraxwandrigidität (Steifheit des Brustkorbes) und die Pseudohypersalivation (durch Schluckstörung bedingter Speichelausfluss aus dem Mund). Durch die nicht-invasive Beatmung ist eine Verlängerung des Überlebens erreichbar. Bei der bulbären Verlaufsform (ca. 30% der Betroffenen) stößt die nicht-invasive Beatmung an ihre Grenzen. In diesen Fällen kann nur eine Beatmung über ein Tracheostoma das Überleben verlängern. Bei der alltäglichen Betreuung kann die passive submaximale Insufflation (z.B. mithilfe eines Beatmungsbeutels) die Thoraxwandstarre verringern. Das Abhusten kann mittels eines In/Exsufflators (Cough Assist oder DA-3 plus Pegaso) verbessert und in akuten Situationen (Infekt mit verstärkter Schleimbildung in den Atemwegen) eine Tracheotomie vermieden werden. Zur Behandlung der Hypersalivation können Atropin, Scopolamin sowie Amitriptylin eingesetzt oder auch mit gutem Erfolg Botulinumtoxin in die Speicheldrüse eingespritzt werden.

Ein weiteres Problem der Erkrankung stellt die recht neue Erkenntnis dar, dass sich bei ca.

30% der Betroffenen im Verlauf eine fronto-temporale Demenz entwickelt. Dabei kommt es häufig zu Antriebsstörung, Apathie, Kontrollschwäche oder Verhaltensstörungen. Dies führt auch zu Problemen in der Beratung über eine Beatmung sowie in der Entscheidungsfindung für die Betroffenen. Trotz Aufklärung kommt es noch immer bei einem erheblichen Teil der Betroffenen zu der „notfallmäßigen“ Einleitung einer Beatmung. Die bedeutenden Frühsymptome wie „Arousals“ (nächtliches kurzes Erwachen) sollten immer zu einer entsprechenden Diagnostik mit Polysomnographie führen (Schlaflabor).

Palliativmedizin

Über Sinn und Grenzen der Palliativmedizin referierte dann Herr Dr. Litty aus Lüdenscheid vom Blickpunkt seiner eigenen Erfahrungen beim Aufbau einer Palliativstation. Zu ca. 90% sind maligne Erkrankungen der Grund für eine Aufnahme in eine Palliativstation, zu ca. 10% Erkrankungen aus der inneren Medizin oder Neurologie. Ziel der Behandlung ist Symptomlinderung und eine Besserung der Lebensqualität in der verbleibenden Lebenszeit. Dabei spielt auch die Mitbetreuung der Angehörigen eine Rolle. Beim Aufenthalt in einer Palliativstation ist zu klären, ob eine Entlassung nach Hause oder in ein Hospiz möglich ist und dies dann entsprechend zu organisieren. Wöchentliche Teambesprechungen zu jedem Patienten sollten durchgeführt werden. Die Grenzen werden vielfach von der Erfahrung des Teams bestimmt, wobei es insbesondere in der Schmerztherapie bei 5-10% der Betroffenen keine ausreichende Linderung möglich ist. Erfreulich ist, dass seit Anfang 2007 eine Abrechenbarkeit der palliativmedizinischen Betreuung über das DRG-System gegeben ist.

Im Anschluss stellte Herr Prof. Schönhofer aus Hannover seine Gedanken zum Thema „Sterbende in der Intensivstation“ dar. Im Laufe der vergangenen Jahre seien intensivmedizinische und ethische Fragenstellungen immer komplexer geworden.

Auch auf Intensivstationen (ITS) wird die Behandlungspflicht des Arztes durch den Willen des Patienten begrenzt. Vor weiterführenden Maßnahmen ist auch auf Intensivstationen der mutmaßliche Wille des Patienten zu klären. Wobei auf einer ITS weniger als 15% der Patienten uneingeschränkt entscheidungsfähig sind. Die Kommunikation und der Konsens zwischen Patienten, Angehörigen, Pflegepersonal und Ärzten sind entscheidende Punkte. Problematisch kann es sein, dass Palliativmedizin und Intensivmedizin komplementär zueinander stehen können.

Herr Dr. Wiebel aus Heidelberg stellte in 7 exemplarischen Fällen sehr gut Probleme und Fallstricke rund um die Patientenverfügung dar. Die Autonomie am Lebensende ist ein ethischer Begriff mit rechtlicher Perspektive. In der Arzt-Patient Interaktion gibt es die breite Spanne von rein paternalistischem Prinzip (Entscheidungsfindung durch den Arzt) bis zum Informationsmodell (der Patient entscheidet allein). Gewünscht ist sicherlich eine partizipatorische Entscheidungsfindung mit gemeinsamem Konsens.

Herr Prof. Lorenz als Kongresspräsident verabschiedete die Teilnehmer mit der Freude über die sehr hohe Teilnehmerzahl, gekoppelt mit der Einladung von Herrn PD Dr. Windisch zur 16. Jahrestagung der AG-Heimbeatmung vom 29. - 31.5.2008 in Freiburg.

Einem Rosenstrauß
Lauwarmes Wasser geben
Und Zucker ins Glas
Ist wie künstliche Atmung
Er hält länger

Tanka von Rudolf Jüdes, ALS-Patient 2002

*Zusammenfassung von Dr. Jens-Peter Weber,
Medizinischer Referent der DGM*