Thieme

Explosive Zunahme der häuslichen Krankenpflege bei Beatmeten und Tracheotomierten

Gründe, Folgen, Lösungswege

Tremendous Increase of Home Care in Ventilated and Tracheostomized Patients

Reasons, Consequences, Solutions

Autor
D. Köhler

Bibliografie
DOI https://doi.org/10.1055/a-0839-5893 |
Pneumologie 2019; 73: 181–184
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0934-8387

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. Dieter Köhler, Auf dem Kamp 11, 57392 Schmallenberg
hdieter.koehler@t-online.de

Seit 2005 gibt es in Deutschland eine deutliche Steigerung der invasiven häuslichen Langzeitbeatmung von ca. 1000 auf mittlerweile ca.20 000 Patienten. Die häusliche Krankenpflege ist aufwendig und teuer: ca. 4 Mrd. Euro jährlich zahlt die Solidargemeinschaft dafür. Zudem werden in den letzten 2 – 3 Jahren auch zunehmend tracheotomierte Patienten (meist nach Apoplex) ohne Beatmung nach Hause entlassen.

Sachverhalt

Im Jahr 2005 gab es eine Erhebung der Europäischen Pneumologischen Gesellschaft zur Häufigkeit der invasiv langzeitbeatmeten Patienten in häuslicher Umgebung [1]. Aufgrund dieser Daten wurden etwa 1000 invasiv beatmete Patienten für Deutschland geschätzt. Für den Einzelfall liegen die Kosten zwischen 200 000 und 300 000 Euro pro Jahr, in stationären Pflegeeinrichtungen mit wenigen Beatmeten oder Einrichtungen der Phase-F sind sie deutlich geringer. Die Kosten der aufwendigen häuslichen Krankenpflege (HKP) sind dem SGB V zugeordnet. Die Pflegedienste berechnen dann oft die Kosten der Grundpflege nach SGB XI kaum oder häufig nicht.

Vor mehr als 10 Jahren wurden solche Patienten vorwiegend aus pneumologischen Weaningzentren nach Hause entlassen. Es war nur eine kleine Gruppe, die nicht entwöhnt werden konnte, meist neuromuskuläre Patienten [2]. Das hat sich im Verlauf der Jahre bis heute auch nicht wesentlich geändert [3], insbesondere nicht bei den Zentren, die sich im WeanNet einer stringenten Qualitätskontrolle unterziehen [4]. Hier ist das Entlassmanagement strukturiert und umfasst auch immer die Einarbeitung des Pflegedienstes für den Einzelfall bereits in der Klinik, wenn eine HKP ansteht. Mittlerweile ist jedoch die Zahl der zu Hause invasiv beatmeten Patienten schleichend, aber erheblich gestiegen. Das blieb lange unbemerkt, obwohl u. a. der AOK-Bundesverband wiederholt auf das Problem hinwies [5]. Viele Krankenkassen nahmen im Prinzip nur wahr, dass die Fälle zwar sehr kostenaufwendig, insgesamt aber selten sind und oft verstreut liegen.

Die DIGAB (Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung) packte das Problem der Fallzunahme als erste Fachgesellschaft an und lud erstmals 2015 zum Dialog nach Berlin ein. Unter Leitung von Simone Rosseau nahmen u. a. Vertreter verschiedener Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes daran teil. Auch ich selbst habe an den Sitzungen teilnehmen und später darüber hinaus Originaldaten von Krankenkassen einsehen können. Eine offizielle Statistik zu den Fallzahlen gab es nicht. Einige Krankenkassen werteten ihre Daten händisch aus und kamen so auf hochgerechnet 16 000 – 27 000 Fälle in Deutschland. Geht man von etwa 20 000 beatmeten Patienten aus, entstehen geschätzte Kosten von ca. 4 Mrd. Euro pro Jahr. Siehe hierzu auch das Positionspapier verschiedener Fachgesellschaften aus 2017 zur aufwendigen ambulanten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung nach Langzeit-Intensivtherapie [6].

Was läuft verkehrt?

Profit und Kontrolle

Zum Vergleich: 4 Mrd. Euro entsprechen in etwa der Summe, die alle beatmeten Patienten auf allen Intensivstationen Deutschlands pro Jahr kosten (diese Zahl habe ich aus den Aufstellungen der Kalkulationskrankenhäuser abgeleitet, die aus den jährlichen Report-Browsern des InEK [Institut für das Ent-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

geltsystem im Krankenhaus] zu erhalten sind [7]). Wie konnte es dazu kommen, dass eine „ambulante Szene“ mit offensichtlich erheblichem Profit entstehen konnte? Eine Antwort ist: Die Kontrollmöglichkeiten der Krankenkassen sind außerordentlich begrenzt.

- Zum Beispiel dürfen diese in Qualitätsprüfungen nur die Qualität der häuslichen Krankenpflege – also die des Pflegedienstes – überprüfen. Nicht aber die ärztliche Indikation, ob eine Beatmung überhaupt erforderlich ist oder ob möglicherweise ein Weaningpotenzial vorhanden ist.
- Außerdem ist es nicht unbekannt, dass bei den Stellenplänen in den Pflegeeinrichtungen erhebliche Unterschiede zwischen der Papierform und der Wirklichkeit vorkommen. Dies berichten zum Beispiel Patienten, die wieder stationär aufgenommen werden, oder Pflegedienstmitarbeiter, die sich mitunter outen.
- Weiterhin blockiert der Datenschutz bereits einfache Kontrollmaßnahmen der Krankenkassen. Fällt bei einer Qualitätsprüfung z. B. auf, dass eine Pflegekraft erhebliche Defizite in ihrer fachspezifischen Tätigkeit hat, so ist es kaum möglich, das weiter zu hinterfragen (Name, Ausbildungsnachweise usw.). Personenbezogene Daten erfahren einen so hohen Schutz, dass in der Regel erst im Rahmen von Betrugsermittlungen eine Offenlegung erfolgt. Dieser Aufwand wird allerdings meistens gescheut, auch aus Angst vor einer schlechten Presse.

Wie profitabel das „Geschäft“ ist, zeigt dieses Beispiel: Im Internet werden Gewinnmargen von bis zu 30 % für Anteile an Pflegeunternehmen versprochen, die viele häuslich Beatmete oder Wohngruppen betreuen. Aus der Presse und eigener Erfahrung sind Fälle bekannt, wo bei Übernahme von HKP-Patienten mit guter Prognose durch andere Pflegedienste schon mal bis zu 100 000 Euro als Übernahmegeld gezahlt werden.

Ärztliche Indikation und Weaning

Die eigentlichen Auslöser der unnötigen häuslichen Beatmung sind die oft falsche Indikation zur invasiven Beatmung bzw. zur HKP bei Tracheotomierten und das fehlende oder inadäquate Weaning. Laut Krankenkassendaten stieg die Zahl der Patienten ohne Beatmung, aber mit Tracheostoma in den letzten 2 – 3 Jahren deutlich an. Immer mehr Patienten werden bzw. bleiben tracheotomiert, meistens nach Schlaganfall mit Schluckstörungen. Aus der Klinik werden sie dann mit aufwendiger HKP nach Hause entlassen. Die Indikation zur HKP besteht dann in der Überwachung und der Absaugung. Jede Tracheotomie stellt aber immer ein erhöhtes Infektions- und damit Mortalitätsrisiko dar, denn ein Tubus schützt nie vor stillen Aspirationen, und er verhindert den lebenswichtigen Hustenstoß. Eine Absaugung erreicht niemals die peripheren Abschnitte des Bronchialbaums, wo die Infektion sitzt. Die Rückverlegung einer Tracheotomie in der Klinik vor Entlassung ist fast immer die bessere Alternative für den Patienten, denn auch bei Schluckstörungen genügt meist der Hustenstoß, um das Bronchialsystem ausreichend zu reinigen [8].

Weaningexperten schätzen, dass nach Datenlage des MDK und einiger Krankenkassen 60 – 85 % der invasiv beatmeten Patienten mit HKP vermeidbar sind. Hierbei spielen auch regionale Aspekte eine Rolle. Die Patienten kommen meistens aus kleineren Krankenhäusern, bzw. solchen, die kaum Erfahrung mit der Entwöhnung haben. Oft entlassen diese Krankenhäuser nur einen Patienten alle 1 – 2 Jahre in die aufwendige HKP. Einen eindrucksvollen Fall hatten wir jetzt in meinem ehemaligen Krankenhaus: Ein Patient war zu Hause jahrelang beatmet worden, mit aufwendiger HKP und Gesamtkosten von ca. 4 Mio. Euro. Der Patient konnte nach 3 Tagen entwöhnt werden.

Gefährliche Entwicklungen

Ein weiterer Gesichtspunkt ist die oft schlechte Versorgungslage der Patienten zu Hause. Zum Beispiel wird nicht selten zum einfachen Wechsel eines Tracheostomas der Notarzt gerufen. Einen betreuenden Facharzt gibt es kaum – oder er wird nicht hinzugezogen (auch aus Angst, dass dieser den Patienten gegebenenfalls in ein Weaningzentrum verlegen könnte). Besonders gravierend ist die Situation in den stationären Pflegeeinrichtungen und in organisierten Wohneinheiten. Dazu habe ich Unterlagen über den MDK einsehen können. Oft sind die Patienten nur wenige Stunden – und manchmal gar nicht mehr – beatmet. Trotzdem läuft die einmal angestoßene aufwendige Betreuung weiter.

Da die Pflegedienste inzwischen fast überall präsent sind, bieten sie den Intensivstationen einen kompletten Service an, mit sofortiger Übernahme des Patienten und einem „ambulanten“ Weaning (was natürlich nicht geht: bestenfalls geht es geringer Erkrankten im Verlauf besser, sodass sie wieder spontan atmen können). Das gilt insbesondere für den städtischen Raum.

Eine Verlegung aus der Klinik in ein Weaningzentrum ist mitunter mühsam oder wird auch als eigenes Versagen angesehen. Dabei gibt es kaum noch Wartezeiten, denn in den letzten Jahren ist die Zahl der zertifizierten Weaningzentren deutlich gestiegen. Trotzdem werden mittlerweile eher weniger Patienten in die Weaningzentren verlegt, wie eine interne Umfrage ergab. Da die langzeitbeatmeten Patienten in der Klinik gute Erlöse bringen, werden sie mitunter gar nicht mehr verlegt: Sie bleiben in Krankenhäusern auf den Intensivstationen lange stationär, u. U. bis sie versterben (dem Autor sind solche Fälle bekannt). Manche Träger schaffen deswegen sogar neue Intensivbetten an.

Maßnahmen gegen den Missbrauch

OPS-Kodierung?

Seit zwei Jahren gibt es hierzu vermehrt politische Aktivitäten, auch seitens des Gesetzgebers. Eine aktuelle Änderung der Kodierrichtlinien zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der Krankenkassen zu diesem Thema ist gerade gescheitert. Auf Drängen des Bundesministeriums für Gesundheit wurden die beteiligten Fachgesellschaften jetzt angehalten, einen OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) zu generieren, der den Weaningprozess im Krankenhaus besser erfassbar macht.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Ein früherer Antrag einiger Fachgesellschaften fand 2017 beim DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) keinen Konsens. Auf Druck des Ministeriums wurde jetzt von den beteiligten Fachgesellschaften kurzfristig ein guter OPS-Kode erarbeitet, der dann auch direkt vom DIMDI in den Katalog aufgenommen wurde. Jedoch dürfte der OPS wohl kaum regulierend eingreifen, da häufig Prozeduren nur kodiert werden, wenn sie erlösrelevant sind (obwohl die Kliniken per Gesetz zur OPS-Kodierung verpflichtet sind). Um in einigen Jahren erlösrelevant zu werden (im Rahmen einer neuen DRG), benötigt das InEK Daten, die es aber von den eigentlichen „schwarzen Schafen" nicht bekommt.

Qualitätsprüfung?

Seit dem 1. 1. 2017 gibt es neue Qualitätsprüfungskriterien für intensivpflegerische Patienten außerhalb der Klinik. Hier prüft der MDK auf Veranlassung der Pflege- und Krankenkassen. Für MDK-Prüfungen ist aber auch immer die Zustimmung der Patienten erforderlich. Diese bekommt man jedoch bei den Problemfällen so gut wie nie: Entweder werden die Briefe nicht beantwortet oder es kommt vom Rechtsanwalt eine einstweilige Verfügung im Auftrag des Patienten.

Aber auch Bemühungen der Krankenkassen selbst sind nicht erfolgreich. So habe ich selber mit einer großen Krankenkasse zahlreiche Patienten angeschrieben, um ggf. noch einen Entwöhnungsversuch in aussichtsreichen Fällen anzubieten. Es kam praktisch nie eine Antwort. In der Regel blockiert der Pflegedienst diese Initiative, oft in Verbindung mit den Angehörigen. Der Patient ist häufig zu Hause de facto entmündigt, obwohl er meistens noch voll geschäftsfähig ist.

Neuerungen im SGB V?

Eine andere Möglichkeit ist das neue Gesetz zum Entlassmanagement (§ 39 SGB V), das seit einem Jahr existiert. Hier haben die Krankenkassen die Möglichkeit, bei der Entlassung mitzuwirken, insbesondere wenn es um eine aufwendige HKP geht. Allerdings muss auch hier der Patient zustimmen. Dieses Verfahren scheint bisher kaum zu greifen.

Seitens der kassenärztlichen Bundesvereinigung ist in Verbindung mit dem Bundesverband der Pneumologen ein Mustervertrag entstanden: Auf der Grundlage der integrierten Versorgung (§ 140a, SGB V) sieht dieser eine fachpneumologische Betreuung vor Ort vor. Allerdings sind die Bedingungen relativ aufwendig, sodass nur ganz wenige Praxen in der Lage sind, sie zu erfüllen. Auch hier besteht das offensichtliche Problem: Die eigentlichen „schwarzen Schafe" würden nicht in einen solchen Vertrag einsteigen, da sie dann demaskiert werden.

Alternativen!

Am sinnvollsten wäre ein frühzeitiges Identifizieren von Problempatienten auf der Intensivstation zu Beginn einer Langzeitbeatmung, in der Regel ab zehn Tagen. So hätte z. B. der MDK die Möglichkeit, beratend einzugreifen, ggf. in Verbindung mit externen Weaningexperten. Allerdings: Dies lässt das derzeitige DRG-System nicht zu, denn die Krankenkassen erhalten in der Regel erst nach der Entlassung des Patienten die relevanten Daten.

Um kurz- bis mittelfristig eine Verbesserung der innerklinischen Versorgung zu erzielen, wäre z. B. zu überlegen, ob der OPS nicht nur den Aufwand erfassen sollte, sondern auch in bestimmten Fällen auf der Intensivstation den Zustand des Patienten. Das würde auch den Kontrollaufwand der Krankenakte nach Entlassung durch den MDK teilweise oder ganz überflüssig machen. Jedoch: Dazu müssten die mittelfristig abgeschlossenen Qualitätsverträge mit den Krankenhäusern erweitert werden. Möglicherweise ist hier noch deutlicher von Seiten des Gesetzgebers nachzusteuern.

M. E. ist es unabdingbar, dass jeder Patient, der beatmet in die außerklinische Versorgung gesteuert werden soll, vor seiner Verlegung hinsichtlich seines Weaningpotenzials unabhängig ärztlich begutachtet werden muss.

- Diese Begutachtung ist an die Zulässigkeit einer Verordnung für die häusliche Krankenpflege zu koppeln: Ohne Begutachtung, die ein aktuelles Weaningpotenzial ausschließt, kann der Patient nicht in die HKP verlegt werden.
- In Fällen, in denen aktuell kein Weaningpotenzial vorhanden ist, das aber perspektivisch in absehbarer Zeit wahrscheinlich wird, sollte die häusliche Krankenpflege nur begrenzt verordnungsfähig sein. Eine erneute, unabhängige ärztliche Beurteilung sollte dann über die weitere Behandlung entscheiden.
- Diese Einflussmöglichkeiten müssen auch für Patienten gelten, die ausschließlich mit einem Tracheostoma in die ambulante Versorgung verlegt werden.
- Zusatzeffekt: Diese Maßnahmen würden durch den Rückgang der aufwendigen HKP auch dem Mangel an Fachkräften gegensteuern, denn diese Pflegedienste ziehen viele Fachkräfte ab.

Aber: Eine Begutachtung ist nur möglich, wenn Zugriff auf diese Fälle besteht, z. B. über eine Zentralstelle des MDK, ggf. mit externer Expertise. Ein solches Feedbacksystem müsste etabliert werden.

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Erstveröffentlichung

Dieser Beitrag wurde erstveröffentlicht in: Dtsch Med Wochenschr 2019; 144: 1–4.

Literatur

[1] Lloyd-Owen SJ, Donaldson GC, Ambrosino N et al. Patterns of home mechanical ventilation use in Europe: results from the Eurovent survey. Eur Respir J 2005; 25: 1025 – 1031

[2] Schönhofer B, Euteneuer S, Nava S et al. Survival of mechanically ventilated patients admitted to a specialised weaning centre. Intensive Care Med 2002; 28: 908 – 916

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

[3] Barchfeld T, Dellweg D, Böckling S et al. Entwöhnung von der Langzeitbeatmung: Daten eines Weaningzentrums von 2007 bis 2011. Dtsch Med Wochenschr 2014; 139: 527 – 533

[4] WeanNet Study Group. WeanNet: Das Netzwerk von Weaning-Einheiten der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP). Results to epidemiology an outcome in patients with prolonged weaning. Dtsch Med Wochenschr 2016; 141: e166 – 172

[5] Szepan NM, Wagner F, Hrsg. Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs. Berlin: KompArt; 2018

[6] Rousseau S. DIGAB, BdP, DGNI, DGP, Deutscher Hausärzteverband, DIVI, VPK. Ambulante Intensivpflege nach Tracheotomie. Dtsch Med Wochenschr 2017; 142: 909 – 911

[7] InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. G-DRG-Report-Browser. Im Internet: www.g-drg.de

[8] Köhler D, Voshaar T, Schönhofer B. Pneumologie. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2014

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.