

Vorgeschichte in der Regel

1. Der Patient wurde nach einer stationären Akut- oder Rehabilitationsbehandlung mit einer (geblockten) Trachealkanüle, die keine Lautsprache erlaubt, in die häusliche oder Heim-Pflege entlassen
2. Angehörige, Pflegende, Behandelnde sehen Entwicklungsfortschritte und konsultieren das Dysphagie-Zentrum Gailingen direkt oder über Mittler.

Im Gegensatz zum herkömmlichen Vorgehen, dass Aspiration eine Kontraindikation zur Anlage einer ungeblockten Kanüle darstellt und zum als historisch zu betrachtenden intermittierenden Entblocken, verfechten wir mit Erfolg in Übereinstimmung mit anderen Experten die frühzeitige Rachenbelüftung mit einem stufenweisen, differenzierten Dekanülierungsregime.

Die Eckpunkte sind:

- a. Video-endoskopische, funktionelle Diagnostik der gesamten Atemwege auf Infekt, Reizzustand, Verletzung, Enge und Durchgängigkeit. Videoendoskopische Begleitung des gesamten Behandlungsprozesses
- b. Prüfung der Schutzreflexe auf jeder Etage (Auslösbarkeit und Wirksamkeit des Hustenreflexes tief in den Bronchien, Luftröhre, Kehlkopf)
- c. Prüfung der Stimmbandfunktion und des mentalen Zugriffs auf die Stimmbildung
- d. Prüfung der Atemmechanik mit normalisiertem Totraum (bei Verdacht auf muskuläre Schwäche oder Muskelerkrankung)
- e. Je nach Befund Umstellung auf eine ungeblockte Kanüle mit oder ohne Fensterung, evt. Einsetzen einer Kombinationskanüle, die ohne Kanülenwechsel wieder die Atmung wie mit geblockter Kanüle erlaubt. Dies Vorgehen erfordert einen großen Fundus an verschiedenen Kanülen, um einen individuellen Zuschnitt zu ermöglichen.
- f. Atmung über Sprechventil mit einem speziellen, abgestuften Sekretolyse-Management wegen der trockenen Einatemluft. Ziel ist die Förderung der Schluckhäufigkeit durch die Belüftung des Rachens. Ist die Belüftung des Rachens durch ein zu großes Stoma unmöglich oder verpufft die Hustenkraft, dann wird aus einem Silikon-Material ein Trichter um die Kanüle herum geformt, der das Stoma abdichtet und gleichzeitig formt. Bei diesem Verfahren ist keine Schlitzkomresse mehr nötig. Bei Druckschäden am Oberrand des Stomas erfolgt die Fixierung der Kanüle auf einem speziellen Pflaster. U.U. ist dann das Kanülenband überflüssig.
- g. Je nach Erfolg der Schluckstimulation bleibt es bei der Sprechventilatmung oder es gelingt, die Kanüle abzustöpseln. Die Kanüle dient dann nur noch der Absaugung, die Atmung erfolgt auf natürlichem Weg, die Sekretolyse kann zurückgefahren werden, weil die Atemluft auf natürlichem Wege angefeuchtet wird. Ist das Tracheostoma groß genug und stabil, kann die Kanüle dann auch ganz entfernt und die Öffnung luftdicht abgeklebt werden. Durch eine spezielle Pflastertechnik kann ohne kompletten Verbandswechsel jederzeit abgesaugt werden.
- h. Ist darüber hinaus das Erlernen einer Schlucktechnik möglich, kann ab diesem Zeitpunkt mit dem oralen Kostangebot begonnen werden. Zur Not kann jederzeit über die Kanüle abgesaugt werden.
- i. An letzter Stelle steht die Entfernung der Kanüle, was nur bei zuverlässiger Schlucktechnik vertretbar ist. Mit dem Patient und den Angehörigen muss über das verbleibende Restrisiko Übereinkunft hergestellt werden. Hierbei kann in vertretbarem Umfang auch eine Rest-Aspiration toleriert werden, wenn deren Nachteil den Vorteil der verbesserten Lebensqualität (Stimme, Sprache, Essen, Trinken) nicht aufwiegt.
- j. Charakteristik dieses Behandlungskonzeptes ist, dass in jeder einzelnen Stufe auch im häuslichen Rahmen und durch Laien die vorherige (ehedem bewährte) Stufe wieder hergestellt werden kann.

Das hier skizzierte Vorgehen kann durch eine ambulante Vorstellung in ca. 2-4 wöchentlichen Abstand erfolgen (die als teilstationäre Leistung nach § 39 SGB V, Phase A nach BAR abgerechnet wird). Durch eine kurzstationäre Behandlung nach Phase B (sog. Frührehabilitation) lassen sich einige der o.g. Schritte beschleunigen. In einzelnen Fällen ist eine stationäre Überwachung des schrittweisen Vorgehens nötig, um bei nicht genügender häuslicher (bzw. Heim-) Überwachung unnötige Risiken zu vermeiden. Im Falle einer weiten Entfernung des Heimat- oder Aufenthaltsortes, muss die Zumutbarkeit des ambulanten Verfahrens (weite, belastende Anfahrt) gegen einen durch kurzstationäre Behandlung beschleunigten Prozesses abgewogen werden. Je nach Entwicklungsfortschritt kann das Dekanülierungsverfahren durch eine intensive Schlucktherapie flankiert werden, die mit etwa 2-3 Einheiten täglich erfahrungsgemäß beim gut motivierten und mental dazu fähigen Patienten gegenüber der ambulanten Therapie überhaupt erst spürbare Erfolge zeitigt.

Im Anschluss an die Intensiv-Behandlung wird der Patient nahtlos in die ambulante Therapie übergeleitet. Hierzu wird dem Heim oder dem häuslichen Pflegedienst bzw. den Angehörigen sowie dem Sanitätsunternehmen, welches den Patienten mit Pflegehilfsmitteln beliefert und den weiterbehandelnden Ärzten und Therapeuten ein detailliertes Merkblatt zum Alltags-Handling und zur Materialbestellung übergeben (siehe beispielhaft in der Anlage). Schließlich wird die telefonische Beratung bei Problemen angeboten sowie die Wiedervorstellung bei unvorhergesehenen Entwicklungen. Merkblatt und der illustrierte Befund (siehe beispielhaft in der Anlage) begleiten den Patienten auch bei Einweisung in ein Akutkrankenhaus wegen einer anderen Fragestellung, um Konzept und Vorgehen den dort Pflegenden und Behandelnden transparent zu machen.

Kontakt:

Hegau-Jugendwerk Gailingen Gesundheitsverbund HBH-Kliniken

Dr. med. Paul Diesener
Ltd. Arzt - Intensivmedizin -
Frührehabilitation, Haus B-EG
Kapellenstr. 31
D-78262 Gailingen
Tel. Nr. +49 (0) 7734 939 474
Fax.Nr. +49 (0) 7734 939 457
diesener@hegau-jugendwerk.de