

Kriterien für die Behandlung von thoraxonkologischen Erkrankungen als stationäre Leistung bei Erwachsenen*

Criteria for inpatient diagnostic and treatment of patients with lung cancer, mesothelioma or thymoma

Autorinnen/Autoren

Nikolaj Frost¹, Claas Wessler²

Institute

- 1 Charité Universitätsmedizin Berlin, Fächerverbund für Infektiologie, Pneumologie und Intensivmedizin, Klinik für Infektiologie und Intensivmedizin, Klinik für Pneumologie, Beatmungsmedizin und Intensivmedizin mit dem Arbeitsbereich Schlafmedizin, Berlin, Deutschland
- 2 Asklepios Klinikum Harburg, Klinik für Pneumologie, Hamburg, Deutschland

online publiziert 2024

Bibliografie

Pneumologie

DOI 10.1055/a-2227-3775

ISSN 0934-8387

© 2024. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Nikolaj Frost, Charité Universitätsmedizin Berlin, Fächerverbund für Infektiologie, Pneumologie und Intensivmedizin, Klinik für Infektiologie und Intensivmedizin, Klinik für Pneumologie, Beatmungsmedizin und Intensivmedizin mit dem Arbeitsbereich Schlafmedizin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Deutschland
Nikolaj.frost@charite.de

Allgemeine Anmerkungen

Lungenkarzinome sowie artverwandte Diagnosen wie Pleura-mesotheliome und Thymusneoplasien stellen die zweithäufigste Krebsdiagnose in Deutschland dar, gehen für die Betroffenen mit erheblicher Morbidität und bei beiden Geschlechtern mit der höchsten Anzahl an krebsbedingten Todesfällen in Deutschland einher und stellen das Gesundheitswesen inzidenzbedingt vor große logistische wie finanzielle Herausforderungen. Prinzipiell können Teile der Diagnostik und Therapie ambulant durchgeführt werden.

In bestimmten Fällen kann es jedoch notwendig sein, entsprechende Leistungen (Bronchoskopie, Systemtherapie) als stationäre Leistung durchzuführen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn weitere gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen oder invasive Diagnostik und Therapien ein ausgedehntes Monitoring erfordern, die nur innerhalb der speziellen Möglichkeiten eines Krankenhauses zu bewältigen sind. Dies können Begleiterkrankungen sein, die zu einem erhöhten Risiko für Komplikationen führen, ein unmittelbares ärztliches Eingreifen erfordern oder die einen zusätzlichen pflegerischen

Aufwand bedingen, der unter ambulanten Bedingungen nicht erbracht werden kann.

Auch die Notwendigkeit zur Durchführung von zusätzlichen Untersuchungen, die in direktem zeitlichen Zusammenhang mit der betreffenden Diagnose erbracht werden müssen (z.B. Bildgebung), kann eine Begründung sein. Zudem kann die Therapieapplikation einen stationären Aufenthalt durch die Dauer der Therapie oder die Risiken der Applikation begründen. Beispielhaft sei das Zytokinrelase-Syndrom bestimmter Antikörper genannt. Die DGP geht davon aus, dass bei den folgenden zusätzlichen Indikationen ein relevanter Grund gegeben ist, der einen vollstationären Aufenthalt begründet. Der aufgeführte Kriterienkatalog stellt jedoch keine abschließende Liste dar.

Kriterienkatalog

Pulmonale Komorbiditäten

- Einhergehend mit ventilatorischer oder respiratorischer Insuffizienz
 - chronische obstruktive Atemwegserkrankung mit chronisch-ventilatorischer Insuffizienz und nächtlicher Hypoventilation und Anwendung von Beatmungsverfahren

* Erstellt durch die Sektion 11 Pneumologische Onkologie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. Sprecher: PD Dr. med. Nikolaj Frost (Berlin), Stellv.: Dr. med. Claas Wessler (Hamburg)

- chronisch ventilatorische Insuffizienz mit $p\text{CO}_2 > 45 \text{ mmHg}^1$ am Tage
- alveoläre Hypoventilation mit nächtlicher Hyperkapnie, $p\text{CO}_2 > 45 \text{ mmHg}^1$
- Obesitas-Hypoventilationssyndrom mit Anwendung von Beatmungsverfahren
- BMI > 30 mit Anstieg des nächtlichen $p\text{CO}_2 > 45 \text{ mmHg}^1$
- Atmungsregulationsstörung bei Opiatdauertherapie
- vorbestehende Langzeit-Sauerstofftherapie mit subjektiver Atemnot
- fortgeschrittenes Lungenemphysem
- Erkrankungen mit erhöhtem Pneumothoraxrisiko
- Tracheostoma, klinisch relevante Trachealstenose
 - Cave: ggf. muss eine unverzügliche intensivmedizinische Behandlung gewährleistet sein.

Kardiale Komorbiditäten

- akuter Myokardinfarkt innerhalb der letzten 4 Wochen
- instabile Angina Pectoris
 - Cave: ggf. muss eine unverzügliche intensivmedizinische Behandlung gewährleistet sein.
- manifeste Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III oder IV
- höhergradige Herzrhythmusstörung, wenn keine medikamentöse oder gerätetechnische Korrektur vorliegt
- pulmonaler Hypertonus
- höhergradige Herzklappenvitien

Allgemeine Komorbiditäten

- Pflegegrad 3 und höher
- Schwerbehinderung mit Merkzeichen „H“ oder „BL“
- Barthel-Index (nach Hamburger Manual) ≤ 60

Sonstige Komorbiditäten

- Diabetes mellitus mit symptomatischen nächtlichen Hypoglykämien und schwer einstellbarer Diabetes mellitus mit rez. Hyperglykämien

Neurologische Komorbiditäten

- mit erheblichen Einschränkungen der ADL
 - Apoplexie mit persistierenden erheblichen Einschränkungen der Bewegungskoordination, Paresen oder Plegien
 - Morbus Parkinson im Stadium IV u. V nach Hoehn und Yahr (schwere Behinderung oder Rollstuhl oder bettlägerig)
 - progrediente neuromuskuläre Erkrankungen
 - Post-Polio-Syndrom mit schweren Einschränkungen
- medikamentös unzureichend eingestellte Epilepsie (persistierende Symptomatik bzw. nächtliche Krampfpotenziale)

Psychiatrische Komorbiditäten

- schwere Formen von Schizophrenie, Borderline-Syndrom, Angst- oder Persönlichkeitsstörungen
- mittel- oder schwergradige Intelligenzminderung mit erheblicher Beeinträchtigung der Kognition, Sprache, motorischer Fähigkeiten
- Demenz mit Störung der Orientierung, Fluchtverhalten, Aggressivität
- mittelschwere oder schwere Depression
- Klaustrophobie

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

¹ Arterielle und kapilläre Messungen sind als äquivalent zu berücksichtigen.