

# Einleitung

Die Tracheotomie ist eine der ältesten und am häufigsten durchgeführten Operationen in der Hals-Nasen-Ohren (HNO)-Heilkunde (Meininger et al., 2001; Zhu et al., 2012). Durch sie ist die Sterblichkeitsrate in einigen Bereichen signifikant gesunken (Rajesh & Meher, 2005). Es gibt unterschiedliche Indikationen, die eine Tracheotomie notwendig machen. Häufig sind Tumore, Traumata oder neurologische Defizite die Ursache (Dawson, 2014; McCormick et al., 2015). Die häufigsten Fachbereiche, die mit einer Versorgung in Berührung kommen sind z.B. die HNO-Heilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurologie/Neurochirurgie, Strahlenheilkunde, Palliativstationen und die Intensivstationen (Schneider-Stickler, 2018).

In Deutschland werden jährlich rund 45.000 Personen tracheotomiert und sind im Akutkrankenhaus vom medizinischen Personal zu betreuen (Destatis, 2022).

Die Versorgung eines Tracheostomas stellt sowohl für die Betroffenen, deren An- und Zugehörige, als auch für Pflegefachpersonen eine Herausforderung dar. Sie kann aus medizinischer Sicht als Routineeingriff bezeichnet werden und ist meist komplikationslos möglich (Spataro et al., 2017). In Bereichen abseits der Versorgungshotspots sind jedoch immer wieder Komplikationen in der Weiterversorgung zu beobachten (Wilkinson et al., 2015). Aufgrund der »seltenen« Durchführung in Kombination mit einem hohen Risikopotential an Komplikationen wird die Versorgung dieser Personen auch als eine »high risk, low incidence«-Tätigkeit bezeichnet (Paul, 2010; Smith-Miller, 2006).

Das mangelnde Wissen und die fehlende Routine in der Durchführung führen zu Unsicherheiten und Berührungängsten. Diese führen zu Komplikationen und können im schlimmsten Fall fatale

Folgen haben. Laut McGrath et al. (2020) sind viele dieser Komplikationen vermeidbar – er nennt als häufige Ursachen die fehlende Kompetenz, die mangelnde Struktur und die falsche oder nicht ausreichende Ausstattung der Einrichtung. Auf Grundlage dieser Erkenntnis wurde am Universitätsklinikum Freiburg (UKF) eine Stelle für eine Pflegeexpertin mit dem Schwerpunkt auf die Tracheostomaversorgung etabliert. Aus dieser Rolle heraus wurde ein Fortbildungskonzept entwickelt, um die Kompetenz der Pflegefachpersonen weiterzuentwickeln. In diesem Buch werden die Inhalte des Fortbildungskonzeptes zur pflegerischen Versorgung, bestehend aus acht Modulen, dargestellt. Im letzten Kapitel (► Kap. 9) werden Inhalte zur Edukation von Betroffenen und spezifische Themen zum Entlassungsmanagement mit Tracheostoma erläutert.

Die Inhalte in diesem Buch fokussieren hauptsächlich die Versorgung von erwachsenen Patienten und Patientinnen mit einem Tracheostoma. Die Versorgung von Kindern mit Tracheostoma ist aufgrund der anderen Krankheitsbilder und anatomischen Voraussetzungen abweichend und sollte deshalb von Pflegefachpersonen mit einem Schwerpunkt auf die Versorgung von Kindern durchgeführt werden.

Ebenfalls liegt der Schwerpunkt auf plastischen/chirurgischen Tracheotomien und Laryngektomien.

# 1 Modul 1: Basiswissen

## 1.1 Tracheotomie

### Definition

In der Literatur werden die Begriffe Tracheotomie und Tracheostomie oft synonym verwendet. Ursprünglich wurde als Tracheotomie jedoch nur die Operationstechnik bezeichnet (Rajesh & Meher, 2005). In diesem Buch wird der Begriff des Tracheostoma als eine künstliche Öffnung der Trachea, die temporär oder permanent sein kann, bezeichnet (Fissahn et al., 2017).



Ein Tracheostoma kann entweder dilatativ oder plastisch/chirurgisch angelegt werden. Eine totale Laryngektomie beinhaltet zusätzlich zu einem plastisch/chirurgisch angelegten Tracheostoma noch weitere Schritte, welche zu einer abweichenden pflegerischen Versorgung führen. Im Folgenden werden die unterschiedlichen Eingriffe grob skizziert. Hier besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit der Operationstechniken.

### Dilatative Tracheotomie

Bei der dilatativen Tracheotomie wird nach der Punktion der Trachea das prätracheale Gewebe und die vordere Trachealwand gedehnt und durch eine Trachealkanüle offen gehalten (Klemm & Nowak, 2018). Zu beachten ist, dass das entstandene Tracheostoma im Vergleich zum plastischen nicht chirurgisch gesichert ist. Dadurch besteht die Gefahr, dass sich die verschiedenen Gewebe-

schichten gegeneinander verschieben und das Stoma nach dem Entfernen der Kanüle verlegt wird (Fissahn et al., 2017).

### **Plastische/Chirurgische Tracheotomie**

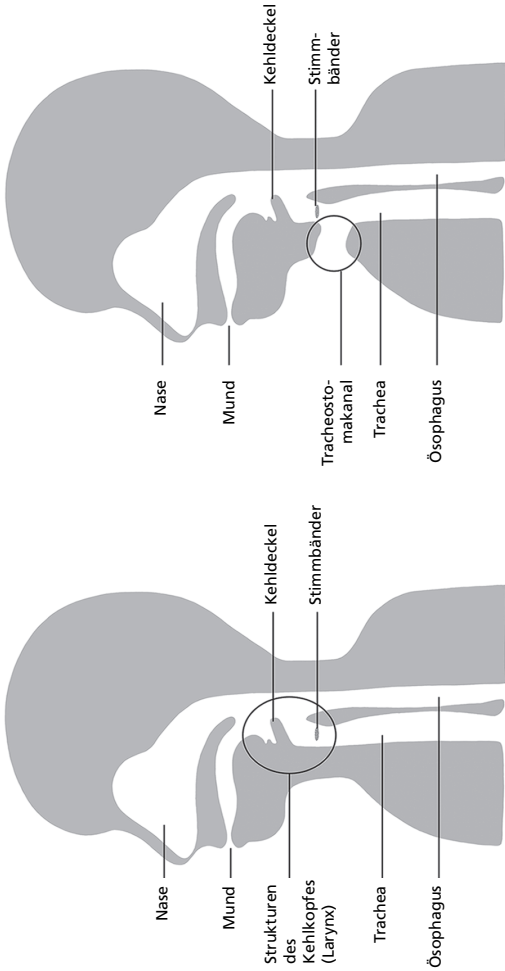
Im Gegensatz dazu wird ein plastisches Tracheostoma, auch bekannt als »stabiles« oder »chirurgisches« Tracheostoma, operativ angelegt. Dabei wird eine feste Verbindung zwischen der äußeren Haut und der Trachealwand hergestellt (mukokutane Anastomose). Dieses Tracheostoma bleibt auch nach dem Entfernen der Kanüle stabil (Klemm & Nowak, 2018).

In ► Abb. 1.1 ist die Anatomie in physiologischem Zustand (links) sowie der Querschnitt einer Tracheostoma-Anlage (rechts) zu sehen. Bei letzterem ist der Unterschied zwischen einer dilatativen und plastisch/chirurgischen nicht zu sehen.



#### **Pflegehinweis**

Um Notfallsituationen (z. B. Kanüle kann nicht mehr eingeführt werden) zu vermeiden, ist eine korrekte Dokumentation der Tracheostoma-Art im Dokumentationssystem dringend zu empfehlen (► Kap. 8).



**Abb. 1.1:** Querschnitt der Oberkörperanatomie in physiologischem Zustand (links) und Querschnitt mit einer Tracheostoma-Anlage (rechts)