

Schnittstelle zwischen Klinik und Außerklinik – Versorgungsprozesse im Wandel

**Zukunftsaussichten – geht
Klinik ohne Außerklinik und
umgekehrt?**

Ajdin Telalovic, B. A. / cand. MHBA
Bereichsleitung im operativem Management DEUTSCHEFACHPFLEGE
Atmungstherapeut, Pädiatrischer Atmungstherapeut, Fachtherapeut
für außerklinische Intensivpflege und Wachkoma

18. MAIK Kongress
24. und 25. Oktober 2025, München



Darlegung potentieller Interessenkonflikte

- Der Inhalt des folgenden Vortrages ist Ergebnis des Bemühens um größtmögliche Objektivität und Unabhängigkeit.
- Als Referent versichere ich, dass in Bezug auf den Inhalt des folgenden Vortrags **keine Interessenkonflikte** bestehen, die sich aus einem Beschäftigungsverhältnis, einer Beratertätigkeit oder Zuwendungen für Forschungsvorhaben, Vorträge oder andere Tätigkeiten ergeben.
- Ajdin Telalovic / DEUTSCHE **FACHPFLEGE**





Vergangenheit

woher kommt
der Bedarf?

Gegenwart

wo stehen wir
heute?

Zukunft

wie sieht die
Schnittstelle
morgen aus?

Die Wurzeln der Intensivmedizin

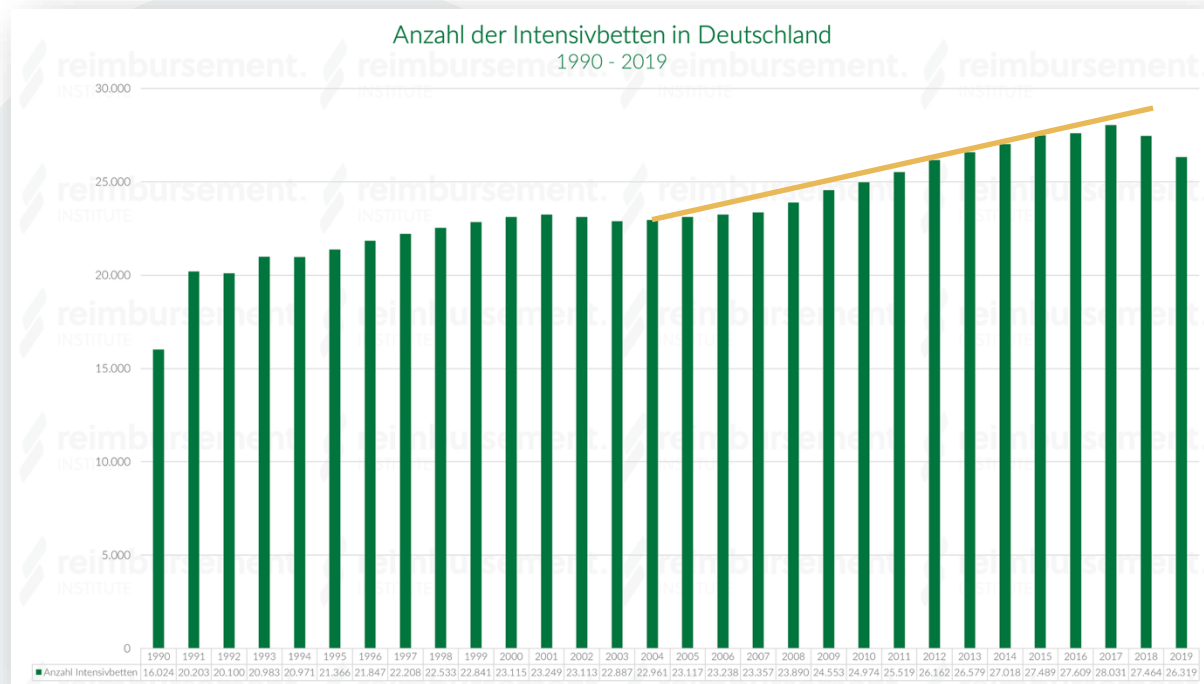
- Anfang der 30er Jahre -
Überwachungsstationen für
Frischoperierte
- Entstehung in den 1950er Jahren
(Polioepidemie, erste Intensivstationen)
- Technologische Fortschritte →
Beatmungsmedizin etabliert





Intensivmedizin und Intensivplätze heute

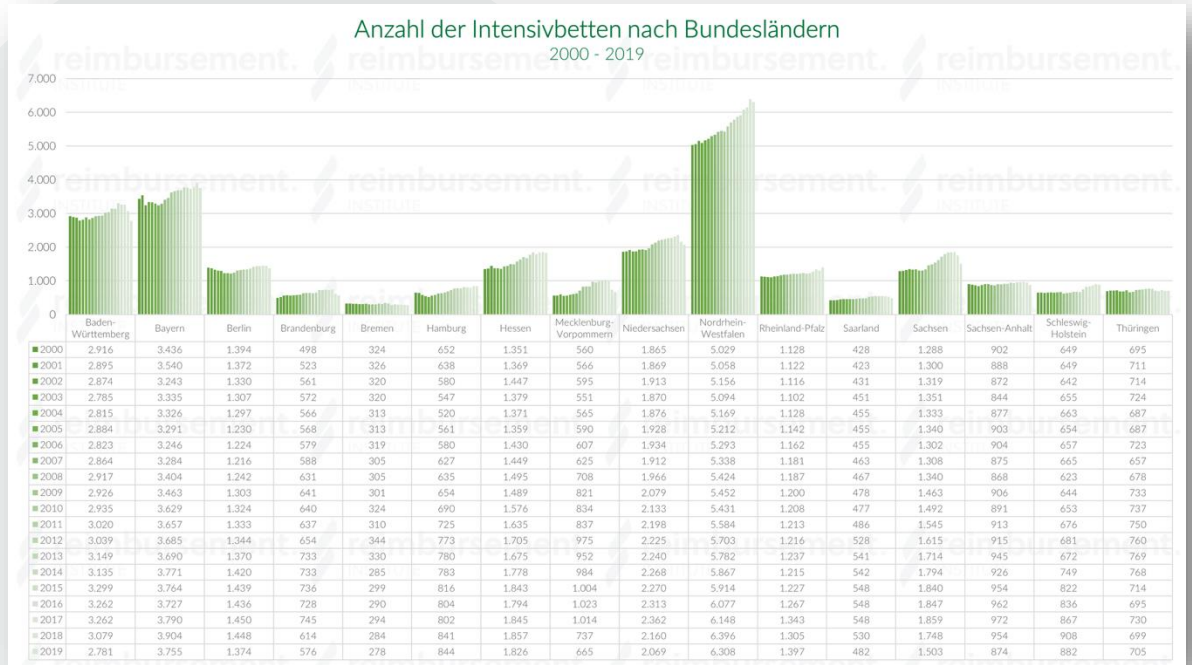
- Die folgende Grafik zeigt die Anzahl der Betten von 1990 bis 2019.
- Es zeichnet sich ein (fast) stetiger Anstieg der aufgestellten Betten ab.
- In der Zeit von 1990 bis 2019 wurden insgesamt **10.295 weitere intensivmedizinische Betten** aufgestellt.
- Das entspricht einem Plus in Höhe von rund **64 %**.





Anzahl der Intensivbetten nach Bundesländern

- Mit Ausnahme vom Bundesland Bremen ist bei allen (anderen) Bundesländern ein Anstieg an aufgestellten Intensivbetten festzustellen.
- Vergleicht man das Jahr 1991 mit dem aktuellsten Datenerhebungsjahr 2019 sticht Nordrhein-Westfalen mit der höchsten Anzahl an hinzugekommenen Betten hervor.

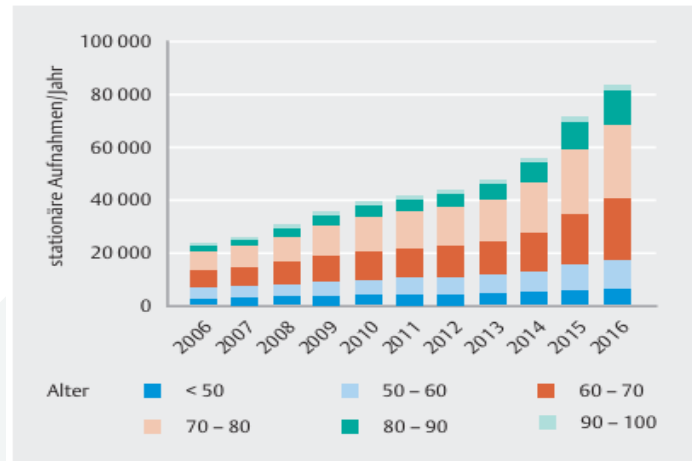


Quelle: Die Angaben entstammen der Fachserie 12 Reihe 6.1.1 des Statistischen Bundesamtes.

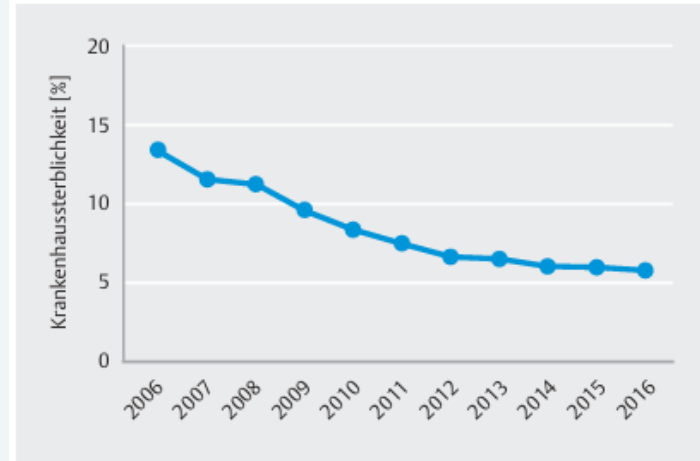


Gründe für steigenden Weaning-Bedarf

- Stationäre Aufnahmen steigen stark
- Deutlicher Anstieg der stationären Aufnahmen von 2006 bis 2016
- Besonders ältere Altersgruppen (70–90 Jahre) nehmen stark zu



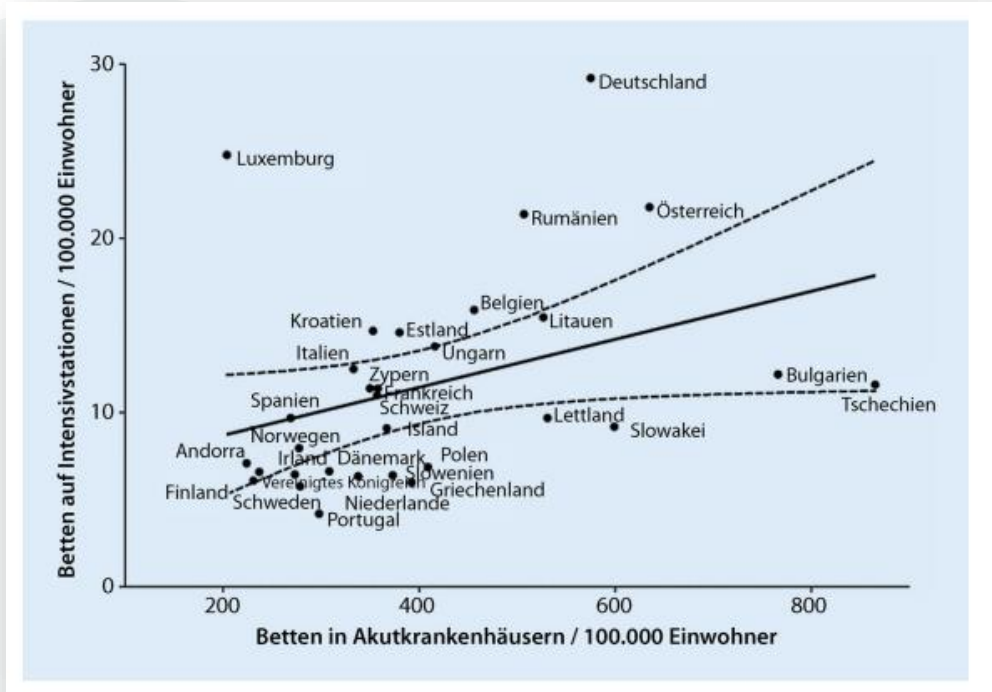
- Krankenhaussterblichkeit sinkt
- Von ca. 14 % auf unter 6 %
- Mehr Menschen überleben schwere Erkrankungen – brauchen aber Langzeitversorgung
- Zahl außerklinisch versorgter, multimorbider Patient:innen wird weiter steigen





Wie sieht es international aus?

- Im europäischen Vergleich weist Deutschland nach den Zahlen aus dem Jahr 2009 mit 29,2 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner **die höchste Zahl an Intensivbetten** aus.
- Der europäische Durchschnitt liegt bei 11,5 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner
- Einer Umfrage aus dem Jahr 2017 zufolge sind 76 % aller Intensivbetten mit Beatmungsplätzen ausgestattet.



Graphische Darstellung mit einer linearen Regressionsanalyse der Betten auf Intensivstationen und in Akutkrankenhäusern in verschiedenen europäischen Ländern im Jahre 2009. Dargestellt ist die Regressionslinie mit ihren 95%-Konfidenzintervallen ($r = 0,13$, $p = 0,05$)



Warum Deutschland so viele Intensivfälle und Intensivbetten hat?

1 Finanzierung- und Anreizsystem (DRG-System)

- Das DRG-System (Diagnosis Related Groups) belohnt intensive, technisch aufwändige Behandlungen – z. B. Beatmung, invasive Überwachung, komplexe Operationen.
- Kliniken haben dadurch einen **ökonomischen Anreiz**, Patienten auf **Intensivstationen zu verlegen**, weil dort höhere Erlöse erzielt werden.
- Besonders **Beatmungstunden** (> 96 h) führen zu einem **sprunghaften Erlöszuwachs** – das hat zu einer **massiven Ausweitung von Beatmungsfällen** geführt.

2 Struktur der Krankenhauslandschaft

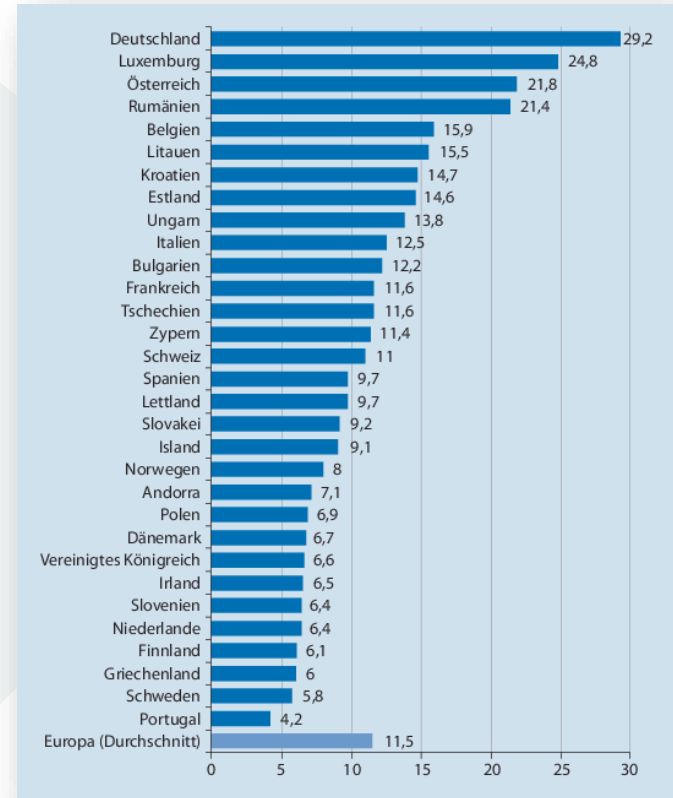
- Deutschland hat **sehr viele Akutkrankenhäuser** im internationalen Vergleich: über **1.600 Häuser** mit **~480.000 Betten** (OECD: eines der dichtesten Krankenhausnetze Europas).

3 Kulturell-medizinische Praxis: „Sicherheitsnetz“

- In Deutschland herrscht eine „**Sicherheitskultur**“ in der Medizin: lieber Patient eng überwachen („zur Sicherheit auf Intensiv“), statt Risiko in Normalstation einzugehen.

4 Demografie & Versorgungsrealität

- Deutschland hat einen **alten Bevölkerungsdurchschnitt** (Medianalter > 45 Jahre).

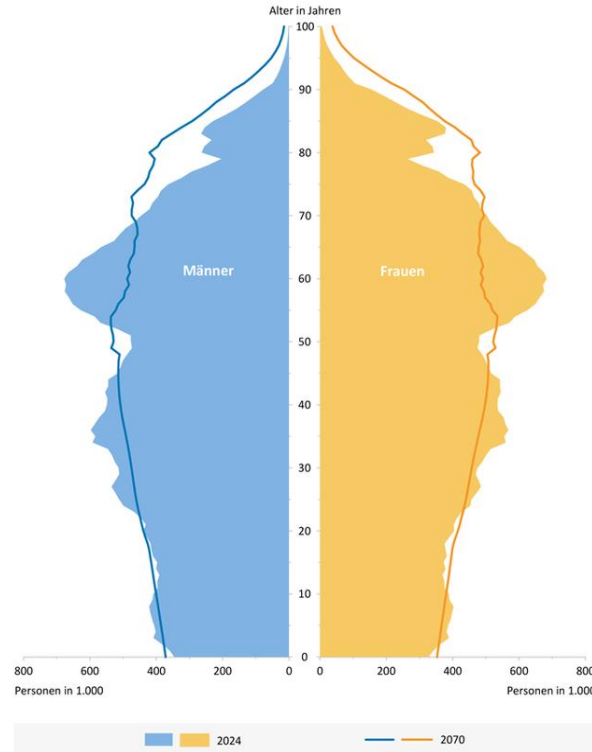
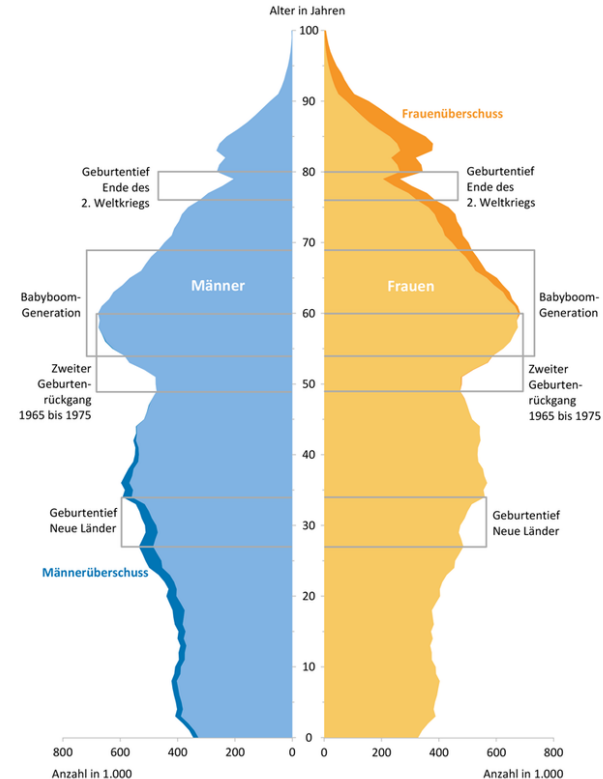




Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands

Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland nach demografischen Ereignissen
(2024)

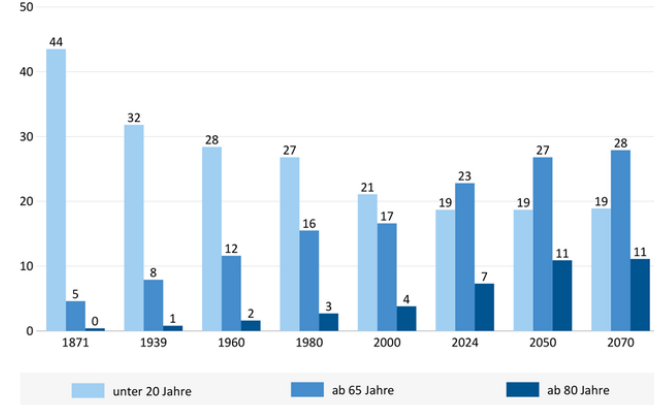
Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland (2024 und 2070*)



* Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes und der Länder, Variante 2: Moderate Entwicklung der Fertilität, Lebenserwartung und Wanderung (langfristiger Wanderungssaldo: 250.000 jährlich)

Bevölkerung unter 20 Jahren, ab 65 Jahre und ab 80 Jahre (1871-2070*)

Anteil an der Bevölkerung in Prozent



* 1871 bis 1939 Reichsgebiet, 1950 bis 1989 Früheres Bundesgebiet und Gebiet der ehemaligen DDR insgesamt, ab 1990 Deutschland

2050 und 2070: Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes und der Länder, Variante G2L2W2: Moderate Entwicklung der Fertilität, Lebenserwartung und Wanderung (langfristiger Wanderungssaldo: 250.000 jährlich).

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB)

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen: BIB



Entstehung der außerklinischen Intensivpflege

- Patienten mit Langzeitbeatmung nach Klinikentlassung
- Entwicklung spezialisierter Pflegedienste & Wohngruppen
- Bedarf an koordinierter Versorgung steigt



Klinik

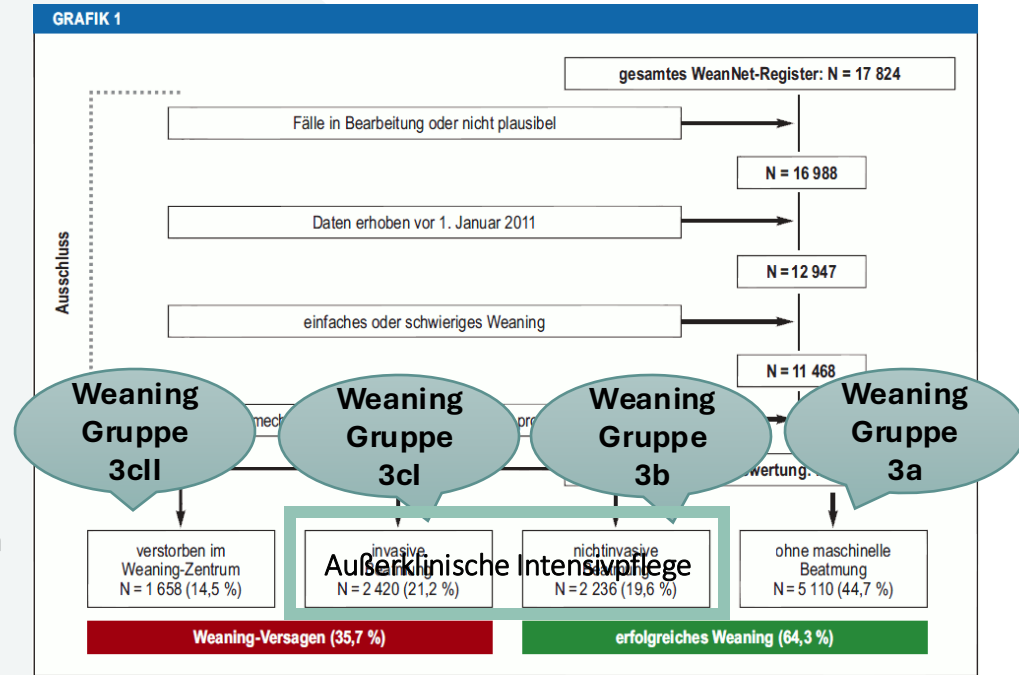
Reha

Außerklinische
Intensivpflege

Häusliche
Umgebung

Welche Klient*innen kommen in die AKI?

- Ausgangslage: **ca. 65 %** der Patient:innen im Weaningzentrum gelten als **weanbar**
- Ziel von IPReG & AKI: möglichst viele erfolgreich entwöhnen
- Wie viele Klient:innen werden in der AKI tatsächlich erfolgreich entwöhnt?

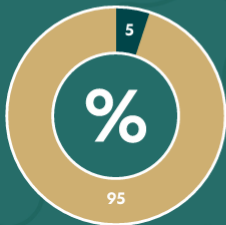


Fließschema der Analyse der Registerdaten und der Patientenergebnisse. Von insgesamt 17 824 Patienten wurden 713 Fälle in Bearbeitung sowie 123 Fälle mit nicht plausiblen Daten von der weiteren Analyse ausgeschlossen.



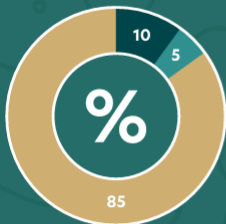
Weaning bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE

WEANING UND RÜCKZUGSPFLEGE IN ZAHLEN



Tatsächliche Entwöhnung
von Beatmung bzw. Dekanülierung

	EV* in %	WG* in %	Gesamt in %
Ja	56 6 %	47 5 %	103 5 %
Nein	861 94 %	994 96 %	1.855 95 %
Gesamtergebnis	917 100 %	1.041 100 %	1.958 100 %



Rückzugspflege wurde durchgeführt

	EV* in %	WG* in %	Gesamt in %
Ja	127 17 %	17 3 %	144 10 %
Potenzial	17 2 %	48 7 %	65 5 %
Nein	588 80 %	592 90 %	1.180 85 %
Gesamtergebnis	732 100 %	657 100 %	1.389 100 %

Klient*innenverteilung
gesamt in %

EV = Einzelversorgung, WG = Wohngemeinschaft

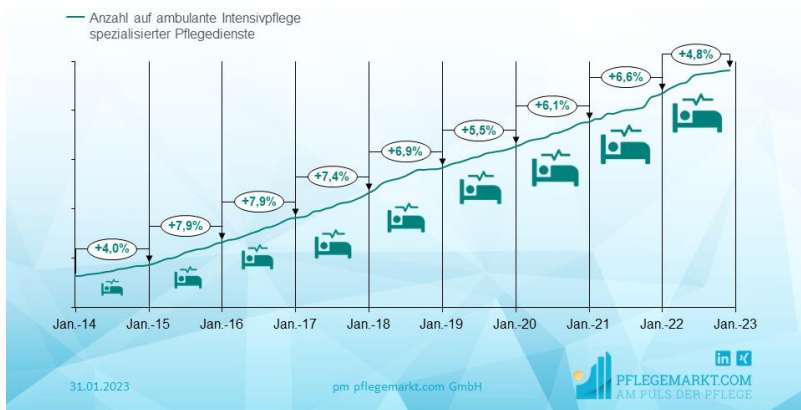
Kennzahlen ins Verhältnis gesetzt

	2024	2023	2022	2021
Anteil Klient*innen mit Potenzial zur Entwöhnung bzw. Dekanülierung	16 %	11 %	10 %	13 %
Anteil Klient*innen mit tatsächlicher Entwöhnung bzw. Dekanülierung	5 %	7 %	6 %	7 %
Anteil Klient*innen Rückzugspflege	15 %	14 %	16 %	16 %
QUOTE AUSSCHÖPFUNG	n. a.	68 %	62 %	54 %
Anzahl Klient*innen in Analyse	> 988	1.605	1.613	1.479

Außerklinische Intensivpflege in Deutschland



Wachsende Anzahl ambulanter Intensivpflegedienste 2014 – 2023



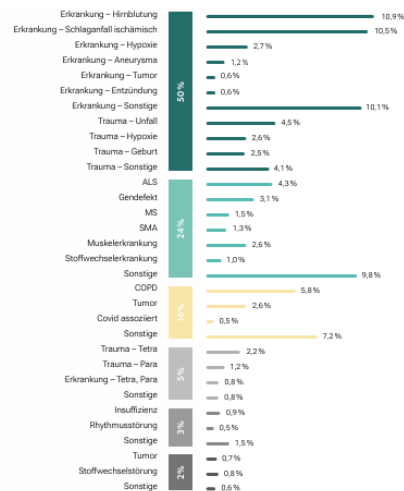
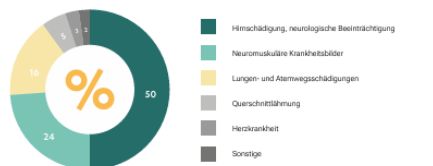
Anzahl der Pflegedienste: Die Zahl der auf Intensivpflege spezialisierten Pflegedienste stieg von 2022 auf 2023 um rund 5 Prozent. Insgesamt gibt es etwa 1.700 Pflegedienste mit Angeboten in der außerklinischen Intensivpflege, davon bieten etwa 700 überwiegend oder ausschließlich außerklinische Intensivpflege an.

Vgl. Pflegemarkt.com (2023): Anzahl und Statistik der außerklinischen Intensivpflege in Deutschland. Verfügbar unter: www.pflegemarkt.com



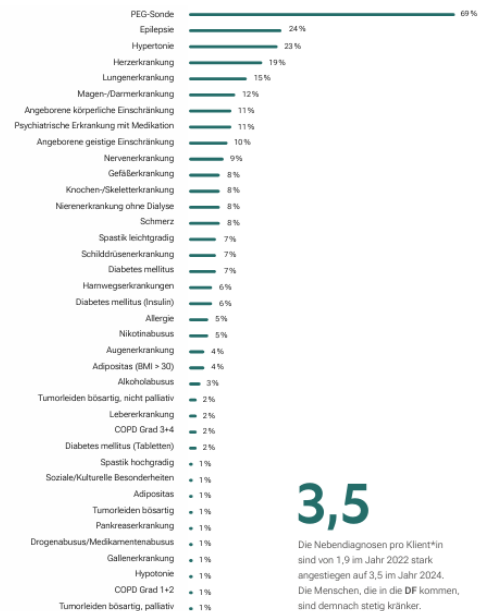
Wer sind unsere Klient:innen heute?

AUFNAHMEGRÜNDE



NEBENDIAGNOSEN

Nebendiagnosen allein führen nicht zur Intensivpflegebedürftigkeit. Daher werden sie in der Dokumentation klar von den Aufnahme Gründen getrennt. Sie werden erhoben, weil sie entscheidend für den Pflegeaufwand sind – denn pro Klient*in aufsummiert ergeben sie ein Bild von der Morbidität, also der Schwere der Erkrankung der Betroffenen.



3,5

Die Nebendiagnosen pro Klient*in sind von 1,9 im Jahr 2022 stark angestiegen auf 3,5 im Jahr 2024. Die Menschen, die in die DF kommen, sind demnach stetig kränker.

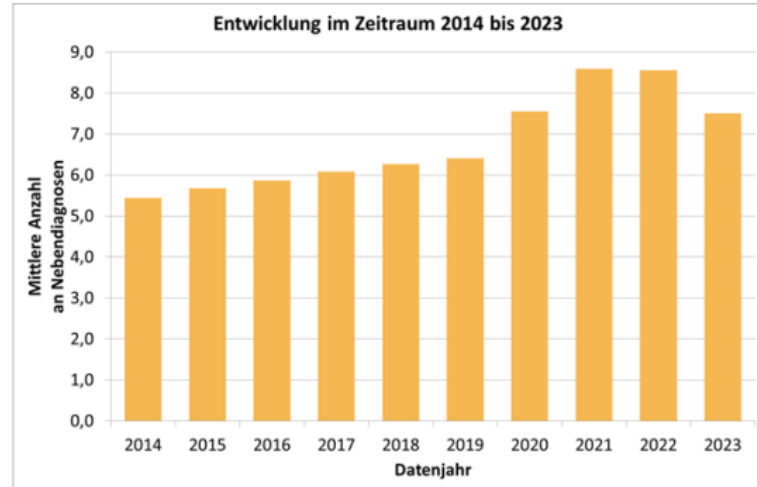
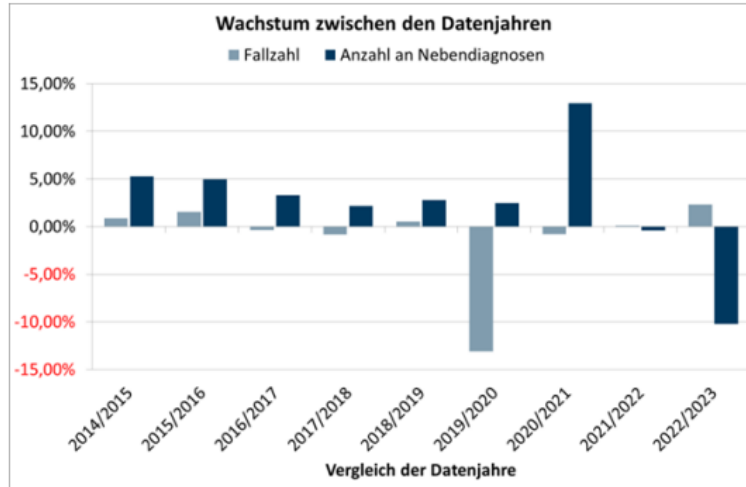
3,5

Die Nebendiagnosen pro Klient*in sind von 1,9 im Jahr 2022 stark angestiegen auf 3,5 im Jahr 2024.

Die Menschen, die in die DF kommen, sind demnach stetig kränker.



Wie komplex ist Intensivmedizin?



Vergleich des Wachstums von Fallzahl und Anzahl an Nebendiagnosen zwischen den Datenjahren (links) sowie Entwicklung der mittleren Anzahl an Nebendiagnosen je Fall (rechts) für die Datenjahre 2014 bis 2023 auf Basis der validen vollstationären Fälle der §-21-Daten 2014 bis 2023

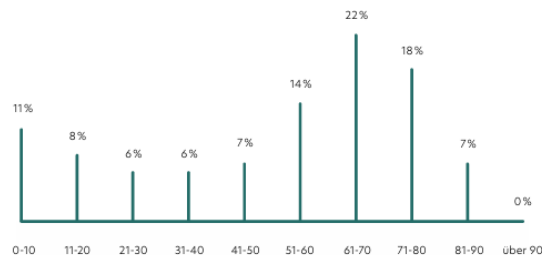
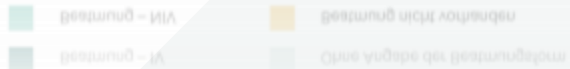
Nicht alle AKI-Klient:innen sind beatmet

Beatmet vs. Tracheotomiert

BEATMUNGSSTATUS

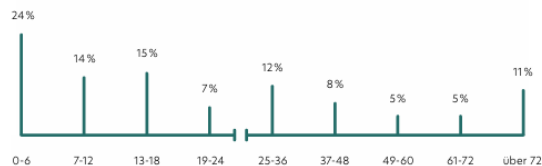
Basierend auf den digital erfassten Daten der Klient*innen wurde der Beatmungsstatus der Menschen, die von der DF intensivpflegerisch versorgt werden, gemäß der Kategorisierung der Krankheitsbilder dokumentiert: Demnach werden 58 % der Klient*innen nicht beatmet. Insgesamt sind über 80 % der Klienten auf einen künstlichen Atemwegszugang angewiesen.

Der Beatmungsstatus hat im Zusammenhang mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) eine besondere Bedeutung, da das Gesetz und die AKI-Richtlinie einen starken Fokus auf die Bewertung von Rehabilitationspotenzialen legen.



Altersverteilung
in Jahren

51,7



Versorgungsdauer
in Monaten

30,8



Intensivpflege in der Zukunft

- Stationäre Intensivversorgung für die Entwöhnung
- Selektion der Klient*innen – nicht jeder kann entwöhnt werden
- Keine dauerhaften stationären Aufenthalte.
- Kooperation und Zusammenarbeit mit der Klinik
- Wie sieht es mit der Entwöhnung in der AKI aus?





Wie sieht es mit der Entwöhnung in der AKI aus

Der Pneumologe

Leitthema

Pneumologie 2021 · 18:34–39

<https://doi.org/10.1007/s10405-020-00353-2>

Online publiziert: 16. November 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Redaktion

C.-P. Criée, Bovenden-Lengler

W. Windisch, Köln



Zusammenfassung

Die Zahl der Patienten im prolongierten Weaning steigt infolge des zunehmenden Alters und der Komorbidität der Patienten sowie des technischen Fortschritts der Chirurgie und der Intensivstation. Die Daten zeigen, dass über 10 % der Intensivstationen ein Weaningzentrum haben. Mit einem Weaning in einem spezialisierten Weaningzentrum nach erfolglosem prolongiertem Weaning soll in einem spezialisierten Weaningzentrum durchgeführt werden. Für Patienten mit einer fortgeschrittenen neuromuskulären Erkrankung oder Patienten mit einer fortgeschrittenen Lungenerkrankung, die eine invasive Beatmung benötigen, sollten sie in ein spezialisiertes Weaningzentrum überwiesen werden. In Deutschland zwischen 2006 und 2016 vervierfachte die außerklinische invasive Beatmung bzw. Langzeit-NIV (nichtinvasive Beatmung) geht häufig mit einem deutlichen Autonomieverlust und geringer Lebensqualität einher, sodass deren Beginn

K. Fricke¹ · B. Schönhofer²

¹ Lungenklinik Merheim, Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Universität Witten/Herdecke, Köln, Deutschland

² Pneumologische Praxis und pneumologischer Konsildienst im Klinikum Agnes Karll/Laatz, Klinikum Region Hannover, Hannover, Deutschland

Außerklinische Beatmung nach prolongiertem Weaning

In Zusammenschau mit der Komorbidität des Patienten und dem Patientenwillen sollte die Indikation geprüft werden.

erfahrenen niedergelassenen Pneumologen durchzuführen.

Schlüsselwörter

Chronisch respiratorische Insuffizienz · Nichtinvasive Beatmung · Invasive Beatmung · Weaningzentrum · Beatmungsmedizin

Angebote von Einrichtungen für außerklinische Beatmung zur geplanten Respiratorentwöhnung sehen wir sehr kritisch, weil hier die für den Weaningprozess notwendigen diagnostischen und therapeutischen Interventionen v. a. aus Gründen der Patientensicherheit nicht adäquat erfolgen können. Außerdem entbehrt ein solches Vorgehen jeder wissenschaftlichen Evidenz.

- Grundsätzlich ist es auch möglich, die ambulante Betreuung klinisch stabiler Patienten mit außerklinischer Beatmung im Rahmen eines Kooperationsmodells gemeinsam mit in der Beatmungsmedizin erfahrenen niedergelassenen Pneumologinnen und Pneumologen durchzuführen.

Wissenschaft in der AKI

Dekanülierungspotenzial nach erworbener Hirnschädigung in einer rehabilitativ organisierten außerklinischen Intensivpflege

- Die **TK-Entwöhnung dauerte** mit circa **11 Monaten** deutlich länger als in Einrichtungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- Bei allen dekanülierten Patientinnen und Patienten konnte die weitere außerklinische Intensivpflege (AKI) vermieden werden.
- Weitere **Limitationen** dieser Analyse liegen im Fehlen einer **Kontrollgruppe**
- Die Einbeziehung der genannten Faktoren kann bei weiteren Untersuchungen helfen, die Effekte dieses Behandlungsansatzes präziser zu erfassen.
- Es fehlt **Medianüberlebenszeit** nach der Dekanülierung

Vgl. Woywod P, Alagic A, Gutschmidt P, Bodenstern C, Seitz A, Dohle C: Decannulation potential after acquired brain injury in rehabilitation-oriented outpatient intensive care. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 831–2. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0227

	alle Patientinnen/ Patienten	erfolgreich dekanüliert	nicht erfolgreich dekanüliert	Signifikanz (Mann-Whitney-U-Test)
Anzahl	n = 29	n = 13	n = 16	–
Alter bei Aufnahme/Jahre (Median, IQR)	55 [46,6; 65]	52 [42; 56,5]	60,5 [48,25; 74,5]	p = 0,050
Geschlecht (männlich/weiblich)	23 / 6	10 / 3	13 / 3	–
Latenz TK-Anlage bis Aufnahme/Tage (Median, IQR)	179 [121; 233]	170 [111; 215]	193,5 [121,5; 240,75]	p = 0,531
Diagnosen				
– zerebrale Ischämie	10	5	5	–
– Blutung	10	4	6	–
– Schädel-Hirn-Trauma	5	1	4	–
– Hypoxie	2	1	1	–
– Sonstige	2	2	–	–
Zusatzdiagnosen				
– initiale respiratorische Insuffizienz	24	11	13	–
– protrahiertes Weaning	12	4	8	–
– Aspirationspneumonie	10	3	7	–
– Vigilanzminderung	5	1	4	–
– initiale Dysphagie	15	9	6	–
Beatmung bei Aufnahme	1	–	1	–
Ernährungsform enteral via PEG bei Aufnahme	29	13	16	–
Aufenthaltsdauer/Tage (Median, IQR)	365 [199; 553]	210 [157,5; 355,5]	471 [354,5; 622]	p = 0,022
Dauer Aufnahme bis Dekanülierung/Tage (Median, IQR)	–	155 [100; 321,5]	–	–
Beatmung bei Entlassung	–	–	–	–
Ernährungsform oral bei Entlassung	13	11	2	–

IQR, Interquartilsabstand; PEG, perkutane endoskopische Gastrostomie; TK, Trachealkanüle



Fazit und Ausblick

Fazit

- Klinik und Außerklinik sind keine getrennten Systeme – erfolgreiche Versorgung entsteht an der Schnittstelle.
- Entwöhnung von Beatmung und Trachealkanüle ist auch Aufgabe der außerklinischen Versorgung.
- Vermeidung unnötiger Klinikaufenthalte durch abgestimmte Prozesse und klare Verantwortlichkeiten.

Ausblick

- Die Außerklinische Intensivpflege (AKI) wird wissenschaftlicher – mehr Evidenz, Forschung und Qualitätsmessung.
- Datengetriebene Versorgung: bessere Verfügbarkeit und Nutzung von Versorgungsdaten für Outcomes, Qualität und Steuerung.
- Kooperation statt Abgrenzung:
 - Klinik braucht die Außerklinik für nachhaltige Rehabilitation und Entlastung.
 - Außerklinik braucht die Klinik für Akutkompetenz und medizinische Rückkopplung.
- **Zukunftsfrage: Geht Klinik ohne Außerklinik – oder Außerklinik ohne Klinik?**
Nur gemeinsam gelingt der Wandel der Versorgungsprozesse.





WEIL
PFLEGE
SO
VIEL
MEHR
IST.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Ajdin Telalovic

+49 151 70510180
telalovic@deutschefachpflege.de

DEUTSCHEFACHPFLEGE
Heidestraße 13
32051 Herford

