

Schnittstelle zwischen Klinik und Außerklinik – Versorgungsprozesse im Wandel

Zukunftsansichten – 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

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 / DEUTSCHEFACHPFLEGE





Inhalt

Vergangenheit

woher kommt
der Bedarf?

Gegenwart

wo stehen wir
heute?

Zukunft

wie sieht die
Schnittstelle
morgen aus?

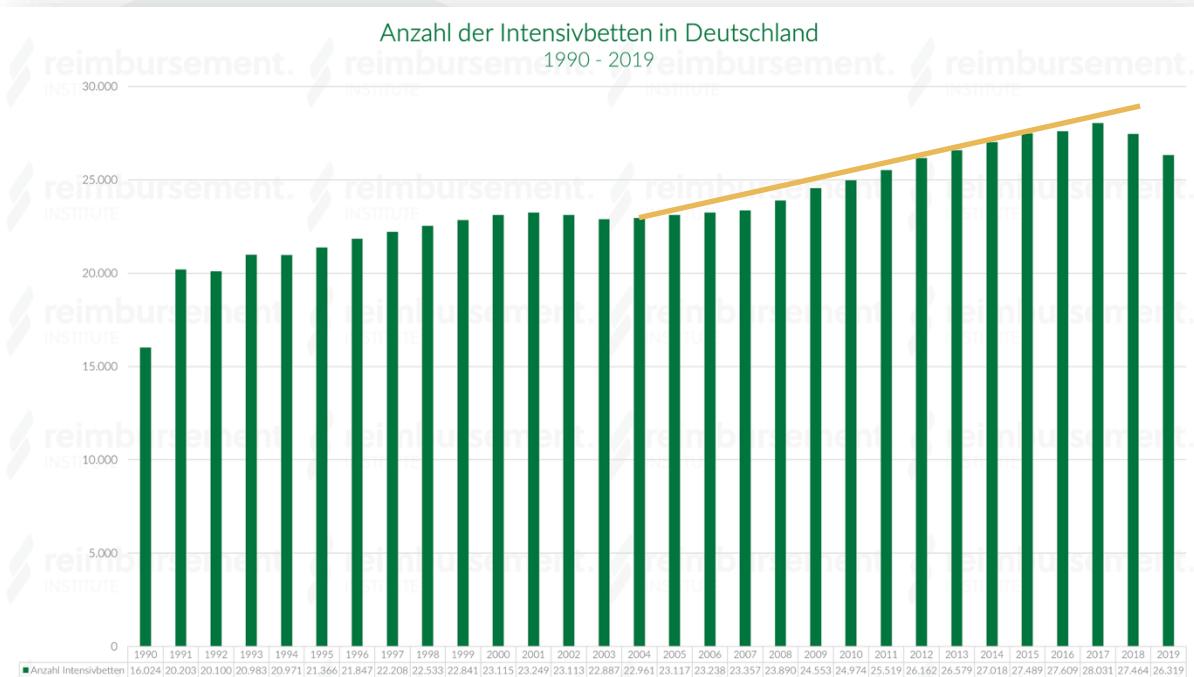
Die Wurzeln der Intensivmedizin

- 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 %**.



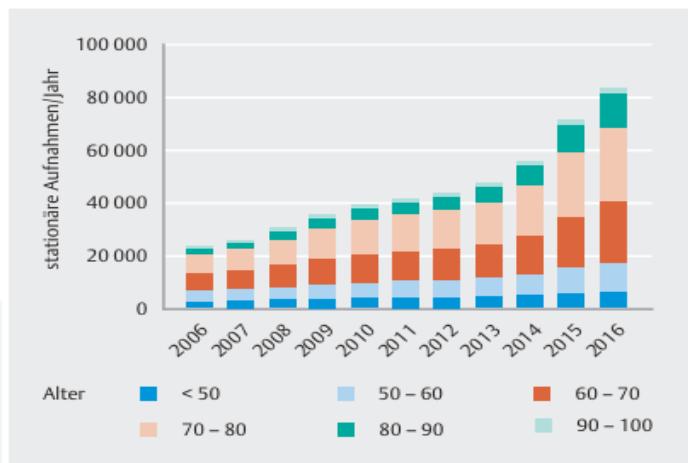
Anzahl der Intensivbetten nach Bundesländern

- 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.

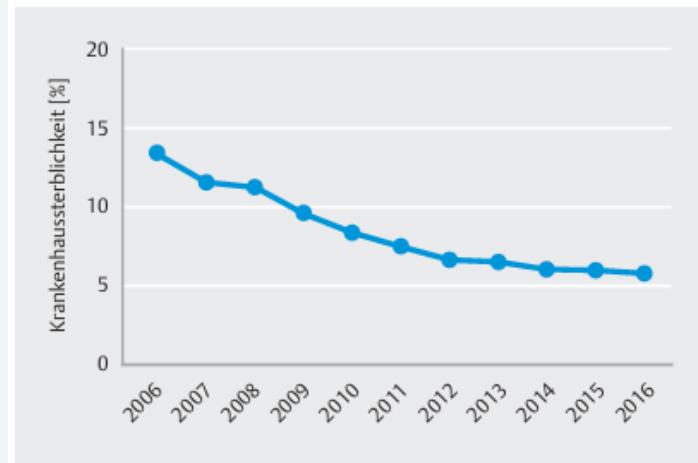


Gründe für steigenden Weaning-Bedarf

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

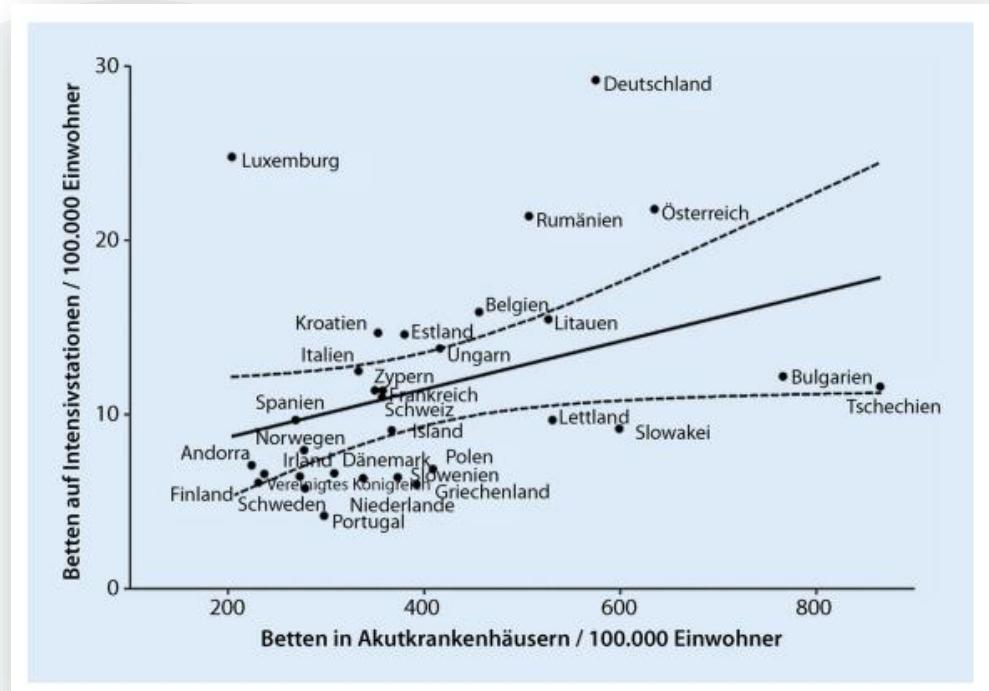


- Krankenhaussterblichkeit sinkt
- Von ca. 14 % auf unter 6 %
- Mehr Menschen überleben schwere Erkrankungen – brauchen aber Langzeitversorgung
- Zahl außerklinisch versorgerter, multimorbider Patient:innen wird weiter steigen



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 Finanzierungs- 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 Beatmungsstunden (> 96 h) führen zu einem sprunghaften Erlöszuwachs – das hat zu einer massiven Ausweitung von Beatmungsfällen geführt.

2 Struktur der Krankenhauslandschaft

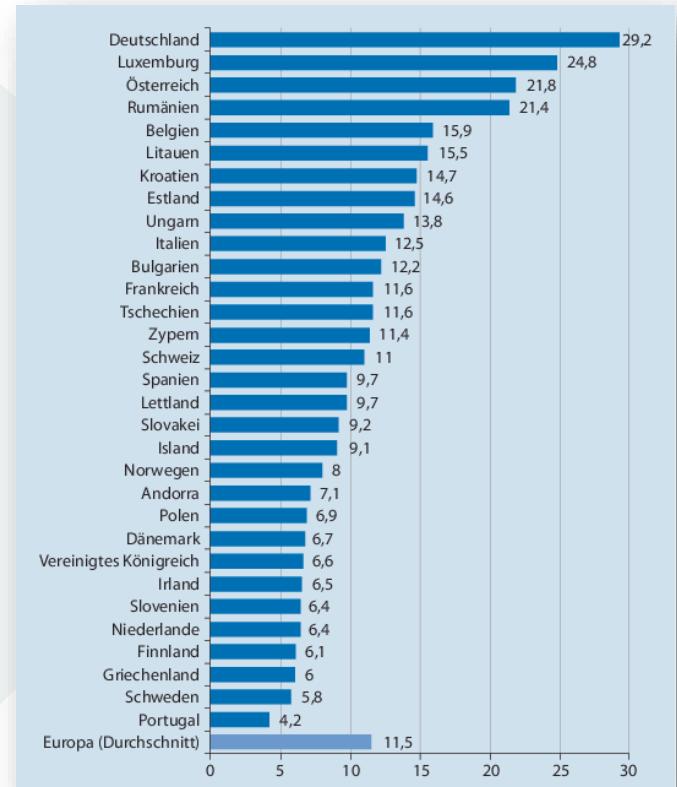
- Deutschland hat sehr viele Akutkrankenhäuser im internationalen Vergleich: über 1.600 Häuser mit ~480.000 Betten (OECD: eines der dichtesten Krankenhausnetze Europas).

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

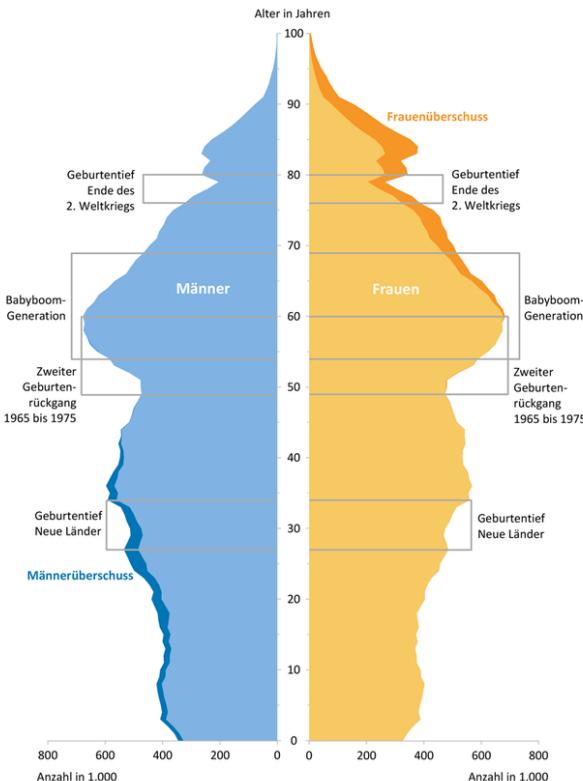
- Deutschland hat einen alten Bevölkerungsdurchschnitt (Medianalter > 45 Jahre).



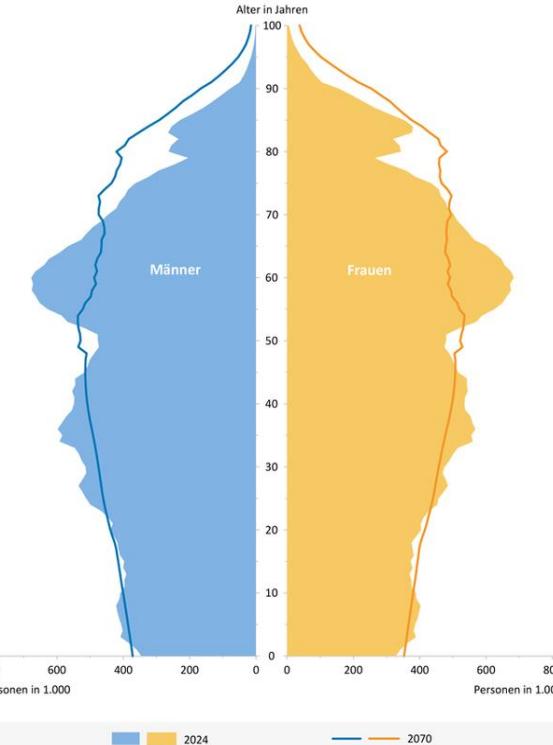


Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands

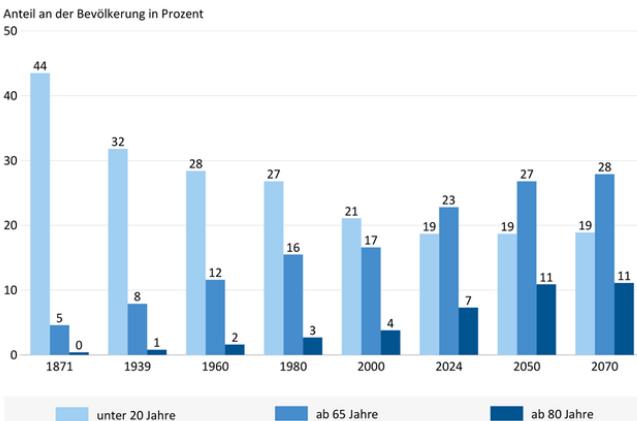
Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland nach demografischen Ereignissen (2024)



Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland (2024 und 2070*)



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



* 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

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

Entstehung der außerklinischen Intensivpflege

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



Klinik

Reha

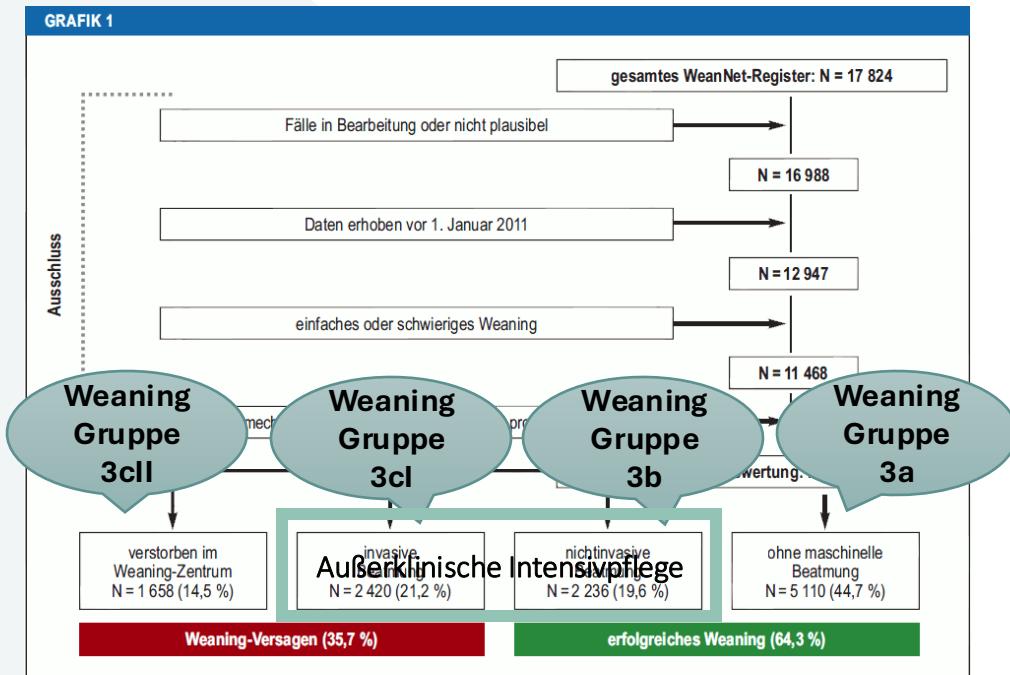
Außerklinische
Intensivpflege

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

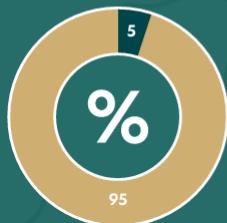
- Wie viele Klient:innen werden in der AKI tatsächlich erfolgreich entwöhnt?



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



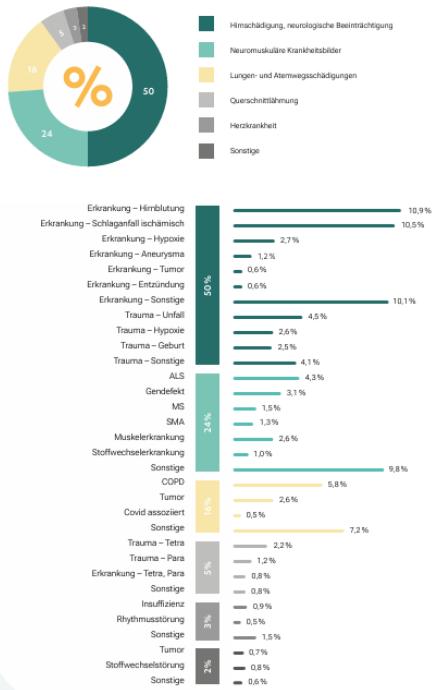
Anzahl der Pflegedienste: Die Zahl der auf Intensivpflege spezialisierten Pflegedienste stieg von 2022 auf 2023 um rund 5 Prozent. Insgesamt gibt es etwa 1.700 Pflegedienste mit Angeboten in der außerklinischen Intensivpflege, davon bieten etwa 700 überwiegend oder ausschließlich außerklinische Intensivpflege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

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



Wer sind unsere Klient:innen heute?

AUFAHMEGRÜNDE



NEBENDIAGNOSEN

Nebendiagnosen allein führen nicht zur Intensivpflegebedürftigkeit. Daher werden sie in der Dokumentation klar von den Aufnahmegründen 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.

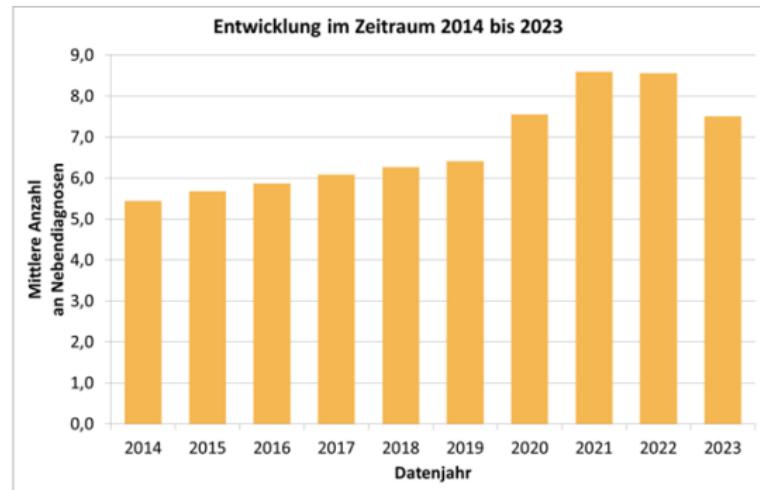
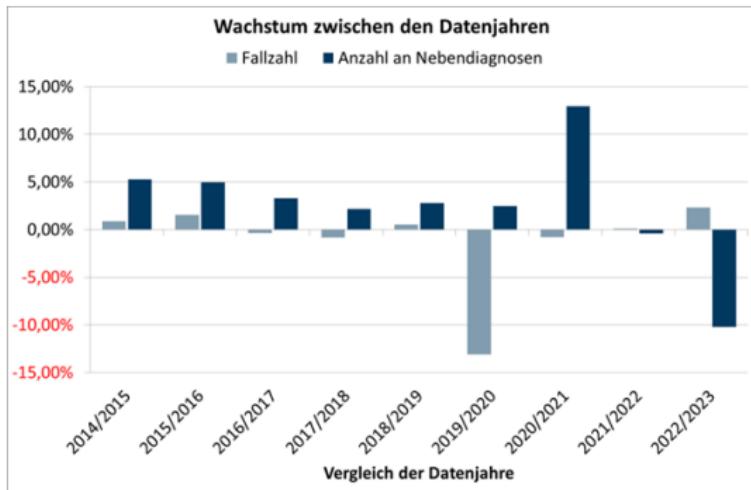


3,5

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

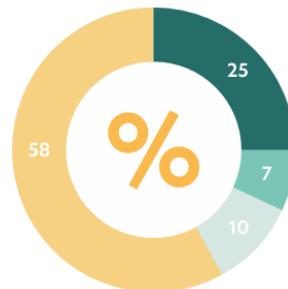
Nicht alle AKI-Klient:innen sind beatmet

Beatmet vs. Tracheotomiert

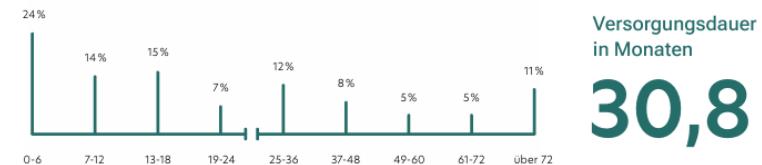
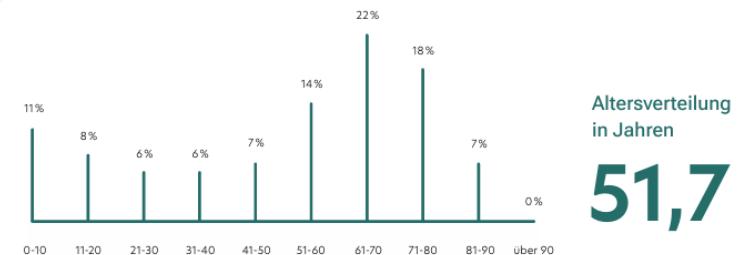
BEATMUNGSSTATUS

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.



- Beatmung - IV
- Beatmung - NIV
- Ohne Angabe der Beatmungsform
- Beatmung nicht vorhanden



0-6 7-12 13-18 19-24 25-36 37-48 49-60 61-72 über 72

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?



Klinik

Reha

Stationäre
außerklinische
Intensivversorgung

Außenklinische
Intensivpflege

Häusliche
Umgebung



Wie sieht es mit der Entwöhnung in der AKI aus

Der Pneumologe

Leithema

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-Lengeln
W. Windisch, Köln



Zusammenfassung

Die Zahl der Patienten im prolongierten Weaning steigt infolge des zunehmenden Alters und der Komorbidität der Patienten sowie des technischen

Chirurgie und der ierlich an. Die Date zeigen, dass über der Intensivstation Weaningzentrum.

Respirator definitiv Mit einem Weanin längere Beatmung auf die Weaningst niedrigen Body-M.

neuromuskuläre E fortgeschrittenen / Patienten mit auß

wegen der Kontrol Notfall rehospitalisiert werden mussten, hat sich in Deutschland zwischen 2006 und 2016 vervierfacht. 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

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

²Pneumologische Praxis und pneumologischer Konsildienst im Klinikum Agnes KarllLaatzen, Klinikum Region Hannover, Hannover, Deutschland

Außerklinische Beatmung nach prolongiertem Weaning

in Zusammenschau mit der Komorbidität des Patienten und dem Patientenwillen sorgfältig geprüft, die Indikation regelmäßig

sollte. Die Einstellung auf eine außerklinische Beatmung nach erfolglosem prolongiertem Weaning sollte in einem spezialisierten Weaningzentrum durchgeführt werden. Für

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

TABELLE

Charakteristika der dekanülierten und nichtdekanülierten Patientinnen und Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen

| | 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 | - |
| – protrahierte 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

