

Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	aQua - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Förderkennzeichen:	01VSF21027
Akronym:	ATME
Projekttitel:	Bedarflagen, Bedürfnisse und sektorenübergreifende Versorgungsabläufe außerklinisch beatmeter Intensivpatienten
Autorinnen und Autoren:	Nahne-Alina Knizia, Andreas Büscher, Nathalie Englert, Alena Lübben, Felipe Argüello Guerra, Antje Schwinger, Sören Matzk, Constance Stegbauer, Sven Wolfgram, Gerald Willms
Förderzeitraum:	1. Juli 2022 - 30. Juni 2024
Ansprechperson:	Dr. Gerald Willms E-Mail: g.willms@aqua-institut.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt ATME wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21027 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Außerklinische Intensivpflege (AKI) hat aufgrund des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts der letzten Jahre an Bedeutung gewonnen. Die Vulnerabilität der Betroffenen und die hohe Komplexität der Fälle ist ebenso charakteristisch für die AKI wie die hohen Kosten, die u.a. durch die dauerhafte Anwesenheit geeigneten pflegerischen Personals entstehen. Infolgedessen hat sich ein dynamischer Leistungsanbietermarkt entwickelt, der u.a. aufgrund der Intransparenz und Hinweisen auf Qualitätsmängel in den Fokus versorgungspolitischer Regelungsinteressen gerückt ist. Da trotz gesetzlicher Neuordnung der AKI Unklarheit über zentrale Charakteristika der Population besteht, verfolgt das ATME-Projekt das Ziel, Versorgungsstrukturen und Krankheitsverläufe von beatmeten und/oder tracheotomierten Menschen mit AKI zu analysieren und Empfehlungen für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Weiterentwicklung der Versorgung zu erarbeiten.

Methodik: Es wurde eine nicht-interventionelle Versorgungsanalyse mit deskriptivem und explorativem Erkenntnisinteresse im Mixed-Methods-Design durchgeführt. Die empirische Studie basiert im Wesentlichen auf Befragungsdaten verschiedener Zielgruppen (Pflegeeinrichtungen, Menschen mit AKI-Versorgung, Zentren für außerklinische Beatmung) und einer longitudinalen Sekundärdatenanalyse der Routinedaten aller AOKs für die Jahre 2018 bis 2022.

Ergebnisse: Bundesweit wurden 18.368 AOK-Versicherte mit AKI-Versorgung für die Jahre 2018-2022 identifiziert und analysiert. Zudem wurden Befragungsdaten von 308 Pflege(fach)kräften, 43 Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen von Zentren für außerklinische Beatmung und 159 Menschen mit AKI ausgewertet. Die Projektergebnisse zeigen, dass die Population der AKI-Versorgten hinsichtlich Alter, Erkrankungen, Versorgungsformen und -verläufen heterogen ist. Auch bei der Art der Beatmung ist eine große Heterogenität feststellbar, sowohl was die (tägliche) Beatmungsdauer als auch die Beatmungsform (z.B. invasiv, nicht-invasiv) betrifft. Ein relevanter Anteil der AKI-Population ist zudem weder beatmet noch tracheotomiert. Die Vulnerabilität der Zielpopulation wird durch häufige und vor allem ungeplante Krankenhausaufenthalte belegt. Aus Sicht der Betroffenen sowie der Pflege(fach)kräfte sind Krankenhausaufenthalte die kritischsten Versorgungsphasen. In den Befragungen wird mehrheitlich angegeben, dass die bestmögliche Lebensqualität sowie der Erhalt des Status quo die wichtigsten Therapieziele sind, während eine Beatmungsentwöhnung (Weaning) insbesondere aus Sicht der in der Häuslichkeit versorgten Menschen mit AKI nur selten ein wichtiges Behandlungsziel bzw. teilweise sogar mit Ängsten verbunden ist.

Diskussion: Vor dem Hintergrund der dargelegten Ergebnisse sollte die Heterogenität der Population im GKV-IPReG bzw. der AKI-Richtlinie besser berücksichtigt werden. Es gilt zu prüfen, ob und inwiefern der Fokus auf Beatmungsentwöhnung und Weaning für die gesamte Population sinnvoll und erforderlich ist. Die Entwicklungen durch die angestoßenen strukturellen Veränderungen gilt es kontinuierlich zu beobachten.

Schlagworte: außerklinische Intensivpflege, Versorgungsanalyse, Routinedatenanalyse, Patient*innenbefragung, Versorger*innenbefragung

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	5
II	Abbildungsverzeichnis	5
III	Tabellenverzeichnis	6
1	Projektziele	8
2	Projektdurchführung	9
2.1	Projektbeteiligte	9
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts	10
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts	10
3	Methodik	12
3.1	Routinedatenanalyse	13
3.1.1	Fragen und Methoden	13
3.1.2	Datengrundlage der AKI-Population	16
3.1.3	Operationalisierung der AKI-Population	16
3.1.4	Operationalisierung des Beatmungsstatus	17
3.1.5	Operationalisierung des Versorgungsortes	18
3.2	Explorative Interviews	18
3.3	Befragungen	20
3.4	Ergebnisworkshops und Konsensuskonferenz	22
3.4.1	Ergebnisworkshops	22
3.4.2	Konsensuskonferenz	23
4	Projektergebnisse	24
4.1	Epidemiologische und soziodemografische Beschreibung der Population	24
4.1.1	Demografische und versorgungsspezifische Eckdaten	24
4.1.2	Sektorenübergreifende Schnittstellen in der Versorgung	30
4.1.3	Beatmungsentwöhnung und Potenzialerhebung im Krankenhaus	34
4.2	Beschreibung der pflegerischen und der medizinischen, rehabilitativ-therapeutischen Versorgung	35
4.2.1	Beschreibung der pflegerischen Versorgung	36
4.2.2	Beschreibung der medizinischen, rehabilitativ-therapeutischen Versorgung	45
4.3	Bedarfslagen und Bedürfnisse von Menschen mit AKI-Versorgung	47
4.4	Priorisierung von populationsübergreifenden und relevanten Versorgungsproblemen	53
4.4.1	Ergebnisworkshops	53
4.4.2	Konsensuskonferenz	56

5	Diskussion der Projektergebnisse	57
5.1	Limitationen	57
5.2	Diskussion zentraler Ergebnisse und Ableitung von Handlungsempfehlungen	58
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	64
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	65
IV	Literaturverzeichnis	67
V	Anlagen	69

I Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AKI-RL	Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
DIGAB	Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung und Intensivversorgung e.V.
DKVF	Deutscher Kongress für Versorgungsforschung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
FB	Folgebefragung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-IPReG	Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GOP	Gebührenordnungsposition (im EBM)
HB	Hauptbefragung
HKP	Häusliche Krankenpflege
KAI	Kongress für Außerklinische Intensivpflege und Beatmung
KG2	Gesetzliche Krankenversicherung Leistungsfälle und -tage
KV45	Gesetzliche Krankenversicherung – Vorläufige Statistik (Quartalsstatistik)
MAIK	Münchner Außerklinischer Intensivpflege Kongress
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
WiDO	Wissenschaftliches Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK)

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektdurchführung	12
Abbildung 2: Struktur des ATME-Forschungsdatensatzes, Quelle: eigene Darstellung	16
Abbildung 3: Anzahl, Neueintritte und verstorbene Anteile an Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme im Durchschnitt je Quartal (n=18.363)), Quelle: AOK-Daten (2018-2022)	25
Abbildung 4: Überlebensrate in der AKI-Population nach Eintritt in Tagen (n=12.995), Quelle: AOK-Daten (2018-2022)	26
Abbildung 5: Anteil an Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht (n=6.320), Quelle: AOK-Daten (2022)	27
Abbildung 6: Anteil an Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme nach Beatmungsstatus und Altersgruppe (n=6.320), Quelle: AOK-Daten (2022)	28
Abbildung 7: Anteile an Krankheits- und Versorgungsmerkmalen der gesamten AKI-Population nach Altersgruppen (n=6.320), Quelle: AOK-Daten (2022)	29
Abbildung 8: Anteile an Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme nach Versorgungsort (n=18.363) Quelle: AOK-Daten (2018-2022)	29

Abbildung 9: Anteile an AKI-Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme nach Versorgungsregion (n=18.363), Quelle: AOK-Daten (2018-2022), Zuordnung zu siedlungsstrukturellen Kreistypen erfolgt nach dem Raumgliederungssystem des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).....	30
Abbildung 10: Anteile an Versicherten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale (n=18.363), Quelle: AOK-Daten (2018-2022)	31
Abbildung 11: Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen bei allen AKI-Versorgten (n=1.251), Quelle: AOK-Daten (2022)	32
Abbildung 12: OPS 8-718 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung (n=3.723), Quelle: AOK-Daten (2019-2022)	34
Abbildung 13: Anzahl AKI-Versicherte mit Potenzialerhebung und anschließender Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials im Quartal (n=1.019), Quelle: AOK-Daten (2021-2022)	35
Abbildung 14: Erkrankungsformen erwachsener Menschen mit AKI differenziert nach Versorgungsform (n=149).....	37
Abbildung 15: Erfahrung mit Krankenhausaufenthalten, Mehrfachauswahl, n=272.....	40
Abbildung 16: Verfügbarkeit einzelner Leistungsanbieter, differenziert nach Versorgungsform: Antwortoptionen sehr gut/ gut.....	42
Abbildung 17: Qualität der Zusammenarbeit mit verschiedenen Leistungsanbietern: Antwortoptionen sehr gut/ gut, ohne Antwortoption „kann ich nicht beurteilen“	42
Abbildung 18: Zustimmung zur Aussage "Das GKV-IPReG erschwert die ambulante Versorgung." Antwortoptionen gruppiert.....	44
Abbildung 19: Zustimmung zur Aussage "Die fachlichen Anforderungen des GKV-IPReG können von unserer Einrichtung nicht erfüllt werden." Antwortoptionen gruppiert	45
Abbildung 20: Zufriedenheit von Menschen mit AKI-Bedarf mit den Versorgungsbereichen	50
Abbildung 21: Erfüllung der Bedarfe und Bedürfnisse bei der ambulanten pflegerischen und (fach-)ärztlichen Versorgung aus Sicht von Menschen mit AKI-Versorgung ...	51
Abbildung 22: Häufigkeitsverteilung der Inanspruchnahme von Heilmitteln durch befragte Menschen mit AKI.....	52
Abbildung 23: Bewertung von Aussagen zum GKV-IPReG durch Menschen mit AKI-Versorgung.....	53

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Forschungskonsortium	9
Tabelle 2: Fragestellungen, Methodik, Zielgröße und statistische Analysestrategie der Routinedatenanalyse	13
Tabelle 3: Allgemeine Informationen zu den Interviews und Charakteristika der Interviewpartner*innen	18
Tabelle 4: Aufbau der Fragebögen	21
Tabelle 5: Themenbereiche des Thesenpapiers für die Konsensuskonferenz.....	24

Tabelle 6: Anteile der Inanspruchnahme von Facharztgruppen in der ambulant-ärztlichen Versorgung nach Altersgruppen in Prozent (n=18.363), Quelle: AOK-Daten (2022)	33
Tabelle 7: Anteile der Inanspruchnahme von Heilmittel nach Altersgruppen in der AKI im Jahr 2022 in Prozent (n=18.363), Quelle: AOK-Daten (2022)	34
Tabelle 8: Charakteristika der befragten Menschen mit AKI-Versorgung	48
Tabelle 9: Charakteristika der Ergebnisworkshops-Teilnehmer*innen	53

1 Projektziele

Hintergrund

Die Anzahl außerklinisch beatmeter Menschen ist, vor allem vor dem Hintergrund medizinischer und medizintechnischer Fortschritte, in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen (Karagiannidis et al. 2019). Aufgrund der Vulnerabilität der Betroffenen und der Komplexität der Fälle (Fricke et al. 2020) fallen für die medizinischen, rehabilitativ-therapeutischen und pflegerischen Versorgungsleistungen hohe Kosten an (Karagiannidis et al. 2019; Köhler 2019), die, insbesondere auf der pflegerischen Anbieterseite, zu einer ebenso stark steigenden Anzahl von ambulanten Intensivpflegeangeboten und einer Diversifizierung der Versorgungssettings geführt haben (Meißner 2020; Windisch et al. 2019; Meißner 2016). Die Intransparenz des Anbietermarktes (Ewers et al. 2018) bei gleichzeitig steigenden Hinweisen auf Qualitätsmängel (Klingshirn et al. 2020), medizinisch-therapeutische Über-, Unter- und Fehlversorgungen vor allem hinsichtlich nicht ausgeschöpfter Weaningpotenziale (Bornitz et al. 2020; Fricke et al. 2020; Köhler 2019), nicht leitliniengerechte Indikationsstellung für die außerklinische invasive Beatmung (Rosseau 2017), fachliche Überforderung von Hausärzt*innen (Schäfer 2020), Mangel an therapeutischen Rehabilitationsangeboten (DIGAB 2019) und regional unterschiedliche Verfügbarkeit an qualifizierten Pflegefachkräften (Stark et al. 2023; Klingshirn et al. 2020; Stark et al. 2016) hat die Population der außerklinisch-intensivpflegerisch zu versorgenden Menschen in den Fokus versorgungspolitischer Regelungsinteressen gerückt (DIGAB 2019; GKV-SV 2019; Tews 2016). Die mit und durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) angestoßenen und beabsichtigten Veränderungen der Rahmenbedingungen der außerklinischen Intensivpflege (AKI) geschehen vor dem vorstehend skizzierten Hintergrund und sie werden die Versorgung verändern, obgleich noch immer Unklarheit über zentrale Charakteristika der Population (z.B. Beatmungsstatus, Erkrankungsspektrum, Versorgungsverläufe, Bedarfe und Bedürfnisse) besteht.

Projektziele

Ziel des ATME-Projektes ist es, Versorgungsstrukturen und Krankheitsverläufe von beatmeten und/oder tracheotomierten Menschen mit AKI zu analysieren und Empfehlungen für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Weiterentwicklung der Versorgung zu erarbeiten. Das Projekt ist in einem grundlagenwissenschaftlichen Teil so angelegt, dass Daten zur Population und ihrer Versorgungssituation generiert werden, während im anwendungswissenschaftlichen Teil u.a. der Veränderungsprozess durch das GKV-IPReG empirisch frühzeitig in den Blick genommen wird. Im Einzelnen verfolgt das ATME-Projekt die folgenden grundlagen- und anwendungswissenschaftlichen Ziele:

Grundlagenwissenschaftliche Ziele:

- Epidemiologische und soziodemografische Beschreibung der Population (z.B.: ursächliche Erkrankungen, Komorbiditäten, Alter, Geschlecht, Lebens- und Betreuungssituation)
- Beschreibung der medizinischen, rehabilitativ-therapeutischen und pflegerischen Versorgung der unterschiedlichen Populationen in aktueller und retrospektiver Perspektive (z.B. Krankheitsverläufe, Re-Hospitalisierungen, in Anspruch genommene Versorgung)

- Beschreibung der Bedarfslagen und Bedürfnisse der Populationen bezogen auf ihre Erkrankung, den Krankheits- und Therapieverlauf, die Versorgungs- und Lebenssituation unter besonderer Berücksichtigung von Selbstbestimmungs- und Teilhaberechten.
- Beschreibung der aktuellen Versorgungsstrukturen mit Fokus auf die außerklinische Versorgung

Anwendungswissenschaftlicher Teil:

- Analyse der medizinischen, rehabilitativ-therapeutischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen mit den Fragestellungen,
 - ob und inwieweit die Versorgungsstrukturen geeignet sind, außerklinische Langzeitbeatmung – wo möglich – zu vermeiden (ungenutztes Weaningpotenzial beim Übergang aus dem Krankenhaus, als auch im ambulanten Setting),
 - ob und inwieweit die Versorgungsstrukturen geeignet sind, die Bedarfslagen und Bedürfnisse der Menschen mit AKI zu erfüllen (Über-, Unter-, Fehlversorgung),
 - ob und inwieweit die Versorgungsstrukturen geeignet sind, die primären Ziele des GKV-IPReG (Rehabilitation und Teilhabe) zu erreichen,
 - ob und inwieweit sich die durch das GKV-IPReG angestoßenen Veränderungen auf die Versorgung auswirken.
- Priorisierung von populationsübergreifenden und relevanten Versorgungsproblemen und Optionen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen
- Formulierung versorgungspolitisch relevanter und GKV-IPReG-konformer Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung und zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Tabelle 1: Forschungskonsortium

Einrichtung	Rolle im Projekt	Projektleitung	Verantwortungsbereich
aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut)	Konsortialführung	Dr. Gerald Willms	Konsortialführung, Projektsteuerung, Methodische Gesamtverantwortung, Interviews/Befragungen von Menschen mit AKI und Zentren, Workshops
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)	Konsortialpartner	Dr. Antje Schwinger	Routinedatenanalysen, Workshops
Hochschule Osnabrück	Konsortialpartner	Prof. Dr. Andreas Büscher	Interviews mit Pflegeeinrichtungen, Befragungen von

Einrichtung	Rolle im Projekt	Projektleitung	Verantwortungsbereich
			Pflegeeinrichtungen, Workshops
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Konsortialpartner	Sven Wolfgram Dr. Leonie Mallmann	Feldzugänge (Pflege, Menschen mit AKI, Hausärzt*innen)

Das Konsortium wurde durch einen wissenschaftlich-versorgungspolitischen Beirat begleitet und unterstützt. Die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung und Intensivversorgung (DIGAB) unterstützte das Projekt sehr aktiv als Kooperationspartner.

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Die Studie zielt auf eine umfassende Beschreibung und Analyse der Bedarfslagen, Bedürfnisse und der sektorenübergreifenden Versorgungsverläufe von beatmeten und/oder tracheotomierten Menschen mit AKI-Versorgung ab (folgend im Text kurz: Menschen mit AKI bzw. mit AKI-Versorgung).

In einem empirisch angelegten grundlagenwissenschaftlichen Teil sollen valide Kenntnisse über die (ambulante) Versorgungsstruktur, über epidemiologische und soziodemografische Merkmale der Population sowie deren Versorgungsverläufe, -bedarfe und -bedürfnisse generiert werden. Dabei nähert sich das Projekt der Population nicht primär aus klinisch-medizinischer Perspektive, sondern in der außerklinischen und damit wesentlich (intensiv-)pflegerisch geprägten Versorgungsrealität. Auf Basis dieses Grundlagenwissens soll sich der anwendungswissenschaftlichen Frage „welche Form der Versorgung, für welchen Bedarf und welche Nutzergruppe am ehesten geeignet ist“ (Ewers et al. 2018) genähert werden.

Datengrundlage des grundlagenwissenschaftlichen Teils sind Routinedaten von Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) der Jahre 2018 bis 2022 sowie (teil-)standardisierte Befragungen von Menschen mit AKI-Versorgung, Mitarbeiter*innen von Pflegeeinrichtungen und Zentren für außerklinische Beatmung. Datengrundlage des anwendungswissenschaftlichen Teils sind die Ergebnisse der grundlagenwissenschaftlichen Teile, die in Form von mehreren Ergebnisworkshops vorgestellt, diskutiert, bezüglich ihrer Relevanz priorisiert und im Rahmen einer Konsensuskonferenz hinsichtlich möglicher versorgungspolitischer Konsequenzen diskursiv verdichtet wurden.

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

Vorbereitungsphase

Projektvorbereitung: Zu Beginn der Projektlaufzeit wurden erforderliche vertragliche Vereinbarungen geschlossen, ein Datenschutzkonzept erstellt und ein Ethikvotum eingeholt. Zudem wurde der wissenschaftlich und versorgungspolitisch besetzte Beirat konstituiert.

Entwicklung Erhebungsinstrumente: Basierend auf einer Literaturrecherche und in Abstimmung mit allen Konsortialpartner*innen wurden Leitfäden für explorative Interviews

mit drei verschiedenen Zielgruppen (s. Kapitel 3.2) entwickelt. Entlang dieser Leitfäden wurden 52 explorative Interviews geführt.

Grundlagenwissenschaftliche Erhebung

Routinedatenanalyse: Zu Beginn des Projektes wurde eine Projektdatenbank aus Routinedaten der AOK Kranken- und Pflegekasse aufgebaut, die im weiteren Projektverlauf auf den aktuellen Datenbestand der Jahre 2018 bis 2022 aktualisiert wurde (s. Kapitel 3.1). Darüber hinaus wurde die Zielgruppe der Beatmeten und der Tracheotomierten datentechnisch spezifiziert.

Durchführung der teilstandardisierten Befragungen: Basierend auf den Ergebnissen der explorativen Interviews wurden drei Fragebögen für verschiedene Zielgruppen erstellt. Diese wurden Pre-Tests unterzogen (s. Kapitel 3.3) und als Online-Befragungen umgesetzt. Die Rekrutierung erfolgte über Konsortial- und Kooperationspartner*innen. Die Befragung erfolgte vom 15.08. bis zum 05.11.2023.

Anwendungswissenschaftliche Analyse

Ergebnisworkshops und Konsensuskonferenz: Nach Auswertung der Befragungen und der Routinedatenanalyse wurden drei Ergebnisworkshops durchgeführt (s. Kapitel 3.4). Die aggregierten Ergebnisse wurden abschließend im Rahmen einer Konsensuskonferenz mit Konsortiumsbeteiligten, Beiratsmitgliedern und weiteren relevanten Stakeholdern hinsichtlich möglicher versorgungspolitischer Konsequenzen diskutiert.

Änderungen im Projektverlauf

Änderung des Projektkonsortiums: Da die DIGAB aus formalen Gründen als Konsortialpartnerin ausscheiden musste, wurde es notwendig, die dort veranschlagten Aufgaben anderweitig zu kompensieren. Dafür wurden die für die DIGAB veranschlagten Projektmittel auf das aQua-Institut und die Hochschule Osnabrück umgewidmet, die die Aufgaben übernahmen bzw. mit diesen Mitteln zum Teil auch externe Expertise finanzierten. Die DIGAB unterstütze das Projekt weiterhin als Kooperationspartnerin, sodass die Änderung keinen Einfluss auf den Projektverlauf hatte.

Anpassung Zeitraum Routinedatenanalyse: Ursprünglich sollten Daten der Population aus den Jahren 2013 bis 2022 analysiert werden. Da die Population der mit AKI-Versorgten erst seit 2017 in den GKV-Statistiken abgegrenzt wird und erst ab 2018 vollständige Datensätze vorlagen, musste eine Verkürzung des Betrachtungszeitraums auf 2018 bis 2022 vorgenommen werden. Da weiterhin eine longitudinale Betrachtung der Population möglich war, hatte die Änderung keine Auswirkung auf die Erreichung der Projektziele.

Population: In der Vorbereitungsphase des Projekts wurde deutlich, dass tracheotomierte Menschen, die nicht (mehr) beatmet sind, eine relevante Teilpopulation der mit AKI versorgten Menschen sind. Das Konsortium verständigte sich daher darauf, die Zielgruppe zu erweitern und abschließend als „außerklinisch versorgte Patient*innen mit Intensivpflegebedarf, die beatmet und/oder trachealkanüliert sind“ zu definieren.

Reduzierung Interviewanzahl: Die ursprünglich geplanten 30 Interviews mit Mitarbeiter*innen von Pflegeeinrichtungen wurden auf 25 reduziert, da sich frühzeitig eine Sättigung des Materials ergab. Dies hatte keine Auswirkungen auf den Projektverlauf.

Online-Befragung von Menschen mit AKI: Für die Befragung von Menschen mit AKI wurde ergänzend zur geplanten papierbasierten Befragung, die Durchführung einer Online-Befragung beantragt, da das Konsortium von Beiratsmitgliedern die Rückmeldung erhalten hatte, dass die Zielgruppe online gut erreichbar sei. Dieses Vorgehen hatte keine Auswirkungen auf den Projektverlauf.

Online-Folgebefragung der Pflegeeinrichtungen: Während der Projektlaufzeit wurden Pflegeeinrichtungen verpflichtet, neue Versorgungsverträge gemäß §132l Abs. 1 SGB V abzuschließen. Um hierdurch entstehende Veränderungen zu erheben, wurde eine zweite Online-Befragung umgesetzt, für die Fragen aus der ersten Befragung von Pflegeeinrichtungen wiederverwendet wurden. Da sich der Abschluss der Versorgungsverträge über die Projektlaufzeit hinaus verzögerte, wurde in Absprache mit dem Förderer vereinbart, die Online-Folgebefragung (FB) während der Zeit der Berichterstellung durchzuführen und die Ergebnisse dort transparent zu machen. Durch dieses Vorgehen hatte die Änderung keine Auswirkungen auf den Projektverlauf.

3 Methodik

ATME ist eine nicht-interventionelle Versorgungsanalyse mit explorativ-analytischem Erkenntnisinteresse im Mixed-Methods-Design. Es handelt sich um eine empirische Studie auf Grundlage von Primärdaten mit quantitativen und qualitativen Auswertungsanteilen, die mittels querschnittlicher Erhebungen von möglichst großen Patient*innen- und Versorger*innenpopulationen durchgeführt wurden. Zusätzlich wurde eine Analyse von Routinedaten aller AOKs durchgeführt (Abbildung 1)

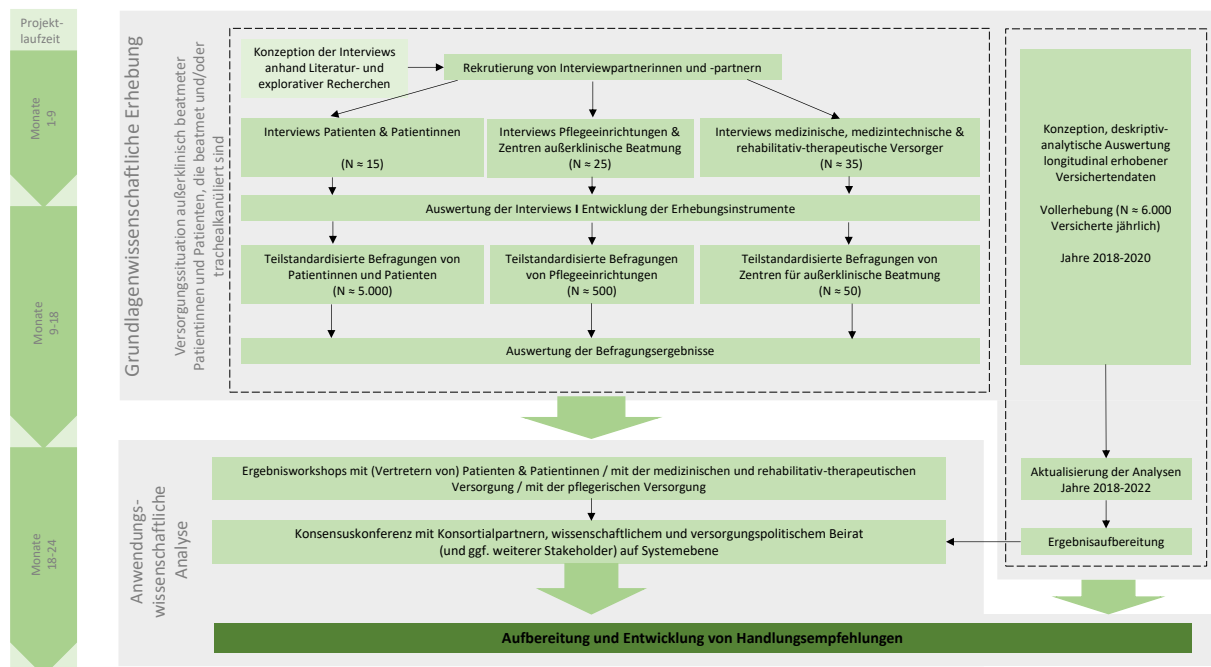


Abbildung 1: Projektdurchführung

In die Untersuchung wurden Menschen mit AKI-Versorgung aller Altersgruppen einbezogen, die invasiv oder nicht-invasiv beatmet werden und/oder trachealkanüliert sind und dauerhaft

außerklinisch intensivpflegerisch (häusliche Einzelversorgung, Intensivpflege-Wohngruppen (WGs), stationäre Langzeitpflege) versorgt werden (im Folgenden kurz: „Menschen mit AKI bzw. AKI-Versorgung). Auf der Ebene der Versorger*innen wurden im Schwerpunkt ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen berücksichtigt, die nachweislich die genannte Zielpopulation betreuen. Ergänzend wurden Zentren für außerklinische Beatmung sowie spezialisierte medizinische, medizintechnische und therapeutische Versorger*innen im ambulanten Bereich einbezogen.

3.1 Routinedatenanalyse

3.1.1 Fragen und Methoden

Das Projekt ATME basiert auf der Analyse bundesweit und longitudinal erhobener Versorgungsdaten der AOK-Kranken- und Pflegekassen, die es ermöglichen, die Population und die Versorgung in sektoren- und leistungsübergreifenden Verläufen zu beschreiben und zu quantifizieren. Um die Bedarfslage, Bedürfnisse und sektorenübergreifenden Versorgungsverläufe der außerklinischen Pflege in Deutschland zu beurteilen, wurde im Projekt eine explorative Analysestrategie auf die Daten angewendet. Hierzu gehörte zunächst die Identifikation von beatmeten oder tracheotomierten AKI-Versorgten sowie deren abgerechnete Leistungen.

Die Grundfragen des grundlagenwissenschaftlichen Teils des Projekts betrafen:

1. die epidemiologische und soziodemografische Beschreibung der Population,
2. die Darstellung der medizinischen, rehabilitativ-therapeutischen und pflegerischen Versorgung verschiedener Patient*innengruppen in aktueller und retrospektiver Perspektive (z.B. Krankheitsverläufe, Re-Hospitalisierungen, Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen).

Die Umsetzung dieser Grundfragen in konkrete Forschungsfragen, einschließlich der zugehörigen methodischen Zielgrößen und Operationalisierungen, ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Fragestellungen, Methodik, Zielgröße und statistische Analysestrategie der Routinedatenanalyse

Fragestellung	Zielgröße	Operationalisierung
<i>Demografische und versorgungsspezifische Eckdaten</i>		
Wie viele AOK-Versicherte werden in der AKI versorgt?	Absolute Anzahl, Neueintritte und Verstorbene	Gesamte Studienpopulation nach Aufgriffsdefinition. Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.
Wie hoch ist die Überlebensrate von Versicherten nach Aufnahme in die AKI über den Beobachtungszeitraum?	Verstorbene nach Eintritt in der AKI in Tagen	Versicherte mit AKI-Beginn im Beobachtungszeitraum und eingetragendem Tag des Versterbens
Wie verteilen sich Altersgruppen, Geschlecht und Pflegegrade in der Studienpopulation?	Alter, Geschlecht, Pflegegrad	Altersgruppen: 0-18, 19-39, 40-65, 86+; Geschlecht: weiblich, männlich; Pflegegrade:

Fragestellung	Zielgröße	Operationalisierung
		Kein Pflegegrad, PG 1 bis 5. Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.
Welche Anteile an beatmeten, tracheotomierten und invasiv beatmeten Patient*innen weist die Studienpopulation auf?	Beatmungsstatus	Mindestens eine Abrechnung für Hilfsmitteldaten der Gruppen 1, 12, 14 im Quartal; Daraus ergeben sich folgende Kombinationen: Tracheostoma und Atem- oder Inhalationstherapiegerät, Tracheostoma und Beatmungsgerät (invasiv Beatmete), Tracheostoma ohne Atem-, Beatmungs- oder Inhalationsgerät; Übrige AKI-Patient*innen. Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.
In welchen Versorgungssettings werden Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme behandelt?	Versorgungsort	Vollstationäre Pflege nach SGB XI, Wohngruppe im Sinne des SGB XI, häuslich Versorgte oder keine Information. Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.
In welchen Regionstypen (städtisch/ländlich) wohnen die AKI-Versicherten?	Sozialräumliche Verteilung	Raumgliederungssystem nach BBSR 2022: Kreisfreie Großstädte, Städtische Kreise, Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätze, Dünn besiedelte ländliche Kreise. Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.
Welche grundlegenden Krankheits- und Versorgungsmerkmale weisen Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme auf?	Krankheits- und Versorgungsmerkmale	Ambulant-dokumentierte Diagnosen und Krankenhausdiagnosen nach gruppierten ICD-10-GM; Mehrfachnennung möglich. Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.
<i>Sektorenübergreifende Schnittstellen in der Versorgung</i>		
Wie häufig und wie lange werden Versicherte mit AKI im Krankenhaus behandelt?	Häufigkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten und ggf. Beatmungstunden	Versicherte mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt. Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.
Wie viele Krankenhausfälle gibt es pro Patient*in, wie lange ist die durchschnittliche Verweildauer pro Fall (in Tagen), welcher Anteil der Patient*innen weist mindestens eine Beatmungsstunde auf, und wie lange ist die Verweildauer bei Fällen mit Beatmung (in Tagen)?	Krankenhausfälle, Verweildauer und Beatmungstunden von Patient*innen in der AKI im Beobachtungszeitraum	Fälle je Krankenhauspatient*innen (Mittelwert); Verweildauer je Fall in Tagen (Median); Anteil Patient*innen mit mindestens einer Beatmungsstunde in %; Verweildauer bei Fällen mit Beatmung in Tagen (Median).
Welches sind die häufigsten Hauptdiagnosen in der vollstationären	Hauptdiagnosen der vollstationären Krankenhausversorgung	Zehn häufigste Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM in den Datenjahren 2019 und 2022. Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.

Fragestellung	Zielgröße	Operationalisierung
Krankenhausversorgung von AKI-Patient*innen?		
Wie hoch ist der Anteil der Inanspruchnahme verschiedener Facharztgruppen in der ambulanten ärztlichen Versorgung innerhalb der AKI-Population?	Ambulant-ärztliche Versorgung	Anteil der Inanspruchnahme von Facharztgruppen in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Datenjahr 2022. Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.
Wie hoch ist der Anteil der Inanspruchnahme von Heilmitteln in der AKI-Population?	Heilmittelversorgung	Anteile der Inanspruchnahme von Heilmitteln im Datenjahr 2022. Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.
<i>Beatmungsentwöhnung und Potenzialerhebung im Krankenhaus</i>		
Welcher Anteil der Studienpopulation wurde im Krankenhaus von der maschinellen Beatmung entwöhnt? In welcher Art von Weaning-Einheit erfolgte dies?	Beatmungsentwöhnung bei maschineller Beatmung	OPS 8-718 Beatmungsentwöhnung bei maschineller Beatmung im Durchschnitt der Quartale (2021-2022) nach Art der Weaning-Einheit differenziert. Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.
Wie viele AKI-Versicherte erhielten stationär eine Potenzialerhebung im Beobachtungszeitraum mit anschließender Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials?	Stationäre Potenzialerhebung	OPS 1-717 Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials im Zeitverlauf im Durchschnitt der Quartale (2021-2022). Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.
Welche Versicherten unternahmen innerhalb von 14 Tagen nach der Potenzialerhebung einen Entwöhnungsversuch?	Weaningversuch nach Potenzialerhebung	Potenzialerhebung im Krankenhaus und einem Entwöhnungsversuch innerhalb von 14 Tagen im Durchschnitt der Quartale (2021-2022). Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.
Wie gestaltete sich die Versorgung mit häuslicher maschineller Beatmung nach der Krankenhausentlassung im Beobachtungszeitraum?	Kontrolle, Beendigung und Ersteinstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung	Prozeduren bei der Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung im Krankenhaus im Durchschnitt der Quartale. Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.
Welcher Anteil der AKI-Versicherten wurde in einem spezialisierten Weaning-Zentrum von der maschinellen Beatmung entwöhnt?	Beatmungsentwöhnung in spezialisierten Weaning-Einheiten (WeanNet)	OPS 8-718 Beatmungsentwöhnung bei maschineller Beatmung (2019-2022). Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.
Wie verteilten sich die Potenzialerhebungen auf zertifizierte Weaning-Zentren versus nicht-zertifizierte Kliniken während des Beobachtungszeitraums?	Potenzialerhebung in spezialisierten Weaning-Einheiten (WeanNet)	OPS 1-717 in zertifizierten Weaning-Zentren und in nicht-zertifizierten Kliniken (2021-2022). Ausgabe im Durchschnitt je Quartal.

3.1.2 Datengrundlage der AKI-Population

Die Routinedatenanalysen basieren auf anonymisierten Abrechnungsdaten der elf AOK-Pflege- und Krankenkassen, die in einer Forschungsdatenbank aufbereitet wurden. Diese bestand aus Datensträngen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialen Pflegeversicherung der Jahre 2018 bis einschließlich 2022. Die Studienpopulation umfasst insgesamt 18.363 AOK-Versicherte aus allen Alterssegmenten über alle Datenjahre hinweg. Über ein Studienanonym können die jeweiligen versichertenbezogenen Informationen über die Abrechnungssektoren sowie über den Zeitverlauf hinweg miteinander verknüpft werden (Abbildung 2). Konkret gingen folgende Abrechnungsdaten in die Analysen ein:

- Versichertenstammdaten (§ 288 SGB V)
- Heil- und Hilfsmitteldaten (§ 302 SGB V)
- Daten von Pflegeleistungen (§ 105 SGB XI)
- Daten der Häuslichen Krankenpflege (HKP, § 302 SGB V)
- Krankenhausleistungen (§ 301 SGB V)
- Ambulant-ärztliche Leistungen (§ 295 SGB V)
- Heilmitteldaten (§ 302 SGB V)

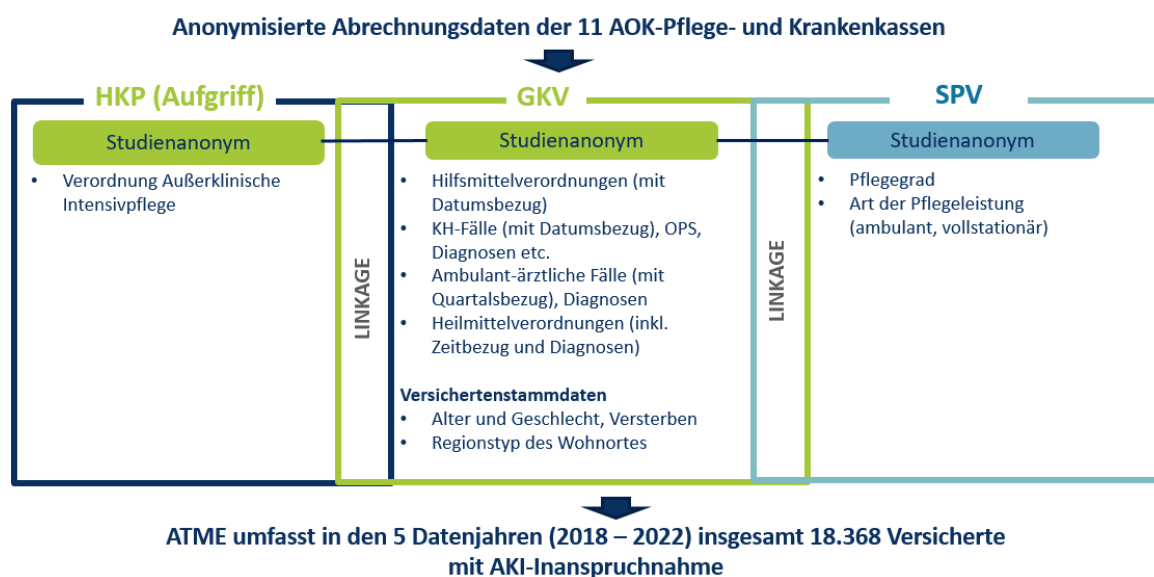


Abbildung 2: Struktur des ATME-Forschungsdatensatzes, Quelle: eigene Darstellung

3.1.3 Operationalisierung der AKI-Population

Menschen mit AKI-Versorgung wurden im Projekt maßgeblich über abgerechnete Leistungen der HKP und deren Kontierung identifiziert. Die Identifikation der Studienpopulation erfolgte über die Sachkonten der stationären und ambulanten AKI. Gleichwohl zeigten explorative Analysen und Abgleiche mit amtlichen Statistiken der GKV (u.a. KV45¹ und KG2²), dass eine alleinige Betrachtung von Versicherten mit Buchungen auf die AKI-Konten 5633 und 5636

¹ Vierteljährliche Statistik über Einnahmen, Ausgaben und Vermögen in der gesetzlichen Krankenversicherung

² Jährliche Statistik über Leistungsfälle und Leistungszeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung

nicht ausreichend ist, um alle Fälle zu erfassen. Dies liegt darin begründet, dass Korrekturen von Kontierungen in den Data Warehouses der Krankenkassen nicht zwingend auf der hier einbezogenen Versichertenenebene erfolgen. Im Einführungsjahr der neuen AKI-Konten 2017 war dies besonders drastisch sichtbar, sodass auf die Auswertung dieses Jahres verzichtet werden musste. Aus diesem Grund beschränkt sich die vorliegende Analyse auf den Zeitraum von 2018 bis 2022. Um die Fehlerquote zu verringern, wurden ergänzend Versicherte eingeschlossen, deren abgerechnete Gebührenordnungspositionen (GOP) aufgrund ihrer textlichen Beschreibung („GOP-Text“) dem AKI-Segment zuzuordnen waren. Um die Zuordnung „falsch positiver“ Versicherter zu vermeiden, wurde ergänzend die Bedingung eingefügt, dass nur eingeschlossen wird, wer gleichzeitig auch AKI-relevante Hilfsmittel aus dem Segment Absauggeräte, Inhalations- bzw. Atemgeräte und Tracheostoma (Hilfsmittelgruppen 1, 12 und 14) erhalten hatte. Das Vorgehen wurde auch deshalb als bester Lösungsweg angesehen, da der Fokus der Studie auf der Zielgruppe „tracheotomierte und/oder beatmete Menschen mit AKI“ lag. Im Ergebnis mussten jährlich zwischen 785 und 1.440 Versicherte³ mit HKP-Leistungen, die auf die entsprechenden AKI-Sachkonten gebucht wurden, aber für die keine der AKI-assoziierten Hilfsmittel in den Abrechnungsdaten sichtbar waren, aus den weiteren Betrachtungen ausgeschlossen werden. Andersherum wurden aufgrund des Fokus der Studie Versicherte eingeschlossen, denen ein Beatmungsgerät für eine invasive Beatmung verordnet wurde, auch wenn für diese kein Sachkonto oder GOP-Text mit AKI-Bezug aufgreifbar war. Nicht aufgreifbar über die Kontierung sind ferner Versicherte, die ihre Leistungen in der AKI individuell über das persönliche Budget (§29 SGB IX) organisieren. Sie sind in den Analysen nur dann enthalten, wenn sie invasiv beatmet werden – alle invasiv Beatmeten wurden über Hilfsmittelinformationen eingeschlossen – expliziert werden sie nicht. Für eine ausführliche Beschreibung der Operationalisierung und Diskussion der Datenlimitationen siehe auch Anlage 14.

3.1.4 Operationalisierung des Beatmungsstatus

Zur Operationalisierung und Identifizierung von verschiedenen Beatmungsstatus in der AKI wurde nach Verbuchung eines Hilfsmittels in den Gruppen „12 - Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie“ und „14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte“ gesucht. Aus den entsprechenden Kombinationen ergaben sich vier unterschiedliche Patient*innengruppen: (1) solche mit „Tracheostoma und Atem- oder Inhalationsgerät“, (2) solche mit „Tracheostoma und Beatmungsgerät (invasiv Beatmete)“, (3) solche mit „Tracheostoma ohne Atem-, Beatmungs- oder Inhalationstherapiegerät“ und (4) „weitere AKI-Patient*innen“. Zumindest Invasiv beatmete Menschen mit AKI konnten so eindeutig identifiziert werden, weil die Verordnung eines Beatmungsgeräts in Kombination mit einer Verordnung aus der Hilfsmittelgruppe 12 dies ermöglicht. Die nicht-invasive Beatmung hingegen lässt sich nicht klar abgrenzen, da die notwendigen Informationen in den Hilfsmitteldaten nicht enthalten sind. Für eine ausführliche Beschreibung der Operationalisierung und Diskussion der Datenlimitationen siehe auch Anlage 14.

³ 2018=899; 2019=867; 2020=785; 2021=1343; 2022=1440

3.1.5 Operationalisierung des Versorgungsortes

Da sich das Versorgungssetting bzw. der Versorgungsort der Betroffenen nicht aus SGB V-Daten ableiten lässt (dies ist erst ab 2023 möglich) wurde entschieden, Leistungsdaten aus dem SGB XI zu verwenden, wobei auch diese limitiert sind: In der häuslichen Einzelversorgung ist jene "Restmenge", die keinen Pflege-WG-Zuschlag nach § 38a SGB XI und keine vollstationäre Pflegeleistung nach § 43 SGB XI erhält. Bei der gewählten Operationalisierung ist überdies problematisch, dass nur leistungsrechtlich anerkannte WGs im Sinne des SGB XI als Kennzeichen herangezogen werden konnten. Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der Versicherten, die in WGs leben, deutlich höher liegt und damit von einer Überschätzung des Anteils der Population in der häuslichen Einzelversorgung auszugehen ist.

3.2 Explorative Interviews

Zur Entwicklung der teilstandardisierten Befragungsinstrumente wurden explorative Interviews mit Menschen mit AKI-Versorgung bzw. deren Angehörigen, mit Mitarbeiter*innen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie mit medizinischen, medizintechnischen und rehabilitativ-therapeutischen Versorger*innen durchgeführt. Die Interviews dienten zur weiteren thematischen Absteckung des Untersuchungsfeldes, zur Entwicklung der Erhebungsinstrumente für die standardisierte Befragung sowie dazu, mehr über die Rolle von Versorger*innen außerhalb der Pflege in Bezug auf diese Population zu erfahren.

Feldzugang und Sample

Tabelle 3 zeigt u.a. die Anzahl und Charakteristika der Interviewpartner*innen je Zielgruppe.

*Tabelle 3: Allgemeine Informationen zu den Interviews und Charakteristika der Interviewpartner*innen*

	Mitarbeiter*innen von Pflegeeinrichtungen	Medizinische, medizintechnische und rehabilitativtherape utische Versorger*innen	Menschen mit AKI- Versorgung
Gesamtzahl Interviewpartner*in nen	25	20	13
Anzahl Interviews	18 Einzelinterviews 3 Gruppeninterviews	20 Einzelinterviews	10 Einzelinterviews 1 Gruppeninterview
Setting	ambulant (1:1- Versorgung/WG): 13 stationär: 8 ambulant & stationär: 4 (Atmungstherapeut* innen)	ambulant & stationär: 20	ambulant: 12 10 häusliche Einzelversorgung 2 Intensivpflege- WGs stationär: 1

	Mitarbeiter*innen von Pflegeeinrichtungen	Medizinische, medizintechnische und rehabilitativtherape utische Versorger*innen	Menschen mit AKI- Versorgung
Berufsgruppen	21 Pflegefachkräfte 4 Atmungstherapeut*innen	3 Logopäd*innen 1 Physiotherapeut*in 5 Atmungstherapeut*innen 5 Ärzt*innen 6 medizin- technische Versorger*innen	-
Erhebungszeitraum	November 2022 - März 2023	November 2022 - Juli 2023	November 2022 - April 2023
Rekrutierung	Konsortial- und Kooperationspartner*innen		

Für die Interviews mit *Vertreter*innen von Pflegeeinrichtungen* wurden grundsätzlich Pflegefachkräfte und Leitungspersonen in der AKI-Versorgung eingeschlossen, die stationär oder ambulant tätig sind und über eine mindestens sechsmonatige Erfahrung in der AKI verfügen. Die genannten Einschlusskriterien wurden in Abstimmung mit dem Projektkonsortium festgelegt. Bei den Interviews mit *medizinischen, medizintechnischen und rehabilitativtherapeutischen Versorger*innen* war Einschlusskriterium, dass die zu interviewende Person an der Versorgung bzw. Behandlung von Menschen mit AKI im medizinischen, medizin-technischen oder rehabilitativ-therapeutischen Kontext beteiligt ist. Interviewt wurden außerdem *Menschen, die AKI-Versorgung* erhalten bzw. deren An- oder Zugehörige. Drei der interviewten Menschen mit AKI waren unter 18 Jahre alt und wurden in Begleitung von Erziehungsberechtigten interviewt, ein Interview wurde ausschließlich mit der Mutter eines Kindes mit AKI-Versorgung geführt. Bei drei weiteren Interviews haben betreuende Bezugspersonen die Interviewpartner*innen unterstützt. Die Gewinnung von Interviewpartner*innen erfolgte für alle Gruppen über den projekteigenen Newsletter und die Kommunikationswege und Netzwerkkontakte des gesamten Projektkonsortiums.

Datenerhebung und -analyse

Die Interviews wurden als leitfadengestützte (Expert*innen-)Interviews geführt. Es wurden drei Interviewleitfäden auf Grundlage einer im Vorfeld durchgeführten explorativen Literaturanalyse und der Sichtung vorliegender Routinedaten (Räker et al. 2022) entworfen und auf Basis der im Projekt durchgeführten Literaturrecherche finalisiert (beispielhaft für die Befragung der Pflegeeinrichtungen s. weitere Hinweise in Anlage 9). Die Interviewleitfäden können den Anlagen 1 bis 3 entnommen werden.

Die Interviews wurden überwiegend mit Videokonferenztools (ZOOM/ Microsoft Teams) oder telefonisch durchgeführt. 5 Interviews wurden persönlich geführt (3 mit Pflegefachkräften, 2

mit Menschen mit AKI-Versorgung). Nach Zustimmung der Teilnehmer*innen wurden die Interviews tonaufgezeichnet. Anschließend wurden die Interviews transkribiert und im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (Kuckartz et al. 2022). Ein vorab festgelegtes Codesystem wurde auf Grundlage der vorhandenen Literatur erstellt und während der Datenanalyse induktiv erweitert. Die Auswertung der transkribierten Interviews erfolgte mit MAXQDA. Die Ergebnisse wurden zur Entwicklung der teilstandardisierten Befragungsinstrumente genutzt. Dabei bildeten die im Interviewleitfaden definierten Themenbereiche den Ausgangspunkt, sie wurden jedoch durch die tatsächlichen Analyseergebnisse modifiziert und weiterentwickelt. Um die Objektivität und Genauigkeit sicherzustellen, fand ein Peer-Debriefing statt (s. auch Anlage 9).

3.3 Befragungen

Die Befragungen zielten darauf ab, die Versorgungssituation von tracheotomierten und/oder beatmeten Menschen aus der Perspektive von Menschen mit AKI und von Mitarbeiter*innen pflegerischer (ambulante Pflegeeinrichtungen inkl. Intensivpflege-WGs und stationäre Pflegeeinrichtungen) sowie medizinischer Versorgungseinheiten (Zentren für außerklinische Beatmung) zu beschreiben. In die Befragung eingeschlossen wurden demzufolge tracheotomierte und/oder beatmete Menschen mit AKI sowie Pflegeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V inkl. einer Ergänzungsvereinbarungen entsprechend des § 4 der diesbezüglichen Rahmenempfehlung des GKV-SV abgeschlossen haben und nachweislich o.g. Patient*innengruppe betreuen. Zudem wurden Leitungspersonen und Mitarbeitende von Zentren für außerklinische Beatmung eingeschlossen. Zentren wurden im Kontext der Befragung als medizinische Versorgungseinheiten definiert wurde, die einen Schwerpunkt in der Betreuung und Versorgung von außerklinisch beatmeten Menschen haben – unabhängig vom Vorliegen etwaiger Zertifikate oder formaler Versorgungsverträge.

Die FB der Pflegeeinrichtungen legte einen expliziten Schwerpunkt auf die Einschätzung zum GKV-IPReG bzw. der für die Einrichtungen entstehenden Konsequenzen aus der Erfüllung der Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 132l Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit AKI. Hierbei handelte es sich um eine erneute Querschnitterhebung von Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen. Es wurden die gleichen Zugangswege wie für die Hauptbefragung genutzt. Der stark verkürzte Fragebogen war ausschließlich auf die Gewinnung von Erkenntnissen zu den Auswirkungen des GKV-IPReG ausgerichtet. Dazu wurden drei Themenkomplexe der Hauptbefragung genutzt (s. Tabelle 4).

Fragebogenentwicklung

Die drei teilstandardisierten Fragebögen wurden, basierend auf den Interviews (s. Kapitel 3.2) und den Zwischenergebnissen der Routinedatenanalyse, durch das Konsortium und in Absprache mit dem Beirat entwickelt. Durch die qualitative Auswertung der Interviews wurden für die Zielgruppen relevante Themenschwerpunkte herauskristallisiert und geeignete Fragen bzw. Antwortoptionen konnten entwickelt werden. An den Pre-Tests der Fragebögen für Menschen mit AKI-Versorgung sowie von Pflegeeinrichtungen haben jeweils 8 Personen teilgenommen, am Pre-Test der Fragebögen für die Zentren nahmen 17 Personen teil. Rückmeldungen aus den Pre-Tests wurden geprüft und wenn möglich in die Fragebögen eingearbeitet.

Aufbau und Inhalte der Fragebögen

Die Fragebögen gliederten sich in zielgruppenspezifische und zielgruppenübergreifende Themenbereiche. Jeder Themenbereich umfasste dabei mehrere Fragen bzw. Aussagen, die mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (teilw. mehrstufige Likert-Skalen) bewertet werden konnten. Tabelle 4 kann der Aufbau der Fragebögen entnommen werden. In Anlage 4 bis 8 können die Fragebögen⁴ eingesehen werden.

Tabelle 4: Aufbau der Fragebögen

Befragung Menschen mit AKI	Befragung Pflegeeinrichtungen	Befragung Zentren für außerklinische Beatmung	Folgebefragung (FB) Pflegeeinrichtungen
Persönliche Angaben <i>u.a. Alter, Geschlecht, (Menschen mit AKI: Bildung, Versorgungsort)</i>		-	Persönliche Angaben <i>u.a. Alter, Geschlecht</i>
Gesundheitliche Situation <i>u.a. Erkrankung, Beatmungsstatus, AKI-Inanspruchnahme</i>	Tätigkeit in der AKI <i>u.a. Qualifikation, Rolle, versorgte Population</i>		
Organisation und Steuerung der Versorgung <i>u.a. Zufriedenheit, Verantwortlichkeiten</i>	Merkmale der Versorgungssituation <i>u.a. Erkrankungen, Beatmungsstatus</i>	-	-
Medizinische Versorgung <i>u.a. Zufriedenheit, Einschätzungen zur Versorgung</i>	Organisation der Versorgung <i>u.a. Verantwortlichkeiten</i>	-	-
Pflegerische Versorgung <i>u.a. Zufriedenheit, Einschätzungen zur Versorgung</i>	Versorgungsverläufe <i>u.a. Übernahme Pflegebedürftige, Gründe Krankenhausaufenthalte</i>	-	-
Therapeutische Versorgung	Versorgungskapazitäten <i>u.a. Anfragen, Personalausstattung</i>	-	-

⁴ Die Befragung von Zentren für außerklinische Beatmung wurde aus organisatorischen Gründen in eine Befragung von Mitarbeiter*innen und eine Befragung von Leitungspersonen aufgeteilt.

<i>u.a. Zufriedenheit, Einschätzungen zur Versorgung</i>			
Hilfsmittelversorgung <i>u.a. Zufriedenheit, Einschätzungen zur Versorgung</i>	Versorgungsqualität und Zusammenarbeit <i>u.a. Bewertung</i>	-	
Bedürfnisse <i>u.a. physisch, psychisch und sozial</i>	Einschätzung der Versorgungslage <i>u.a. Bedarfe, Verbesserungspotenziale</i>	-	-
GKV-IPReG <i>u.a. Einschätzungen, Bewertung</i>			

Datenerhebung

Die Befragungen wurden als anonyme Online-Befragungen vom 15.08.2023 bis zum 05.11.2023 umgesetzt. Die FB der Pflegeeinrichtungen wurde vom 09.09.2024 bis zum 27.10.2024, ebenfalls online, durchgeführt. An der Befragung der Menschen mit AKI-Versorgung konnten An- und Zugehörige für die betreffende Person teilnehmen, wenn eine direkte Befragung aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich war. Der Zugang zu Menschen mit AKI wurde über Versorgungsorte (Pflegeeinrichtungen und Zentren für außerklinische Beatmung) sowie insbesondere auch über Social-Media-Kanäle, Selbsthilfevereine, Fachgesellschaften und Netzwerke von Interviewpartner*innen gesucht. Der Zugang zu den medizinischen und pflegerischen Versorgungseinrichtungen erfolgte indirekt über die Konsortial- und Kooperationspartner*innen sowie Beiratsmitglieder.

Datenauswertung

Die quantitativen Befragungsdaten wurden deskriptiv analysiert. In Abhängigkeit der Skalenniveaus wurden Lage- und Streuungsmaße berechnet sowie Subgruppenanalysen durchgeführt. Qualitative Daten (Freitextfelder) aus den Befragungen wurden narrativ verdichtet und dimensional zugeordnet.

3.4 Ergebnisworkshops und Konsensuskonferenz

3.4.1 Ergebnisworkshops

Die Zwischenergebnisse der Routinedatenanalyse und der schriftlichen Befragungen wurden Ende Februar 2024 in Ergebnisworkshops mit Menschen mit AKI (bzw. auch An- und Zugehörigen), mit Mitarbeiter*innen von medizinischen und rehabilitativ-therapeutischen Einrichtungen sowie Mitarbeiter*innen von Pflegeeinrichtungen diskutiert. Ziel der Ergebnisworkshops war eine vertiefende Interpretation der grundlagenwissenschaftlichen Ergebnisse sowie eine (qualitative) Priorisierung von Versorgungsproblemen aus der Sicht der in ATME adressierten Zielgruppen.

Um die Ergebnisse möglichst ziel- und lösungsorientiert diskutieren zu können, wurden drei Ergebnisworkshops durchgeführt, jeweils differenziert nach den Zielgruppen. Die Teilnehmenden für die Workshops wurden initial aus dem Kreis der Teilnehmenden an den explorativen Interviews rekrutiert, die ihrerseits zum Teil noch weitere Personen empfohlen haben. Bei der Auswahl der Pflegefachpersonen wurde darauf geachtet, dass möglichst alle Versorgungssettings abgedeckt wurden. Bei den Betroffenen wurde darauf geachtet, dass ein möglichst breites bzw. diverses Betroffenheitsspektrum abgedeckt wurde - allerdings gelang es nicht, Betroffene aus einem stationären Setting zu gewinnen. Die Auswahl der medizinisch-therapeutischen Leistungserbringenden erfolgte primär über den Projektbeirat sowie über das Netzwerk des Kooperationspartners DIGAB. Aufgrund der freiwilligen Teilnahme, kann jedoch ein Selbstselektionsbias nicht ausgeschlossen werden. Die Ansprache potenzieller Teilnehmer*innen erfolgte durch die Konsortialpartner*innen. Die Besetzung der Workshops wurde im Konsortium konsentiert. Die Ergebnisse der Befragungen wurden thematisch anhand der Themenbereiche des Fragebogens aufbereitet. Neben der Präsentation erfolgten gezielte Fragen an die Teilnehmenden hinsichtlich Ihrer Wahrnehmungen und Einschätzungen dazu sowie den daraus zu ziehenden Konsequenzen. Besonders intensiv diskutierte Themenbereiche wurden vorläufig als prioritär angenommen. In einer zweiten Diskussionsrunde wurden die prioritären Versorgungsprobleme aus Sicht der Teilnehmenden konkretisiert und protokollarisch festgehalten.

3.4.2 Konsensuskonferenz

Die in den Ergebnisworkshops vertieft interpretierten und priorisierten Versorgungsprobleme wurden vom Konsortium in zentrale Handlungsfelder und Vorschläge zu Handlungsempfehlungen überführt. Ziel der im Juni 2024 durchgeführten Konsensuskonferenz war die Bewertung der Handlungsempfehlungen unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität und Umsetzbarkeit im Rahmen des GKV-IPReG bzw. den versorgungspolitischen Gegebenheiten und der Finanzierbarkeit.

Zur Teilnahme an der Konsensuskonferenz wurden primär die Mitglieder des Beirats eingeladen. Der Kreis der Teilnehmenden wurde mit Blick auf eine möglichst vollständige und gleichgewichtige Repräsentation der wesentlichen Stakeholder um weitere Vertreter*innen aus der Selbstverwaltung und von weiteren Betroffenen ergänzt. Insgesamt nahmen 16 (externe) Personen aus den Bereichen der Selbstverwaltung, der Wissenschaft, der ärztlichen und pflegerischen Versorgung sowie Vertreter*innen von Menschen mit AKI durchgeführt, sodass eine stakeholderübergreifende Diskussion möglich war. Die Teilnehmer*innen erhielten zur Vorbereitung im Vorfeld der Konsensuskonferenz eine zusammenfassende Präsentation mit den zentralen Ergebnissen der empirischen Erhebungen sowie ein Thesenpapier, in dem zu diskutierende Aspekte für 8 Themenbereiche zusammengefasst wurden (Tabelle 5).

Tabelle 5: Themenbereiche des Thesenpapiers für die Konsensuskonferenz

Nr.	Themenbereich
1	Kapazitäten und Personal
2	Einflussfaktoren und Entscheidungen zur Versorgungform
3	Krankenhausversorgung
4	Rolle der Pflegefachkräfte
5	Digitalisierung
6	Rolle der An- und Zugehörigen
7	Patient*innenorientierung und Beratung
8	Zielsetzung der AKI

Bei der Konsensuskonferenz wurden nach der Vorstellung der deskriptiven Befunde die einzelnen Themenbereiche und Diskussionspunkte dargelegt, bevor die moderierte Diskussion eröffnet wurde. Die Diskussion wurde protokolliert und die Teilnehmer*innen erhielten im Nachgang die Möglichkeit, Rückmeldung zum Protokoll zu geben. Auf eine formalisierte Konsensfindungsmethode wurde aufgrund der thematischen Breite der zu diskutierenden Befunde und der heterogenen professionellen Zugänge der Teilnehmer*innen verzichtet. Stattdessen stand die Erfassung von grundlegenden Einschätzungen im Mittelpunkt.

4 Projektergebnisse

4.1 Epidemiologische und soziodemografische Beschreibung der Population

Mittels Routinedatenanalyse wurden zentrale demografische und versorgungsbezogene Merkmale der AKI-Population ermittelt. Hierzu wurden AOK-Abrechnungsdaten von jährlich circa 5.700 bis 6.300 Versicherten analysiert und deskriptiv ausgewertet. Der vorliegende Bericht zeigt detailliert die Charakteristika Alter, Pflege- und Beatmungsstatus, Versorgungsort und Erkrankungsgruppen. Betrachtet werden Krankenhausepisoden sowie die ambulant-ärztliche Versorgung und die Inanspruchnahme von Physiotherapie und weiteren Hilfsmitteln. Ferner wird das Weaning betrachtet. Hierbei werden die Veränderung der Weaning-Häufigkeit sowie Patient Journeys mit Blick auf die Beatmungsentwöhnung analysiert. Die Ergebnisse zeichnen ein heterogenes Bild der Population mit AKI.

4.1.1 Demografische und versorgungsspezifische Eckdaten

Im gesamten Beobachtungszeitraum von 2018 bis 2022 wurden bundesweit 18.368 Versicherte mit einer AKI-Inanspruchnahme erfasst. Im Jahr 2018 lag die Zahl der in der AKI Versorgten während eines Quartales bei 5.716. Bis zum Jahr 2022 stieg diese Zahl um 11 % auf insgesamt 6.320 Versicherte im Quartal an. Neueintritte in die AKI gab es innerhalb eines Quartals zwischen 586 (2022) und 752 (2018). Es versterben rund 350 Versicherte pro Quartal, was einem Anteil von rund 6 % entspricht (Abbildung 3).

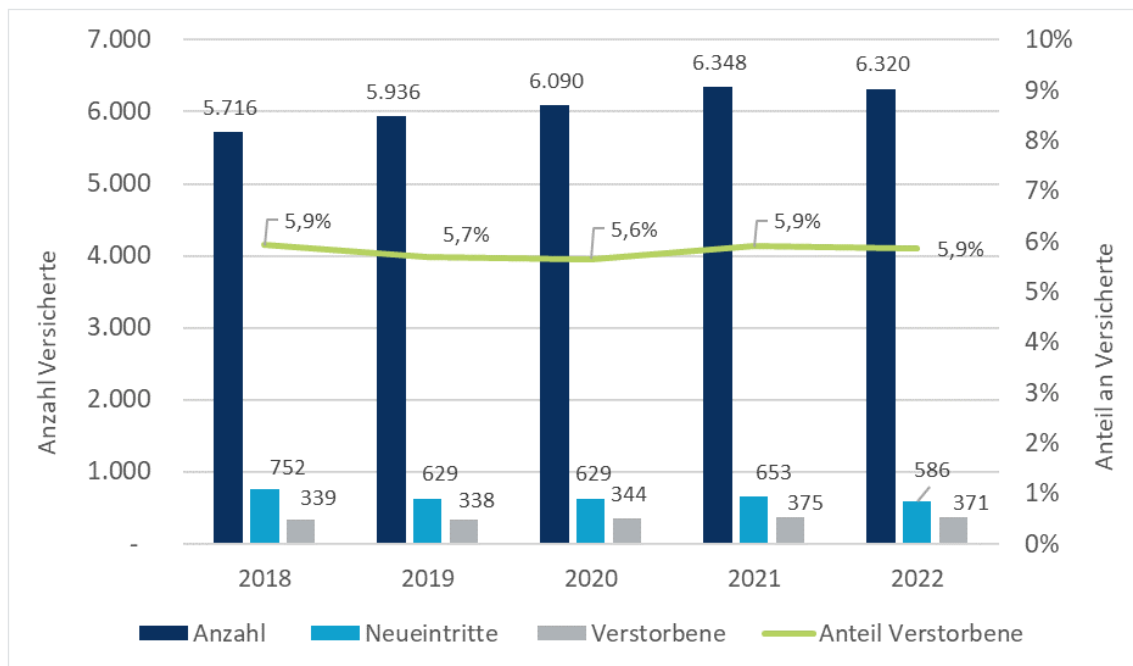


Abbildung 3: Anzahl, Neueintritte und verstorbene Anteile an Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme im Durchschnitt je Quartal (n=18.363)), Quelle: AOK-Daten (2018-2022)

Die Überlebensraten in der AKI sind sehr heterogen. Mehr als jede*r Dritte (38 %) AKI-Versorgte*r ist nach einem Jahr, jede*r zweite (51 %) nach zwei Jahren verstorben. Ein relevanter Anteil (30 %) wird über fünf Jahre in der AKI versorgt. Abbildung 4 visualisiert für Versicherte, die 2018, 2019 usw. in die AKI eingetreten sind, die Überlebensraten nach Monaten.

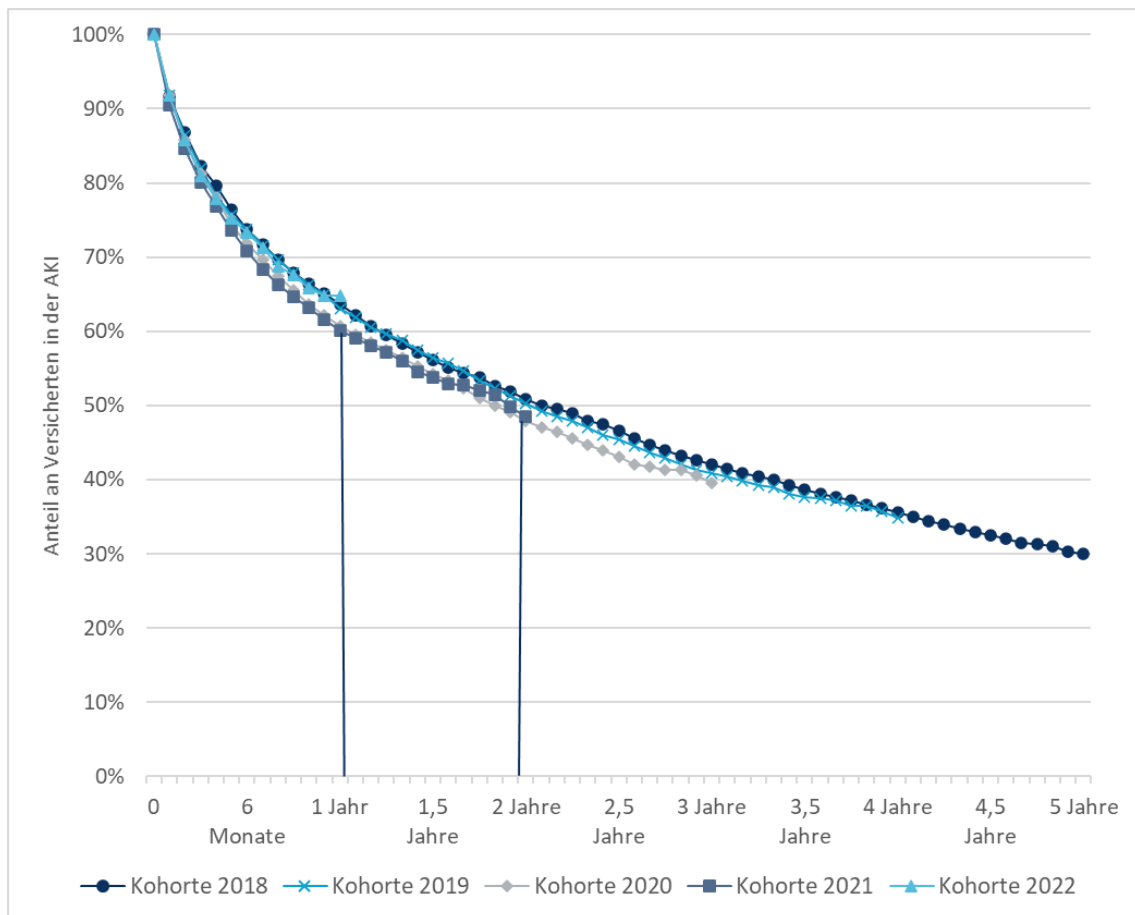


Abbildung 4: Überlebensrate in der AKI-Population nach Eintritt in Tagen (n=12.995), Quelle: AOK-Daten (2018-2022)

Mit Blick auf die Altersverteilung der AKI-Population zeigt sich folgendes Bild: Kinder und Jugendliche (0-18 Jahre) stellen mit 14 % einen relevanten Anteil dar. Die mittleren Altersgruppen, d.h. die 40-65-Jährigen mit 34 % und die 66-85-Jährigen mit 39 %, stellen gleichwohl den Großteil der Versorgten. Auch Hochaltrige (86+ Jahre) erhalten AKI-Versorgung (3 %) (Abbildung 5). Menschen mit AKI sind im Beobachtungszeitraum mehrheitlich männlich (61 %) (Abbildung 5). Die geschlechtsspezifische Aufteilung der Altersgruppen zeigt einen höheren Anteil an weiblichen (17 %) als an männlichen Kindern und Jugendlichen (13 %). Bei den größten Alterssegmenten der Population (40-85 Jahre) sind die männlichen Versicherten mit 75 % in diesem Alterssegment stärker repräsentiert als Frauen (70 %) (Abbildung 5). Für eine ausführliche Beschreibung der Ergebnisse siehe auch Anlage 14.

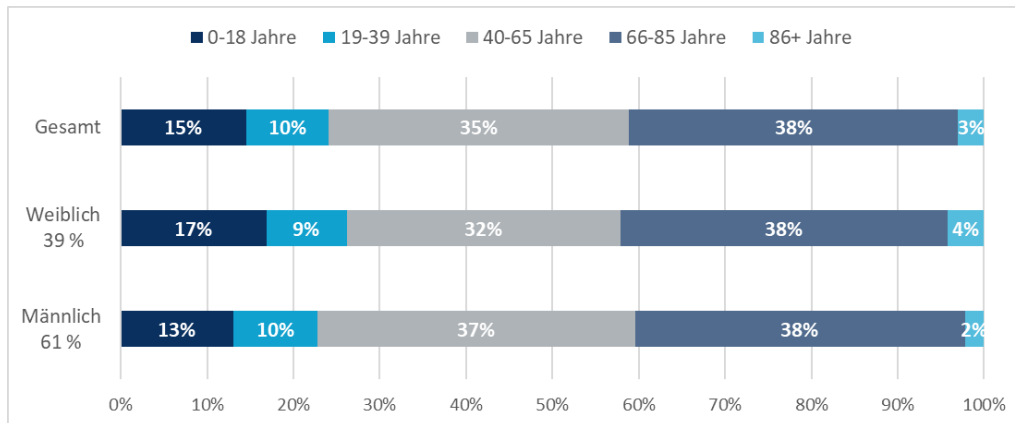


Abbildung 5: Anteil an Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht (n=6.320), Quelle: AOK-Daten (2022)

Mit Blick auf den Beatmungsstatus wies die AKI-Population im Jahr 2022 (Abbildung 6) folgende Aufteilung auf: 40 % hatten ein Tracheostoma und ein Atem- oder Inhalationstherapiegerät, 21 % wurden invasiv beatmet, 22 % hatten ein Tracheostoma, aber keine Atem-, Beatmungs- oder Inhalationstherapiegeräte, und weitere 18 % der Menschen mit AKI-Versorgung hatten kein Tracheostoma oder keine Laryngektomie, dafür jedoch eine Kombination von Atem- oder Inhalationstherapiegeräten und/oder Absauggeräten („weitere AKI-Patient*innen“).

Die Verteilung des Beatmungsstatus unter den Altersgruppen zeigt große Unterschiede (Abbildung 6): So sind in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren die kleinsten Anteile an Versicherten mit einem Tracheostoma/einer Laryngektomie (insgesamt 44 %). Der höchste Anteil an invasiv Beatmeten findet sich in der Gruppe der 19- bis 39-Jährigen (26 %), während die Gruppe der 40- bis 65-Jährigen den höchsten Anteil an Versicherten mit einem Tracheostoma/Laryngektomie (28 %) aufweist.

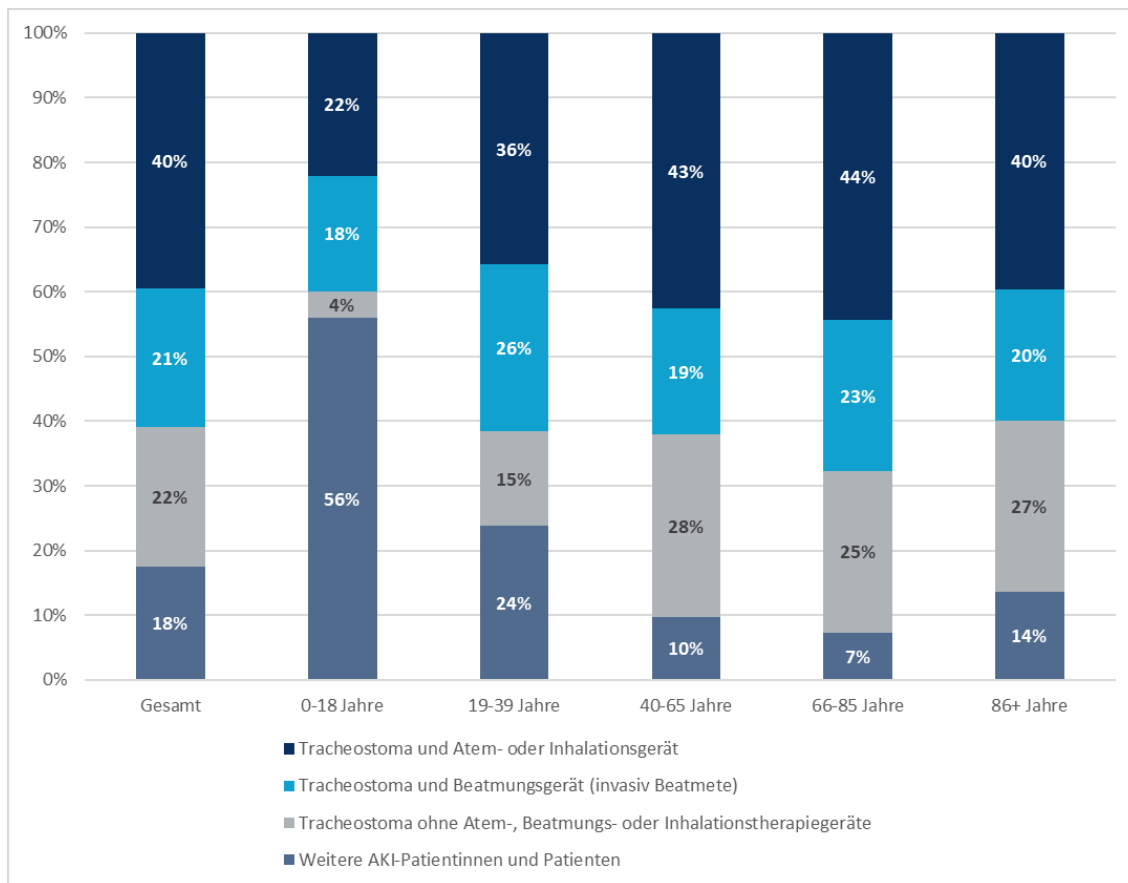


Abbildung 6: Anteil an Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme nach Beatmungsstatus und Altersgruppe (n=6.320), Quelle: AOK-Daten (2022)

Analysiert wurde ferner, welche Grunderkrankungen mit der AKI assoziiert sind. Die AKI-begründenden Diagnosen liegen in den analysierten Daten jedoch nicht als solche vor. Insofern konnten die Versicherten nur auf Basis der allgemein dokumentierten Diagnosen den AKI-relevanten Erkrankungsgruppen zugeordnet werden, wobei nicht selten mehr als nur eine AKI-relevante Diagnose dokumentiert ist (Operationalisierung basierend auf Räker et al. (2022)). Es zeigt sich, dass bei den Kindern und Jugendlichen (0-18 Jahre) am häufigsten Diagnosen aus der Gruppe der (neuro-)muskulären Schwächungen (54 %) sowie der Epilepsie und anderen Krankheiten des Nervensystems (47 %) dokumentiert wurden (Abbildung 7). Bei Versicherten im Alter zwischen 19 und 39 Jahren gibt es einen deutlich höheren Anteil an dokumentierten (neuro-)muskulären Schwächungen (86 %). Die mittlere Altersgruppe (40-65 Jahre) hat den größten Anteil an Versicherten mit einer Atemantriebsstörung (63 %). Die älteste Altersgruppe (86+) zeigt wiederum hohe Anteile an Lungenerkrankungen (46 %) (Abbildung 7).

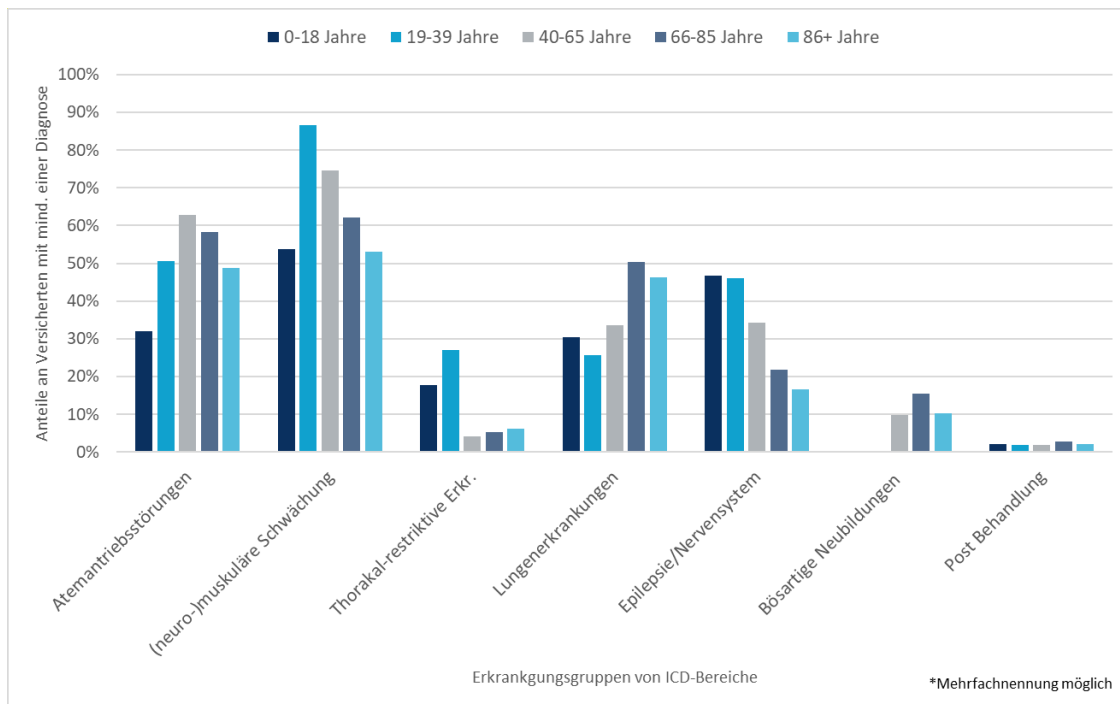


Abbildung 7: Anteile an Krankheits- und Versorgungsmerkmalen der gesamten AKI-Population nach Altersgruppen (n=6.320), Quelle: AOK-Daten (2022)

Die Aufschlüsselung nach Versorgungsort der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme im Jahr 2022 zeigt, dass 14 % vollstationär versorgt werden und 13 % in WG's im Sinne des SGB XI. Die große Mehrheit (71 %) wird in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Bei 2 % ist aufgrund des fehlenden Pflegegrades keine Identifizierung des Versorgungsortes möglich. Im Zeitverlauf (2018-2022) ist die Zahl der häuslich Versorgten um 5 % gesunken, während die Zahl der Versicherten, die in WG's im Sinne des SGB XI versorgt wurden, um 5 % gestiegen ist (Abbildung 8).

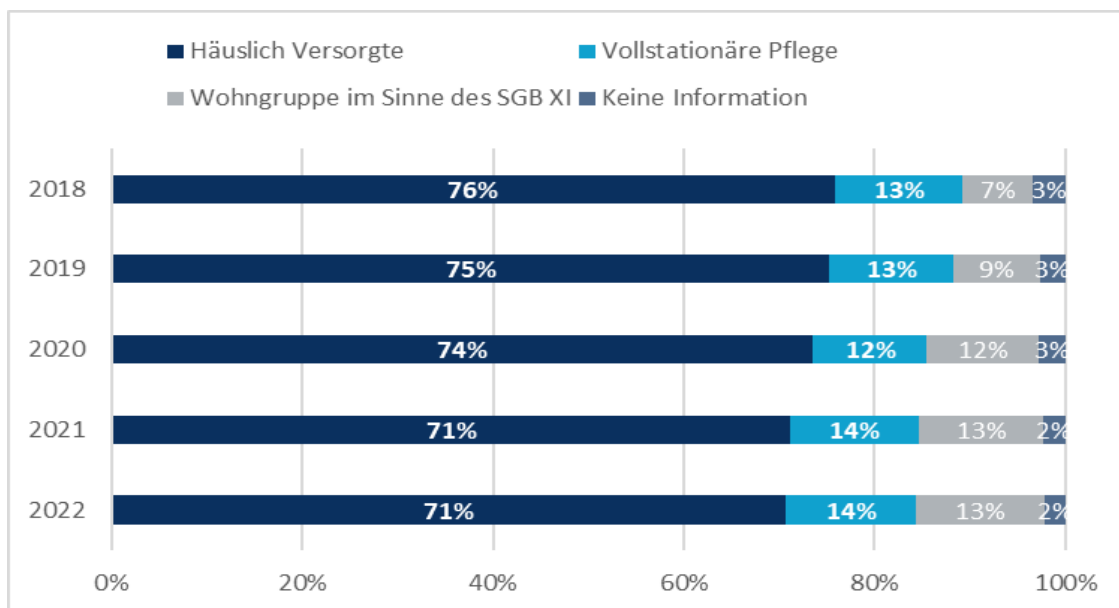


Abbildung 8: Anteile an Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme nach Versorgungsort (n=18.363)
Quelle: AOK-Daten (2018-2022)

Die sozialräumliche Verteilung der Wohnorte der Versicherten mit AKI-Versorgung hat sich im zeitlichen Verlauf jedoch kaum verändert: Über 60 % leben in urbanen Gebieten, während weniger als 40 % in eher ländlichen Räumen wohnen (Abbildung 9). Für eine ausführliche Beschreibung der Ergebnisse siehe auch Anlage 14.

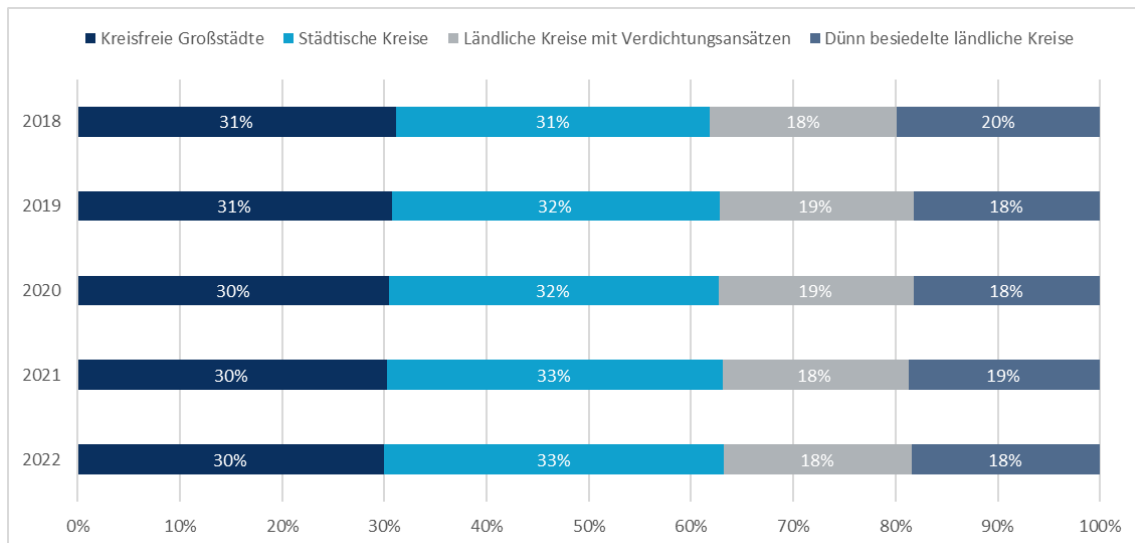


Abbildung 9: Anteile an AKI-Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme nach Versorgungsregion (n=18.363), Quelle: AOK-Daten (2018-2022), Zuordnung zu siedlungsstrukturellen Kreistypen erfolgt nach dem Raumgliederungssystem des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)

4.1.2 Sektorenübergreifende Schnittstellen in der Versorgung

Schnittstelle Krankenhaus

Der Anteil an Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme, die im Durchschnitt der Quartale mindestens einen Krankenhausaufenthalt hatten, ist von über 39 % im Jahr 2018 auf 34 % im Jahr 2020 gesunken und 2022 wieder leicht auf 35 % gestiegen (Abbildung 10). Die diesbezügliche Verteilung nach Altersgruppen zeigt deutliche Unterschiede: Die jüngste Altersgruppe (0-18 Jahre) hatte im gesamten Beobachtungszeitraum die höchste Krankenhauseinweisungsrate. Mit 44 % war 2022 fast jedes zweite betroffene Kind mindestens einmal im Quartal im Krankenhaus. Die niedrigste Krankenhauseinweisungsrate findet sich im Alterssegment 19 bis 39 Jahre, hier hatte nur rund jede*r Vierte (24 %) im Jahr 2022 mind. einen Krankenhausaufenthalt (Abbildung 10).

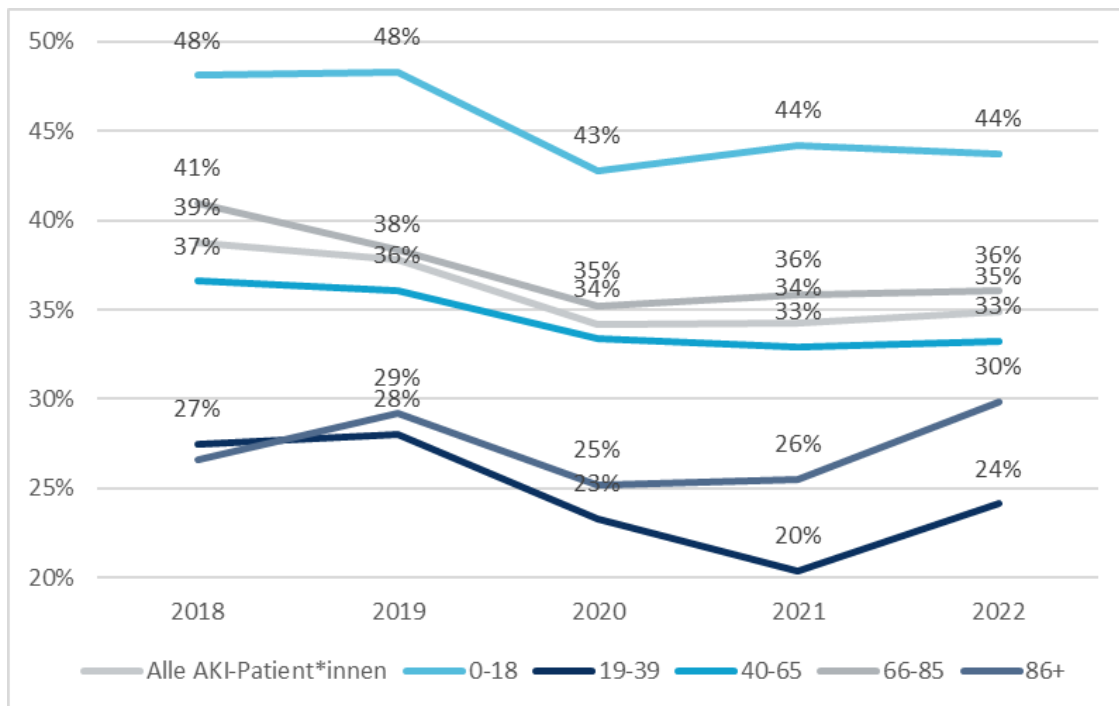


Abbildung 10: Anteile an Versicherten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale (n=18.363), Quelle: AOK-Daten (2018-2022)

Ausgewertet wurden im Projekt sowohl die durchschnittliche Anzahl der Krankenhaufälle und die Verweildauer als auch die Beatmungstunden (für eine ausführliche Darstellung siehe Argüello et. al 2025, vgl. Anlage 14). Betroffene mit Krankenhausaufenthalt hatten über den gesamten Analysezeitraum 2018-2022 pro Quartal rund 1,4 Krankenhausaufenthalte. Die Hälfte der Krankenhaufälle hatte eine Dauer von bis zu 6 Tagen. Der Anteil der AKI-Population mit mindestens einer verbuchten Beatmungstunde zeigte im Zeitverlauf einen Rückgang von 49,8 % im Jahr 2018 auf 42,8 % im Jahr 2022. Gleichzeitig nahm die Verweildauer bei den Versicherten mit verbuchten Beatmungstunden zu: der Median lag 2018 bei 11,8 Tagen, erreichte 2021 mit 15,8 Tagen einen Höhepunkt und sank 2022 wieder auf 13,8 Tage pro Fall.

Um Gründe für die Hospitalisierungen zu erfassen, wurden die stationären Hauptdiagnosen für das Jahr 2022 ausgewertet (Abbildung 11). Der überwiegende Teil der Hauptdiagnosen fällt in den Bereich der Krankheiten der Atemwege (ICD J00-J99). Darunter ist die ICD J96 (respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert) mit 8,2 % im Jahr 2022 die am häufigsten dokumentierte Hauptdiagnose, gefolgt von der bakteriell verursachten Pneumonie (ICD J55) mit 4,6 %. Empirisch relevante Hauptdiagnosen betreffen jedoch auch andere ICD-Bereiche wie N00-N99 (Krankheiten des Urogenitalsystems), S00-T98 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen) sowie C00-D48 (Neubildungen). Besonders hervorzuheben sind Diagnosen nach T85 (Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate) mit 3,9 %. Diese könnten in einer Population, in der rund 80 % Hilfsmittel der Gruppe 12 (Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie) nutzen, von besonderer Bedeutung sein.

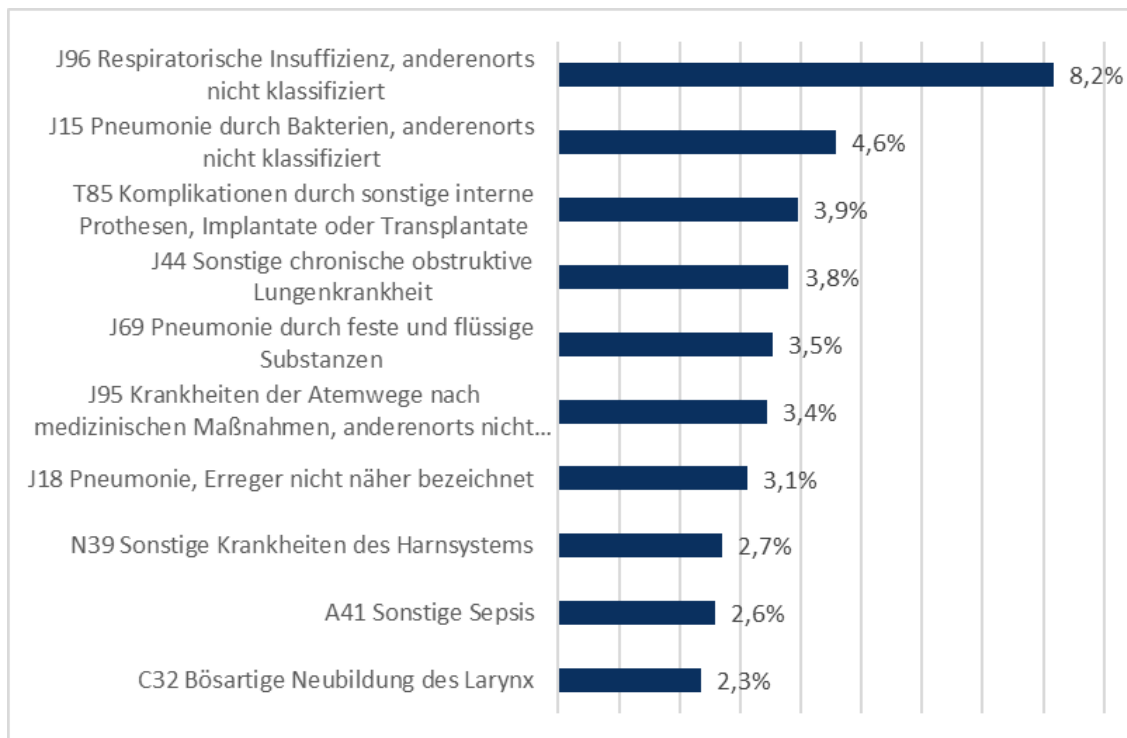


Abbildung 11: Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen bei allen AKI-Versorgten (n=1.251), Quelle: AOK-Daten (2022)

Analysiert wurden ferner Unterschiede zwischen den Altersgruppen (für eine ausführliche Darstellung s. Argüello et. al 2025; vgl. Anlage 14): Bei der jüngsten Altersgruppe sind G40 (Epilepsie) mit 7,3 % und J20 (Akute Bronchitis) mit 4,0 % die am häufigsten vorkommenden Hauptdiagnosen. Im Vergleich dazu stehen bei der Altersgruppe der 66 bis 85-Jährigen andere Diagnosen im Vordergrund: C43 (Bösartige Neubildung des Larynx, 3,4 %), T85 (Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, 3,3 %) und A41 (Sonstige Sepsis, 3,0 %) zählen zu den häufigsten Hauptdiagnosen. Bei der Altersgruppe der über 85-Jährigen wurden im Jahr 2022 die Pneumonien J69 (5,5 %) und J15 (1,4 %) sowie J96 (respiratorische Insuffizienz, 8,6 %) als häufigste Diagnosen dokumentiert.

Schnittstelle ambulant-ärztliche Versorgung

Die Mehrzahl aller Versicherten mit AKI hatte im Jahr 2022 pro Quartal mindestens einen Behandlungsfall in der hausärztlichen Versorgung (je nach Altersgruppe zwischen 90 % und 96 %) (Tabelle 6). Fachärzt*innen wurden von 77 % (19-39 Jahre) bis zu 85 % (40-65 Jahre) der Betroffenen konsultiert. Besonders häufig aufgesucht werden HNO-Ärzt*innen, Neurolog*innen und Internist*innen. Überraschend ist, dass weniger als jede*r zehnte AKI-Versorgte (6 % bis 9 %) im Jahr 2022 innerhalb eines Quartals Kontakt zu Pneumolog*innen hatte (Tabelle 6).

Tabelle 6: Anteile der Inanspruchnahme von Facharztgruppen in der ambulant-ärztlichen Versorgung nach Altersgruppen in Prozent (n=18.363), Quelle: AOK-Daten (2022)

Facharztgruppe	19-39 Jahre	40-65 Jahre	66-85 Jahre	86+ Jahre
Alle Vertragsärzt*innen	99,6	99,5	99,3	98,9
Hausärzt*innen	90,9	96,3	96,3	95,6
Fachärzt*innen	77,1	85,3	82,3	78,2
HNO-Ärzt*innen	20,7	30,1	30,9	26,6
Internist*innen	10,0	12,1	15,9	13,9
darunter:				
Angiolog*innen	0,0	0,1	0,2	0,1
Endokrinolog*innen und Diabetolog*innen	0,0	0,1	0,1	0,0
Gastroenterolog*innen	1,2	0,8	0,8	0,9
Kardiolog*innen	1,6	1,0	1,9	2,6
Nephrolog*innen	0,5	2,0	1,9	1,7
Hämatolog*innen und Onkolog*innen	0,7	1,6	2,7	0,5
Pneumolog*innen	6,3	6,7	8,8	8,2
Rheumatolog*innen	0,0	0,1	0,1	0,0
Neurolog*innen	30,0	39,0	31,1	26,3
Orthopäd*innen	5,1	4,4	4,7	5,5

Schnittstelle Heilmittelversorgung

Die Physiotherapie ist mit 65 % die am häufigsten in Anspruch genommene Heilmitteltherapie der AKI-Population. 40 % nutzen Logo- und 38 % Ergotherapie (Tabelle 7). Bei der Gruppe der Kinder und Jugendlichen (0-18 Jahre) erhalten 62 % Physiotherapie. Die 19- bis 39-Jährigen haben den höchsten Anteil an Physiotherapie-Inanspruchnahmen (70 %), dicht gefolgt von den 40- bis 65-Jährigen (69 %). Diese beiden Altersgruppen verzeichnen insgesamt die höchsten Anteile an Versicherten, die irgendeinen Heilmittelbereich in Anspruch nahm, mit 81 % bei den 19- bis 39-Jährigen und 82 % bei den 40- bis 65-Jährigen. Besonders in der Gruppe der 40- bis 65-Jährigen sind auch die höchsten Anteile an Verordnungen im Bereich der Sprachtherapie (44 %) und Ergotherapie (47 %) zu beobachten. Bei den 66- bis 85-Jährigen nutzten im Jahr 2022 40 % der Versicherten mindestens eine Sprachtherapie, 37 % eine Ergotherapie und 62 % eine Physiotherapie (Tabelle 7).

Tabelle 7: Anteile der Inanspruchnahme von Heilmittel nach Altersgruppen in der AKI im Jahr 2022 in Prozent (n=18.363), Quelle: AOK-Daten (2022)

Heilmittelbereich	Alle Altersgruppen	0-18 Jahre	19-39 Jahre	40-65 Jahre	66-85 Jahre	86+ Jahre
Physiotherapie	65,0 %	62,0 %	70,0 %	69,0 %	62,0 %	54,0 %
Sprachtherapie	40,0 %	32,0 %	36,0 %	44,0 %	40,0 %	29,0 %
Ergotherapie	38,0 %	20,0 %	38,0 %	47,0 %	37,0 %	24,0 %
Heilmittel Gesamt	77,0 %	72,0 %	81,0 %	82,0 %	75,0 %	64,0 %

4.1.3 Beatmungsentwöhnung und Potenzialerhebung im Krankenhaus

Mit dem GKV-IPReG wurde ein besonderer Fokus auf die Beatmungsentwöhnung beziehungsweise Dekanülierung in der AKI gelegt. In den Jahren 2021 bis 2022 wurden insgesamt 2.233 Versicherte der betrachteten Studienpopulation während eines stationären Krankenhausaufenthaltes geweaned (OPS 8-718). Abbildung 12 visualisiert die Zunahme der Entwöhnungen im Zeitverlauf.

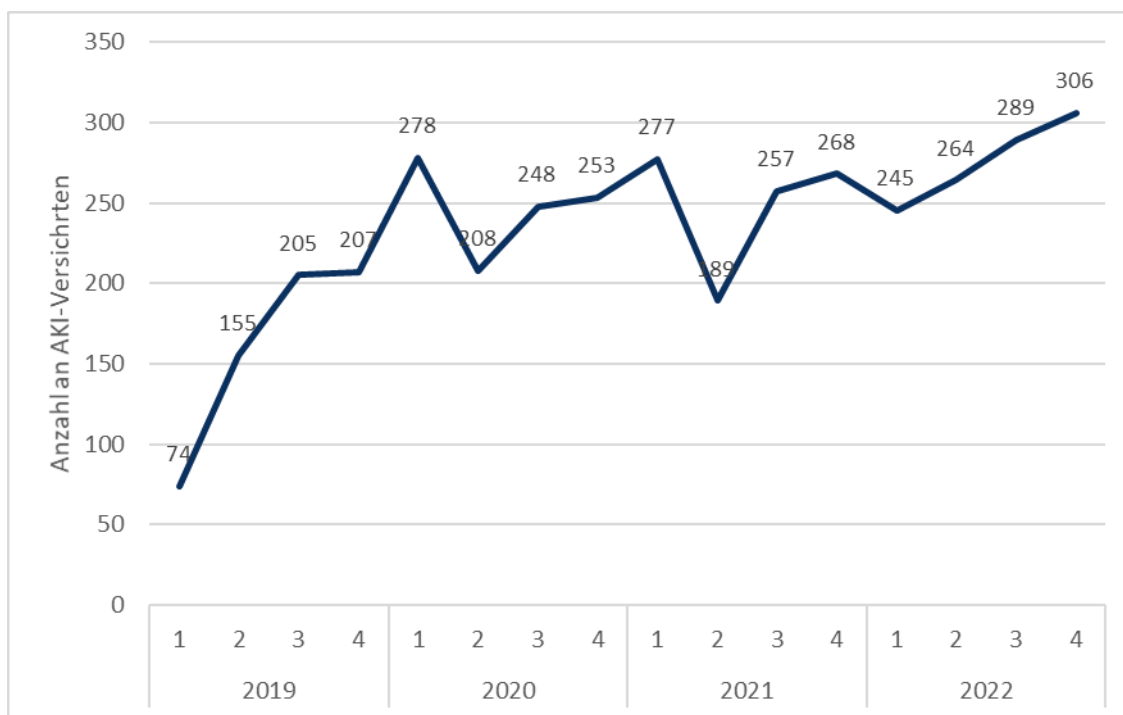


Abbildung 12: OPS 8-718 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung (n=3.723), Quelle: AOK-Daten (2019-2022)

Mit Inkrafttreten des GKV-IPReG ist auch die Verordnung einer Potenzialerhebung zentraler Bestandteil der gesetzlichen Regelung. Die Potenzialerhebung kann stationär oder ambulant von qualifizierten Ärzt*innen veranlasst werden. Die im Rahmen des ATME-Projekts erstellte Forschungsdatenbank enthält jedoch keine Potenzialerhebungen durch niedergelassene

Ärzt*innen. Die hierfür relevante GOP 37700 erhielt erst ab dem 01. Dezember 2022 Gültigkeit. In die folgende Betrachtung gingen insofern nur Fälle und Versicherte ein, die im Krankenhaus eine Potenzialerhebung erhielten.

Seit dem 1. Quartal 2021 ist die Abrechnung einer Potenzialerhebung (OPS 1-717) als „Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials“ in ihren absoluten Zahlen von 58 auf 219 im 4. Quartal 2022 bzw. um 278 % gestiegen Abbildung 13. Während im 1. Quartal 2021 noch 76 % der Feststellungen ein nicht vorhandenes Entwöhnungspotenzial auswiesen, wurde zum Ende des Beobachtungszeitraums fast der Hälfte (47 %) ein Entwöhnungspotenzial bescheinigt (Abbildung 13).

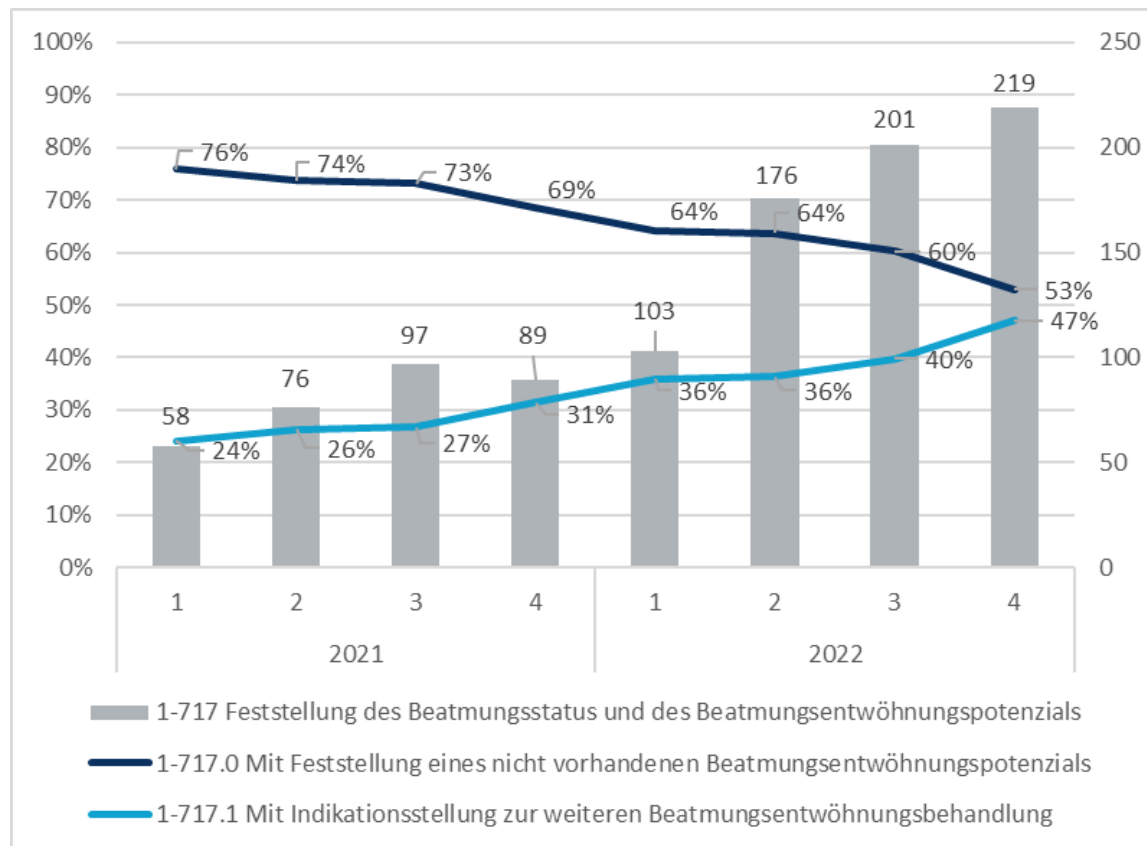


Abbildung 13: Anzahl AKI-Versicherte mit Potenzialerhebung und anschließender Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials im Quartal (n=1.019), Quelle: AOK-Daten (2021-2022)

4.2 Beschreibung der pflegerischen und der medizinischen, rehabilitativ-therapeutischen Versorgung

Die Darstellungen in diesem Kapitel fußen primär auf den teilstandardisierten Befragungen der Pflegeeinrichtungen und der Zentren für außerklinische Beatmung. Dennoch werden zu Beginn der Unterkapitel die Ergebnisse der qualitativen Untersuchungen, deren primärer Zweck es war, die Befragungsinstrumente zu entwickeln, beschrieben.

4.2.1 Beschreibung der pflegerischen Versorgung

Ergebnisse der qualitativen Interviews mit Pflegeeinrichtungen

Die Erkenntnisse der zunächst durchgeführten qualitativen Untersuchung lassen sich für die Gruppe der Pflegeeinrichtungen anhand der Themenbereiche des Interviewleitfadens folgendermaßen zusammenfassen: Die Gruppe der mit AKI versorgten Personen ist sehr heterogen und die Erkrankung scheint Auswirkungen auf die Entscheidung für eine bestimmte Versorgungsform zu haben, die zudem von den individuellen Gegebenheiten beeinflusst wird. Ein grundlegender Versorgungsverlauf kann beschrieben werden, unterliegt jedoch verschiedenen Versorgungsbrüchen, die es näher zu untersuchen gilt. Die AKI wird als anspruchsvoller Versorgungsbereich beschrieben, in der spezifische Kompetenzen erforderlich sind und in dem die vorhandenen medizinisch-therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Kapazitäten an Grenzen stoßen. Trotz der hohen Bedeutung der pflegerischen Arbeit in der AKI handelt es sich um einen vor allem interdisziplinären Versorgungsbereich. Interdisziplinarität gelingt vielfach gut, stößt jedoch auch an grundlegende organisatorische und strukturelle Probleme. Die Einschätzungen zum GKV-IPReG können als ambivalent angesehen werden. Vorhandene Befürchtungen und das Abwarten auf die konkrete Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben prägen das Bild.

Befragte Stichproben (teilstandardisierte Befragung)

53,2 % der befragten Pflege(fach)kräfte (Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte, n=308) sind für einen ambulanten Pflegedienst mit häuslicher Einzelversorgung tätig, weitere 46,8 % der Befragten in einer Intensivpflege-WG beschäftigt. Damit dominieren die ambulanten Versorgungsformen die Stichprobe, in einer vollstationären Pflegeeinrichtung sind 15,6 % der befragten Pflege(fach)kräfte tätig. Mit 56,2 % sind die Befragten mehrheitlich in der Versorgung von Erwachsenen mit AKI beschäftigt. 15,3 % versorgen ausschließlich Kinder und Jugendliche mit AKI, weitere 28,6 % betreuen beide Altersgruppen. Überwiegend haben sich Pflegefachkräfte mit Leitungsfunktion beteiligt (60,7 %). Je hälftig sind die Befragten in eher städtischen bzw. ländlichen Umgebungen tätig.

Aus der FB, die ausschließlich Fragen zur Einschätzung der Auswirkungen des GKV-IPReG aufgreift stehen 142 Datensätze zur Analyse zur Verfügung. 73,9 % der Befragten sind für einen ambulanten Pflegedienst mit häuslicher Einzelversorgung tätig, weitere 47,9 % in einer Intensivpflege-WG und lediglich 5,6 % in einer stationären Einrichtung. Die Verteilung der Altersgruppen liegt mit einem Anteil von 57,7 % deutlich im Bereich der Versorgung Erwachsener mit AKI, 9,9 % versorgen ausschließlich Kinder. An der FB haben vorrangig Pflegefachkräfte mit Leitungsfunktion teilgenommen (78,2 %).

Die folgende Ergebnispräsentation fokussiert die relevantesten Ergebnisse der beiden Befragungen, die für das Verständnis der abgeleiteten Handlungsempfehlungen in Kapitel 5.2 relevant sind. Da die jeweiligen Fragen nicht immer von allen Befragten beantwortet werden mussten, wird in der Ergebnisdarstellung jeweils die Anzahl der Befragten genannt, die die Frage beantwortet haben. Eine detaillierte Ergebnisdarstellung sowie weitere Hinweise zur befragten Stichprobe finden sich in Anlage 9.

Merkmale der Versorgungssituation

Erkrankungsformen

Die häufigsten Erkrankungen der zu versorgenden Erwachsenen mit AKI sind nach Angaben der Befragten (n=173) Hirnschädigungen (79,2 %), Lungen- und Atemwegsschädigungen (63,0 %) sowie (neuro-)muskuläre Krankheiten (53,2 %). Betroffene mit Hirnschädigungen finden sich öfter in Gemeinschaftsversorgungen, während Betroffene mit (neuro-)muskulären Krankheitsbildern häufiger in der Einzelversorgung betreut werden (Abbildung 14).

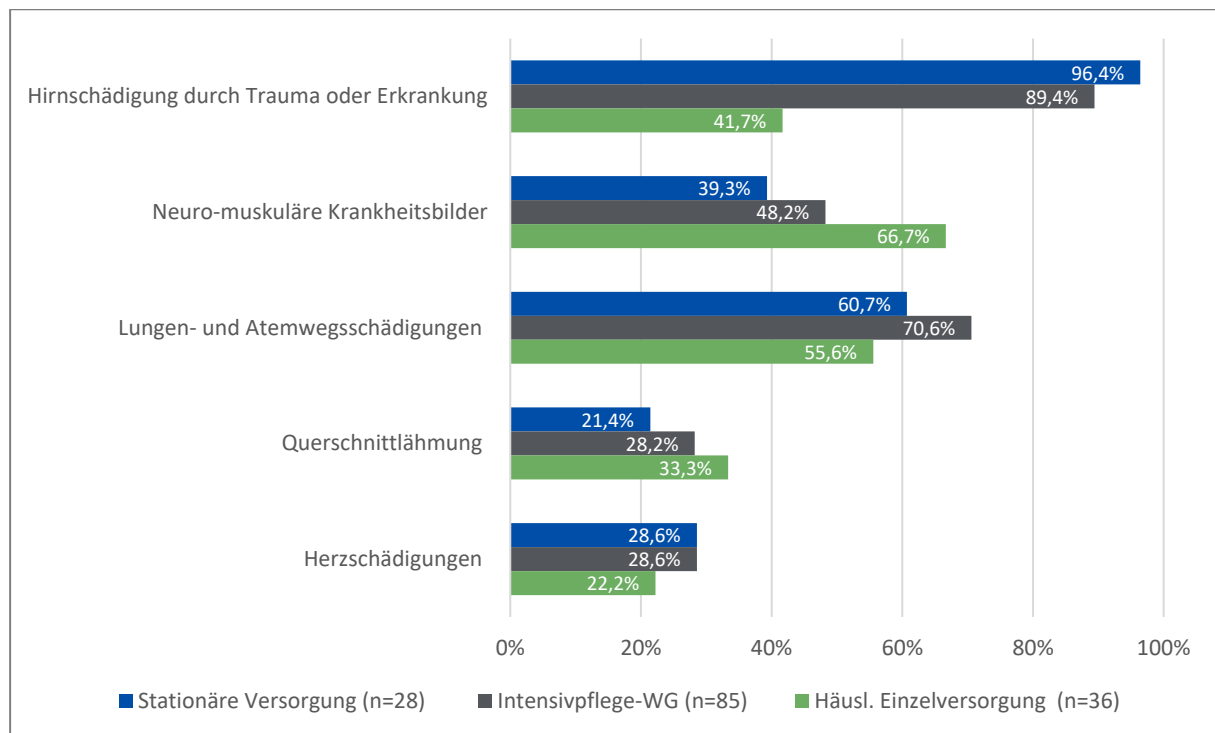


Abbildung 14: Erkrankungsformen erwachsener Menschen mit AKI differenziert nach Versorgungsform (n=149)

Bei Kindern mit AKI-Versorgung dominieren Erkrankungsformen, die angeboren und/oder durch frühkindliche Schädigung erworben wurden: 91,5 % der Befragten (n=47) geben eine Fehlbildung oder angeborene genetische Schädigungen als häufiges Krankheitsbild an, 76,6 % nennen eine Schädigung durch Frühgeburt und 42,6 % Stoffwechselerkrankungen als häufige Erkrankungsform.

Anteil beatmeter/trachealkanülierter Menschen mit AKI und Beatmungsformen

20,2 % der Befragten (n=307) betreuen (fast) ausschließlich Menschen mit AKI und Beatmung, während 30,3 % nur sehr wenige Beatmete versorgen. Hinsichtlich der Beatmungsform wird die invasive durchgängige Beatmung von 64,6 % der Befragten (n=294) als häufige Beatmungsform angegeben, die zeitweise invasive Beatmung von 60,2 %. Die nicht-invasive Beatmung schätzen 27,3 % als häufig ein. Unabhängig von der Beatmungspflicht besteht in der Regel ein gesicherter Zugang zum Atemweg über eine Trachealkanüle. Nur 12,7 % der Befragten (n=308) geben an, dass wenige bis gar keine der nicht beatmeten Menschen mit AKI eine Trachealkanüle haben.

Therapieziele in der Versorgung

Als häufiges Therapieziel geben 87,5 % der Befragten (n=304) den Erhalt des Ist-Zustands an, weitere 64,8 % nennen palliative Versorgungssituationen mit bestmöglichem Erhalt der Lebensqualität. Eine Reduzierung oder Entwöhnung von der Beatmung sowie eine Dekanülierung wird nur von 51,0 % der Befragten als häufiges Therapieziel genannt, die vollständige Entwöhnung von der Beatmung von 23,7 % und die Dekanülierung von 21,1 %. Im Vergleich der Subgruppen fällt auf, dass palliative Versorgungssituationen häufiger von Befragten aus stationären (82,1 %; n=39) bzw. Gemeinschaftsversorgungen (66,0 %; n=95) angegeben werden sowie von Befragten, die Kinder versorgen (82,6 %; n=47).

Organisation der Versorgung

Insgesamt geben 82,5 % der Befragten (n=297) an, dass Pflegefachkräfte der betreuenden Einrichtung hauptverantwortlich für die Organisation der gesundheitlichen Versorgung sind. Haus- oder Fachärzt*innen werden von 30,0 % der Befragten als häufige steuernde Instanz der Versorgung genannt, weitere Berufsgruppen sind nachrangig eingeordnet. Hinsichtlich der Organisation des Alltags sehen 78,8 % der Befragten (n=297) Pflegefachkräfte ebenfalls in der Hauptverantwortung. Als weitere Berufsgruppe werden lediglich persönliche Assistenz- und Betreuungskräfte mit 23,2 % nennenswert in die Alltagsorganisation eingebunden.

Auch An- und Zugehörige werden von den Befragten als versorgungssteuernd eingeordnet: in die Organisation der gesundheitlichen Versorgung sehen sie 30,0 % der Befragten häufig eingebunden, hinsichtlich der Organisation des Alltags nennen 42,4 % Angehörige als hauptverantwortlich. An- und Zugehörige haben größere Bedeutung in häuslichen Einzelversorgungen: Befragte der häuslichen Einzelversorgung (n=116) geben zu 61,2 % An- und Zugehörige als häufig hauptverantwortlich in der gesundheitlichen Versorgung an, bzgl. der Organisation des Alltags liegt dieser Wert nochmal höher bei 78,4 %. In der Einzelversorgung organisieren auch Betroffene häufiger selbst ihren Alltag. Dies geben 32,8 % der Befragten aus Einzelversorgungen (n=116) an. In den anderen Versorgungsformen ist dies nach Ansicht der Befragten nur zu sehr geringen Anteilen (<10 %) der Fall.

Versorgungsverläufe

Wahl der Versorgungsform

Die Belastung der Angehörigen bestimmt nach Ansicht von 60,9 % der Befragten (n=274) die Wahl der Versorgungsform. Auch die Nähe der Einrichtung zum (früheren) Wohnort bzw. Angehörigen halten 52,2 % für entscheidungsrelevant. Eine Zustandsverschlechterung der Person mit AKI sehen insbesondere Befragte, die in Gemeinschaftsversorgungen tätig sind, als Entscheidungsmotiv an: 54,3 % (n=35) der in stationären Einrichtungen bzw. 44,7 % (n=85) der in Intensivpflege-WGs Tätigen halten dies für relevant, während 30,0 % (n=110) der Beschäftigten in häuslicher Einzelversorgung dies als Grund für die Wahl der Versorgungsform wahrnehmen. Eine Spezialisierung auf das Krankheitsbild erscheint etwas mehr als der Hälfte der Befragten (50,4 %) bedeutsam. Finanzielle Gründe sind in der gesamten Stichprobe für weniger als ein Fünftel relevant (16,2 %), allerdings werden sie in der stationären Versorgung von 31,4 % (n=35) der Befragten genannt.

Herausforderungen einer lückenlosen Versorgung

Als häufigste Schwierigkeiten für eine lückenlose Versorgung werden der Mangel an Haus- und Fachärzt*innen (71,8 %, n=273) sowie Pflegefachpersonal (71,1 %) angegeben. Eine geringe Verfügbarkeit spezialisierter Therapeut*innen geben 48,7 % der Befragten an. Fast zwei Drittel der Befragten (63,4 %) sehen aber auch Schwierigkeiten bei der Genehmigung von Hilfsmitteln oder Therapiemaßnahmen durch die Leistungsträger, 24,2 % sehen eine zögerliche ärztliche Verordnungspraxis als Schwierigkeit an. 27,8 % der Befragten nannten die Kommunikation zwischen Versorgern als Barriere einer lückenlosen Versorgung.

Auffallend im Vergleich der Versorgungsformen ist, dass der Mangel an verfügbaren Haus- und Fachärzt*innen sowie spezialisierter Therapeut*innen in stationären Versorgungsformen geringer ausgeprägt scheint. 51,4 % der Befragten aus stationären Einrichtungen (n=35) geben an, dass es an ausreichend spezialisierten Haus- und Fachärzt*innen fehlt, Befragte aus Intensivpflege-WGs stimmen dieser Aussage zu 72,9 % zu (n=85), Befragte aus Einzelversorgungen zu 70,6 % (n=109). Der Mangel an spezialisierten Therapeut*innen wird insgesamt als weniger gravierend wahrgenommen, aber mit ähnlicher Diskrepanz zwischen den Versorgungsformen (stationär: 37,1 %; WG: 49,4 %; Einzelversorgung: 50,5 %).

Der Mangel an pflegerischem Fachpersonal ist in der Versorgung von Kindern besonders ausgeprägt: Während 65,8 % der in der ausschließlichen Versorgung von Erwachsenen tätigen Befragten (n=155) dies als Schwierigkeit ansehen, sind dies unter den in der Kinderversorgung tätigen Befragten 95,1 % (n=41) und damit fast alle befragten Personen, die ausschließlich diese Altersgruppe betreuen.

Transporte von Menschen mit AKI-Versorgung

In der gesamten Stichprobe (n=273) geben 27,8 % der Befragten an, dass Transporte zu organisieren sind. Wenn Schwierigkeiten bei der Organisation von Transporten wahrgenommen werden, begründen sich diese nach Ansicht der Befragten (n=76) in mangelnder Ausstattung (68,4 %) sowie mangelnder Fachkompetenz des Transportdienstleisters (65,8 %).

Krankenhausaufenthalte von Menschen mit AKI-Versorgung

Akute Versorgungssituationen, die nicht in Schwierigkeiten respiratorischer Art begründet sind, stellen den häufigsten Grund einer Krankenhauseinweisung dar (86 %; n=272). Eine respiratorische Verschlechterung bzw. Komplikationen mit der Beatmung wird von 55,5 % der Befragten als häufiger Einweisungsgrund angegeben, Komplikationen mit Trachealkanüle oder -stoma nennen 37,1 %. Planbare Einweisungen für diagnostische Maßnahmen bzw. Routineuntersuchungen berichten 72,1 % als Grund für einen Krankenhausaufenthalt, die Notwendigkeit eines chirurgischen Eingriffs sehen 54,8 % als häufigen Einweisungsgrund. Fehlende ambulante Versorgungsmöglichkeiten nennen 20,2 % der Befragten.

Die Bewertung der Krankenhausaufenthalte fällt eher negativ aus: nur 45,2 % der Befragten geben an, dass die Beatmung durch Pflegefachkräfte der aufnehmenden Klinik fachgerecht fortgesetzt wird. Lediglich 6,6 % erleben, dass sich die von ihnen betreuten Menschen mit AKI gut aufgehoben fühlen (Abbildung 15).

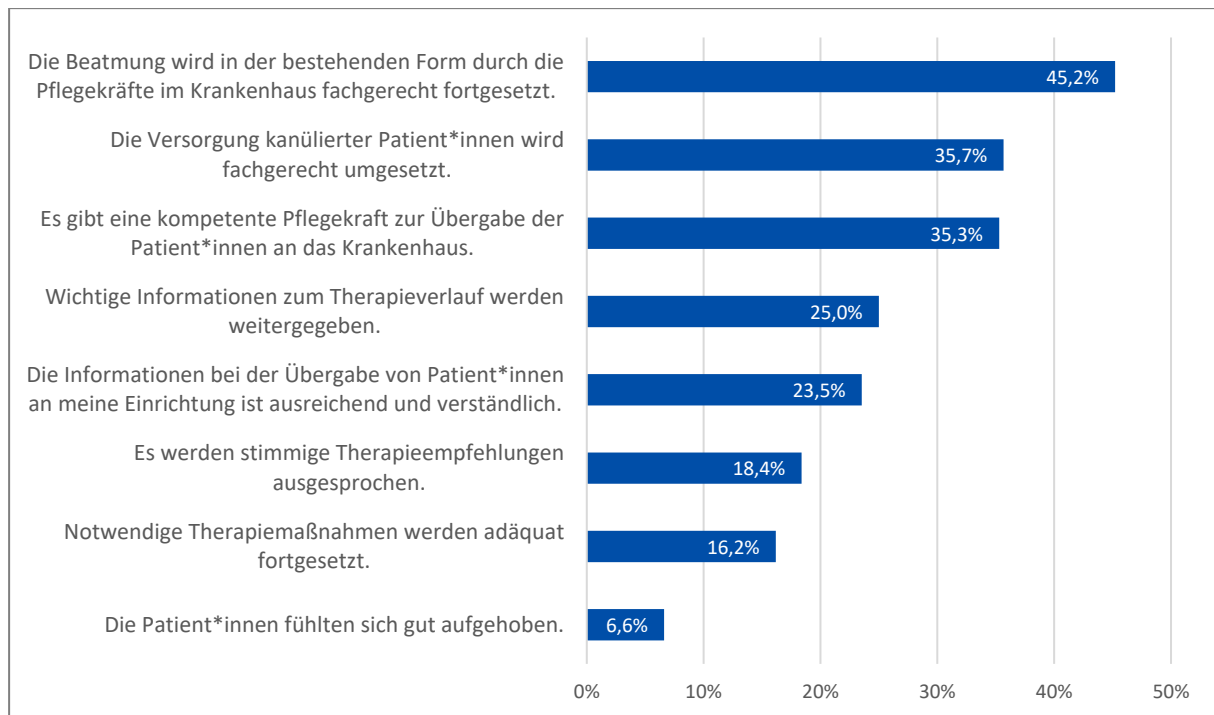


Abbildung 15: Erfahrung mit Krankenhausaufenthalten, Mehrfachauswahl, n=272

Beteiligung der Pflegenden am Weaningprozess

56,8 % aller Befragten (n=273) geben an, dass das Weaning innerhalb ärztlicher Vorgaben durch Pflegefachkräfte durchgeführt wird, 28,6 % geben an, dass das Weaning ausschließlich außerhalb der Pflegeeinrichtung durchgeführt wird. Danach befragt, wie sich die Beteiligung der Pflegefachkräfte am Weaningprozess praktisch ausdrückt, sehen 75,8 % der Befragten (n=153), ihre Einschätzung in ärztlichen Vorgaben umgesetzt. Einen eigenen nennenswerten Entscheidungsspielraum, geben dagegen nur 35,3 % der Befragten an. 52,3 % geben an, dass der Weaningprozess von Atmungstherapeut*innen geleitet wird.

Herausforderungen der Weiterversorgung nach Dekanülierung

43,2 % der Befragten (n=271) äußern, dass nach Dekanülierung schon einmal Schwierigkeiten aufgetreten sind. Befragt nach den Gründen, geben die Befragten (n=117) mehrheitlich an, dass der Bedarf an AKI-Versorgung entgegen der fachlichen Einschätzung nicht mehr anerkannt wurde (75,2 %). Mehr als zwei Drittel der Befragten (72,6 %) berichten zudem von Problemen, eine geeignete alternative Versorgung zu organisieren.

Beendigung der Versorgung in der AKI

Der mit Abstand häufigste Grund zur Beendigung der Versorgung in der AKI ist das Versterben der*des Betroffenen (67,2 %; n=271). Immerhin 10,3 % der Befragten nennen einen nicht mehr bestehenden Bedarf an AKI als Grund. Andere zur Wahl gestellte Aspekte wurden nur selten genannt.

Versorgungskapazitäten der eigenen Einrichtung

Ablehnung von Versorgungsanfragen

Ein zentrales Thema der AKI ist die Verfügbarkeit ausreichender Versorgungskapazitäten. 83,3 % der Befragten (n=234) mussten in den letzten zwei Jahren Anfragen ablehnen, hauptsächlich wegen personeller Ressourcen (78,5 %) und fehlender Plätze (52,3 %). Im Vergleich der verschiedenen Teilgruppen fällt auf, dass von den Intensivpflege-WGs etwas seltener Ablehnungen ausgesprochen werden müssen (76,6 %, n=77) als in der stationären Versorgung (86,7 %, n=30) oder häuslichen Einzelversorgung (86,0 %, n=86). In der Versorgung von Kindern berichtet dagegen fast jede der befragten Personen von abgelehnten Versorgungsanfragen (97,2 %, n=35).

Personalschlüssel

Bedingt durch die Versorgungsform liegt der Personalschlüssel (Pflegefachkraft pro zu versorgende Person) in der häuslichen Einzelversorgung durchgängig bei 1:1. In den Intensivpflege-WGs liegt der Personalschlüssel in der Regel bei 1:3, dies geben 83,1 % der Befragten (n=83) aus dieser Versorgungsform an. 13,3 % berichten einen durchschnittlichen Personalschlüssel von 1:2, mehr als drei Menschen mit AKI, die von einer Pflegefachkraft betreut werden, geben lediglich 2,4 % an. Auch in der stationären Versorgung wird die 1:3-Betreuung am häufigsten angegeben (32,4 %, n=34), allerdings finden sich in dieser Teilgruppe häufiger Betreuungsverhältnisse von mehr als drei Menschen mit AKI pro Pflegefachkraft: 12 Befragte (35,3 %) berichten, dass in ihrer Einrichtung in der Regel vier oder mehr Menschen mit AKI von einer Pflegefachkraft betreut werden.

Versorgungsqualität und Zusammenarbeit

Verfügbarkeit anderer Leistungsanbieter

Die höchste Verfügbarkeit relevanter Leistungsanbieter wird bei Providern von Beatmungsgeräten und Hilfsmitteln gesehen, insgesamt 90,5 % der Befragten (n=263) erleben eine sehr gute bis gute Verfügbarkeit. Auch Hospizdienste bzw. die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wird von 70,7 % als sehr gut bis gut verfügbar wahrgenommen. Hausärzt*innen erleben 60,8 % der Befragten als sehr gut bis gut verfügbar, während dies auf Fachärzt*innen nur nach Ansicht von 27,4 % der befragten Personen zutrifft.

Die Verfügbarkeit der Leistungsanbieter fällt in den ambulanten Versorgungsformen schlechter aus, in der Regel am schlechtesten in der Einzelversorgung. Abbildung 16 stellt exemplarisch die Verfügbarkeit ärztlicher und therapeutischer Leistungsanbieter in den verschiedenen Versorgungsformen einander gegenüber. Einzig die Verfügbarkeit der Provider wird über alle Versorgungsformen hinweg in gleichem Maße positiv bewertet. Dieser Befund leitet sich auch aus den explorativen Interviews ab, in denen mehrheitlich beschrieben wurde, dass insbesondere in der Einzelversorgung die Verfügbarkeit von Leistungsanbietern eingeschränkt ist, da Hausbesuche hier nicht für mehrere AKI-Versorgte gleichzeitig durchgeführt werden können und damit für den jeweiligen Leistungsanbieter ressourcenintensiver und weniger lukrativ sind.

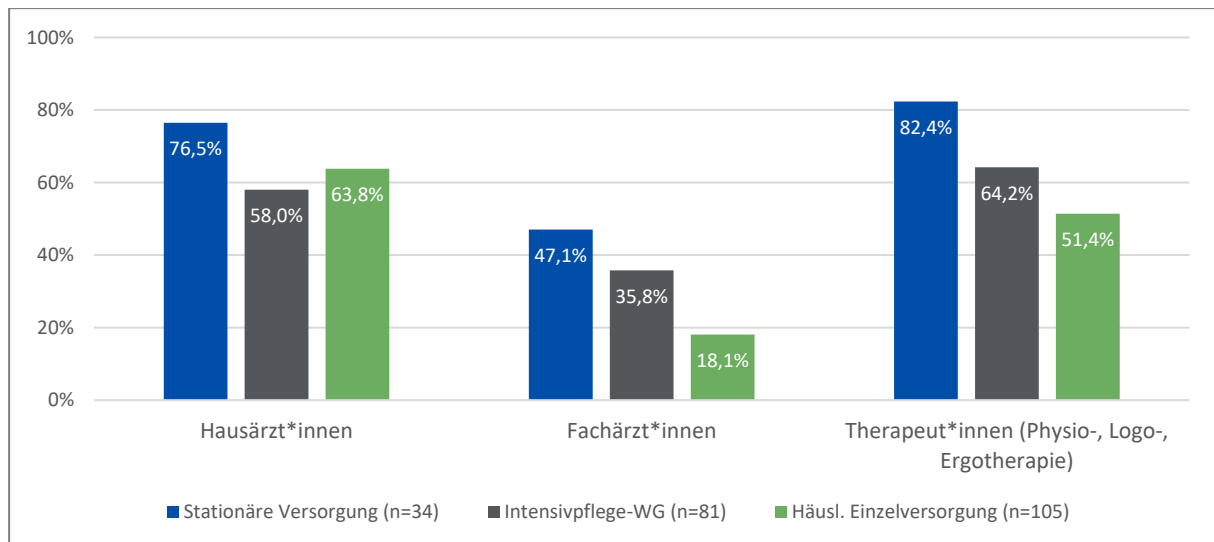


Abbildung 16: Verfügbarkeit einzelner Leistungsanbieter, differenziert nach Versorgungsform: Antwortoptionen sehr gut/ gut

Qualität der Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern

Die Zusammenarbeit mit allen zur Wahl gestellten Leistungsanbietern wird von der Mehrheit der Befragten als sehr gut bis gut bewertet. Abbildung 17 zeigt die Bewertung der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Leistungsanbietern auf.

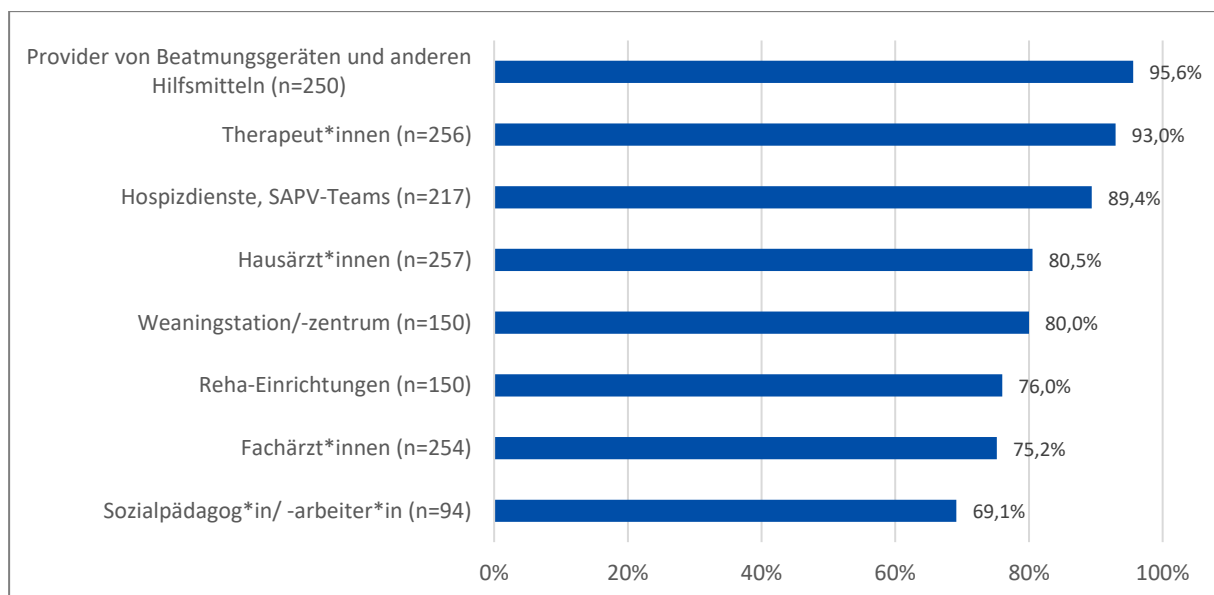


Abbildung 17: Qualität der Zusammenarbeit mit verschiedenen Leistungsanbietern: Antwortoptionen sehr gut/ gut, ohne Antwortoption „kann ich nicht beurteilen“

Rolle der Pflege im interdisziplinären Team

Mit großer Mehrheit (93,5 %) sehen die Befragten (n=263) ihre eigene Berufsgruppe als zentral in der Versorgung an. Mehr als die Hälfte (53,6 %) fühlt sich dennoch von Ärzt*innen nicht ausreichend anerkannt, in Hinblick auf therapeutische Berufsgruppen äußern dies 17,5 %. 44,9 % denken, dass Pflegefachkräfte keinen eigenen oder einen zu geringen

Handlungs- und Entscheidungsspielraum haben, 39,2 % sehen Pflegefachkräfte bei der Erhebung von Weaningpotenzialen unzureichend eingebunden. 30,4 % bewerten den Informationsaustausch mit den anderen Berufsgruppen als nicht angemessen.

Einschätzung der Versorgungslage

Eigene pflegerische Tätigkeit

Mehrheitlich bestätigen die Befragten ein hohes Kompetenzerleben: 86,4 % (n=258) fühlen sich in der Handhabung medizinischer Geräte und Hilfsmittel sicher. In kritischen Versorgungssituationen trifft dies auf 75,2 % der Befragten zu. Die Einschätzung der Kompetenz von Kolleg*innen bzw. Mitarbeiter*innen wird etwas kritischer eingeschätzt: 69,0 % erleben diese als kompetent und 59,3 % sie in kritischen Versorgungssituationen als sicher. Die für die Versorgung zur Verfügung stehende Zeit bewerten 84,1 % der Befragten als ausreichend. Genügend Zeit für Gespräche und psychosoziale Begleitung der Betroffenen geben 72,5 % der Befragten an, ausreichend Zeit für die Betreuung von Angehörigen bestätigen 72,1 %. Korrespondierend mit dem Personalschlüssel zwischen den verschiedenen Versorgungsformen geben Befragte aus stationären Versorgungsformen (n=34) deutlich seltener an, ausreichend Zeit für die Versorgung (55,9 %) sowie für die psychosoziale Begleitung der Menschen mit AKI (50,0 %) und Angehörigen (44,1 %) zu haben.

Einschätzung der allgemeinen Versorgungssituation

Befragt nach allgemeinem Verbesserungsbedarf in der AKI stimmen 86,8 % (n=258) der Aussage zu, dass der bürokratische Aufwand bei der Genehmigung von Leistungen reduziert werden müsste. Mehr als die Hälfte der Befragten sieht zudem die Notwendigkeit, mehr Möglichkeiten zur Umsetzung medizinisch-therapeutischer Maßnahmen in der AKI zu schaffen (60,5 %) sowie den Verantwortungsbereich von Pflegefachkräften zu erweitern (58,5 %). Eine bessere Ausstattung mit Hilfsmitteln erachten 40,7 % für relevant, eine höhere fachliche Qualifikation ist für knapp 38,8 % der Befragten wichtig. 36,8 % halten einen besseren Personalschlüssel für wichtig. Hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Versorgungsformen: In der häuslichen Einzelversorgung sehen nur 25,0 % den Personalschlüssel als verbesserungsbedürftig an, während in stationärer Versorgungsform 70,6 % der Befragten Handlungsbedarf sehen.

Befragt nach der Ausrichtung der Versorgung am Bedarf der Menschen mit AKI, geben 63,4 % der Befragten (n=257) an, dass sie den Eindruck haben, erbrachte Leistungen entsprechen genau dem Bedarf der Menschen mit AKI. 25,3 % glauben, dass weniger Leistungen als nötig und 8,2 %, dass mehr Leistungen als nötig erbracht werden. Zwischen den Versorgungsformen zeigen sich erneut deutliche Unterschiede. Dass genau so viele Leistungen erbracht werden, wie benötigt, finden in der häuslichen Einzelversorgung 70,2 % (n=104), in der stationären Versorgung sehen dies 44,1 % (n=34).

Einschätzung zum GKV-IPReG

Eine Einschätzung zum GKV-IPReG wurde zu zwei Erhebungszeitpunkten erfasst (vgl. Kapitel 3.3). Nachfolgend werden sowohl die Ergebnisse aus der Hauptbefragung (HB, n=201) sowie der 12 Monate später durchgeführten FB (n=142) dargelegt.

Nur jede vierte bis fünfte befragte Person stimmt der Aussage zu, das GKV-IPReG verbessere die Versorgungsqualität in der AKI (trifft voll zu/ trifft eher zu; HB: 27,9 %; FB: 20,4 %). Einen Beitrag zur besseren Strukturierung durch das GKV-IPReG sehen 33,9 % (HB) bzw. 28,3 % (FB) der Befragten. Die Anforderungen des GKV-IPReG bewerten 36,3 % (HB) bzw. 30,3 % (FB) als fachlich sinnvoll. Dass das GKV-IPReG die ambulante Versorgung erschwert, sehen 78,6 % (HB) bzw. 80,3 % (FB) der Befragten. Das Entwicklungspotenzial der AKI durch das GKV-IPReG wird demnach eher verhalten bewertet, wobei sich im Vergleich der beiden Erhebungszeitpunkte eine eher zunehmende kritische Haltung der Pflege(fach)kräfte zeigt. Auffallend ist, dass in der FB insbesondere diejenigen Einrichtungen, die bereits einen Rahmenvertrag nach § 132 I SGB V abgeschlossen haben, die ambulante Versorgung der AKI durch das GKV-IPReG als erschwert bewerten (Abbildung 18).

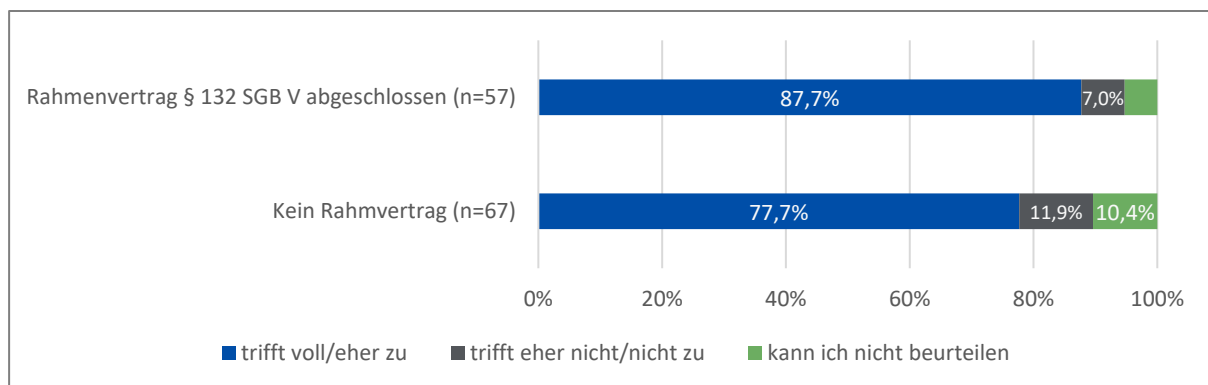


Abbildung 18: Zustimmung zur Aussage "Das GKV-IPReG erschwert die ambulante Versorgung."
Antwortoptionen gruppiert

Besonders kritisch wird die Ausrichtung der AKI am Bedarf und den Bedürfnissen der Betroffenen bewertet, wobei sich hier im Zeitverlauf eine positivere Haltung abzeichnet: 12,4 % (HB) bzw. 19,0 % (FB) der Befragten sehen eine bedarfsgerechtere Ausrichtung der Versorgung durch das GKV-IPReG. 14,9 % (HB) bzw. 19,0 % (FB) der Befragten denken, dass die Betroffenenwünsche mehr beachtet werden. Dass die Betroffenenwünsche durch das GKV-IPReG mehr Beachtung finden, sehen in der FB insbesondere jene Einrichtungen, die bereits einen Rahmenvertrag abgeschlossen haben: Hier stimmen 22,8 % der Aussage voll oder eher zu, während in Einrichtungen ohne Vertragsabschluss nur 10,4 % eine stärkere Berücksichtigung von Betroffenenwünsche durch das GKV-IPReG sehen.

Eines der Hauptziele des GKV-IPReG, Weaningpotenziale besser auszuschöpfen, sehen die befragten Pflege(fach)kräfte überwiegend als erfüllt an: 65,7 % (HB) bzw. 64,1 % (FB) haben den Eindruck, dass durch das GKV-IPReG zukünftig mehr getan wird, um Menschen mit AKI von der Beatmung zu entwöhnen. Dass durch das GKV-IPReG zukünftig mehr getan wird, um Menschen mit AKI zu dekanülieren, sehen 68,2 % (HB) bzw. 66,9 % (FB) der Befragten.

Befürchtungen bzgl. möglicher Versorgungsbrüche bestehen in hohem Maße und zu beiden Erhebungszeitpunkten in nahezu gleichwertiger Ausprägung: 89,5 % (HB) bzw. 88,7 % (FB) befürchten einen Versorgungsbruch in der haus- oder fachärztlichen Versorgung. Eine Gefährdung der Versorgungskontinuität durch das GKV-IPReG sehen 81,5 % (HB) bzw. 78,9 %

(FB) der Befragten. Einen bürokratischen Mehraufwand für die Einrichtung sehen 89,0 % (HB) bzw. 91,5 % (FB).

Dass die durch das GKV-IPReG gestellten fachlichen Anforderungen durch die Pflegeeinrichtung nicht erfüllt werden können, sieht etwas mehr als jede*r Fünfte der befragten Personen, hier zeigen sich zwischen den Erhebungszeitpunkten keine nennenswerten Entwicklungen (HB: 21,4 %; FB: 22,5 %). Die räumlichen Anforderungen durch das GKV-IPReG können in der HB nach Ansicht von nur 12,9 % der Befragten nicht erfüllt werden, während in der FB nach Ansicht von 16,9 % die räumlichen Anforderungen als nicht erfüllt bezeichnet werden. Bemerkenswert ist, dass auch mit abgeschlossenem Rahmenvertrag immer noch 15,8 % der Befragten in der FB die fachlichen Anforderungen durch das GKV-IPReG als überwiegend nicht erfüllt bewerten (Abbildung 19).

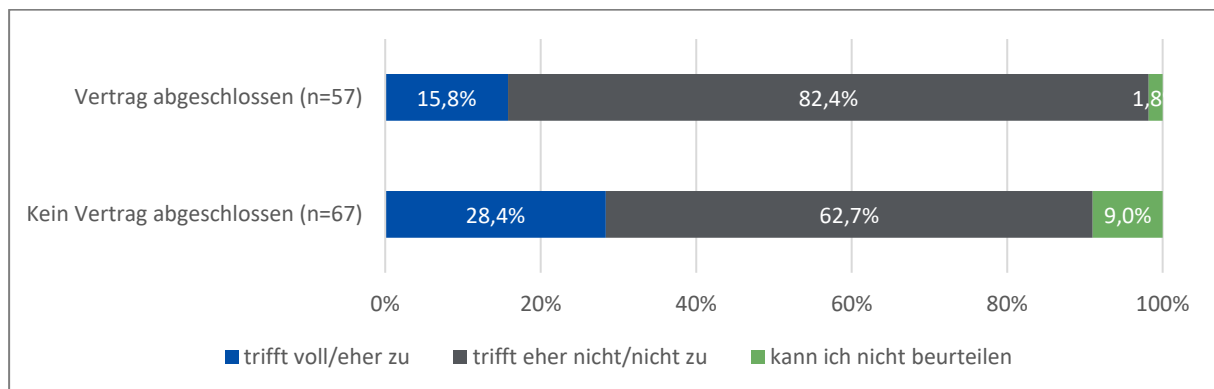


Abbildung 19: Zustimmung zur Aussage "Die fachlichen Anforderungen des GKV-IPReG können von unserer Einrichtung nicht erfüllt werden." Antwortoptionen gruppiert

4.2.2 Beschreibung der medizinischen, rehabilitativ-therapeutischen Versorgung

Ergebnisse der qualitativen Interviews mit medizinischen, medizintechnischen und rehabilitativ-therapeutischen Versorger*innen

Die interviewten Versorger*innen skizzieren den Fachkräftemangel als eine der zentralen Herausforderungen in der AKI. Hinzu kämen Fluktuation und Unsicherheiten des pflegerischen Personals. Dabei sei zur Gewährleistung hoher Versorgungsqualität entsprechend hoch qualifiziertes Personal erforderlich, da Versorger*innen oftmals bei Patient*innen vor Ort allein handlungsfähig sein müssen. Hiermit einhergehend werden die gestiegenen Qualifikationsanforderungen durch das GKV-IPReG als richtig und erforderlich bewertet, wobei allerdings auch der sich dadurch zuspitzende Fachkräftemangel als zusätzliche Herausforderung gesehen wird. Die AKI zeichne sich durch eine interdisziplinäre Versorgung aus, deren Hauptansprechpartner*innen mehr und mehr Atmungstherapeut*innen seien, deren Anzahl weiter zunehme. Die Interviewten berichten überdies eine Zunahme bzw. Etablierung der AKI Versorgung in Beatmungs-WGs anstelle der 1:1-Versorgung in der eigenen Häuslichkeit. Gründe hierfür seien, dass Ressourcen und fachliches Know-How an einem Ort gebündelt sei und qualitativ hochwertige Versorgung erbracht werden könne. Die Interviewten beschreiben, dass sich Menschen mit AKI in Beatmungs-WGs sicherer fühlten. 1:1-Versorgung in der eigenen Häuslichkeit würde überwiegend für Kinder und Jugendliche in Anspruch genommen.

Ergebnisse der teilstandardisierten Befragung von Zentren für außerklinische Beatmung

In den Zentren für außerklinische Beatmung bzw. den Weaningzentren wurden einerseits Leitungspersonen und andererseits Mitarbeitende befragt. Am Ende lagen lediglich 9 Datensätze von Leitungspersonen zur Auswertung vor sowie 34 von Mitarbeiter*innen. Aufgrund der geringen Anzahl der Datensätze sowie des regionalen Bias werden neben den Befragungsergebnissen zur Beschreibung der medizinischen und rehabilitativ-therapeutischen Versorgung auch Ergebnisse aus den qualitativen Interviews integriert. Die Anzahl der Personen, die auf die jeweilige Frage geantwortet hat, wird bei den quantitativen Ergebnissen mitgenannt.

Befragung der Leitungspersonen

In der Befragung der Leitungspersonen zeigt sich zunächst eine hohe Auslastung der Weaningzentren. Keine der befragten Personen gibt an, regelmäßig ausreichend Kapazitäten frei zu haben. Vier Leitungskräfte geben an, regelmäßig wenig Kapazitäten zu haben, zwei Befragte äußern, oftmals über die eigentliche Kapazität hinaus belegt zu sein (n=7). Entsprechend geben fünf Befragte an, regelmäßig Versorgungsanfragen ablehnen zu müssen (n=7). Eindeutig ist auch, dass nahezu alle Befragten Schwierigkeiten haben, freigewordene Personalstellen nachzubersetzen. Von sieben Befragten geben fünf an, häufig Schwierigkeiten bei der Neugewinnung von Therapeut*innen zu haben, im Hinblick auf Ärzt*innen und Pflegefachkräfte äußern dies 6 Befragte. Pflegefachkräfte mit Weiterbildung/Berufserfahrung in der AKI sind für alle Befragten schwierig zu gewinnen.

Die Leitungspersonen wurden auch zum GKV-IPReG befragt. Konträr zur Befragung der Pflegeeinrichtungen fällt die Einschätzung eher positiv aus, insbesondere äußern sechs der Befragten (n=7), dass sie eine Potenzialerhebung als grundsätzlich sinnvoll erachten. Zu beachten gilt dabei, dass im klinischen Kontext ggf. eine Auswahl der Menschen mit AKI-Versorgung zu beobachten ist, die über ein höheres Weaningpotenzial verfügen, während von Pflege(fach)kräften in der AKI vermehrt auch langjährig beatmete Menschen versorgt werden, deren Grunderkrankung kein Weaningpotenzial zulässt.

Befragung der Mitarbeiter*innen

An der Befragung der Mitarbeiter*innen von Weaningzentren (n=34) haben sich 16 Atmungstherapeut*innen, 14 Ärzt*innen sowie vier Pflegefachkräfte beteiligt. 25 Befragte (73,5 %) sind in eher städtischer Umgebung tätig, 9 (26,5 %) in eher ländlicher. Mehrheitlich (85,3 %) versorgen die Befragten ausschließlich Erwachsene, die restlichen 5 Befragten versorgen entweder nur Kinder oder beide Altersgruppen.

Eindeutig fallen hier die Ergebnisse zur Kapazität in der AKI aus. 23 Befragte (76,7 %, n=30) geben an, dass bei Weiterverlegung geeignete Wohnformen oftmals nicht verfügbar seien. Ebenfalls 23 Befragte (76,7 %, n=30) erleben oft, dass geeignete Anschlussaufenthalte wie z.B. Rehabilitationseinrichtungen nicht verfügbar sind. Allerdings nahmen die Interviewpartner*innen auch wahr, dass sich der Versorgungsort von der ehemals überwiegenden 1:1-Versorgung hin zu Beatmungs-WGs verschiebt.

Die eigene Tätigkeit wird mehrheitlich positiv bewertet. 26 Befragte (86,7 %, n=30) denken, dass die Versorgung in dem Zentrum, in dem sie tätig sind, nach den Bedürfnissen der

Menschen mit AKI ausgerichtet wird. Allerdings stimmen 19 (63,3 %, n=30) Befragte der Aussage zu, dass in ihrem Zentrum weniger Leistungen erbracht werden, als die Menschen mit AKI eigentlich benötigen. Eine fachgerechte Versorgung durch das eigene Zentrum sehen 29 Befragte (96,7 %, n=30). In den Interviews wurde die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit der Versorger besonders hervorgehoben, wobei die interviewten Atmungstherapeut*innen sich selbst oftmals als Hauptansprechpartner für alle Versorger wahrnehmen, da sich bei ihnen das Wissen aus allen Fachbereichen bündele.

Auch die Mitarbeitenden der Zentren wurden um eine Einschätzung zum GKV-IPReG gebeten. Eine positive Auswirkung des GKV-IPReG hinsichtlich einer besseren Berücksichtigung von Bedarfen und Bedürfnissen der Betroffenen wird nicht gesehen. Insgesamt überwiegen Befürchtungen bzgl. einer Gefährdung der Versorgungskontinuität und möglicher Versorgungsbrüche in der haus- und fachärztlichen Versorgung. Dennoch denken die Befragten mehrheitlich, dass es durch das GKV-IPReG zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität kommt. In den Interviews wurde angegeben, dass das IPReG als Türöffner für digitale Lösungen im Sinne der Weaning-Potenzialerhebung gesehen wird. Allerdings wird die praktische Umsetzung vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und des Qualifikationsbedarfs eher skeptisch beurteilt.

4.3 Bedarfslagen und Bedürfnisse von Menschen mit AKI-Versorgung

Zur Beschreibung der Bedarfslagen und Bedürfnisse von Menschen mit AKI-Versorgung werden insbesondere die Ergebnisse der Befragung von Menschen mit AKI-Versorgung bzw. ihren Angehörigen herangezogen. Dennoch sei auf die inhaltlichen Kernergebnisse der qualitativen Untersuchung, deren primärer Zweck die Entwicklung der Erhebungsinstrumente war, in dieser Zielgruppe hingewiesen.

Ergebnisse der qualitativen Interviews mit Menschen mit AKI-Versorgung

Die Interviewten waren hinsichtlich Alter, Beatmungsform und beatmungsursächliche Erkrankungen heterogen. Anhand der Schilderungen der Interviewten konnten erste charakteristische Versorgungsverläufe skizziert werden, die verdeutlichten, dass entweder Erkrankungen oder Ereignisse (z. B. Unfälle) Ursache für eine AKI-Versorgung bzw. Beatmung waren. Diejenigen, die in der Häuslichkeit versorgt werden, beschrieben die Organisation ihrer Versorgung und Kompensation von Pflegepersonalausfällen durch z. B. Angehörige als herausfordernd. Die erhöhten Qualifikationsanforderungen an pflegerisches Personal durch das GKV-IPReG wurden grundsätzlich begrüßt, vor dem Hintergrund des bereits bestehenden Fachkräftemangels und der Notwendigkeit, die AKI-Versorgung sicherzustellen, jedoch als nicht zielführend wahrgenommen – dies führe dazu, dass Ängste über das Fortbestehen ihrer AKI-Versorgung entstehen. Darüber hinaus beschrieben die Interviewten mangelnde pflegerische Versorgungssicherheit bei eigenen stationären Aufenthalten. Soziale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wird als wichtiges Bedürfnis skizziert, dass sich die Interviewten erfüllt wünschen. Hierfür sei eine barrierefreie Umgebung und Gleichberechtigung erforderlich.

Befragte Stichprobe (teilstandardisierte Befragung)

An der Befragung haben 190 Menschen mit AKI-Versorgung bzw. ihre Angehörigen teilgenommen. Nach Bereinigung der Daten konnten 159 Datensätze in die Analyse einbezogen werden. Da nicht jede Frage jeweils von allen Befragten beantwortet wurde, wird in der Ergebnisdarstellung jeweils die Anzahl der Befragten genannt, die die Frage beantwortet hat. Tabelle 8 zeigt allgemeine Charakteristika der Stichprobe. Detaillierergebnisse sind in Anlage 10 zu finden.

Tabelle 8: Charakteristika der befragten Menschen mit AKI-Versorgung

		% (n)
Fragebogen ausfüllende Person (n=155)	ich selbst	37,4 (58)
	ich selbst mit Unterstützung	8,4 (13)
	jemand Drittes für die Person	54,2 (84)
Geschlecht (n=155)	männlich	48,4 (75)
	weiblich	51,6 (80)
Alter (n=156)	0 bis 18 Monate	3,8 (6)
	19 Monate bis 6 Jahre	7,7 (12)
	7 bis 12 Jahre	9,6 (15)
	13 bis 18 Jahre	7,1 (11)
	19 bis 39 Jahre	33,3 (52)
	40 bis 65 Jahre	30,1 (47)
	66 bis 85 Jahre	8,3 (13)
Wohnumgebung (n=154)	eher städtisch	52,6 (81)
	eher ländlich	47,4 (73)
Schulabschluss (n=146)	ja	63,7 (93)
	nein	36,3 (53)
Abschluss Studium/ Ausbildung (n=147)	ja	45,6 (67)
	nein	54,4 (80)

Versorgungssituation und -ziele der Befragten

Besonders hervorzuheben ist, dass 88,3 % der Befragten (n=154) im privaten Haushalt (allein oder mit mehreren anderen Personen) und nur wenige in einer Intensivpflege-WG (7,8 %) oder einer stationären Pflegeeinrichtung (1,3 %) wohnen bzw. versorgt werden. Zudem sind 28,2 % der Befragten (n=156) bis 18 Jahre alt und somit im Vergleich zu den Ergebnissen der Routinedatenanalyse überrepräsentiert.

Die Befragten (n=140) haben überwiegend die Pflegegrade 4 (20,7 %) und 5 (70,0 %). Bei der Mehrheit (59,6 %) der Befragten (n=151) besteht der Bedarf an AKI bereits länger als fünf Jahre. 63,1 % der Befragten (n=141) haben ein Tracheostoma und 79,4 % der Befragten (n=141) werden beatmet (durchgängig/zeitweise) – davon 57,1 % invasiv und 37,0 % nicht-

invasiv. Die Haupterkrankungsformen, die bei den Befragungsteilnehmenden (n=142, Mehrfachauswahl möglich) zur AKI-Versorgung führen, sind (neuro-)muskuläre Krankheitsbilder (47,9 %), Hirnschädigung durch Trauma (23,2 %) oder Querschnittslähmungen (14,8 %). Die Hauptbeatmungsursache ist bei der Mehrheit (53,6 %) der Befragten (n=112) eine Schwächung der Atemmuskulatur. Als persönliche Therapieziele (Mehrfachantworten) nennen die Befragten (n=142) am häufigsten die Erreichung der bestmöglichen Lebensqualität (76,1 %) sowie den Erhalt des „Ist-Zustandes“ (73,9 %). Am seltensten wurden als Therapieziel die Reduzierung der Beatmungszeit (4,2 %), eine Entwöhnung von der Beatmung (4,9 %) und die Dekanülierung (7,7 %) angegeben. Aus den Interviews wurde deutlich, dass Entwöhnung und Dekanülierung nicht zwangsläufig mit einer höheren Lebensqualität verbunden werden – im Gegenteil: Beatmung kann aus Sicht der Betroffenen auch (wieder) zu mehr Lebensqualität führen.

Organisation der Versorgung

Angehörige bzw. nahestehende Personen haben für die Befragten (n=137) eine große Bedeutung für die Organisation der Alltagsgestaltung sowie der medizinischen Versorgung. 63,5 % geben an, dass Angehörige die Organisation der Alltagsgestaltung übernehmen, während 25,5 % diese selbst übernehmen und bei 5,8 % Mitarbeiter*innen von Pflegeeinrichtungen unterstützen. Zudem wird bei 56,9 % der Befragten (n=137) die gesundheitliche Versorgung durch Angehörige organisiert, 29,2 % der Befragten organisieren diese selbst und bei 9,5 % wird diese von Mitarbeiter*innen von Pflegeeinrichtungen übernommen. Bei der Mehrheit (52,1 %) der Befragten (n=117) übernehmen Angehörige zudem häufig die (Grund-)Pflege und bei 48,2 % der Befragten (n=116) übernehmen Angehörige häufig medizinische Maßnahmen.

Wahrnehmung der Versorgungsbereiche

Die befragten Menschen mit AKI wurden gebeten, ihre Zufriedenheit mit verschiedenen Versorgungsbereichen auf einer Skala von 0 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) einzuschätzen. Hierbei stellte sich heraus, dass die Zufriedenheit mit der pflegerischen, therapeutischen und hilfsmitteltechnischen Versorgung am höchsten (Median=8) ist. Die niedrigsten Zufriedenheitswerte erhielten die fachärztliche Versorgung (Median=6) und die Krankenhausversorgung (Median=5) (Abbildung 20).

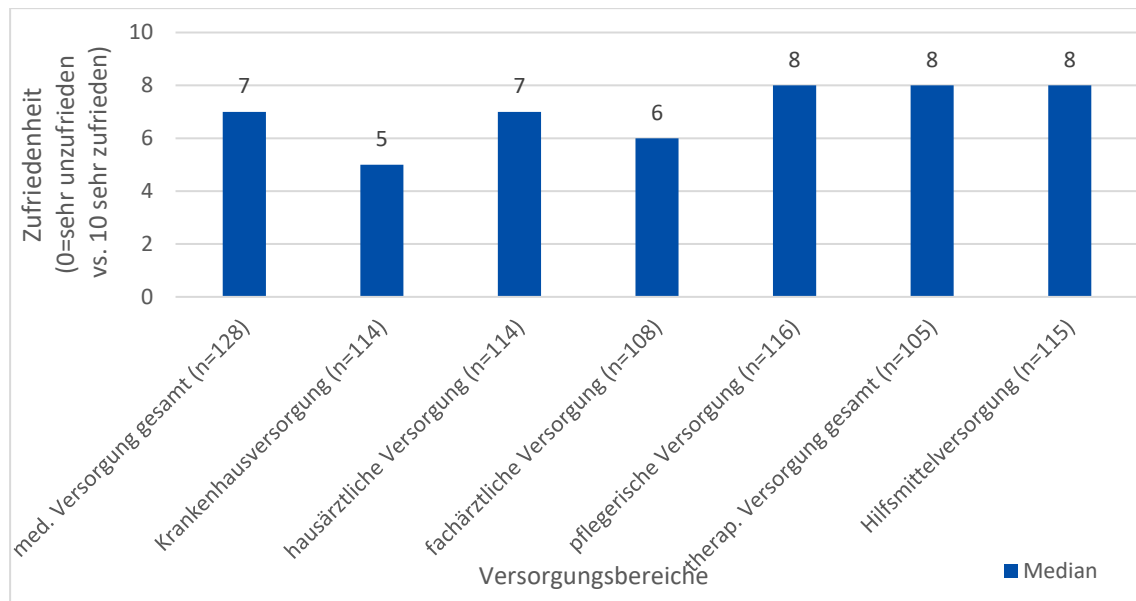


Abbildung 20: Zufriedenheit von Menschen mit AKI-Bedarf mit den Versorgungsbereichen

Krankenhausversorgung

Die detaillierteren Einschätzungen zur Krankenhausversorgung deuten darauf hin, dass aus Sicht der befragten Menschen mit AKI Defizite in der Krankenhausversorgung existieren. So stimmten knapp 74,2 % der Befragten (n=124) der Aussage (eher) nicht zu, dass die pflegerische Versorgung im Krankenhaus durch das Krankenhauspersonal sichergestellt ist. Darüber hinaus stimmten mehr als die Hälfte der Befragten den Aussagen jeweils (eher) nicht zu, dass die Versorgung im Krankenhaus insgesamt so gestaltet ist, wie sie sie benötigen (59,9 % von n=122) und dass die pflegerische Versorgung im Krankenhaus fachlich angemessen durchgeführt wird (51,2 % von n=121). Zudem beschreiben 32,8 % der Antwortenden (n=116) den Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung als (sehr) schlecht.

Auf der anderen Seite empfinden 71,3 % der Befragten (n=124) ihre medizinische Versorgung im Krankenhaus fachlich angemessen, 73,8 % der Befragten (n=126) gaben an, zeitnahe Hilfe zu bekommen und 52,5 % der Befragten (n=124) bekommen einen elektiven Termin in einer angemessenen Wartezeit. Dass individuelle Wünsche im Krankenhaus berücksichtigt werden, bewerteten 44,4 % der Antwortenden (n=124) als (eher) zutreffend und 50,8 % (n=63) (eher) nicht zutreffend.

Ambulante (fach-)ärztliche und pflegerische Versorgung

Hinsichtlich der Versorgungsgestaltung, der fachlichen Angemessenheit und der Berücksichtigung der Bedürfnisse bewerten die Befragten die pflegerische Versorgung im Vergleich mit der haus- und fachärztlichen Versorgung am besten – die fachärztliche Versorgung schneidet in diesem Vergleich am schlechtesten ab (Abbildung 21).

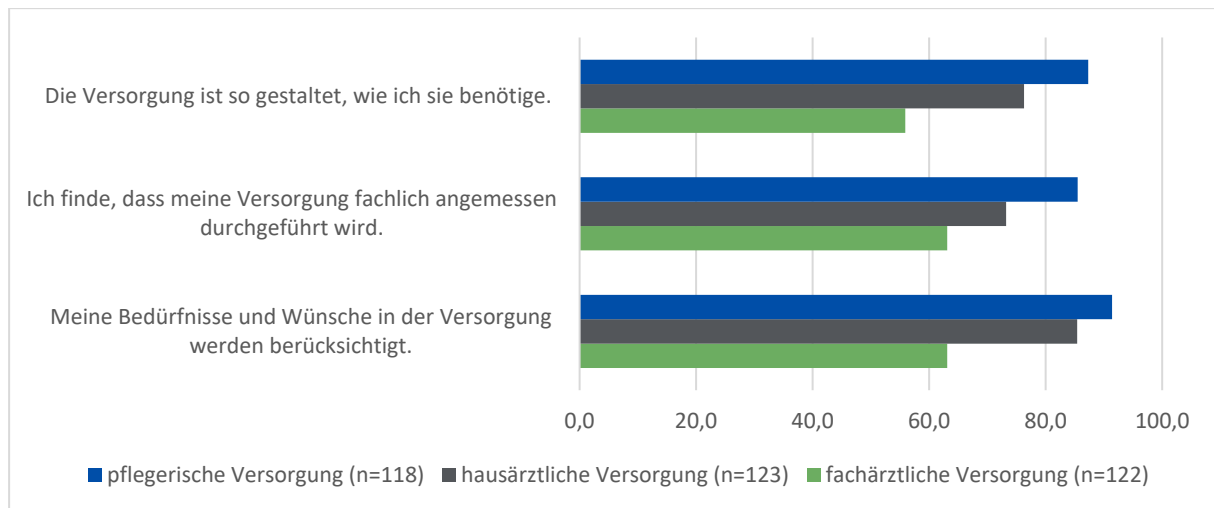


Abbildung 21: Erfüllung der Bedarfe und Bedürfnisse bei der ambulanten pflegerischen und (fach-)ärztlichen Versorgung aus Sicht von Menschen mit AKI-Versorgung

Darüber hinaus geben 62,7 % der Befragten (n=126) an, dass ihre Hausärztin bzw. ihr Hausarzt Hausbesuche macht, wenn diese erforderlich sind, hinsichtlich ihrer Fachärzt*innen geben dies nur 16,9 % der Befragten (n=126) an. Unabhängig davon, ob es sich um die haus- oder fachärztliche Versorgung handelt, äußern 81,4 % der Befragten (n=125), dass sie zeitnah medizinische Hilfe erhalten, wenn sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert. 79,0 % der Befragten (n=124) geben an, notwendige Termine für Routineuntersuchungen zu erhalten. Telemedizinische Anwendungen haben gemäß der Befragten (n=128) noch keinen Weg in die Versorgungspraxis gefunden – 97,6 % der Befragten nutzen gar keine oder nur selten telemedizinischen Anwendungen, obwohl sich 71,2 % der Befragten (n=118) diese in ihrer Versorgung wünschen.

Hinsichtlich der pflegerischen Versorgung stimmten 80,5 % der Befragten (n=118) der Aussage (eher) zu, dass diese ihrem Bedarf entspricht. 25,0 % der Befragten (n=116) stimmten der Aussage (eher) nicht zu, dass sie zeitnah pflegerische Unterstützung erhalten, wenn sie diese außerplanmäßig benötigen. Zu Informationsverlusten zwischen der medizinischen und der pflegerischen Versorgung kommt es laut 72,2 % der Befragten (n=115) selten oder gar nicht.

Heil- und Hilfsmittelversorgung

Abbildung 22 kann entnommen werden, welche Heilmittel die befragten Menschen mit AKI-Versorgung in Anspruch nehmen.

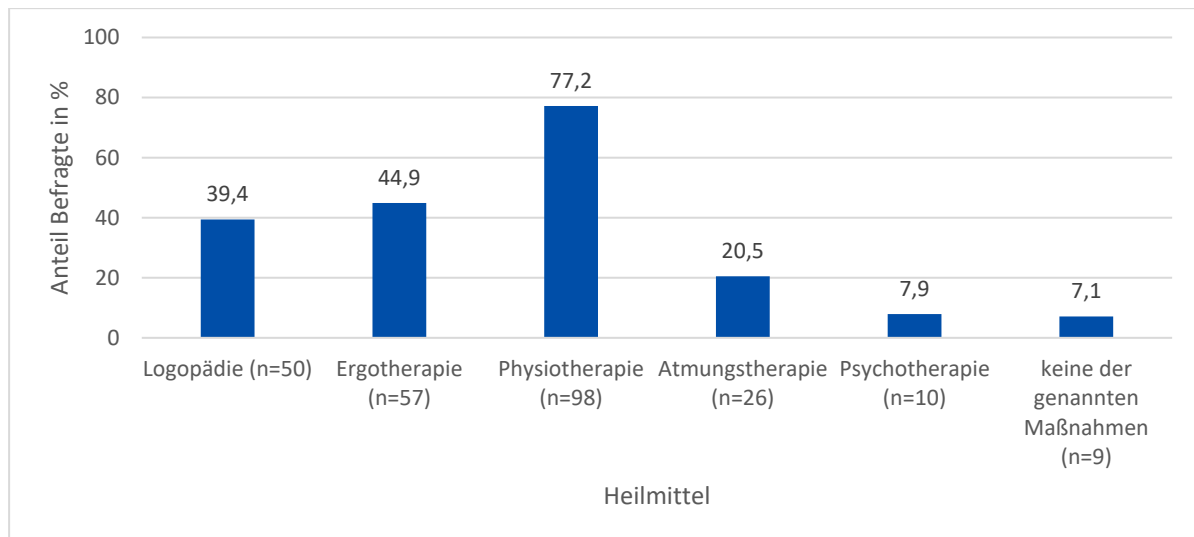


Abbildung 22: Häufigkeitsverteilung der Inanspruchnahme von Heilmitteln durch befragte Menschen mit AKI

Die Befragten geben an, dass die physiotherapeutische (84,7 % von n=98), ergotherapeutische (92,9 % von n=57), logopädische (88,0 % von n=50), atmungstherapeutische (ca. 88,4 % von n=26) sowie psychotherapeutische (88,9 % von n=9) Versorgung so gestaltet ist, wie die Befragten sie benötigen. 24,8 % der Befragten (n=113) stimmten der Aussage zu, dass sie keinen Termin bei geeigneten Therapeut*innen in einer angemessenen Wartezeit erhalten.

Hinsichtlich der Hilfsmittelversorgung stimmten die Befragten den Aussagen (eher) zu, dass ihnen die notwendigen Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden (86,2 % von n=116), die Hilfsmittel für ihren Bedarf geeignet sind (89,6 % von n=115) sowie ihre Bedürfnisse und Wünsche in der Hilfsmittelversorgung berücksichtigt werden (81,9 % von n=116; s. Anlage 10 für Einschätzung der Befragten zu Bedürfnissen von Menschen mit AKI).

GKV-IPReG

Bei den befragten Menschen mit AKI, denen das GKV-IPReG bekannt ist, haben die, zur Zeit der Befragung eher geplanten als realisierten, gesetzlichen Veränderungen zu Verunsicherung und Angst um die Sicherheit ihrer Versorgung geführt, was Abbildung 23 verdeutlicht. Weitere Ergebnisse zur Wahrnehmung des GKV-IPReG der Befragten können Anlage 10 entnommen werden.

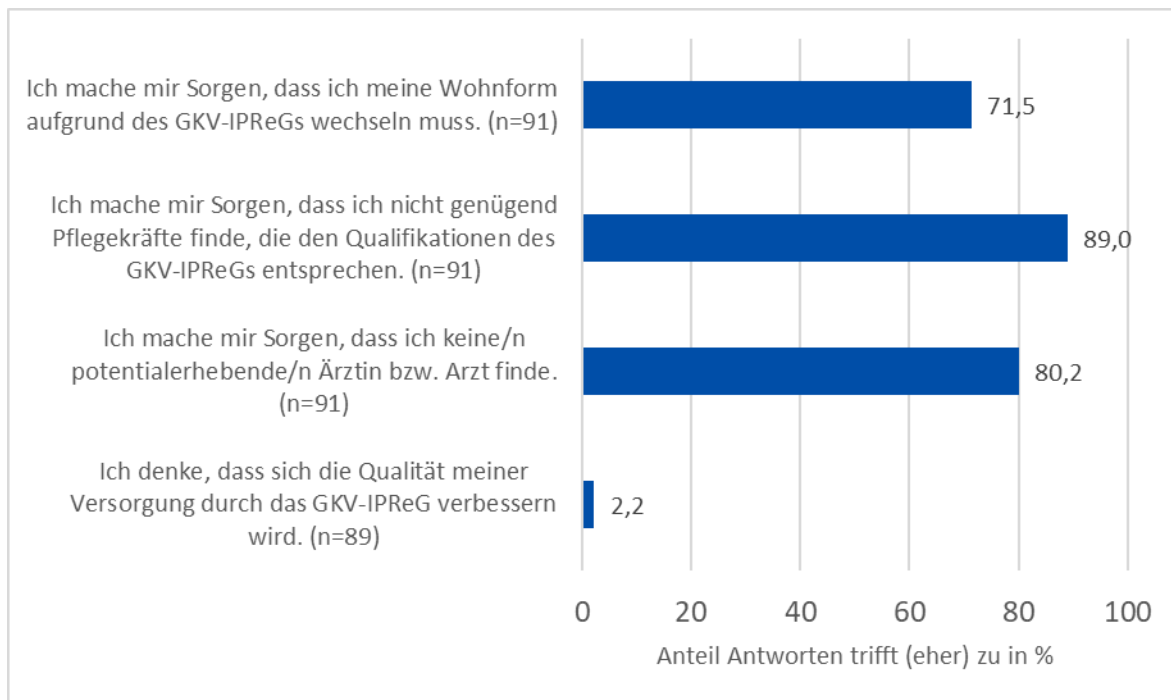


Abbildung 23: Bewertung von Aussagen zum GKV-IPReG durch Menschen mit AKI-Versorgung

4.4 Priorisierung von populationsübergreifenden und relevanten Versorgungsproblemen

4.4.1 Ergebnisworkshops

Tabelle 9 sind die Anzahl und Charakteristika der Ergebnisworkshop-Teilnehmer*innen zu entnehmen.

Tabelle 9: Charakteristika der Ergebnisworkshops-Teilnehmer*innen

Ergebnisworkshop Zielgruppe	Anzahl Teilnehmer*innen
Menschen mit AKI bzw. An-/Zugehörige	12
Pflegeeinrichtungen	Gesamt: 12
	Personen mit Leitungsfunktion: 10
	Personen mit zusätzlicher/ ausschließlicher Tätigkeit in der Patient*innenversorgung: 5
Medizinische & therapeutische Versorger*innen	Gesamt: 7
	Ärzt*innen: 5
	Atmungstherapeut*innen (Weaningzentrum): 2

Folgend werden die Kernergebnisse der Ergebnisworkshops dargestellt.

Pflege

- *Wahl der Versorgungsform:* Die gesetzlich garantierte Wahlfreiheit wird mehrheitlich in Frage gestellt, da die Entscheidung für eine Versorgungsform durch die Verfügbarkeit ambulanter Versorgungsstrukturen und -angebote bestimmt werde. Zum einen wird, vor allem durch die neuen Qualitätsanforderungen an die Versorgenden, eine zunehmende Versorgungssteuerung der Kostenträger hin zu Gemeinschaftsversorgungen konstatiert, zum anderen sei in der eigenen Häuslichkeit eine Versorgung aufgrund von, vor allem pflegerischem, Personalmangel oftmals nicht möglich.
- *Weaningpotenzial:* Nach mehrheitlicher Ansicht wird das Potenzial zu Weaning bzw. Dekanülierung deutlich überschätzt. Mit Blick auf den Erfolg von entsprechenden Maßnahmen fehle oft die notwendige Aufklärung über Risiken, zudem würden Folgeprobleme nicht ausreichend berücksichtigt. Auch von ärztlicher bzw. therapeutischer Perspektive wird gefordert, dass Klarheit in der Definition von Weaningpotenzialen und -erfolgen geschaffen werden müsse. Monetäre Anreize für Weaningzentren zur Entwöhnung von Menschen mit AKI werden kritisch gesehen, da sie ethische Gesichtspunkte ggf. zu wenig berücksichtigen.
- Die Nachversorgung nach Auslaufen der AKI-Versorgung wird als regelhaftes Problem beschrieben. Für diesen, wenngleich eher geringen, Teil der Menschen mit AKI kann es zu gravierenden Problemen kommen. Betroffene sowie An- und Zugehörige kämen oftmals in große Not, wenn die Kostenzusage nicht mehr besteht und ein nachversorgendes System aufgebaut werden müsse; es seien Übergangsfristen und „Brückenteams“ erforderlich. Es sei vor allem die Pflege, die versucht, eine notwendige Nachversorgung zu organisieren; von Seiten der Kostenträger wird kaum Interesse wahrgenommen, an der Versorgungssicherstellung mitzuwirken.
- Erhebliche *Schwierigkeiten, potenzialerhebende Ärzt*innen* zu finden, werden bestätigt und gerade für den ländlichen Bereich die reelle Gefahr eines Versorgungsbruchs gesehen. Angemerkt wird zudem, dass bei vielen Menschen mit AKI eine Potenzialerhebung redundant sei, weil bereits die Grunderkrankung und/oder bereits langjähriger Versorgungsbedarf diesen Bedarf sicher impliziere. Damit würde für eine sehr kleine Gruppe von Menschen ein erheblicher Aufwand betrieben, womit unnötig Versorgungskapazitäten gebunden werden.
- *Qualitätsmaßstab:* Angemerkt wird, dass ein Ziel des GKV-IPReG die Verbesserung der Versorgungsqualität sei. Zu fragen ist, woran die Qualität bemessen werden soll, da die Gruppe der Menschen mit AKI hinsichtlich ihrer Problemlagen und Präferenzen sehr heterogen sei.

Menschen mit AKI

- *Förderung telemedizinischer bzw. digitaler Versorgungsunterstützungen:* Die Teilnehmer*innen bestätigen die Ergebnisse der Befragung und beschreiben, dass telemedizinische Unterstützungsmöglichkeiten (richtig eingesetzt) zur Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte beitragen und ggf. auch die knappen ärztlichen Ressourcen entlasten können. Sinnvoll erscheint den Betroffenen einerseits ein digitales

Monitoring im Umfeld der medizintechnischen Versorgungseinheiten bzw. der von diesen Geräten erhobenen Parameter.

- *Stärkung der unabhängigen Beratungs-/Informationsstrukturen zur AKI:* Die Bedeutung einer unabhängigen und zu einem frühen Zeitpunkt im Versorgungsverlauf stattfindenden Beratung wurde von allen Beteiligten des Workshops unterstrichen. Die Beratung durch die Leistungsträger impliziert nach Auffassung der Teilnehmer*innen immer eine Berücksichtigung des Kostenaspekts und erfolgt daher anders als die unabhängige Beratung durch Selbsthilfeorganisationen, bei der intensiver auf unterschiedliche Lebenssituationen eingegangen werde. Zudem könne die Beratung durch Leistungsträger kaum über die eigentliche AKI-Versorgung hinausgehen und keine Beratung zu Aspekten der Teilhabe, Arbeit und weiterer möglicher Problemstellungen leisten.
- *Stärkere Anerkennung der Leistungen von An-/Zugehörigen:* Die besondere Rolle und Bedeutung der An- und Zugehörigen in der 1:1-Versorgung wird nach Auffassung der Beteiligten nicht ausreichend berücksichtigt. Sie leisten große Anteile an allen Versorgungsaspekten und sind in der Regel auch die „Rückfallebene“, wenn Probleme auftreten und Lücken in der Versorgung entstehen. Gleichzeitig fehlen Möglichkeiten der sozialrechtlichen Anerkennung sowie auch der Blick für die Abhängigkeit und Mitbetroffenheit der An- und Zugehörigen.
- *Einheitliche Regelungen bzgl. Betreuung bei Krankenhaus-Aufenthalt:* Der Befund einer vielfach vor allem pflegerisch defizitären Versorgung im Krankenhaus bzw. der generellen Bewertung von Krankenhausphasen als kritischste Versorgungsphasen wurde bestätigt. Hierbei sei insbesondere die Kontinuität der pflegerischen Versorgung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht sichergestellt. Da eine Begleitung durch „eigene“ Pflegepersonen im Regelfall nicht praktikabel ist, müsse zumindest die vollständige Übergabe von Informationen zwischen der außerklinischen und stationären Versorgung sichergestellt werden.
- *Beurteilung medizinischer und pflegerischer Versorgungsqualität (insb. in der ambulanten/1:1-Versorgung) durch Betroffene:* Die Teilnehmer*innen erachten die neuen Qualifikationsanforderungen grundsätzlich als sinnvoll und angemessen. Allerdings wird in den gestiegenen formalen Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen eine Verschärfung der (personellen) Ressourcenprobleme gesehen. Aus Sicht der Betroffenen sollten die Qualifikationsanforderungen nicht nur formal erfolgen, sondern unter Berücksichtigung der unterschiedlichen individuellen Bedarfslagen und unter Einbeziehung der eigenen Expertise hinsichtlich der Geeignetheit von Pflege- und Betreuungspersonen.
- *Stärkung des shared-decision-making:* Die Teilnehmer*innen bestätigen die Befragungsergebnisse hinsichtlich des nur in sehr geringem Maße von den Betroffenen geäußerten Therapieziels einer Beatmungsentwöhnung und die Unsicherheiten hinsichtlich der verpflichtenden Potenzialerhebungen und möglicher Konsequenzen. Betont wurde, dass die Entscheidung zur Beatmungsentwöhnung einer sorgfältigen und umfassenden, die rein medizinische Indikation übersteigenden Aufklärung bedarf sowie dass die Entscheidung letztendlich den Betroffenen überlassen werden sollte.

Versorger*innen (Ärzt*innen, Therapeut*innen)

Die Projektergebnisse wurden von den Teilnehmer*innen als passend zu ihrer Wahrnehmung aus der Versorgungspraxis bezeichnet. Hinsichtlich der Frage, wie Krankenhauseinweisungen

bei Menschen mit AKI vermieden werden können, wurde die aktuelle Versorgungspraxis (Inhalation, Antibiotikagabe, Sekret- und Kanülenmanagement) diskutiert.

Priorisierung der Themenbereiche und Handlungsbereiche

Zum Ende der einzelnen Ergebnisworkshops erfolgte eine Diskussion und Festlegung der den diskutierten Themenbereichen zugeordneten Priorität für die weitere Diskussion und Entwicklung der AKI.

In der Gruppe Pflegeeinrichtungen und -personen wurde dabei die Befürchtung einer zu starken Steuerung durch die Kostenträger in Richtung einer Gemeinschaftsversorgung genannt. Zudem wurde die Notwendigkeit transparenter und einheitlicher Qualitätsmaßstäbe zur Beurteilung der AKI (bei der gegebenen Heterogenität) genannt, der Abschluss von Verträgen nach § 132I SGB V als Herausforderung beschrieben und die Sicherstellung der (fach)ärztlichen Kapazitäten in der AKI betont.

In der Diskussion der Patient*innen wurden als prioritär einerseits Aspekte benannt, die auf die Beteiligung und Einbeziehung der AKI-Nutzer*innen setzen, sowohl hinsichtlich der Beurteilung der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität wie auch in die Entscheidungsfindung zum Weaning. Betont wurde zudem die Verfügbarkeit einer rechtzeitigen und unabhängigen Beratung, die stärkere Anerkennung der Leistung von An- und Zugehörigen der Patient*innen sowie die Förderung digitaler Versorgungsunterstützung und ambulanter Versorgung.

Als prioritäre Handlungsfelder in der Gruppe der Ärzt*innen und Therapeut*innen wurden, neben der Förderung der Telemedizin und einer klareren Definition von Weaningerfolgen (s.o.), die Überwindung der Sektorengrenzen genannt: Die fachliche Kompetenz in den Rehakliniken und den Weaningzentren sollte auch in der ambulanten Versorgung genutzt werden können. Die Ermächtigung von Kliniken zur ambulanten Versorgung sei aber eine schwer zu überwindende bürokratische Hürde. Zudem sollte eine durchgängige, standardisierte und digitale Kommunikation über die Sektoren hinweg ermöglicht werden, um die Versorgung zu verbessern.

4.4.2 Konsensuskonferenz

An der Konsensuskonferenz nahmen 14 Personen aus den Bereichen der Selbstverwaltung, der Wissenschaft, der ärztlichen und pflegerischen Versorgung sowie Vertreter*innen von Menschen mit AKI teil. Inhalt der Diskussion waren die in Kapitel 3.4.2 genannten Themenbereiche und die Entwicklung von Handlungsempfehlungen. Den Teilnehmenden wurden zentrale Ergebnisse zu den acht Themenbereichen vorgestellt und jeweils ein bis drei Diskussionspunkte dazu vorgegeben.

Insbesondere der Themenbereich Krankenhausversorgung wurde hinsichtlich der Möglichkeiten zur besseren Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in diesem Setting kontrovers diskutiert. Darüber hinaus wurde intensiv über die Einflussnahme auf die Wahl der Versorgungsform durch personelle Engpässe, krankheitsspezifische sowie personenunabhängige Einflussfaktoren diskutiert. Grundsätzlich wurde darauf hingewiesen, dass es an Transparenz hinsichtlich der tatsächlich verfügbaren personellen Kapazitäten in dem Versorgungssektor fehle. Die Ergebnisse der Diskussion, insbesondere auch die

offensichtlich werdenden unterschiedlichen Einschätzungen und Bewertungen der beteiligten Personen wurden bei der Finalisierung von Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der AKI-Versorgung berücksichtigt.

5 Diskussion der Projektergebnisse

Im Folgenden werden die zentralen Projektergebnisse diskutiert und zu abschließenden Handlungsempfehlungen verdichtet. Vorab wird auf die Limitationen hingewiesen, die bei der Ergebnisdiskussion grundsätzlich beachtet werden sollten.

5.1 Limitationen

Die deskriptiv-analytische Beschreibung einer Population auf der Basis von Routinedaten unterliegt einer Reihe von Einschränkungen. Routinedaten sind per se nur eingeschränkt nutzbar, da sie vielmehr die Abrechnungsrealität anstelle der Versorgungsrealität widerspiegeln. Im hier durchgeführten Projekt ergaben sich weitere wesentliche Limitationen mit Blick auf die Datengrundlage:

- Nicht in den Routinedaten enthalten sind spezifische Leistungen für Versicherte, die ihre Leistungen über das persönliche Budget (§29 SGB IX) selbst organisieren. Versicherte mit persönlichem Budget sind in den Analysen allerdings indirekt enthalten, wenn sie invasiv beatmet werden, weil sie dann über den Hilfsmittelbezug eingeschlossen sind. Da es sich nur um eine kleine Subgruppe der Menschen mit AKI-Versorgung handelt (n=170 für den gesamten Beobachtungszeitraum), werden sie in der Routinedatenanalyse nicht gesondert berücksichtigt.
- Anhand von Hilfsmittelabrechnungen konnte die Studienpopulation in den Daten zwar genauer gefasst und invasiv beatmete Versicherte identifiziert werden. Versicherte mit nicht-invasiver Beatmung hingegen können nicht bestimmt werden. Dies hängt damit zusammen, dass in den vorliegenden Daten nicht alle Produkte des Hilfsmittelverzeichnisses eindeutig identifiziert werden können. Damit sind keine isolierten Aussagen anhand der Routinedaten für die nicht-invasiv beatmeten Menschen mit AKI möglich.
- Während davon auszugehen ist, dass die vollstationäre Versorgung adäquat abgebildet wurde, ist hinsichtlich des Versorgungsortes von einer Überschätzung des Anteils der 1:1-Versorgten auszugehen. Grund dafür sind unterschiedliche Möglichkeiten der leistungsrechtlichen Anerkennung von WGs: Bei den hier verfügbaren Daten konnten lediglich WGs als solche identifiziert werden, die im Kontext des SGB XI anerkannt waren.

Bei den explorativen Interviews gilt zu berücksichtigen, dass viele der Befragten in Strukturen der Selbsthilfe organisiert sind. Insofern ist davon auszugehen, dass sie überdurchschnittlich gut über die Versorgungsstrukturen informiert sind und in den Interviews auch aktiv die Interessen und Sichtweise der Selbsthilfe vertreten haben.

Bei der Befragung von Mitarbeiter*innen in Pflegeeinrichtungen wurde die angestrebte Stichprobengröße erreicht, die Subgruppenanalysen konnten jedoch zum Teil nur mit sehr kleinen Stichprobengrößen durchgeführt werden. Da sich teils erhebliche Unterschiede

zwischen den Versorgungsformen sowie der Erwachsenen- und Kinderversorgung andeuten, wäre eine insgesamt größere Stichprobe wünschenswert gewesen. An der Befragung der Zentren haben lediglich 9 Leitungspersonen und 34 Mitarbeiter*innen teilgenommen, sodass die Ergebnisse eher als qualitative Ergänzung gewertet werden können. Darüber hinaus konnten regionale Unterschiede in den Primärerhebungen (Befragungen und Interviews) nur geringfügig adressiert werden, da überwiegend Personen aus dem westlichen Teil Deutschlands teilgenommen haben.

Der Rücklauf bei der Befragung der Menschen mit AKI war trotz umfangreicher Rekrutierungsmaßnahmen unbefriedigend. Die schlechte Rücklaufquote deckt sich mit Erfahrungswerten aus früheren Studien in diesem Themenfeld (z.B. Isfort et al. 2022). Letztlich erreichte die Befragung im Wesentlichen jene, die in einer 1:1-Versorgung leben, vergleichsweise jünger, gut vernetzt und relativ selbstbestimmt sind. Dafür sprechen auch die erhobenen Daten zu psychischen und sozialen Aspekten der Befragten, in denen nicht nur ein hohes Maß sozialer Integration, sondern auch ein überwiegend positiver bis sehr positiver Umgang mit den krankheitsbedingten Einschränkungen und optimistische Sichtweisen zum Ausdruck kommen (s. Anlage 10).

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass sich die versorgungspolitischen Rahmenbedingungen nicht in der (gesetzlich) vorgesehen Geschwindigkeit entwickelt haben. So sind insbesondere die Teile, die sich auf die Auswirkungen des GKV-IPReG beziehen, vor allem von subjektiven Einschätzungen zukünftiger Auswirkungen geprägt.

5.2 Diskussion zentraler Ergebnisse und Ableitung von Handlungsempfehlungen

Ziel dieser explorativen Studie war es, grundlagenwissenschaftliche Erkenntnisse über die Versorgungsstrukturen und Krankheitsverläufe von beatmeten und/oder trachealkanülierten Menschen mit AKI-Versorgung zu generieren und daraus Empfehlungen für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Weiterentwicklung der Versorgung abzuleiten. Im Folgenden werden jene zentralen Ergebnisse zusammenfassend diskutiert, aus denen unter Berücksichtigung der Diskussionen und Erkenntnisse aus der Konsensuskonferenz begründete Handlungsempfehlungen abgeleitet wurden.

Berücksichtigung der Heterogenität von Subpopulationen und Versorgungsformen

Die Ergebnisse der Routinedatenanalyse zeigen, dass die Population der AKI-Versorgten hinsichtlich Alter, Erkrankungen, Versorgungsformen und -verläufen heterogen ist. Das gemeinsame Kennzeichen ist allein der leistungsrechtliche AKI-Anspruch gem. §37c SGB V.. Abgesehen davon sind die realen Bedarfe und Bedürfnisse der Subpopulation tatsächlich kaum vergleichbar wie vor allem den Interviews und Befragungen der Pflegefachpersonen und der Betroffenen zu entnehmen ist. So ist beispielsweise anzunehmen, dass sich „Selbstbestimmung“ für die Gruppe der Querschnittgelähmten oder der (neuro-)muskulär Erkrankten ohne kognitive Beeinträchtigungen substanziell anders äußert als für die Gruppe der Menschen mit schwerer Hirnschädigung mit kognitiven Beeinträchtigungen, deren Selbstbestimmung bestenfalls stellvertretend durch An- und Zugehörige ausgeübt wird. Auch für Kinder und Jugendliche ist anzunehmen, dass dynamische Aspekte der Entwicklung und

des Aufwachsens und damit wechselnde lebensweltliche Herausforderungen deutlich anders berücksichtigt werden müssen als bei hochaltrigen Menschen.

Den Routinedaten ist zu entnehmen, dass mehr als zwei Drittel der AKI-Versorgten in der eigenen Häuslichkeit leben bzw. 1:1 versorgt werden. Der übrige Teil der Versorgten verteilt sich etwa hälftig auf Intensivpflege-WGs sowie die stationäre Pflege, wobei sich der Anteil der stationären Versorgung im Zeitverlauf zugunsten der WGs verringert und die Zahl der in den WGs Lebenden in den Routinedatenanalysen ohnehin deutlich unterschätzt ist. Aus der Befragung der Pflegenden geht hervor, dass Erkrankungsart und -schwere mit dem Versorgungsort in Zusammenhang stehen: So sind Menschen mit starken kognitiven Beeinträchtigungen überproportional in Gemeinschaftsversorgungen zu finden, während (neuro-)muskulär Erkrankte deutlich häufiger die 1:1-Versorgung in Anspruch nehmen.

Sowohl anhand der Routinedaten als auch aus den Befragungen geht hervor, dass auch bei der Art der Beatmung eine große Heterogenität feststellbar ist, sowohl was die (tägliche) Beatmungsdauer als auch die Beatmungsform (z.B. invasiv, nicht-invasiv) betrifft. Zudem ist auch auf die sehr unterschiedlichen Krankheitsverläufe zu verweisen: Ein erheblicher Anteil verstirbt innerhalb des ersten Jahres nach Beginn der AKI-Versorgung, fast jede dritte Person verbleibt mehr als 5 Jahre in der AKI. Ein relevanter Anteil der AKI-Population ist weder beatmet noch tracheotomiert.

Aus diesen Ergebnissen ergeben sich die folgenden Handlungsempfehlungen:

- Das GKV-IPReG bzw. die AKI-Richtlinie sollte stärker berücksichtigen, dass AKI nicht mit Beatmung gleichzusetzen ist.
- Der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen AKI-Versorgung sollte auch für nicht beatmete und/oder tracheotomierte Menschen mit AKI sichergestellt werden.
- Dem Bedarf an altersgerechter und verlaufsangemessener AKI-Versorgung sollte sowohl hinsichtlich der Wohn- bzw. Versorgungsformen als auch mit entsprechenden Versorgungskonzepten begegnet werden.
- Das Angebot an Einzel- und Mehrfachversorgungsmöglichkeiten sollte vor dem Hintergrund der Heterogenität der Zielgruppe bundesweit verfügbar sein, um die gesetzlich vorgesehene Wahlfreiheit grundsätzlich zu ermöglichen.

Kritische Reflektion der Richtlinienziele Potenzialerhebung und Weaning

In den Befragungen der Betroffenen wird mehrheitlich angegeben, dass die bestmögliche Lebensqualität sowie der Erhalt des Status quo die wichtigsten Therapieziele sind, während eine Beatmungsentwöhnung (Weaning) und/oder Dekanülierung insbesondere aus Sicht der in der Häuslichkeit versorgten Menschen nur selten ein wichtiges Behandlungsziel bzw. teilweise sogar eher mit Ängsten verbunden ist. Auch auf Grundlage der Routinedaten, ist für weniger als die Hälfte der AKI-Versicherten in den Jahren 2021 und 2022 ein Entwöhnungspotenzial festgestellt worden, ausgehend von denjenigen, für die eine Potenzialerhebung durchgeführt wurde. In den Befragungen der Pflegefachpersonen wurde deutlich, dass bei einer erfolgreichen Dekanülierung der Anspruch auf AKI-Versorgung i.d.R. wegfällt. Oft treten dadurch Herausforderungen in der Nachversorgung auf, da geeignete Versorgungsmöglichkeiten teils nur unter Schwierigkeiten organisiert werden können.

Unabhängig vom Ausmaß der Überschätzung gibt es im Einklang mit der Literatur Krankheitsbilder und -verläufe, bei denen per se kein Weaning- oder Dekanülierungspotenzial vorliegt. Tatsächlich hat der G-BA die AKI-Richtlinie im Dezember 2024 erneut angepasst: Zum einen wurde die bereits bestehende Übergangsregelung zur sogenannten Potenzialerhebung bis zum Sommer 2025 verlängert, zum anderen gelten nun für bestimmte Versicherte Ausnahmeregelungen bzgl. der Potenzialerhebungen. Allerdings werden dafür noch immer keine inhaltlichen, sondern strukturelle Probleme der Versorgung angeführt. Angesichts der knappen Ressourcen sollte geprüft werden, ob eine verpflichtende Potenzialerhebung bei allen Erkrankungsbildern und -verläufen (z.B. degenerative (neuro-)muskuläre Erkrankungen) erforderlich ist.

- Die Ziele und Wünsche der Menschen mit AKI-Versorgung sollten bei der Erhebung des Weaningpotenzials berücksichtigt werden, weil Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung mehrheitlich von den Betroffenen nicht als Therapieziele genannt werden.
- Zudem sollte eine umfassende Beratung und Aufklärung zur Beatmungsentwöhnung stattfinden, sofern sie indiziert ist.
- Darüber hinaus sollte geprüft und ggf. frühzeitig eingeleitet werden, wie Betroffene nach Beendigung der AKI-Versorgung begleitet bzw. unterstützt werden können.

Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte

In den Routinedaten zeigt sich die hohe Vulnerabilität der Zielpopulation u.a. durch häufige und vor allem ungeplante Krankenhausaufenthalte. Aus Sicht der Betroffenen sowie der Pflege(fach)kräfte sind eben diese Krankenhausaufenthalte die kritischsten Versorgungsphasen. Menschen mit AKI und Pflege(fach)kräfte geben übereinstimmend an, dass die Versorgung im Krankenhaus nicht sichergestellt ist und nicht so gestaltet wird, wie sie benötigt wird (z.B. bezogen auf die fachgerechte Umsetzung der Beatmung und das Trachealkanülenmanagement). Auch im Rahmen der explorativen Interviews und der Ergebnisworkshops wurde verdeutlicht, dass aufgrund der individuellen Versorgungsbedarfe und der teilweise eingeschränkten Möglichkeit, Bedarfe und Bedürfnisse selbst artikulieren zu können, die pflegerische Versorgung im Krankenhaus nicht so erfolgen kann, wie im außerklinischen Setting durch mit dem Betroffenen vertraute Pflegepersonen. Teil des Versorgungsproblems scheint aber auch eine mangelnde Informationskontinuität zwischen der außerklinischen Versorgung und der Versorgung im Krankenhaus zu sein.

- Die Kontinuität der pflegerischen Versorgung von Menschen mit AKI sollte auch im Krankenhaus sichergestellt werden. Hierfür sollten folgende Möglichkeiten geprüft werden:
 - Verbesserung der Informationskontinuität (z.B. Fallübergabe zw. ambulanter/stationärer Versorgung, Anpassung von Dokumentationssystemen und -prozessen auf der Basis existierender Leitlinien, Standards und ggf. anderer Qualitätsinstrumente, digitale Übergabe der Pflegeakte)
 - Begleitung von Menschen mit AKI-Versorgung im Krankenhaus durch vertraute Personen (z.B. persönliche Assistenz, An- und Zugehörige, Mitglieder des Pflegeteams)
- Zudem sollten Möglichkeiten zur Vermeidung von unnötigen Krankenhausaufenthalten durch Digitalisierung (z.B. digitale Übertragung und Bewertung von relevanten

Beatmungsparametern, die ein frühzeitiges Einschreiten ermöglichen; telemedizinische bzw. telepflegerische Umsetzung von Routineuntersuchungen) und die Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen geprüft werden (s. nachfolgenden Punkt).

Stärkung ambulanter und digitaler Versorgungsstrukturen

Die ambulante Versorgungsstruktur ist durch Ressourcendefizite gekennzeichnet, insbesondere wird eine (zu) geringe Verfügbarkeit von Haus- und Fachärzt*innen sowie von Pflegefachpersonal konstatiert, aber auch an geeigneten Therapeut*innen. Dies ergibt sich vor allem aus den Interviews und der Befragung der Pflege(fach)kräfte, während die befragten Menschen mit AKI mehrheitlich berichten, dass sie notwendige Termine für Routineuntersuchungen bei Haus- oder Fachärzt*innen und auch Therapeut*innen in einer angemessenen Wartezeit erhalten, was allerdings erneut dem hohen Grad der Autonomie und organisatorischer Selbstständigkeit der Befragten hinweisen könnte.

Knapp zwei Drittel der befragten Menschen mit AKI erhalten bei Bedarf Hausbesuche ihrer Hausärztin bzw. ihres Hausarztes, während die Besuchsbereitschaft von Fachärzt*innen deutlich seltener berichtet wird.

In den Ergebnisworkshops wurde vonseiten der niedergelassenen Ärzt*innen auf den großen organisatorischen und logistischen Aufwand, v.a. bei der Betreuung von 1:1-Versorgten, hingewiesen und dass es keine für den Aufwand angemessene Vergütung für die Durchführung von Hausbesuchen gibt. Telemedizinische Anwendungen (z.B. Monitoring oder ärztliche Konsultationen) könnten die knappen Ressourcen schonen und den Aufwand bei allen Beteiligten reduzieren. Obwohl sowohl Menschen mit AKI als auch die ärztliche Seite digitale Versorgungsformen unterstützen, werden diese tatsächlich nur selten genutzt, was mutmaßlich mit einem sehr schleppenden Voranschreiten der Digitalisierung und datenschutzrechtlichen Bedenken zu erklären ist. Vor diesem Hintergrund besteht der Bedarf, sowohl die Möglichkeiten als auch die Risiken der Digitalisierung kritisch gegeneinander abzuwägen.

- Die Möglichkeiten zur vertraglichen Gestaltung von (digitalen) Kooperationen zwischen den Leistungserbringenden sollten gefördert werden.
- Die Nutzung digitaler (Mit-)Versorgungsmöglichkeiten sollte gefördert werden (z.B. Videosprechstunde zur Vermeidung von Hausbesuchen, digitale Übertragung und Bewertung von relevanten Beatmungsparametern).

Bessere Nutzung pflegerischer Ressourcen und Kompetenzen

Die Bedeutung der professionellen pflegerischen Versorgung der Menschen mit AKI kann kaum überschätzt werden. Hierin stimmen letztlich alle Befragten überein, wenn auch die Pflegekräfte ihre Rolle noch zentraler sehen als die befragten Betroffenen, bei denen allerdings (zum wiederholten Male) auf den insgesamt eher nicht repräsentativen Grad der Selbstständigkeit hingewiesen werden muss. Faktisch gefährdet vor allem der zunehmende Personalmangel (auch) in der AKI nach Einschätzung vieler Befragter die Umsetzung gesetzlicher Zielsetzungen des GKV-IPReG. So ist beispielsweise die für Betroffene gesetzlich garantierte Wahlfreiheit der Versorgungsform faktisch nur eingeschränkt vorhanden, weil

neben krankheitsbedingten und sozialen Faktoren vor allem auch die lokal verfügbaren Versorgungskapazitäten (vgl. dazu auch Isfort et al. 2022) begrenzt sind. Hierbei stellt sich die Lage bei der Versorgung von Kindern besonders drastisch dar.

Durch die erhöhten Qualifikationsanforderungen in der AKI, die auch die Pflege betreffen, werden die verfügbaren Kapazitäten mutmaßlich nochmals verknappt. Sowohl in den Interviews als auch während der Ergebnisworkshops wurden die hohen Qualifikationsanforderungen in der AKI-Versorgung zwar grundsätzlich begrüßt, aber stets begleitet von der Sorge, dass der schon bestehende Fachkräftemangel dadurch zusätzlich verschärft wird. Der Konflikt, ob sich trotz eines festgelegten Anspruchs auf eine Leistung diese auch tatsächlich angesichts vorhandener Kapazitäten realisieren lässt, scheint in der AKI eine besondere Bedeutung zu haben.

- Mit Blick auf die Heterogenität der Population und die z.T. sehr unterschiedlichen Bedarfs- und Bedürfnislagen, sollte in Betracht gezogen werden, den Betroffenen und/oder ihren Angehörigen eine Mitentscheidungsbefugnis hinsichtlich der Beurteilung der Geeignetheit von Unterstützungspersonen einzuräumen (analog zu den Ausnahmeregelungen im Rahmen des Persönlichen Budgets).
- Angesichts der Personalprobleme und der hohen Qualifikationsanforderungen an die professionelle Pflege (sowie auch im Licht des noch zu verabschiedenden Pflegekompetenzgesetz) wäre zu prüfen, ihr einen erweiterten Verantwortungsbereich zuzugestehen/zuzuweisen, ihre Rolle zu stärken und ihre Kompetenzen umfangreicher als derzeit zu nutzen und ggf. Regelungen in Anlehnung an SAPV-Teams treffen. Aus Sicht der Erbringer von Pflegeleistungen, wären diese Anforderungen allerdings qualitativ zu spezifizieren.

Bessere Anerkennung der Leistungen der informellen Pflege

An- und Zugehörige haben eine wichtige Rolle in der Versorgung: Sie organisieren vielfach den Alltag und die gesundheitliche Versorgung der Menschen mit AKI und übernehmen häufig auch die Pflege und medizinische Maßnahmen. Dies ist insbesondere der Befragung der Betroffenen zu entnehmen, wobei hier allerdings auch darauf hinzuweisen ist, dass in der Befragung die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (und damit faktisch: der An- und Zugehörigen) deutlich überrepräsentiert war.

- Die Leistungen von An- und Zugehörigen sollten eine stärkere formale Anerkennung bzw. Honorierung erfahren, z.B. indem eine bessere soziale und finanzielle Absicherung für informell Pflegende ermöglicht wird.
- Sofern die Zustimmung der mit AKI-Versorgten vorliegt oder angenommen werden kann, sollten Angehörige ausdrücklich an Versorgungsentscheidungen beteiligt sein.

Förderung unabhängiger Aufklärungs- und Beratungsstrukturen

Menschen mit AKI haben aufgrund der hohen Komplexität der Versorgung einen sektoren- und leistungsträgerübergreifenden Versorgungs- und damit auch einen entsprechenden Beratungsbedarf. Beratung ist u.a. erforderlich, um zu erfahren, welche Versorgungsformen möglich und individuell geeignet sind. Im Ergebnisworkshop wurde von Betroffenen betont,

dass eine unabhängige, leistungs- und sektorenübergreifende sowie umfassende Beratung notwendig sei, die auch Aspekte der sozialen Teilhabe berücksichtigt. Aus diesen Gründen wird die Verfügbarkeit einer trägerunabhängigen Beratung betont, wie beispielsweise die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB). Angesprochen wurde auch, dass Menschen bereits vor der Entlassung im Krankenhaus beraten werden sollten, da die in der Klinik getroffenen Entscheidungen über die weitere Versorgung oftmals nur schwer zu verändern sind.

- Beratungsstrukturen, in denen frühzeitig, unabhängig, patientenorientiert, anlassbezogen und ergebnisoffen zu den Versorgungsformen und -optionen informiert wird, sollten sichergestellt bzw. gestärkt werden.

Weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich der Zielerreichung des GKV-IPReG

Das GKV-IPReG und die AKI-Richtlinie zielen auf eine grundlegende Strukturreform, mit der sich auch zahlreiche Prozesse ändern (müssen). Als Instrumente der kontinuierlichen Beobachtung der Wirkungen von Gesetz und Richtlinie hinsichtlich der Erreichung der beabsichtigten Ziele bieten sich nicht nur Routinedaten der Krankenkassen, sondern auch z.B. Begutachtungsdaten der Medizinischen Dienste an. Basierend auf den Projektergebnissen insgesamt sowie der Beratungen des Konsortiums, ergeben sich folgende weitere Forschungsbedarfe:

- Das GKV-IPReG zielt auf eine Verbesserung der Versorgung in der AKI durch die Etablierung höherer Qualitätsstandards. Die Verbesserung der Versorgungsqualität sollte nicht allein mit Strukturparametern, sondern auch anhand geeigneter (Ergebnis-)Indikatoren, wie z.B. PROMs, gemessen bzw. beobachtet werden.
- Das GKV-IPReG zielt auf eine Verbesserung von Teilhabe und Rehabilitation, i.e. auch auf eine bessere Nutzung etwaiger Weaning- oder Dekanülierungspotenziale. Insofern sollte die Entwicklung von Potenzialerhebungen mit und ohne anschließendem Entwöhnungsversuch sowie erfolgreiche Entwöhnungen differenziert beobachtet werden. Die Voraussetzungen eines validen Monitorings wurden mit der Einführung der GOP 37700 (Potenzialerhebung) und 37710 (AKI-Verordnung) im EBM mit Beginn des Jahres 2023 geschaffen. Zudem sollten weitergehende Analysen durchgeführt werden, welche Erkrankungen bzw. Merkmale Personen haben, für die keine Entwöhnungsversuche in Frage kommen. Basierend auf diesen Erkenntnissen sollte die Notwendigkeit von verpflichtenden Potenzialerhebungen bei der gesamten AKI-Population geprüft werden.
- Das GKV-IPReG zielt auf die Vermeidung von Fehlanreizen, weshalb auch beobachtet werden muss, ob dieses Ziel erreicht wurde und ob das GKV-IPReG ggf. neue oder andere Fehlanreize schafft. So ist beispielsweise unklar, ob die Regelungen zur Dekanülierung Fehlanreize (Ablehnung durch Betroffene, Wegfall AKI-Anspruch, Durchführung Dekanülierung ohne/mit geringen Erfolgschancen, Komplikationen nach Weaning-/Dekanülierungsversuchen und Potenzialerhebungen) setzen.
- Das GKV-IPReG betont die Selbstbestimmung der Menschen mit AKI (z.B. die Wahlfreiheit der Versorgungsform). Es ist zu beobachten, ob und inwieweit diesem Anspruch durch die gegenwärtige Versorgungsstruktur Rechnung getragen werden kann. Insofern muss z.B. der reale Bedarf an verschiedenen Versorgungsformen erhoben und mit den verfügbaren

Angeboten abgeglichen werden. Gleiches gilt für die Verfügbarkeit (qualifizierter) ambulanter Versorgungsstrukturen (Ärzt*innen, Pflege).

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Als im Wesentlichen explorativ angelegte Studie sind die Ergebnisse vor allem zur wissenschaftlichen Weiterverwendung geeignet. Die Routinedaten der Krankenkassen erweisen sich als wichtige und auch zukünftig zu Monitoring-Zwecken zu nutzende Datenquelle, aber sie sind „alleine“ nur bedingt geeignet, komplexe und vor allem auch leistungsträgerübergreifende Versorgungsverläufe sowie die angemessene Realisierung von Bedarfen und Bedürfnissen abzubilden. Bereits die deskriptive Analyse der epidemiologischen und soziodemografischen Daten der AKI-Population zeigte eine hohe Heterogenität der Population(en), der Erkrankungen, der Versorgungsorte und -verläufe. Die Fokussierung auf die Beatmung in der Forschung und in der Diskussion um die AKI-Versorgung greift zu kurz, da sie die Versorgungs-, Bedarfs- und soziodemografischen Merkmale dieser Population nur unzureichend erfasst. Einige Teile der erforderlichen Informationen für den 2026 zu verfassenden Bericht zur Umsetzung des GKV-IPReG (nach § 37c Abs. 6 SGB V) durch den GKV-SV lassen sich über Routinedaten abbilden, andere hingegen nicht – auch wenn die Grundlagen zur Erfassung wichtiger Versorgungsdaten durch die Krankenkassen zuletzt nachgebessert wurden. Die primärdatenbasierten Zugänge zur AKI erweisen sich, wie auch schon in anderen Studien, als schwierig und sie enthalten an vielen Stellen Limitationen hinsichtlich ihrer Aussagekraft. Vor allem angesichts der in ATME (und auch anderen Projekten) festgestellten Problematik der Einbeziehung einer größeren Anzahl von Menschen mit AKI in Befragungen, werden manche Fragen, z.B. hinsichtlich der tatsächlichen Bedarfe und Bedürfnisse der gesamten AKI-Population, vermutlich auch zukünftig unbeantwortet bleiben. Da die Subpopulationen oft sehr unterschiedliche Bedarfe und Bedürfnisse haben, die sich nicht durch ein gemeinsames Leistungsrecht abbilden lassen, ist auch aus dieser Studie kein generalisierbarer Befund zu Über-, Unter- und Fehlversorgung ableitbar. Insofern sollten die Ergebnisse dieser Studie in eine Gesamtbetrachtung der Ergebnisse anderer Studien im gleichen Themenfeld – genannt seien z.B. die Innovationsfondsprojekte OVERBEAS, SAVENT, OCONIV, PriVENT, T-CABS, aber auch das Pflge thermometer 2022 – einfließen, auch oder gerade, weil auch die anderen Studien diverse Limitationen aufweisen, was in der Einzelbetrachtung immer wieder (zu Recht) den Hinweis auf mangelnde Repräsentativität, Validität oder Reliabilität nach sich zieht. Die Umsetzung etwaiger aus den Ergebnissen dieser Studie abgeleiteter Handlungsempfehlungen, also die weitere Verwertung der Ergebnisse, betreffen im Wesentlichen Strukturen, deren Änderung nicht in der Reichweite eines einzelnen Forschungsprojektes liegt. Dennoch wäre darauf hinzuweisen, dass sich viele Empfehlungen durchaus in Übereinstimmung mit Empfehlungen und Ergebnissen aus anderen Studien bewegen. Die Erkenntnis, dass die ambulanten Strukturen auf die eine oder andere Weise defizitär oder überlastet sind, ist eine „gemeinsame“ Erkenntnis oder der geschilderte Ausgangspunkt vieler Studien – obwohl relativierend angemerkt werden muss, dass die tatsächliche Personalsituation und daraus ggf. resultierende Versorgungsprobleme in diesem Versorgungsfeld noch immer eher intransparent sind. Allerdings deuten auch die Ergebnisse des ATME-Projektes darauf hin, dass die aktuellen Versorgungsstrukturen, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich,

hochausgelastet sind. Gleichwohl ändern diese Erkenntnisse nichts an den strukturellen Rahmenbedingungen. Unabhängig von den tatsächlich verfügbaren Ressourcen begünstigen die durch das GKV-IPReG angestoßenen Strukturreformen implizit stationäre Versorgungsformen, z.B. durch die verpflichtenden Potenzialerhebungen und gestiegenen Qualifikationsanforderungen, weil im ambulanten Bereich kaum (zusätzliche) Kapazitäten verfügbar sind, um den Anforderungen durch das GKV-IPReG gleichermaßen nachkommen zu können. Damit ist, dies sei betont, keinerlei Wertung verbunden, in welchen Strukturen Menschen mit AKI besser oder angemessener versorgt werden. Aber es ist fraglich, ob und inwieweit das explizit ausgewiesene Ziel des GKV-IPReG, namentlich die (Verbesserung) der Selbstbestimmung von Menschen in der AKI und der Wahlfreiheit der Versorgungsform, mit den eher impliziten Wirkungen in Übereinstimmung zu bringen ist. Mit normativen Prämissen wie Selbstbestimmung und Wahlfreiheit sind allerdings dann auch grundlegende ethisch-rechtliche Aspekte des Umgangs mit einer hochvulnerablen Zielgruppe im Spiel, die im Rahmen einer versorgungswissenschaftlichen Studie nicht angemessen adressiert werden können.

7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Erfolgte Veröffentlichungen

Originalarbeiten in wissenschaftlichen Zeitschriften

- Knizia N., Hirschler J., Stegbauer C. & Willms, G. (2024) ATME—Needs, requirements and cross-sectoral patient journeys of patients with out-of-hospital mechanical ventilation and intensive care in outpatient settings: study protocol for an observational study. *BMJ Open*. 2024;14:e078621. doi: 10.1136/bmjopen-2023-078621
- Hirschler, J. Knizia, N.-A., Stegbauer, C. & Willms, G. (2024). Zwischen Abhängigkeit und Selbstbestimmung: Menschen mit Beatmung in der außerklinischen Intensivpflege. In: S. Scholz & J. Zerth (Hrsg.), *Versorgung gestalten in vulnerablen Lebenslagen*. Kohlhammer. S. 99-116
- Lübben A., Englert N. & Büscher A. (2025). Herausforderungen in der Versorgung außerklinischer Intensivpflegepatient*innen – eine Beobachtungsstudie zur Perspektive von Pflegepersonen. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2025.02.008>

Öffentlichkeitsarbeit

- Flyer zum Projekt (s. Anlage 11)
- Flyer zur Bewerbung der Befragungen (s. Anlage 12)
- Präsenz zum Projekt auf der Homepage des aQua-Instituts: <https://www.aqua-institut.de/projekte/atme>
- ATME-Newsletter, versendet Newsletter verfügbar über: <https://www.aqua-institut.de/projekte/atme>
- Veröffentlichungen in den bpa-Mitgliederpublikationen „Der Pflegedienst“ und „bpa.intern“ sowie in Regional-Rundschreiben der bpa-Landesgeschäftsstellen

- Beiträge in der Zeitschrift beatmetLeben:
 - 5/2022: Interview zum ATME-Projekt, „Ein Projekt namens ATME“
 - 4/2023: „ATME! Forschung in der außerklinischen Intensivpflege: Bedarfslage, Bedürfnisse und sektorenübergreifende Versorgungsverläufe außerklinisch beatmeter Intensivpatienten“.
 - 6/2024: „Neues aus der AKI-Forschung. Ergebnisse aus dem ATME-Projekt“.
- LinkedIn-Beiträge zum Projektstatus und zur Verbreitung der Befragungen durch das aQua-Institut
- Das Projekt ATME wurde am 02.01.2023 beim Deutschen Register Klinischer Studien registriert (DRKS-ID: DRKS00030891). Die Studie ist unter folgendem Link einsehbar: <https://drks.de/search/de/trial/DRKS00030891>.

Beiträge für wissenschaftliche Veranstaltungen

- Argüello, F., Schwinger, A., Matzk, S.: Versorgungsverläufe von außerklinischen Intensivpatienten auf Basis von Routinedaten (ATME). 23. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Potsdam, 27.09.2024.
- Knizia, N.-A., Hirschler, J., Willms, G. & Stegbauer, C.: Bedarfslagen, Bedürfnisse und sektorenübergreifende Versorgungsverläufe außerklinisch beatmeter Intensivpatienten – Ergebnisse qualitativer Interviews. 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Berlin, 04.10.2023. https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/1370_ATME/Poster_DKVF_ATME_1.pdf
- Willms, G., Knizia, N.-A., Hirschler, J., & Stegbauer, C.: Handlungsempfehlungen zur bedarfs- und bedürfnisgerechten Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf. 23. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Potsdam, 27.09.2024.

Veranstaltungen zum Wissenstransfer und zur Projektkommunikation

- Knizia, N.-A.: ATME – Versorgungsstrukturen neu gedacht?! – Bedarfslagen, Bedürfnisse und sektorenübergreifende Versorgungsverläufe außerklinisch beatmeter Intensivpatienten. Münchner Außerklinischer Intensivpflege Kongress (MAIK). München, 12.11.2022. https://maik-online.org/wp-content/uploads/2023/04/2022_MAIK_Kongress_Vortrag_Knizia.pdf
- Knizia, N.-A. & Hirschler, J.: Versorgung von Menschen mit AKI-Bedarf in der Häuslichkeit. Die Sicht von Menschen mit AKI-Bedarf und deren Pflegenden. Interviewergebnisse aus dem Projekt ATME. 29. Jahreskongress der DIGAB e. V.; Hamburg, 08.09.2023
- Willms, G.; Bayarassou, H. A.: Das ATME-Projekt – Ziele, Vorhaben und Vorarbeiten. 29. Jahreskongress der DIGAB e. V.; Hamburg, 08.09.2023
- Wolfgram, S.: Projekt ATME: Impulse zur Weiterentwicklung der AKI. KAI Management Konferenz. Berlin, 23.05.2024.
- Wolfgram, S.; Englert, N.: Herausforderungen und Problemlagen in der außerklinischen Intensivpflege. Handlungsempfehlungen aus dem Projekt ATME zur Weiterentwicklung der AKI aus Sicht der Leistungserbringer. Kongress für Außerklinische Intensivpflege und Beatmung (KAI). Essen, 12.09.2024.

- Guerra Argüello, F. & Knizia, N.: Bedarfslagen, Bedürfnisse und sektorenübergreifende Versorgungsverläufe außerklinisch beatmeter Intensivpflegepatienten. AKI-Symposium der AOK Nordost. Berlin, 18.09.2024.
- Willms, G.: AKI und Beatmung im Spiegel der Versorgungsforschung. Münchner Außerklinischer Intensivpflege Kongress (MAIK). München, 25.10.2024.
- Guerra Argüello, F. & Knizia, N.: Das ATME-Projekt: Bedarfslagen, Bedürfnisse und sektorenübergreifende Versorgungsverläufe von Menschen mit AKI-Bedarf aus drei Perspektiven. Münchner Außerklinischer Intensivpflege Kongress (MAIK). München, 25.10.2024.

IV Literaturverzeichnis

- Argüello Guerra, F; Schwinger, A; Matzk, S (2025). Bedarfslagen, Bedürfnisse und sektorenübergreifende Versorgungsverläufe außerklinisch beatmeter Intensivpatienten. Ergebnisse der Routinedatenanalyse des Innovationsfondsgeförderten Projekts ATME. (siehe Anlage 14; Publikation auf den Internetseiten des WIdO geplant)).
- Bornitz, F; Ewert, R; Knaak, C; Magnet, FS; Windisch, W; Herth, F (2020). Beatmungsentwöhnung in Weaning-Zentren nach primärem Weaning-Versagen. Dtsch Arztebl Int 117(12): 205-210.
- DIGAB (2019). Pressemitteilung der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung zum vorliegenden Referentenentwurf der Bundesregierung vom 16.08.2019. Freiburg: Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung.
- Ewers, M; Lehmann, Y (2018). Technikabhängige Pflegebedürftige in der Langzeitpflege. Versorgungspfade, Versorgungsqualität und Patientensicherheit. In: Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs. N.M., S; Franz, W (Eds.). Berlin: KompArt: 140-149.
- Fricke, K; Schönhofer, B (2020). Außerklinische Beatmung nach prolongiertem Weaning. Der Pneumologe 1-6. DOI: 10.1007/s10405-020-00353-2.
- GKV-SV (2019). Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.09.2019 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Isfort, M; Hüskens, J-M; Sachs, S; Tucman, D (2022). Pflege-Thermometer 2022. Situation und Versorgung von Menschen in der häuslichen Intensivversorgung in Deutschland. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP).
- Karagiannidis, C; Strassmann, S; Callegari, J; Kochanek, M; Janssens, U; Windisch, W (2019). Epidemiologische Entwicklung der außerklinischen Beatmung: Eine rasant zunehmende Herausforderung für die ambulante und stationäre Patientenversorgung. Dtsch Med Wochenschr 144(9): e58-e63.
- Klingshirn, H; Gerken, L; Heuschmann, P; Haas, K; Schutzmeier, M; Brandstetter, L; Stangl, S; Wurmb, T; Kippnich, M; Reuschenbach, B (2020). Qualität der Versorgung beatmeter Menschen in der außerstationären Intensivpflege in Deutschland: Ein Scoping Review. Gesundheitswesen 82: 729-739.

- Köhler, D (2019). Explosive Zunahme der häuslichen Krankenpflege bei Beatmeten und Tracheotomierten. Dtsch Med Wochenschr 144(04): 282-285.
- Kuckartz, U; Rädiker, S (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (5. Aufl.). Beltz Juventa.
- Meißner, S (2020 [2016]). Marktanalyse Intensivpflege und Intensiv-WG. <https://www.pflegemarkt.com/2016/08/30/wohngemeinschaften-mit-intensivpflege-angebotsverteilung-in-deutschland/> vom 23.01.2021 (Zugriff am 23.01.2021).
- Meißner, S (2016). Marktanalyse Intensivpflege und Intensiv-WG. Pflegemarkt. (Zugriff am 15.06.2023.2023).
- Räker, M; Matzk, S; Büscher, A; Willms, G; Bayarassou, AH; Knizia, N-A; Stegbauer, C; Hopp, M; Schwinger, A (2022). Außerklinische Intensivpflege nach dem IPReG – eine Standortbestimmung anhand von AOK-Abrechnungsdaten. In: Pflege-Report 2022: Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege. Jacobs, K; Kuhlmei, A; Greß, S; Klauber, J; Schwinger, A (Eds.). Berlin, Heidelberg: Springer: 119-137.
- Rosseau, S (2017). Ambulante Intensivpflege nach Tracheotomie. Positionspapier zur aufwendigen ambulanten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung nach Langzeit-Intensivtherapie [Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB e.V.) zusammen mit Bund der Pneumologen (BdP), Deutsche Gesellschaft für Neurologische Intensivmedizin (DGNI e.V.), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP e.V.), Deutscher Hausärzteverband e.V., Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI e.V.), Verband Pneumologischer Kliniken (VPK)]. Dtsch MedWochenschr 142: 909-901.
- Schäfer, H (2020). Außerklinische Beatmung: Lungenerkrankungen. Fortschr Med. 162(7): 41-50.
- Stark, S; Lehmann, Y (2023). Ergebnisse einer qualitativen Studie zur Gewährleistung von Sicherheit in der beatmungsspezifischen Hilfsmittelversorgung. ZEFQ 182: 53-62. Stark, S; Lehmann, Y; Ewers, M (2016). Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio. Teil 2: Bedarf und Strukturen. Working Paper No. 16-02 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité Universitätsmedizin Berlin.
- Tews, B (2016). Außerklinische Intensivpflege. Kongress für außerklinische Intensivpflege und Beatmung. Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. <https://www.kai-kongress.de/wp-content/uploads/tews-ausserklinische-itp-gesundheitspolitik.pdf> (Zugriff am 02.02.2021).
- Windisch, W; Callegari, J; Karagiannidis, C (2019). Außerklinische Beatmung in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr 144(11): 743-747.

V Anlagen

- Anlage 1: Leitfaden für explorative Interviews mit Pflegefachkräften der AKI
- Anlage 2: Leitfaden für explorative Interviews mit medizinischen und
rehabilitativ-therapeutischen Versorger*innen der AKI
- Anlage 3: Leitfaden für explorative Interviews mit Menschen mit AKI
- Anlage 4: Fragebogen für die Hauptbefragung der Pflegeeinrichtungen
- Anlage 5: Fragebogen für die Folgebefragung der Pflegeeinrichtungen
- Anlage 6: Fragebogen für Zentren für außerklinische Beatmung
(Leitungspersonen)
- Anlage 7: Fragebogen für Zentren für außerklinische Beatmung (Mitarbeitende)
- Anlage 8: Fragebogen für Menschen mit AKI
- Anlage 9: Detailergebnisse Befragungen der Pflegeeinrichtungen
(gesperrt bis: 31.12.2025)
- Anlage 10: Detailergebnisse Befragung Menschen mit AKI
(gesperrt bis: 31.12.2025)
- Anlage 11: Flyer Projektvorstellung ATME
- Anlage 12: Flyer Befragungen ATME
- Anlage 13: One Pager Befragungen ATME
- Anlage 14: Detailergebnisse Routinedatenanalyse

Interviewleitfaden Pflegefachkräfte der AKI

Einstieg: Tätigkeit in der AKI

- ☐ Welchen fachlichen Hintergrund haben Sie?
- ☐ Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?
- ☐ Welche Versorgung bieten Sie im Rahmen der AKI an bzw. führen Sie durch?
- ☐ Warum haben Sie sich für eine Tätigkeit in der AKI entschieden?
- ☐ Wie lange sind Sie bereits in der AKI tätig?

Hauptphase

- ☐ Wie und in welchem Rahmen erbringen Sie die Versorgung?
 - Setting
 - Tätigkeitsspektrum
 - Anzahl betreuter Personen mit Beatmung
 - Zeit für die Person mit Beatmung
 - Falls relevant: Führen Sie Hausbesuche durch oder kommen die Personen mit Beatmung zu Ihnen? Wie kommen die Personen mit Beatmung und Intensivpflegebedarf zu Ihnen?
- ☐ Welche Beschwerdebilder bzw. Symptome haben Menschen mit Beatmung, die Sie betreuen, am häufigsten?

Beschreibung der Versorgungslage

- ☐ Wie gestalten sich die **Versorgungsverläufe** bei Menschen mit Beatmung?
- ☐ Gibt es einen „typischen“ Verlauf?
- ☐ Welche **Versorgungsangebote** werden im Regelfall genutzt, welche nicht?
 - Welche fachliche *Einschätzung* haben Sie zu den Versorgungsformen/Settings?
- ☐ Wie gestaltet sich die Versorgung mit Hilfsmitteln/ technischen Geräte?
 - Gibt es „Standard“-Hilfsmittel, die im Regelfall genutzt werden?
 - Gibt es Hilfsmittel, die *häufig bewilligt/ nicht bewilligt werden*
 - Wie kommen *Sie selbst* mit Hilfsmitteln zurecht?
 - *Weisen* Sie auch Angehörige oder Menschen mit Beatmung in den Gebrauch technischer Geräte *ein*? Falls ja, wie machen Sie das? Falls nein, wie und durch wen erfolgt die Einweisung?
- ☐ Wie kommen *Betroffene* mit den Hilfsmitteln zurecht?

Einschätzung zur eigenen Berufsausübung

- ☐ Welche besonderen **fachlichen, organisatorischen** und **menschlichen Anforderungen** sind mit der außerklinischen Versorgung von Menschen mit Beatmung verbunden?
- ☐ **Fühlen** Sie sich bei Ihrer Arbeit **sicher** und **ausreichend** darauf vorbereitet? Welche Tätigkeiten gibt es evtl., bei denen Sie sich häufig unsicher fühlen?
 - Wie erleben Sie **Notfallsituationen** in der außerklinischen Beatmung?

Interviewleitfaden Pflegefachkräfte der AKI

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

- ☐ Mit welchen **anderen Berufsgruppen** arbeiten Sie bei der Versorgung von Menschen mit Beatmung zusammen?
- ☐ Wie gestaltet sich Ihre **Zusammenarbeit** mit anderen Akteuren?
 - Zentren, Pflegeheime, Pflegedienste, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, u.a.
 - Ärzte*innen, Pflegende, Physiotherapie, Logo, u.a
- ☐ Wie erleben Sie die **Zusammenarbeit** mit anderen Akteuren?
 - Wie bewerten Sie Ihre **eigene Rolle** im interdisziplinären Team?

Einschätzung der Versorgungslage

- ☐ Wie schätzen Sie die **aktuelle Versorgungssituation** für Menschen mit Beatmung im Allgemeinen ein?
 - In *welchen Bereichen* werden aus Ihrer Sicht Menschen mit Beatmung gut oder *nicht gut versorgt*?
 - Welche *Barrieren* gibt es, die Menschen mit Beatmung so zu versorgen, wie sie eigentlich versorgt werden sollten?
 - Was sind aus Ihrer Sicht die *drei größten/wichtigsten Probleme* in der Versorgung von Menschen mit Beatmung?
- ☐ Welche *Konsequenzen* hätten Ihre Erfahrungen für die Versorgung einer nahestehenden Person mit Beatmung?

Einschätzung zum IPreG

- ☐ Haben Sie schonmal vom **GKV-IPReG** gehört bzw. ist Ihnen die veränderte Gesetzeslage bekannt?
- ☐ Was **denken** Sie über die Einführung des GKV-IPReG?
- ☐ Welche **Veränderungen** sind durch das IPreG bereits spürbar?
- ☐ Falls relevant: Erfüllen Sie und/oder die mit Ihnen zusammenarbeitenden Akteure die **fachlichen Voraussetzungen**, die durch das IPreG vorgegeben werden? Halten Sie die **erforderlichen Qualifikationsvoraussetzungen** für angemessen?
- ☐ Erwarten Sie, dass es durch das IPreG **Versorgungsbrüche** geben wird oder befürchten Sie, dass durch die Vorgaben des IPreG Menschen mit Beatmung umziehen müssen?
- ☐ Mit der Einführung des IPreG soll die Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer **Versorgungskompetenzen** gefördert werden. Inwiefern ist ein solches Angebot aus Ihrer Sicht sinnvoll?

Ausklang

Wünsche an die weitere Versorgung

- ☐ Was ist aus Ihrer Sicht das **Wichtigste** in der Versorgung von Menschen mit Beatmung?
- ☐ Was ist Ihr **größter Wunsch** was sich verbessern/verändern sollte?

Interviewleitfaden medizinische und rehabilitativ-therapeutischer Versorger*innen

Einstieg: Tätigkeit in der AKI

- ☐ Welchen fachlichen Hintergrund haben Sie?
- ☐ Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?
- ☐ Welche Versorgung bieten Sie im Rahmen der AKI an bzw. führen Sie durch?
- ☐ Wie lange sind Sie bereits in der AKI tätig?

Hauptphase

- ☐ Wie und in welchem Rahmen erbringen Sie die Versorgung?
 - Setting
 - Tätigkeitsspektrum
 - Anzahl betreuter Personen mit Beatmung
 - Zeit für die Person mit Beatmung
 - Falls relevant: Führen Sie Hausbesuche durch oder kommen die Personen mit Beatmung zu Ihnen? Wie kommen die Personen mit Beatmung und Intensivpflegebedarf zu Ihnen?
 - Weisen Sie auch Angehörige oder Menschen mit Beatmung in den Gebrauch technischer Geräte ein? Falls ja, wie machen Sie das? Falls nein, wie und durch wen erfolgt die Einweisung?
- ☐ Welche Beschwerdebilder bzw. Symptome haben Menschen mit Beatmung, die Sie betreuen, am häufigsten?
- ☐ Warum haben Sie sich für eine Tätigkeit in der AKI entschieden?

Beschreibung der Versorgungslage

- ☐ Wie gestalten sich die Versorgungsverläufe bei Menschen mit Beatmung?
 - Gibt es einen „typischen“ Verlauf?
 - Welche Versorgungsangebote werden im Regelfall genutzt, welche nicht?
- ☐ Welche fachliche Einschätzung haben Sie zu den Versorgungsformen/Settings?
- ☐ Wie gestaltet sich die Versorgung mit Hilfsmitteln?
 - Gibt es „Standard“-Hilfsmittel, die im Regelfall genutzt werden?
 - Gibt es Hilfsmittel, die häufig bewilligt/ nicht bewilligt werden
 - Wie kommen Betroffene mit den Hilfsmitteln zurecht?

Einschätzung der Versorgungslage

- ☐ Wie schätzen Sie die aktuelle Versorgungssituation für Menschen mit Beatmung im Allgemeinen ein?
 - In welchen Bereichen werden aus Ihrer Sicht Menschen mit Beatmung gut oder nicht gut versorgt?
 - Welche Barrieren gibt es, die Menschen mit Beatmung so zu versorgen, wie sie eigentlich versorgt werden sollten?
 - Was sind aus Ihrer Sicht die drei größten/wichtigsten Probleme in der Versorgung von Menschen mit Beatmung?

- ☐ Welche Konsequenzen hätten Ihre Erfahrungen für die Versorgung einer nahestehenden Person mit Beatmung?

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

- ☐ Mit welchen anderen Berufsgruppen arbeiten Sie bei der Versorgung von Menschen mit Beatmung zusammen?
- ☐ Wie gestaltet sich Ihre Zusammenarbeit mit anderen Akteuren?
 - Zentren, Pflegeheime, Pflegedienste, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, u.a.
 - Ärzte*innen, Pflegende, Physiotherapie, Logo, u.a
- ☐ Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren?
- ☐ Wie bewerten Sie Ihre eigene Rolle im interdisziplinären Team?

Einschätzung zur eigenen Berufsausübung

- ☐ Welche besonderen fachlichen, organisatorischen und menschlichen Anforderungen sind mit der außerklinischen Versorgung von Menschen mit Beatmung verbunden?

Einschätzung zum IPreG

- ☐ Haben Sie schonmal vom GKV-IPReG gehört bzw. ist Ihnen die veränderte Gesetzeslage bekannt?
- ☐ Was denken Sie über die Einführung des GKV-IPReG?
- ☐ Welche Veränderungen sind durch das IPreG bereits spürbar?
- ☐ Falls relevant: Erfüllen Sie die fachlichen Voraussetzungen, die durch das IPreG vorgegeben werden? Halten Sie die erforderlichen Qualifikationsvoraussetzungen für angemessen?
- ☐ Erwarten Sie, dass es durch das IPreG Versorgungsbrüche geben wird oder befürchten Sie, dass durch die Vorgaben des IPreG Menschen mit Beatmung umziehen müssen?
- ☐ Mit der Einführung des IPreG soll die Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen gefördert werden. Inwiefern ist ein solches Angebot aus Ihrer Sicht sinnvoll?

Ausklang

Wünsche an die weitere Versorgung

- ☐ Was ist aus Ihrer Sicht das Wichtigste in der Versorgung von Menschen mit Beatmung?
- ☐ Was ist Ihr größter Wunsch was sich verbessern/verändern sollte?
- ☐ Gibt es von Ihrer Seite noch Dinge, die wir im Interview nicht angesprochen haben, die Sie aber gerne noch hinzufügen möchten?
- ☐ Alter, Geschlecht, Dauer und Umfang (Stellenanteil) der Berufstätigkeit bzw. Dauer der Beschäftigung in der AKI, Berufsbezeichnung, Qualifikation, Ort/Setting der Berufstätigkeit

Interviewleitfaden Menschen mit AKI

Einstieg: Lebenssituation

- ☐ Erzählen Sie uns etwas zu Ihrer Lebenssituation. Zum Beispiel:
 - Wohnsituation
 - Partnerschaft/ Weitere Personen im Haushalt
 - Berufliche Tätigkeit/Beschäftigungsverhältnis
 - Freizeitgestaltung/Urlaube
 - Gestaltung sozialer Kontakte
 - Mobilität, Nutzung von Verkehrsmitteln
 - Selbstständigkeit im Alltag
 - Sind Sie Mitglied eines Interessenverbands/-organisation?
 - Intensivpflege:
 - Seit wann benötigen Sie Intensivpflege?
 - Worin besteht Ihr Intensivpflegebedarf?
 - Beatmung:
 - Seit wann werden Sie beatmet?
 - Warum müssen Sie beatmet werden?
 - Wie werden Sie beatmet? (Beatmungsform und -dauer pro Tag)
 - Werden Sie derzeit von der Beatmung entwöhnt bzw. ist eine Entwöhnung von der Beatmung anvisiert?
 - Welches Therapieziel wurde für Sie festgelegt? Wer hat das festgelegt und in welchem Setting?
- ☐ Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Lebenssituation?
 - Wunsch nach mehr Unterstützung
 - Wunsch nach anderer Wohnform
 - Erlebte Barrieren/Herausforderungen in den verschiedenen Lebensbereichen
- ☐ Was macht für Sie Lebensqualität aus?

Hauptphase: Versorgungsgestaltung

- ☐ Von wem werden Sie im Alltag unterstützt?
 - Welche Personen bilden das „informelle Netz“: Partner/in, Familie, Freunde, Nachbarn?
 - Welche Unterstützungsaufgaben übernehmen diese Personen?
 - Wie sind diese Personen untereinander organisiert?
- ☐ Wer ist alles an Ihrer Versorgung beteiligt?
 - Pflege, Ärzte, Therapeuten? Andere?
 - Wie lange werden Sie von den genannten Leistungsanbietern jeweils schon betreut?
falls relevant: Gründe für Wechsel
 - Werden Sie von den genannten Leistungsanbietern zu Hause besucht oder müssen Sie zu den Leistungsanbietern kommen?
 - Wie kommen Sie zu den Ärzten bzw. Therapeuten?
 - In welchem Umkreis liegen Ihre Ärzte bzw. Therapeuten?

- Werden Sie von Ärzten/Therapeuten, die keine Behandlungen im Zusammenhang mit der beatmungsursächlichen Erkrankung durchführen (z.B. Zahnarzt), zuhause besucht oder müssen Sie in die Praxis kommen?
- ☐ Welche (technischen) Hilfsmittel nutzen Sie (z. B. technische Geräte wie Beatmungsgeräte, Kommunikationshilfen)?
 - Wie kommen Sie mit diesen (technischen) Hilfsmitteln zurecht? Welche Schwierigkeiten/Probleme gibt es evtl.?
 - Erhalten Sie Unterstützung im Umgang mit Hilfsmitteln? Wenn ja, von wem?
 - Haben Sie von Herstellern, Pflegenden, Ärzten oder Therapeuten eine Einweisung/Einführung in den Gebrauch der Geräte und Hilfsmittel erhalten?
 - Fühlen Sie sich in der Anwendung sicher?

Erfahrungen im Versorgungsverlauf

- ☐ Wie ist die bisherige Versorgung seit Beginn der beatmungsursächlichen Erkrankung (Patient Journey) aus Ihrer Sicht verlaufen?
 - Wie sind Ihre Erfahrungen (im Umgang) mit der Beatmung?
 - Wie hat sich Ihre Versorgung entwickelt?
 - Welche Erfahrungen haben Sie in unterschiedlichen Settings (Krankenhaus, Pflegeeinrichtung, ambulante pflegerische/medizinische/therapeutische Betreuung) gemacht?
 - Welche Erfahrungen haben Sie mit unterschiedlichen Akteuren (Pflegende, Ärzte, Therapeuten, Leistungsträger, Krankenkassen) gemacht?
 - Welche Versorgungsangebote/Hilfsmittel wurden beantragt, aber nicht bewilligt?

Einschätzung der allgemeinen Versorgung(ssituation)

- ☐ Wie schätzen Sie Ihre aktuelle Versorgungssituation ein?
 - In welchen Bereichen fühlen Sie sich gut oder nicht gut versorgt?
 - Was waren/sind die größten Herausforderungen in Ihrer persönlichen Situation?
- ☐ Haben Sie das Gefühl, in Entscheidungen, die Ihre Versorgung betreffen, ausreichend einbezogen zu sein?
- ☐ Wie schätzen Sie die Versorgungssituation von Menschen mit Beatmung insgesamt ein?
 - Was sind aus Ihrer Sicht die drei größten/wichtigsten Probleme in der Versorgung von Menschen mit Beatmung?
- ☐ Würden Sie angesichts Ihrer Erfahrungen noch einmal diesen Versorgungsweg wählen? Falls ja, warum? Falls nicht, warum nicht?

Einschätzung zum IPreG

- ☐ Haben Sie schonmal vom GKV-IPreG gehört bzw. ist Ihnen die veränderte Gesetzeslage bekannt?

WENN JA:

- Was denken Sie über die Einführung des GKV-IPReG?
 - Welche Veränderungen sind durch das IPReG bereits spürbar?
 - Wissen Sie, ob Ihr Arzt die fachlichen Voraussetzungen, die durch das IPReG vorgegeben werden, erfüllt?
 - Expecten Sie, dass es durch das IPReG Versorgungsbrüche geben wird, oder befürchten Sie, durch die Vorgaben des IPReG umziehen zu müssen?
- ☐ Mit der Einführung des IPReG soll die Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen gefördert werden. Würden Sie sich ein solches Angebot wünschen?
 - ☐ Das IPReG fokussiert den Begriff der Qualität, aber gibt keine Definition vor. Was ist aus Ihrer Sicht gute Versorgungsqualität?

Ausklang

Wünsche an die weitere Versorgung

- ☐ Gibt es von Ihrer Seite noch Dinge, die wir im Interview nicht angesprochen haben, die Sie aber gerne noch hinzufügen möchten?
- ☐ Abfrage persönlicher Daten/Informationen:
 - Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Familienstand, Dauer der Versorgung (Intensivpflege, Beatmung), Grund/Auslöser/Erkrankung für Intensivpflege/Beatmung

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

I Tätigkeitsbereich

Ausfüllhinweise:

Mit dem Begriff „Einrichtung der außerklinischen Intensivpflege“ verstehen wir entweder eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, eine Wohnform der Eingliederungshilfe, eine Intensivpflege-Wohngemeinschaft oder einen ambulanten Pflegedienst, der eine Versorgung in der häuslichen Umgebung leistet. Wenn Sie in einer häuslichen Einzel-/1:1-Versorgung tätig sind, bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an alle Patient*innen, die von Ihrer Einrichtung betreut werden.

I01 In welcher Art von Einrichtung der außerklinischen Intensivpflege sind Sie tätig? *Mehrfachauswahl*

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ vollstationäre Pflegeeinrichtung | ☐ Wohnform der Eingliederungshilfe | ☐ Intensivpflege-Wohngemeinschaft |
| ☐ ambulanter Pflegedienst | | |

I02 Welche Altersgruppe wird in der Einrichtung, für die Sie tätig sind, versorgt? *Einfachauswahl*

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Erwachsene | ☐ Kinder | ☐ beide |
|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

I03 Welche Rolle haben Sie innerhalb Ihrer Einrichtung hauptsächlich? *Einfachauswahl*

- | | |
|---|---|
| ☐ Pflegehilfskraft | ☐ Pflegefachkraft |
| ☐ Pflegedienstleitung/Stationsleitung o.ä. | ☐ Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut |

I04 In welchem Bundesland sind Sie tätig? *Einfachauswahl*

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ Baden-Württemberg | ☐ Bayern | ☐ Berlin | ☐ Brandenburg |
| ☐ Bremen | ☐ Hamburg | ☐ Hessen | ☐ Mecklenburg-Vorpommern |
| ☐ Niedersachsen | ☐ Nordrhein-Westfalen | ☐ Rheinland-Pfalz | ☐ Saarland |
| ☐ Sachsen | ☐ Sachsen-Anhalt | ☐ Schleswig-Holstein | ☐ Thüringen |
| ☐ keine Angabe | | | |

I05 In was für einer Umgebung sind Sie tätig? *Einfachauswahl*

- | | |
|---|--|
| ☐ eher städtisch | ☐ eher ländlich |
|---|--|

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

II Merkmale der Versorgungssituation				
II01 Wenn Sie an alle Patient*innen aus Ihrer Einrichtung denken: Welche Erkrankungsform ist bei den Patient*innen Ihrer Einrichtung die Hauptursache für die außerklinische Intensivpflegebedürftigkeit?				
	Häufig	Selten	gar nicht	kann ich nicht beurteilen
Hirnschädigung durch Trauma oder Erkrankung (z. B. Schlaganfall, Hirnblutung)	☐	☐	☐	☐
Neuro-muskuläre Krankheitsbilder (z. B. Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose, Muskeldystrophie)	☐	☐	☐	☐
Lungen- und Atemwegsschädigungen (z. B. chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Asthma, Tumore)	☐	☐	☐	☐
Querschnittlähmung (Paraplegie oder Tetraplegie)	☐	☐	☐	☐
Herzschädigungen (z. B. Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen)	☐	☐	☐	☐
Krebserkrankungen	☐	☐	☐	☐
Schädigung durch Frühgeburt	☐	☐	☐	☐
(Angeborene) Stoffwechselerkrankungen (z. B. Mukoviszidose)	☐	☐	☐	☐
Fehlbildung, angeborene, genetische Schädigungen	☐	☐	☐	☐
andere Erkrankungsform	☐	☐	☐	☐
II02 Wenn Sie an alle Patient*innen aus Ihrer Einrichtung denken: Wie hoch ist der Anteil von Patient*innen, die <u>beatmet</u> werden (invasiv oder nicht-invasiv)? <i>Einfachauswahl</i>				
☐ fast alle/alle Patient*innen werden beatmet	☐ ungefähr die Hälfte der Patient*innen wird beatmet	☐ sehr wenige Patient*innen werden beatmet		
☐ keine Patient*innen werden beatmet	☐ kann ich nicht beurteilen			

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

Falls „fast alle/alle Patient*innen werden beatmet“ oder „ungefähr die Hälfte der Patient*innen wird beatmet“ oder „sehr wenige Patient*innen werden beatmet“:

II03 Diejenigen Patient*innen, die beatmet werden: Wie werden die Patient*innen in Ihrer Einrichtung beatmet?

	Häufig	Selten	gar nicht	kann ich nicht beurteilen
invasive Beatmung, durchgängig	☐	☐	☐	☐
invasive Beatmung, zeitweise	☐	☐	☐	☐
nicht-invasive Beatmung	☐	☐	☐	☐
Zwerchfellstimulator	☐	☐	☐	☐

II04 Diejenigen Patient*innen, die nicht beatmet werden: Haben diese in der Regel dennoch ein Tracheostoma/ eine Trachealkanüle? Einfachauswahl

☐ fast alle/alle Patient*innen haben ein Tracheostoma/ eine Trachealkanüle

☐ ungefähr die Hälfte der Patient*innen hat ein Tracheostoma/ eine Trachealkanüle

☐ sehr wenige Patient*innen haben ein Tracheostoma/ eine Trachealkanüle

☐ keine Patient*innen haben ein Tracheostoma/ eine Trachealkanüle

☐ kann ich nicht beurteilen

II05 Welche der nachfolgenden Therapieziele werden häufig bei beatmeten/tracheotomierten Patient*innen verfolgt?

	Häufig	Selten	gar nicht	kann ich nicht beurteilen
Erhalt des Ist-Zustandes	☐	☐	☐	☐
Reduzierung der Beatmungszeit	☐	☐	☐	☐
Vollständige Entwöhnung von der Beatmung	☐	☐	☐	☐
Dekanülierung	☐	☐	☐	☐
Umstellung auf eine andere Beatmungsform	☐	☐	☐	☐
Palliativpflege/bestmögliche Lebensqualität	☐	☐	☐	☐

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

III Organisation der Versorgung				
III01 Wer organisiert <u>hauptverantwortlich</u> die <u>gesundheitliche Versorgung</u> der Patient*innen (z.B. Terminfindung, Kommunikation mit Ärzten)?				
	Häufig	Selten	gar nicht	kann ich nicht beurteilen
Patient*in selbst	☐	☐	☐	☐
Angehörige/ nahestehende Person	☐	☐	☐	☐
Gesetzliche Betreuer*in	☐	☐	☐	☐
Pflegekräfte aus unserer Einrichtung	☐	☐	☐	☐
Haus- bzw. Fachärzt*innen	☐	☐	☐	☐
Persönliche Assistenz /Betreuungs-kraft	☐	☐	☐	☐
Sozialdienst/ Case Management	☐	☐	☐	☐
Therapeut*innen	☐	☐	☐	☐
Andere	☐	☐	☐	☐
Es gibt keine verantwortliche Person	☐	☐	☐	☐

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

III02 Wer organisiert <u>hauptverantwortlich</u> den <u>Alltag</u> der Patient*innen (z.B. Freizeitgestaltung, Haushaltsführung)?				
	Häufig	Selten	gar nicht	kann ich nicht beurteilen
Patient*in selbst	☐	☐	☐	☐
Angehörige/ nahestehende Person	☐	☐	☐	☐
Gesetzliche Betreuer*in	☐	☐	☐	☐
Pflegekräfte aus unserer Einrichtung	☐	☐	☐	☐
Haus- bzw. Facharzt*innen	☐	☐	☐	☐
Persönliche Assistenz /Betreuungs- kraft	☐	☐	☐	☐
Sozialdienst/ Case Management	☐	☐	☐	☐
Therapeut*innen	☐	☐	☐	☐
Andere	☐	☐	☐	☐
Es gibt keine verantwortliche Person	☐	☐	☐	☐

IV Versorgungsverläufe

IV01 Aus welcher Versorgungform übernehmen Sie häufig die Patient*innen vor der Aufnahme in Ihre Einrichtung?

Mehrfachauswahl

- ☐ Ambulante Pflege in häuslicher Einzelversorgung
- ☐ Intensivpflege-Wohngemeinschaft
- ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung für Intensivpflege
- ☐ Andere stationäre Einrichtung der Langzeitpflege
- ☐ Wohnform der Eingliederungshilfe
- ☐ Weaning-Zentrum
- ☐ Klinik/ Krankenhaus
- ☐ Rehabilitationseinrichtung
- ☐ andere Versorgungsform

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

IV02 Ihrer Einschätzung nach: Warum wählen die Patient*innen die Versorgungsform, die von Ihrer Einrichtung angeboten wird? *Mehrfachauswahl*

- ☐ finanzielle Gründe
- ☐ Zustandsverschlechterung der Patientin/des Patienten
- ☐ Spezialisierung der Einrichtung auf das Krankheitsbild
- ☐ Belastung der Angehörigen
- ☐ keine Möglichkeit zu notwendigen Umbaumaßnahmen in der Häuslichkeit
- ☐ Patient*in hat sich in der vorherigen Einrichtung nicht wohlfühlt
- ☐ Reduzierung der Versorgungskapazitäten (z. B. aufgrund von Personalmangel)
- ☐ Nähe der Einrichtung zum (ursprünglichen) Wohnort/ zu Angehörigen
- ☐ Medizinische/therapeutische Versorgungsmöglichkeiten in der Umgebung der Einrichtung
- ☐ Möglichkeit der Pflegeübernahme durch Angehörige
- ☐ andere Gründe
- ☐ kann ich nicht beurteilen

IV03 Wenn es Schwierigkeiten bei einer lückenlosen Versorgung der Patient*innen gibt: Um welche Schwierigkeiten handelt es sich Ihrer Einschätzung nach? *Mehrfachauswahl*

- ☐ Hilfsmittel, Therapiemaßnahmen o.ä. werden nicht oder nur verzögert ärztlich verordnet.
- ☐ Hilfsmittel, Therapiemaßnahmen o.ä. werden nicht oder verzögert von der Kranken-/Pflegekasse genehmigt.
- ☐ Es fehlt an Versorgungskapazitäten (z.B. Platz in einem Weaning-Zentrum oder in einer Pflegeeinrichtung).
- ☐ Bei der Weiterversorgung in einer anderen Einrichtung wird der Therapieplan nicht konsequent fortgesetzt.
- ☐ Es fehlen ausreichend spezialisierte Hausärzt*innen bzw. Fachärzt*innen.
- ☐ Es fehlen ausreichend spezialisierte Therapeut*innen.
- ☐ Es fehlen ausreichend Pflegefachkräfte.
- ☐ Die Kommunikation zwischen verschiedenen Versorgern ist mangelhaft.
- ☐ andere Gründe
- ☐ Es gibt keine Schwierigkeiten bei der Versorgung der Patient*innen.
- ☐ kann ich nicht beurteilen

IV04 Wenn ein Transport der Patient*innen in eine andere Versorgungseinrichtung (z.B. ambulanter Arztbesuch, Aufnahme in einem Krankenhaus) notwendig wird: Haben Sie Schwierigkeiten diesen Transport für die Patient*innen zu organisieren? *Einfachauswahl*

- | | |
|--|--|
| ☐ ja | ☐ nein |
| ☐ Nein, der Transport wird von uns nicht organisiert. | ☐ kann ich nicht beurteilen |

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

Falls „ja“: IV05 Warum sind Transporte schwierig zu organisieren? *Mehrfachauswahl*

- ☐ Der Krankentransportdienst lehnt einen Transport aufgrund fehlender Ausstattung zur Beatmung ab.
- ☐ Der Krankentransportdienst lehnt einen Transport aufgrund fehlender fachlicher Kompetenz ab.
- ☐ Die zuständige Ärztin/ der zuständige Arzt lehnt die Ausstellung eines Transportscheines ab.
- ☐ Die Finanzierung des Krankentransportes mit einem Krankentransportdienst wird nicht bewilligt.
- ☐ Es gibt keine Möglichkeit des Krankentransportes, weil die Auslastung des Krankentransportdienstes zu hoch ist.
- ☐ andere Gründe

IV06 Wenn Patient*innen die Versorgung in Ihrer Einrichtung zeitweise durch eine Aufnahme in einem Krankenhaus unterbrechen müssen: Aus welchen Gründen ist eine stationäre Aufnahme in einem Krankenhaus notwendig? *Mehrfachauswahl*

- ☐ Notwendigkeit von Routineuntersuchungen/ Diagnostische Maßnahme
- ☐ Komplikationen mit der Beatmung/ Respiratorische Verschlechterung
- ☐ Komplikationen mit der Trachealkanüle/ dem Tracheostoma
- ☐ Akute Situation nicht respiratorischer Art (z.B. Infektion mit Fieber, Verletzungen, unklare Verschlechterung des Allgemeinzustandes)
- ☐ Notwendigkeit eines chirurgischen Eingriffs
- ☐ fehlende ambulante Versorgungsmöglichkeit in der außerklinischen Intensivpflege

IV07 Welche Erfahrung haben Sie gemacht, wenn Patient*innen zeitweise im Krankenhaus behandelt werden? Hierbei ist nicht der Aufenthalt in einem Weaning-/Beatmungszentrum gemeint. *Mehrfachauswahl*

- ☐ Es gibt eine kompetente Pflegekraft zur Übergabe der Patient*innen an das Krankenhaus.
- ☐ Notwendige Therapiemaßnahmen werden adäquat fortgesetzt.
- ☐ Die Beatmung wird in der bestehenden Form durch die Pflegekräfte im Krankenhaus fachgerecht fortgesetzt.
- ☐ Die Versorgung kanülierter Patient*innen (Tracheostomapflege, Absaugen der Kanüle, etc.) wird fachgerecht umgesetzt.
- ☐ Wichtige Informationen zum Therapieverlauf werden weitergegeben.
- ☐ Es werden stimmige Therapieempfehlungen ausgesprochen.
- ☐ Die Informationen bei der Übergabe von Patient*innen an meine Einrichtung ist ausreichend und verständlich.
- ☐ Die Patient*innen fühlten sich gut aufgehoben.

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

IV08 Wenn bei Patient*innen Potential zur Beatmungsentwöhnung besteht: Wird das Weaning durch die Pflegenden Ihrer Einrichtung durchgeführt? Einfachauswahl

- ☐ ja, innerhalb ärztlicher Vorgaben ☐ Nein, das Weaning wird ausschließlich außerhalb unserer Einrichtung durchgeführt, z. B. im Weaningzentrum.
- ☐ kann ich nicht beurteilen

Falls „ja“: IV09 Wie sind die Pflegenden Ihrer Einrichtung am Weaningprozess beteiligt? Mehrfachauswahl

- ☐ Der Weaningprozess wird von einer Atmungstherapeutin/ einem Atmungstherapeuten geleitet.
- ☐ Die Pflegenden haben einen relativ großen Entscheidungsspielraum innerhalb der ärztlichen Vorgaben zur Beatmungseinstellung.
- ☐ Die Einschätzungen der Pflegenden zum Verlauf des Weaningprozesses werden bei den ärztlichen Vorgaben berücksichtigt.
- ☐ andere Art von Beteiligung

IV10 Sind nach erfolgreicher Dekanülierung bei Patient*innen schon einmal Herausforderungen mit der Weiterversorgung in der außerklinischen Intensivpflege aufgetreten? Einfachauswahl

- ☐ ja ☐ nein ☐ kann ich nicht beurteilen

Falls „ja“: IV11 Welche Herausforderungen sind nach erfolgreicher Dekanülierung aufgetreten? Mehrfachauswahl

- ☐ Der Bedarf an intensivpflegerischer Versorgung wurde nicht mehr anerkannt, obwohl dieser aus fachlicher Perspektive weiterbestand.
- ☐ Es musste zeitnah eine geeignete alternative Versorgung organisiert werden.
- ☐ Es gab Schwierigkeiten eine geeignete alternative Versorgung zu organisieren.
- ☐ andere Herausforderungen

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

IV12 Wie oft kommt es vor, dass die Versorgung Ihrer Patient*innen aus folgenden Gründen beendet wird?				
	Häufig	Selten	gar nicht	kann ich nicht beurteilen
Intensivpflegebedarf besteht nicht mehr/ ist nicht mehr notwendig, da der Zustand der Patient*innen sich verbessert hat	☐	☐	☐	☐
Versterben der Patient*innen	☐	☐	☐	☐
Wechsel in andere Versorgungsform aufgrund einer Zustandsverschlechterung	☐	☐	☐	☐
Wechsel in andere Versorgungsform aufgrund der Belastung von Angehörigen	☐	☐	☐	☐
Wechsel in andere Versorgungsform aufgrund von finanziellen Gründen der Patient*innen	☐	☐	☐	☐
Wechsel in andere Versorgungsform, da die/ der Patient*in sich in der Einrichtung nicht wohl gefühlt hat	☐	☐	☐	☐
Strukturelle Veränderung der Einrichtung (z.B. Bettenreduzierung, Personalmangel)	☐	☐	☐	☐
Krankheitsbild ist zu speziell	☐	☐	☐	☐
Nähe der Einrichtung zum (ursprünglichen) Wohnort oder zu Angehörigen	☐	☐	☐	☐
Medizinische/therapeutische Versorgungsmöglichkeiten in der Umgebung der Einrichtung	☐	☐	☐	☐

IV13 Wenn Sie in Ihrer Einrichtung (auch) Kinder und Jugendliche betreuen: Werden diese nach Vollendung des 18. Lebensjahres durch Ihre Einrichtung weiterversorgt? <i>Einfachauswahl</i>
☐ Ja, im Regelfall können sie durch unsere Einrichtung weiterversorgt werden.
☐ Nein
☐ kann ich nicht beurteilen

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

Falls „nein“: IV14 Durch wen ist eine Weiterversorgung erfolgt? Mehrfachauswahl

- ☐ Ambulante Pflege in häuslicher Einzelversorgung
- ☐ Intensivpflege-Wohngemeinschaft
- ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung für Intensivpflege
- ☐ Andere stationäre Einrichtung der Langzeitpflege
- ☐ Wohnform der Wiedereingliederungshilfe
- ☐ keine Weiterversorgung
- ☐ andere Art der Weiterversorgung

V Versorgungskapazitäten in Ihrer Einrichtung

V01 Wurden von Ihrer Einrichtung in den letzten zwei Jahren Versorgungsanfragen abgelehnt? Einfachauswahl

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ keine Angabe

Falls „ja“: V02 Warum mussten Anfragen in den letzten zwei Jahren abgelehnt werden? Mehrfachauswahl

- ☐ Es gab keine freien Plätze bzw. Betten.
- ☐ Es war aufgrund von personellen Ressourcen nicht möglich.
- ☐ Die Versorgung betraf ein Kind/ einen Erwachsenen und wir bieten keine Versorgung für diese an.
- ☐ Die Erkrankung und die damit verbundene Pflege waren zu speziell.
- ☐ Die Gründe lagen in der Wohnsituation der Patientin/ des Patienten (z.B. ungünstige Erreichbarkeit, keine Möglichkeit des Aufenthaltes für Pflegepersonal, o.ä.).
- ☐ andere Gründe

VI Mit welchem Personalschlüssel (Pflegekraft pro Patient*in) arbeiten Sie in Ihrer Einrichtung im Regelfall? Einfachauswahl

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|--|
| ☐ 1:1 | ☐ 1:2 | ☐ 1:3 | ☐ 1:4 |
| ☐ 1:5 | ☐ 1:6 | ☐ mehr als 1:6 | ☐ kann ich nicht beurteilen |

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

6 Versorgungsqualität und Zusammenarbeit					
VI01 Wie bewerten Sie die <u>Verfügbarkeit</u> der folgenden Leistungsanbieter?					
	sehr gut	Gut	Schlecht	sehr schlecht	kann ich nicht beurteilen
Hausärztin/ Hausarzt	☐	☐	☐	☐	☐
Fachärztin/ Facharzt	☐	☐	☐	☐	☐
Therapeut*innen (Physio-, Logo-, Ergotherapie)	☐	☐	☐	☐	☐
Sozialpädagog*in oder -arbeiter*in	☐	☐	☐	☐	☐
Hospizdienste, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV-Teams)	☐	☐	☐	☐	☐
Provider von Beatmungsgeräten und anderen Hilfsmitteln für die intensivpflegerische Versorgung	☐	☐	☐	☐	☐
Weaningstation/-zentrum	☐	☐	☐	☐	☐
Reha-Einrichtungen	☐	☐	☐	☐	☐

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

VI02 Wie bewerten Sie die <u>Qualität</u> der Zusammenarbeit mit folgenden Leistungsanbietern?					
	sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht	kann ich nicht beurteilen
Hausärztin/ Hausarzt	☐	☐	☐	☐	☐
Fachärztin/ Facharzt	☐	☐	☐	☐	☐
Therapeut*innen (Physio-, Logo-, Ergotherapie)	☐	☐	☐	☐	☐
Sozialpädagog*in oder -arbeiter*in	☐	☐	☐	☐	☐
Hospizdienste, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV-Teams)	☐	☐	☐	☐	☐
Provider von Beatmungsgeräten und anderen Hilfsmitteln für die intensivpflegerische Versorgung	☐	☐	☐	☐	☐
Weaningstation/-zentrum	☐	☐	☐	☐	☐
Reha-Einrichtungen	☐	☐	☐	☐	☐

VI03 Welche der folgenden Aussagen treffen auf die Rolle von Pflegekräften im interdisziplinären Team der außerklinischen Intensivversorgung Ihrer Meinung nach zu? <i>Mehrfachauswahl</i>	
☐	Pflegekräfte haben eine zentrale Rolle in der Versorgung.
☐	Pflegekräfte werden in ihrer Fachexpertise von ärztlichen Berufen nicht ausreichend anerkannt.
☐	Pflegekräfte werden in ihrer Fachexpertise von therapeutischen Berufen nicht ausreichend anerkannt.
☐	Pflegekräfte haben keinen eigenen/einen zu geringen Handlungs- und Entscheidungsspielraum.
☐	Pflegekräfte werden bei der Erhebung von Weaningpotentialen unzureichend eingebunden.
☐	Der Informationsaustausch mit den anderen Berufsgruppen ist nicht angemessen.
☐	keine der aufgeführten Aussagen
☐	kann ich nicht beurteilen

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

VI04 Haben Sie eine Atmungstherapeutin bzw. einen Atmungstherapeuten, die bzw. der für Ihre Einrichtung zuständig ist?
Einfachauswahl

- | | |
|-------------------------------|--|
| ☐ ja | ☐ Nein, aber es soll demnächst eine Atmungstherapeutin bzw. ein Atmungstherapeut angestellt werden. |
| ☐ nein | ☐ kann ich nicht beurteilen |

VII Einschätzung der Versorgungslage

VII01 Welche der folgenden Aussagen treffen auf Ihre pflegerische Tätigkeit zu? *Mehrfachauswahl*

- ☐ Ich habe ausreichend Zeit für die Versorgung der Patient*innen.
- ☐ Ich habe ausreichend Zeit für Gespräche und psychosoziale Begleitung der Patient*innen.
- ☐ Ich habe ausreichend Zeit für Gespräche und psychosoziale Begleitung der An- und Zugehörigen.
- ☐ Ich erlebe meine Kolleg*innen/ meine Mitarbeitenden als kompetent im Umgang mit der Beatmung.
- ☐ Ich fühle mich in kritischen Versorgungssituationen (akute oder drohende Verschlechterung des Patientenzustands) sicher.
- ☐ Ich erlebe meine Kolleg*innen/ meine Mitarbeitenden als sicher in kritischen Versorgungssituationen (akute oder drohende Verschlechterung des Patientenzustands).
- ☐ Ich fühle mich sicher in der Handhabung medizinischer Geräte und Hilfsmittel.
- ☐ keine der aufgeführten Aussagen
- ☐ kann ich nicht beurteilen

VII02 In welchen Bereichen der außerklinischen Intensivversorgung besteht aus Ihrer Sicht Verbesserungsbedarf?
Mehrfachauswahl

- ☐ erweiterte Möglichkeiten zur Umsetzung medizinisch-therapeutischer Maßnahmen (z.B. Infusionstherapie)
- ☐ bessere Ausstattung der Patient*innen/ der Einrichtungen mit Hilfsmitteln
- ☐ Reduzierung des bürokratischen Aufwands bei der Genehmigung von Leistungen
- ☐ Erweiterung des eigenständigen Verantwortungsbereichs von Pflegekräften
- ☐ höhere fachliche Qualifikation der Pflegekräfte
- ☐ besserer Personalschlüssel in der pflegerischen Versorgung
- ☐ keine der aufgeführten Aussagen
- ☐ kann ich nicht beurteilen

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

VIII Einschätzung zum GKV-IPReG

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf das im Herbst 2020 eingeführte GKV-Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz. Um eine Einschätzung zu dem Gesetz aus Sicht der Leistungsanbieter zu erhalten, bitten wir Sie, nachfolgende Fragen hierzu zu beantworten.

VIII01 Sind Sie mit dem GKV-IPReG (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz) vertraut? Einfachauswahl

☐ ja

☐ nein

Falls „ja“: VIII02 Wie bewerten Sie folgende Aussagen zum GKV-IPReG?

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen
Das GKV- IPReG verbessert die Versorgungsqualität in der außerklinischen Intensivpflege.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich befürchte, dass es zu einem Versorgungsbruch in der haus- oder fachärztlichen Versorgung kommen wird	☐	☐	☐	☐	☐
Die Versorgungskontinuität der Patientinnen und Patienten wird durch das GKV-IPReG gefährdet.	☐	☐	☐	☐	☐
Das GKV-IPReG hilft, den Versorgungsbereich der außerklinischen Intensivpflege zu strukturieren .	☐	☐	☐	☐	☐
Durch die Vorgaben des GKV-IPReG entsteht in unserer Einrichtung ein bürokratischer Mehraufwand .	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patientenwünsche werden durch das IPReG mehr beachtet.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Versorgung wird bedarfsgerechter an den Patient*innen ausgerichtet.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, dass durch das IPReG zukünftig mehr getan wird, um Patient*innen von der Beatmung zu entwöhnen .	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, dass durch das IPReG zukünftig mehr getan wird, um Patient*innen zu dekanülieren .	☐	☐	☐	☐	☐
Die Anforderungen des GKV-IPReG sind fachlich sinnvoll .	☐	☐	☐	☐	☐

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

Die fachlichen Anforderungen des GKV-IPReG können von unserer Einrichtung nicht erfüllt werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Die räumlichen Anforderungen des GKV-IPReG können von unserer Einrichtung nicht erfüllt werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Das GKV-IPReG erschwert die ambulante Versorgung.	☐	☐	☐	☐	☐

VIII03 Halten Sie eine Potenzialerhebung bei allen Patient*innen für empfehlenswert? *Einfachauswahl*

☐ ja ☐ nein ☐ kann ich nicht beurteilen

Falls „nein“: VIII04 Warum bewerten Sie eine Potenzialerhebung aller Patient*innen als nicht empfehlenswert? *Mehrfachauswahl*

Mehrfachauswahl

- ☐ Nicht jede Erkrankung birgt ein Entwöhnungspotential (z. B. ALS-Patienten). Die Erhebung des Entwöhnungspotenzials würde zu unnötigen Belastungen dieser Patient*innen führen.
- ☐ Die Potenzialerhebung ist nicht umsetzbar, da es keine Ärzt*innen in der Umgebung gibt, die diese durchführen können.
- ☐ Die Potenzialerhebung ist nicht umsetzbar, da die Patient*innen nicht transportfähig sind.
- ☐ Die Potenzialerhebung ist nicht umsetzbar, da es keine regelhaften telemedizinischen Möglichkeiten gibt, diese durchführen zu können.
- ☐ Andere Gründe

IX Ihre Tätigkeit in der außerklinischen Intensivpflege

IX01 Welche Ausbildung in der Pflege haben Sie? *Mehrfachauswahl*

- ☐ Altenpflegehelfer*in/ Krankenpflegehelfer*in/ Kinderkrankenpflegehelfer*in
- ☐ Altenpfleger*in
- ☐ Krankenschwester /-pfleger bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger*in
- ☐ Kinderkrankenschwester /-pfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in
- ☐ Pflegefachfrau /-mann
- ☐ (Duales) Pflegestudium
- ☐ andere Art der Ausbildung

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

IX02 In welchem Bereich bzw. in welchen Bereichen haben Sie eine weitere Qualifikation über Ihre grundständige Ausbildung hinaus? Mehrfachauswahl

- ☐ Pflegeexpertin/ Pflegeexperte für Außerklinische Beatmung (DIGAB)
- ☐ Atmungstherapie
- ☐ Intensiv- und Anästhesiepflege
- ☐ Intermediate Care
- ☐ Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
- ☐ Palliativpflege
- ☐ Pflege in der Onkologie
- ☐ Leitung einer Station/ eines Bereiches
- ☐ Praxisanleitung
- ☐ Schmerzmanagement
- ☐ Wundmanagement
- ☐ Bachelorstudium im Bereich Pflegemanagement/-pädagogik/-wissenschaft oder vergleichbarer Studiengang
- ☐ Masterstudium im Bereich Pflegemanagement/-pädagogik/-wissenschaft oder vergleichbarer Studiengang
- ☐ andere Qualifikation
- ☐ keine weitere Qualifikation
- ☐ Ich möchte dazu keine Aussagen machen

IX03 Fühlen Sie sich mit Ihrer erworbenen Qualifikation fachlich ausreichend ausgebildet, um intensivpflichtige Personen adäquat zu betreuen? Einfachauswahl

- ☐ Ja, ich fühle mich fachlich ausreichend ausgebildet.
- ☐ Ja, aber ich würde mir noch mehr Fort- /Weiterbildung wünschen.
- ☐ Nein, ich würde mir eine höhere Qualifikation wünschen.
- ☐ Nein, aber ich bin zufrieden damit.
- ☐ keine Angabe

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

IX04 Warum haben Sie sich – im Vergleich zu anderen Bereichen der Pflege – für eine Tätigkeit in der außerklinischen Intensivpflege entschieden? *Mehrfachauswahl*

- ☐ bessere Bezahlung
- ☐ höherer fachlicher Anspruch
- ☐ Interesse an der Intensivpflege
- ☐ bedürfnisgerechtes Arbeitszeitmodell
- ☐ geringere körperliche Belastung
- ☐ geringere emotionale Belastung
- ☐ mehr Zeit für die Pflege der Patient*innen
- ☐ andere Gründe
- ☐ kein bestimmter Grund
- ☐ Ich möchte dazu keine Aussagen machen

IX05 Wollen Sie weiterhin in der außerklinischen Intensiv- und Beatmungspflege arbeiten? *Einfachauswahl*

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ ich bin mir unsicher
- ☐ keine Angabe

Falls „nein“ oder „ich bin mir unsicher“: IX06 Warum überlegen Sie Ihre Tätigkeit in der außerklinischen Intensivpflege zu beenden? *Mehrfachauswahl*

- ☐ zu hohe körperliche Belastung
- ☐ zu hohe emotionale Belastung
- ☐ zu hohe fachliche Anforderungen
- ☐ Unzufriedenheit mit der Vergütung
- ☐ Chance zum beruflichen Aufstieg
- ☐ unpassendes Arbeitszeitmodell/ gewünschter Stellenumfang konnte nicht realisiert werden
- ☐ Aufnahme einer längerfristigen Bildungsmaßnahme (z.B. Studium)
- ☐ genereller Ausstieg aus dem Pflegeberuf
- ☐ private Gründe, z.B. familiäre Situation
- ☐ andere Gründe
- ☐ kein bestimmter Grund
- ☐ Ich möchte dazu keine Aussagen machen

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Hauptbefragung)

IX07 An wie vielen Tagen haben Sie in den vergangenen 12 Monaten an beruflichen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilgenommen? Einfachauswahl

☐ bis zu 4 Tage

☐ bis zu 7 Tage

☐ bis zu 10 Tage

☐ bis zu 15 Tage

☐ mehr als 15 Tage

☐ Ich möchte dazu keine Aussage machen.

☐ Ich habe an keiner Fortbildung teilgenommen.

X Persönliche Angaben

X01 Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig? Einfachauswahl

☐ weiblich

☐ männlich

☐ divers

☐ keine Angabe

X02 Wie alt sind Sie? Einfachauswahl

☐ jünger als 20 Jahre

☐ 20 bis 30 Jahre

☐ 31 bis 40 Jahre

☐ 41 bis 50 Jahre

☐ 51 bis 60 Jahre

☐ 61 bis 68 Jahre

☐ älter als 68 Jahre

☐ keine Angabe

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Folgebefragung)

I Tätigkeitsbereich

Ausfüllhinweise:

Mit dem Begriff „Einrichtung der außerklinischen Intensivpflege“ verstehen wir entweder eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, eine Wohnform der Eingliederungshilfe, eine Intensivpflege-Wohngemeinschaft oder einen ambulanten Pflegedienst, der eine Versorgung in der häuslichen Umgebung leistet. Wenn Sie in einer häuslichen Einzel-/1:1-Versorgung tätig sind, bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an alle Patient*innen, die von Ihrer Einrichtung betreut werden.

I01 In welcher Art von Einrichtung der außerklinischen Intensivpflege sind Sie tätig? *Mehrfachauswahl*

- ☐ vollstationäre Pflegeeinrichtung ☐ Wohnform der Eingliederungshilfe ☐ Intensivpflege-Wohngemeinschaft
☐ ambulanter Pflegedienst

I02 Welche Altersgruppe wird in der Einrichtung, für die Sie tätig sind, versorgt? *Einfachauswahl*

- ☐ Erwachsene ☐ Kinder ☐ beide

I03 Welche Rolle haben Sie innerhalb Ihrer Einrichtung hauptsächlich? *Einfachauswahl*

- ☐ Pflegehilfskraft ☐ Pflegefachkraft
☐ Pflegedienstleitung/Stationsleitung o.ä. ☐ Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut

I04 In welchem Bundesland sind Sie tätig? *Einfachauswahl*

- ☐ Baden-Württemberg ☐ Bayern ☐ Berlin ☐ Brandenburg
☐ Bremen ☐ Hamburg ☐ Hessen ☐ Mecklenburg-Vorpommern
☐ Niedersachsen ☐ Nordrhein-Westfalen ☐ Rheinland-Pfalz ☐ Saarland
☐ Sachsen ☐ Sachsen-Anhalt ☐ Schleswig-Holstein ☐ Thüringen
☐ keine Angabe

I05 In was für einer Umgebung sind Sie tätig? *Einfachauswahl*

- ☐ eher städtisch ☐ eher ländlich

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Folgebefragung)

VIII Einschätzung zum GKV-IPReG

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf das im Herbst 2020 eingeführte GKV-Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz. Um eine Einschätzung zu dem Gesetz aus Sicht der Leistungsanbieter zu erhalten, bitten wir Sie, nachfolgende Fragen hierzu zu beantworten.

VIII01 Wie bewerten Sie folgende Aussagen zum GKV-IPReG?

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen
Das GKV- IPReG verbessert die Versorgungsqualität in der außerklinischen Intensivpflege.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich befürchte, dass es zu einem Versorgungsbruch in der haus- oder fachärztlichen Versorgung kommen wird	☐	☐	☐	☐	☐
Die Versorgungskontinuität der Patientinnen und Patienten wird durch das GKV-IPReG gefährdet.	☐	☐	☐	☐	☐
Das GKV-IPReG hilft, den Versorgungsbereich der außerklinischen Intensivpflege zu strukturieren .	☐	☐	☐	☐	☐
Durch die Vorgaben des GKV-IPReG entsteht in unserer Einrichtung ein bürokratischer Mehraufwand .	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patientenwünsche werden durch das IPReG mehr beachtet.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Versorgung wird bedarfsgerechter an den Patient*innen ausgerichtet.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, dass durch das IPReG zukünftig mehr getan wird, um Patient*innen von der Beatmung zu entwöhnen .	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, dass durch das IPReG zukünftig mehr getan wird, um Patient*innen zu dekanülieren .	☐	☐	☐	☐	☐
Die Anforderungen des GKV-IPReG sind fachlich sinnvoll .	☐	☐	☐	☐	☐
Die fachlichen Anforderungen des GKV-IPReG können von unserer Einrichtung nicht erfüllt werden.	☐	☐	☐	☐	☐

Befragung der Pflegeeinrichtungen (Folgebefragung)

Die räumlichen Anforderungen des GKV-IPReG können von unserer Einrichtung nicht erfüllt werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Das GKV-IPReG erschwert die ambulante Versorgung.	☐	☐	☐	☐	☐

VIII02 Halten Sie eine Potenzialerhebung bei allen Patient*innen für empfehlenswert? *Einfachauswahl*

☐ ja ☐ nein ☐ kann ich nicht beurteilen

Falls „nein“: VIII03 Warum bewerten Sie eine Potenzialerhebung aller Patient*innen als nicht empfehlenswert? *Mehrfachauswahl*

☐ Nicht jede Erkrankung birgt ein Entwöhnungspotential (z. B. ALS-Patienten). Die Erhebung des Entwöhnungspotenzials würde zu unnötigen Belastungen dieser Patient*innen führen.

☐ Die Potenzialerhebung ist nicht umsetzbar, da es keine Ärzt*innen in der Umgebung gibt, die diese durchführen können.

☐ Die Potenzialerhebung ist nicht umsetzbar, da die Patient*innen nicht transportfähig sind.

☐ Die Potenzialerhebung ist nicht umsetzbar, da es keine regelhaften telemedizinischen Möglichkeiten gibt, diese durchführen zu können.

☐ Andere Gründe

VIII04 Haben Sie bereits einen Vertrag nach §132I, Abs. 5 SGB V über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege mit den Krankenkassen abgeschlossen? *Einfachauswahl*

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

X Persönliche Angaben

X01 Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig? *Einfachauswahl*

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe

X02 Wie alt sind Sie? *Einfachauswahl*

☐ jünger als 20 Jahre ☐ 20 bis 30 Jahre ☐ 31 bis 40 Jahre

☐ 41 bis 50 Jahre ☐ 51 bis 60 Jahre ☐ 61 bis 68 Jahre

☐ älter als 68 Jahre ☐ keine Angabe

Befragung – Leitung von „Beatmungs-Zentren“

00. Differenzierungsfrage

D1. In welcher der folgenden Einrichtung sind Sie tätig?

☐ Pflegeeinrichtung [1]

☐ Zentrum [2]

L Tätigkeitsbereich

L00. Ausfüllhinweis:

Mit dem Begriff „**Zentrum**“ meinen wir Medizinische Versorgungseinheiten, die einen Schwerpunkt in der Betreuung und Versorgung von außerklinisch beatmeten Menschen haben - unabhängig vom Vorliegen etwaiger Zertifikate oder formaler Versorgungsverträge.

Mit dem Begriff „**Einrichtung**“ meinen wir eine stationäre Pflegeeinrichtung ebenso wie einen ambulanten Pflegedienst, der Pflege in häuslicher Einzel/1:1-Versorgung oder in einer Wohngemeinschaft erbringt.

Bevor Sie mit der Beantwortung des Fragebogens beginnen, fügen Sie bitte Ihren persönlichen Code nach dem im Beispiel vorgegebenen Schema ein.

Dieser Code dient lediglich dazu, dass unterschieden werden kann, ob mehrere Personen aus einem Zentrum an der Befragung teilnehmen. Die Rückverfolgbarkeit auf Ihr Zentrum oder Ihre Person ist damit nicht möglich

Beispiel:

die Hausnummer Ihrer Einrichtung (z. B. Musterstraße 27)

27

erster Buchstabe der Straße, in dem Ihr Zentrum liegt (z. B. Musterstraße)

M

zweite Zahl der Postleitzahl, in der Ihr Zentrum liegt (z. B. 45549)

5

Ihr persönlicher Code:

die Hausnummer Ihrer Einrichtung

erster Buchstabe der Straße, in dem Ihr Zentrum liegt

zweite Zahl der Postleitzahl, in der Ihr Zentrum liegt

D2 Sind Sie die hauptverantwortliche Leitung dieses Zentrums?

☐ ja

☐ nein

Befragung – Leitung von „Beatmungs-Zentren“

L01 Wie viele Mitarbeitende (z. B. Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegefachkräfte, Ärztinnen und Ärzte) sind in Ihrem Zentrum tätig, die an der ständigen Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligt sind?

Hinweis: Bitte geben Sie die Vollzeitäquivalente an (z.B.: 35,5).

Mitarbeitende ☐ keine Angabe [99]

L02 Wie viele Professionen sind durchschnittlich an der Versorgung einer Patientin bzw. eines Patienten beteiligt?

Professionen ☐ keine Angabe [99]

L03 Wie viele Betten stehen in Ihrem Zentrum zur ständigen Versorgung zur Verfügung?

Betten ☐ keine Angabe [99]

L03a Bitte geben Sie den prozentualen Anteil der Betten für beatmete/tracheotomierte Patientinnen und Patienten an:

Anteil der Betten für beatmete/tracheotomierte Patientinnen und Patienten ☐ keine Angabe [99]

L04 In welchem Bundesland befindet sich Ihr Zentrum?

☐ Baden-Württemberg [1]	☐ Bayern [2]	☐ Berlin [3]	☐ Brandenburg [4]
☐ Bremen [5]	☐ Hamburg [6]	☐ Hessen [7]	☐ Mecklenburg-Vorpommern [8]
☐ Niedersachsen [9]	☐ Nordrhein-Westfalen [10]	☐ Rheinland-Pfalz [11]	☐ Saarland [12]
☐ Sachsen [13]	☐ Sachsen-Anhalt [14]	☐ Schleswig-Holstein [15]	☐ Thüringen [16]
☐ keine Angabe [99]			

L05 In was für einer Umgebung befindet sich Ihr Zentrum?

☐ eher städtisch [1] ☐ eher ländlich [2]

L06 Welche Versorgungsform bietet Ihr Zentrum an?

☐ ambulante Versorgung [1] ☐ stationäre Versorgung [2] ☐ beides [3]

L07 Welche Altersgruppe wird in Ihrem Zentrum versorgt?

☐ Erwachsene [1] ☐ Kinder [2] ☐ beide [3]

Befragung – Leitung von „Beatmungs-Zentren“

L08 Welchen medizinischen Schwerpunkt hat Ihr Zentrum? (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---|--|
| ☐ pneumologisches Zentrum [L08a] | ☐ neurologisches Zentrum [L08b] |
| ☐ Frührehabazentrum [L08c] | ☐ anderes Zentrum [L08d] |

LA Merkmale der Versorgungssituation

Der nachfolgende Abschnitt bezieht sich auf die Versorgungssituation in Ihrem Zentrum und das Krankheitsgeschehen Ihrer Patientinnen und Patienten.

LA01 Wenn Sie an alle Patientinnen und Patienten aus Ihrem Zentrum denken:

Wie hoch ist der Anteil von Patientinnen und Patienten, die außerklinisch intensivpflegerisch versorgt werden?

- ☐ Fast alle/alle Patientinnen und Patienten werden außerklinisch intensivpflegerisch versorgt. [1]
- ☐ Ungefähr die Hälfte der Patientinnen und Patienten wird außerklinisch intensivpflegerisch versorgt. [2]
- ☐ Keine/ sehr wenige Patientinnen und Patienten werden außerklinisch intensivpflegerisch versorgt. [3]
- ☐ kann ich nicht beurteilen [4]

LA02 Wenn Sie an alle Patientinnen und Patienten aus Ihrem Zentrum denken, die außerklinisch intensivpflegerisch versorgt werden:

Wie hoch ist der Anteil von Patientinnen und Patienten, die beatmet werden (invasiv oder nicht-invasiv)?

- ☐ Fast alle/alle Patientinnen und Patienten werden beatmet. [1]
- ☐ Ungefähr die Hälfte der Patientinnen und Patienten wird beatmet. [2]
- ☐ Anteil der Betten für beatmete/tracheotomierte Patientinnen und Patienten. [3]
- ☐ Keine/ sehr wenige Patientinnen und Patienten werden beatmet. [4]
- ☐ kann ich nicht beurteilen [5]

LA03 Diejenigen Patientinnen und Patienten, die beatmet werden und außerklinisch intensivpflegerisch versorgt werden:

Wie werden die Patientinnen und Patienten in Ihrer Einrichtung beatmet?

	häufig [1]	selten [2]	gar nicht [3]	kann ich nicht beurteilen [4]
LA03a invasive Beatmung, durchgängig	☐	☐	☐	☐
LA03b invasive Beatmung, zeitweise	☐	☐	☐	☐
LA03c <u>nicht</u> -invasive Beatmung	☐	☐	☐	☐
LA03d Zwerchfellstimulator	☐	☐	☐	☐

Befragung – Leitung von „Beatmungs-Zentren“

LA04 Diejenigen Patientinnen und Patienten, die nicht beatmet werden, aber die außerklinisch intensivpflegerisch versorgt werden:

Haben diese in der Regel dennoch ein Tracheostoma?

- ☐ Fast alle/alle Patientinnen und Patienten haben ein Tracheostoma/ eine Trachealkanüle. [1]
- ☐ Ungefähr die Hälfte der Patientinnen und Patienten hat ein Tracheostoma/ eine Trachealkanüle. [2]
- ☐ Keine/ sehr wenige Patientinnen und Patienten haben ein Tracheostoma/ eine Trachealkanüle. [3]
- ☐ kann ich nicht beurteilen [4]

LA05 Wenn Sie an alle Patientinnen und Patienten aus Ihrem Zentrum denken:

Welche Erkrankungsform ist bei den Patientinnen und Patienten Ihres Zentrums die Hauptursache für die außerklinische Intensivpflegebedürftigkeit?

	häufig [1]	selten [2]	gar nicht [3]	kann ich nicht beurteilen [4]
LA05a Hirnschädigung durch Trauma oder Erkrankung (z. B. Schlaganfall, Hirnblutung)	☐	☐	☐	☐
LA05b neuro-muskuläre Krankheitsbilder (z. B. amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose, Muskeldystrophie)	☐	☐	☐	☐
LA05c Lungen- und Atemwegsschädigungen (z. B. chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Asthma, Tumore)	☐	☐	☐	☐
LA05d Querschnittlähmung (Paraplegie oder Tetraplegie)	☐	☐	☐	☐
LA05e Herzschädigungen (z. B. Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen)	☐	☐	☐	☐
LA05f Krebserkrankungen	☐	☐	☐	☐
LA05g (Angeborene) Stoffwechselerkrankungen (z. B. Mukoviszidose)	☐	☐	☐	☐
LA05h Fehlbildung, angeborene genetische Schädigungen	☐	☐	☐	☐
LA05i Sonstiges	☐	☐	☐	☐

LA06 Wenn Sie an alle Patientinnen und Patienten aus Ihrem Zentrum denken, die außerklinisch intensivpflegerisch versorgt werden: Welche Erkrankungen bzw. Symptome führen häufig zu einer Beatmungspflicht?

Befragung – Leitung von „Beatmungs-Zentren“

	häufig [1]	selten [2]	gar nicht [3]	kann ich nicht beurteilen [4]
LA06a Atemantriebsstörungen	☐	☐	☐	☐
LA06b Schwächung der Atemmuskulatur	☐	☐	☐	☐
LA06c Atemwegsobstruktionen	☐	☐	☐	☐
LA06d episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	☐	☐	☐	☐
LA06e Störungen der Atemmechanik durch thorakal restriktive Erkrankungen	☐	☐	☐	☐
LA06f bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	☐	☐	☐	☐
LA06g Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	☐	☐	☐	☐
LA06h Sonstiges	☐	☐	☐	☐

LA07 Wie häufig sind die folgenden Gründe eine Indikation zur Behandlung von außerklinisch intensivpflegerisch versorgten Patientinnen und Patienten in Ihrem Zentrum?				
	häufig [1]	selten [2]	gar nicht [3]	kann ich nicht beurteilen [4]
LA07a Notwendigkeit von Routineuntersuchungen	☐	☐	☐	☐
LA07b Komplikationen mit der Beatmung/mit dem Tracheostoma	☐	☐	☐	☐
LA07c akute Notfälle	☐	☐	☐	☐
LA07d diagnostische Maßnahme	☐	☐	☐	☐
LA07e Anpassung der Beatmungseinstellung	☐	☐	☐	☐
LA07f Anpassung der Trachealkanüle	☐	☐	☐	☐
LA07g fehlende ambulante Versorgungsmöglichkeit in der außerklinischen Intensivpflege	☐	☐	☐	☐

Befragung – Leitung von „Beatmungs-Zentren“

LB Versorgungskapazitäten in Ihrem Zentrum

LB01 Wie hoch ist durchschnittlich die Auslastung Ihrer Betten?

- ☐ Wir haben regelmäßig ausreichend Kapazitäten frei. [1]
- ☐ Wir haben regelmäßig wenig Kapazitäten frei. [2]
- ☐ Wir sind oftmals über unsere Kapazitäten hinaus belegt. [3]
- ☐ kann ich nicht beurteilen [4]
- ☐ keine Angabe [5]

LB02 Müssen Sie Anfragen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in Ihrem Zentrum ablehnen?

- ☐ ja [1] ☐ nein [2] ☐ kann ich nicht beurteilen [3] ☐ keine Angabe [99]

LB03 Warum müssen Sie Anfragen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in Ihrem Zentrum ablehnen?

	häufig [1]	selten [2]	gar nicht [3]	kann ich nicht beurteilen [4]
LB03a Es gibt keine freien Plätze.	☐	☐	☐	☐
LB03b Die Versorgung ist aufgrund von personellen Ressourcen nicht möglich.	☐	☐	☐	☐
LB03c Die Versorgung betrifft ein Kind/einen Erwachsenen und wir bieten keine Versorgung für diese an.	☐	☐	☐	☐
LB03d Die Erkrankung und die damit verbundene Pflege sind zu speziell.	☐	☐	☐	☐

LB04 Haben Sie Schwierigkeiten folgende Berufsgruppen in Ihrem Zentrum (nach-)zubesetzen?

	häufig [1]	selten [2]	gar nicht [3]	kann ich nicht beurteilen [4]
LB04a Ärztinnen und Ärzte	☐	☐	☐	☐
LB04b Pflegekräfte	☐	☐	☐	☐
LB04c Pflegekräfte mit Weiterbildung/Berufserfahrung in der außerklinischen Intensivpflege	☐	☐	☐	☐

Befragung – Leitung von „Beatmungs-Zentren“

LB04d Therapeutinnen und Therapeu-
ten

☐
☐
☐
☐

LC Einschätzung zum GKV-IPReG

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf das im Herbst 2020 eingeführte GKV-Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz. Um eine Einschätzung zu dem Gesetz aus Sicht der Versorgenden zu erhalten, bitten wir Sie, nachfolgende Fragen hierzu zu beantworten.

LC01 Sind Sie mit dem GKV-IPReG (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz) vertraut?

☐ ja [1]

☐ nein [2] (falls „nein“ endet der Fragebogen hier)

LC02 Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf mögliche eintretende Veränderungen, die mit dem GKV-IPReG einhergehen könnten. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen, inwiefern diese Ihrer Meinung nach zutreffen werden.

	trifft voll zu [1]	trifft eher zu [2]	trifft eher nicht zu [3]	trifft gar nicht zu [4]	kann ich nicht beurteilen [5]
LC02a Das GKV-IPReG verbessert die Versorgungsqualität in der außerklinischen Intensivpflege.	☐	☐	☐	☐	☐
LC02b Ich befürchte, dass es zu Versorgungsbrüchen in der haus- oder fachärztlichen Versorgung kommen wird.	☐	☐	☐	☐	☐
LC02c Die Versorgungskontinuität der Patientinnen und Patienten wird durch das GKV-IPReG gefährdet.	☐	☐	☐	☐	☐
LC02d Die erforderliche fachgerechte Versorgung kann von unserem Zentrum nicht erfüllt werden.	☐	☐	☐	☐	☐
LC02e Durch die Vorgaben des GKV-IPReG entsteht in unserem Zentrum ein bürokratischer Mehraufwand .	☐	☐	☐	☐	☐
LC02f Das GKV-IPReG hilft, den Versorgungsbereich der außerklinischen Intensivpflege zu strukturieren.	☐	☐	☐	☐	☐
LC02g Die Patientenwünsche werden durch das GKV-IPReG mehr beachtet.	☐	☐	☐	☐	☐
LC02h Die Versorgung wird bedarfsgerechter an den Patientinnen und Patienten ausgerichtet.	☐	☐	☐	☐	☐
LC02i Ich habe das Gefühl, dass durch das GKV-IPReG zukünftig mehr getan wird, um	☐	☐	☐	☐	☐

Befragung – Leitung von „Beatmungs-Zentren“

beatmete Patientinnen und Patienten von der **Beatmung** zu entwöhnen.

LC02j Ich habe das Gefühl, dass durch das GKV-IPReG zukünftig mehr getan wird, um kanülierte Patientinnen und Patienten zu **dekanülieren**.

☐☐☐☐☐

LC03 Halten Sie eine Potenzialerhebung zur Beatmungsentwöhnung bei allen beatmeten Patientinnen und Patienten für empfehlenswert?

☐ ja [1]

☐ nein [2]

☐ kann ich nicht beurteilen [3]

Falls „nein“: Warum bewerten Sie eine Potenzialerhebung aller Patient*innen als nicht empfehlenswert?

Mehrfachauswahl

☐ Nicht jede Erkrankung birgt ein Entwöhnungspotential (z. B. ALS-Patienten). Die Erhebung des Entwöhnungspotenzials würde zu unnötigen Belastungen dieser Patientinnen und Patienten führen.

☐ Die Potenzialerhebung ist nicht umsetzbar, da es keine Ärztinnen und Ärzte in der Umgebung gibt, die diese durchführen können.

☐ Die Potenzialerhebung ist nicht umsetzbar, da die Patientinnen und Patienten nicht transportfähig sind.

☐ Die Potenzialerhebung ist nicht umsetzbar, da es keine regelhaften telemedizinischen Möglichkeiten gibt, diese durchführen zu können

☐ andere Gründe

Befragung – Mitarbeitende in „Beatmungs-Zentren“

00. Differenzierungsfrage

D1. In welcher der folgenden Einrichtung sind Sie tätig?

☐ Pflegeeinrichtung [1]

☐ Zentrum [2]

M Tätigkeitsbereich

M00 Ausfüllhinweis:

Mit dem Begriff „**Zentrum**“ meinen wir Medizinische Versorgungseinheiten, die einen Schwerpunkt in der Betreuung und Versorgung von außerklinisch beatmeten Menschen haben - unabhängig vom Vorliegen etwaiger Zertifikate oder formaler Versorgungsverträge.

Mit dem Begriff „**Einrichtung**“ meinen wir eine stationäre Pflegeeinrichtung ebenso wie einen ambulanten Pflegedienst, der Pflege in häuslicher Einzel/1:1-Versorgung oder in einer Wohngemeinschaft erbringt.

Bevor Sie mit der Beantwortung des Fragebogens beginnen, fügen Sie bitte Ihren persönlichen Kode nach dem im Beispiel vorgegebenen Schema ein.

Dieser Kode dient lediglich dazu, dass unterschieden werden kann, ob mehrere Personen aus einem Zentrum an der Befragung teilnehmen. Die Rückverfolgbarkeit auf Ihr Zentrum oder Ihre Person ist damit nicht möglich.

Beispiel:

die Hausnummer Ihrer Einrichtung (z. B. Musterstraße 27)

27

erster Buchstabe der Straße, in dem Ihr Zentrum liegt (z. B. Musterstraße)

M

zweite Zahl der Postleitzahl, in der Ihr Zentrum liegt (z. B. 45549)

5

Ihr persönlicher Kode:

die Hausnummer Ihrer Einrichtung

erster Buchstabe der Straße, in dem Ihr Zentrum liegt

zweite Zahl der Postleitzahl, in der Ihr Zentrum liegt

D2 Sind Sie die hauptverantwortliche Leitung dieses Zentrums?

☐ ja [1]

☐ nein [2]

Befragung – Mitarbeitende in „Beatmungs-Zentren“

M01 Welche Rolle haben Sie innerhalb Ihres Zentrums hauptsächlich?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Pflegekraft [1] | ☐ Pflegehilfskraft [2] | ☐ Pflegedienstleitung/Stationsleitung o.ä. [3] |
| ☐ Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut [4] | ☐ Ärztin bzw. Arzt [5] | ☐ Therapeutin bzw. Therapeut (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie) [6] |
| ☐ Sozialdienst [7] | ☐ sonstiges | |

M02 In welchem Bundesland befindet sich das Zentrum, für das Sie tätig sind?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ Baden-Württemberg [1] | ☐ Bayern [2] | ☐ Berlin [3] | ☐ Brandenburg [4] |
| ☐ Bremen [5] | ☐ Hamburg [6] | ☐ Hessen [7] | ☐ Mecklenburg-Vorpommern [8] |
| ☐ Niedersachsen [9] | ☐ Nordrhein-Westfalen [10] | ☐ Rheinland-Pfalz [11] | ☐ Saarland [12] |
| ☐ Sachsen [13] | ☐ Sachsen-Anhalt [14] | ☐ Schleswig-Holstein [15] | ☐ Thüringen [16] |
| ☐ keine Angabe [99] | | | |

M03 In was für einer Umgebung befindet sich das Zentrum, für das Sie tätig sind?

- | | |
|---|--|
| ☐ eher städtisch [1] | ☐ eher ländlich [2] |
|---|--|

M04 Welche Altersgruppe versorgen Sie in Ihrem Zentrum?

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Erwachsene [1] | ☐ Kinder [2] | ☐ beide [3] |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|

M05 Wie viel Berufserfahrung haben Sie in der außerklinischen Intensivpflege bzw. mit beatmeten und/oder tracheotomierten Personen (ohne Ausbildungszeit)?

- | | |
|---|---|
| ☐ weniger als 6 Monate [1] | ☐ 6 Monate bis 2 Jahre [2] |
| ☐ 3 bis 5 Jahre [3] | ☐ 6 bis 10 Jahren [4] |
| ☐ mehr als 10 Jahre [5] | |

M06 Fühlen Sie sich mit Ihrer erworbenen Qualifikation fachlich ausreichend ausgebildet, um intensivpflichtige Personen adäquat zu betreuen?

- | | |
|---|--|
| ☐ Ja, ich fühle mich ausreichend qualifiziert. [1] | ☐ Ja, aber ich würde mir noch mehr Fort-/ Weiterbildung wünschen. [2] |
| ☐ Nein, aber ich bin zufrieden damit. [3] | ☐ Nein, ich würde mir eine höhere Qualifikation wünschen. [4] |

Befragung – Mitarbeitende in „Beatmungs-Zentren“

☐ Ich möchte die Frage nicht beantworten. [5]

MA Merkmale der Versorgungssituation

MA01 Wenn Sie an alle Patientinnen und Patienten aus Ihrem Zentrum denken, die außerklinisch intensivpflegerisch versorgt werden:

Aus welcher Versorgungsform übernehmen Sie die Patientinnen und Patienten in Ihr Zentrum?

	häufig [1]	selten [2]	gar nicht [3]	kann ich nicht beurteilen [4]
MA01a häusliche Intensiv- & Beatmungspflege/ Einzelversorgung	☐	☐	☐	☐
MA01b Intensivpflege-Wohngemeinschaft	☐	☐	☐	☐
MA01c vollstationäre Einrichtung	☐	☐	☐	☐
MA01d Wohnform der Eingliederungshilfe	☐	☐	☐	☐
MA01e akutstationäre Einrichtung (Klinik/ Krankenhaus)	☐	☐	☐	☐
MA01f Rehabilitationseinrichtung	☐	☐	☐	☐
MA01g andere Versorgungsform	☐	☐	☐	☐

MA02 Wenn Sie an alle Patientinnen und Patienten aus Ihrem Zentrum denken, die außerklinisch intensivpflegerisch versorgt werden:

Wie oft werden die nachfolgenden Therapieziele bei den beatmeten/tracheotomierten Patientinnen und Patienten Ihres Zentrums verfolgt?

	häufig [1]	selten [2]	gar nicht [3]	kann ich nicht beurteilen [4]
MA02a Erhalt des Ist-Zustandes	☐	☐	☐	☐
MA02b Reduzierung der Beatmungszeit bei beatmeten Patientinnen und Patienten	☐	☐	☐	☐
MA02c Vollständige Entwöhnung von der Beatmung bei beatmeten Patientinnen und Patienten	☐	☐	☐	☐
MA02d Dekanülierung bei kanülierten Patientinnen und Patienten	☐	☐	☐	☐
MA02e Umstellung auf eine andere Beatmungsform	☐	☐	☐	☐

Befragung – Mitarbeitende in „Beatmungs-Zentren“

MA02f Palliativpflege/bestmögliche Lebensqualität	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

MB Versorgungsqualität und Zusammenarbeit

MB01 Wie bewerten Sie insgesamt die Zusammenarbeit mit folgenden Leistungsanbietern?					
	sehr gut [1]	gut [2]	schlecht [3]	sehr schlecht [4]	kann ich nicht beurteilen [5]
MB01a Ärztinnen und Ärzte anderer Kliniken	☐	☐	☐	☐	☐
MB01b niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	☐	☐	☐	☐	☐
MB01c Therapeutinnen und Therapeuten (z. B. Physio-, Ergotherapie)	☐	☐	☐	☐	☐
MB01d Provider von Beatmungsgeräten/Hilfsmitteln für die intensivpflegerische Versorgung	☐	☐	☐	☐	☐
MB01e Rehabilitationseinrichtungen (ambulant & stationär)	☐	☐	☐	☐	☐
MB01f Pflegeeinrichtungen/Pflegedienste	☐	☐	☐	☐	☐

MB02 Wie bewerten Sie die Verfügbarkeit folgender (außerklinischer) Versorger/Leistungsanbieter?					
	sehr gut [1]	gut [2]	schlecht [3]	sehr schlecht [4]	kann ich nicht beurteilen [5]
MB02a Hausärztinnen und Hausärzte	☐	☐	☐	☐	☐
MB02b Fachärztinnen und Fachärzte	☐	☐	☐	☐	☐
MB02c Therapeutinnen und Therapeuten	☐	☐	☐	☐	☐
MB02d Rehabilitationseinrichtungen (ambulant & stationär)	☐	☐	☐	☐	☐
MB02e Pflegeeinrichtungen/Pflegediensten	☐	☐	☐	☐	☐

MB03 Bitte bewerten Sie folgende Aussagen:

Befragung – Mitarbeitende in „Beatmungs-Zentren“

	trifft voll zu [1]	trifft eher zu [2]	trifft eher nicht zu [3]	trifft gar nicht zu [4]	kann ich nicht beurteilen [5]
MB03a Die Informationsüberleitung in die außerklinische Versorgung funktioniert reibungslos.	☐	☐	☐	☐	☐
MB03b Es gibt Probleme, Hilfsmittel für die außerklinische Versorgung zu beschaffen.	☐	☐	☐	☐	☐
MB03c Oft sind geeignete Wohnformen nicht verfügbar.	☐	☐	☐	☐	☐
MB03d Oft sind geeignete Anschlussaufenthalte wie z. B. Rehabilitationseinrichtungen nicht verfügbar.	☐	☐	☐	☐	☐
MB03e Die Finanzierung ist oftmals nicht gesichert.	☐	☐	☐	☐	☐
MB03f Die Versorgung in unserem Zentrum wird nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet.	☐	☐	☐	☐	☐
MB03g Die Versorgung in unserem Zentrum erfolgt fachgerecht.	☐	☐	☐	☐	☐
MB03h Wir haben genug Zeit, um die Patientinnen und Patienten zu betreuen.	☐	☐	☐	☐	☐
MB03i Der bürokratische Aufwand hindert uns an der Versorgung.	☐	☐	☐	☐	☐

MB04 Haben Sie das Gefühl, dass die Versorgung in Ihrem Zentrum nach den Bedarfen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet ist?

- ☐ Ich habe das Gefühl, dass **weniger Leistungen** erbracht werden, als die Patientinnen und Patienten eigentlich benötigen. [1]
- ☐ Ich habe das Gefühl, dass **mehr Leistungen** erbracht werden, als die Patientinnen und Patienten eigentlich benötigen. [2]
- ☐ Ich habe das Gefühl, dass **genau so viele Leistungen** erbracht werden, wie benötigt werden. [3]
- ☐ Ich möchte die Frage nicht beantworten. [4]

MC Einschätzung zum GKV-IPReG

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf das im Herbst 2020 eingeführte GKV-Intensivpflege- und Rehabilitationsgesetz. Um eine Einschätzung zu dem Gesetz aus Sicht der Versorgenden zu erhalten, bitten wir Sie, nachfolgende Fragen hierzu zu beantworten.

Befragung – Mitarbeitende in „Beatmungs-Zentren“

MC01 Sind Sie mit dem GKV-IPReG (Intensivpflege- und Rehabilitationsgesetz) vertraut?

☐ ja [1]

☐ nein [2] (falls „nein“ endet der Fragebogen hier)

MC02 Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf mögliche eintretende Veränderungen, die mit dem GKV-IPReG einhergehen könnten. Bitte bewerten Sie, inwieweit die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach zutreffen werden.

	trifft voll zu [1]	trifft eher zu [2]	trifft eher nicht zu [3]	trifft gar nicht zu [4]	kann ich nicht beurteilen [5]
MC02a Ich befürchte, dass es zu Versorgungsbrüchen in der haus- oder fachärztlichen Versorgung kommen wird.	☐	☐	☐	☐	☐
MC02b Das GKV-IPReG verbessert die Versorgungsqualität in der außerklinischen Intensivpflege.	☐	☐	☐	☐	☐
MC02c Die Versorgungskontinuität der Patientinnen und Patienten wird durch das GKV-IPReG gefährdet.	☐	☐	☐	☐	☐
MC02d Die erforderliche fachgerechte Versorgung kann von unserem Zentrum nicht erfüllt werden.	☐	☐	☐	☐	☐
MC02e Durch die Vorgaben des GKV-IPReG entsteht in unserem Zentrum ein bürokratischer Mehraufwand .	☐	☐	☐	☐	☐
MC02f Das GKV-IPReG hilft, den Versorgungsbereich der außerklinischen Intensivpflege zu strukturieren .	☐	☐	☐	☐	☐
MC02g Die Patientenwünsche werden durch das GKV-IPReG mehr beachtet.	☐	☐	☐	☐	☐
MC02h Die Versorgung wird bedarfsge-rechter an die -den Patientinnen und Patienten ausgerichtet.	☐	☐	☐	☐	☐
MC02i Ich habe das Gefühl, dass durch das GKV-IPReG zukünftig mehr getan wird, um Patientinnen und Patienten von der Beatmung zu entwöhnen.	☐	☐	☐	☐	☐
MC02j Ich habe das Gefühl, dass durch das GKV-IPReG zukünftig mehr getan wird, um Patientinnen und Patienten zu dekanülieren .	☐	☐	☐	☐	☐

[illegible]

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

Hinweis: Wenn Sie als „jemand Drittes“ den Fragebogen für die Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf ausfüllen, geben Sie bitte an, inwiefern Sie den folgenden Antwortmöglichkeiten zustimmen.

1.4 Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ keine Angabe

1.5 Wie alt sind Sie?

☐ 0 bis 18 Monate	☐ 19 Monate bis 6 Jahre	☐ 7 bis 12 Jahre
☐ 13 bis 18 Jahre	☐ 19 bis 39 Jahre	☐ 40 bis 65 Jahre
☐ 66 bis 85 Jahre	☐ älter als 85 Jahre	☐ keine Angabe

1.6 Leben Sie in einer Partnerschaft?

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

1.7 Haben Sie Kinder?

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

1.8 In welchem Bundesland leben Sie?

☐ Baden-Württemberg	☐ Bayern	☐ Berlin	☐ Brandenburg
☐ Bremen	☐ Hamburg	☐ Hessen	☐ Mecklenburg-Vorpommern
☐ Niedersachsen	☐ Nordrhein-Westfalen	☐ Rheinland-Pfalz	☐ Saarland
☐ Sachsen	☐ Sachsen-Anhalt	☐ Schleswig-Holstein	☐ Thüringen
☐ keine Angabe			

1.9 In was für einer Umgebung leben Sie?

☐ eher städtisch ☐ eher ländlich ☐ keine Angabe

1.10 Haben Sie einen Schulabschluss?

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

1.11 Haben Sie ein abgeschlossenes Studium oder eine abgeschlossene Berufsausbildung?

- ☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

1.12 Aktuell sind Sie ...

- | | |
|--|--|
| ☐ berufstätig | ☐ arbeitslos |
| ☐ verrentet durch Erwerbsunfähigkeit | ☐ verrentet aus Altersgründen |
| ☐ in schulischer/beruflicher Ausbildung | ☐ in einer Kinderbetreuungseinrichtung,
z. B. KiTa |
| ☐ sonstiges | ☐ keine Angabe |

1.13 Wie sind Sie krankenversichert?

- ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ nicht versichert ☐ keine Angabe

1.14 Wo wohnen Sie derzeit?

- | | |
|--|--|
| ☐ im privaten Haushalt alleine | ☐ im privaten Haushalt mit einer oder mehreren anderen Personen |
| ☐ in einer Intensivpflege-Wohngemeinschaft | ☐ in einer vollstationären Pflegeeinrichtung |
| ☐ in einer Wohnform der Eingliederungshilfe | ☐ keine Angabe |
| ☐ sonstige geeignete Orte | |

1.15 Wohnen Sie derzeit dort, wo Sie wohnen wollen?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein | ☐ keine Angabe |
| (weiter zu Frage 1.17) | (weiter zu Frage 1.16) | (weiter zu Frage 1.17) |

1.16 Wo würden Sie alternativ gerne wohnen?

- | | |
|--|--|
| ☐ im privaten Haushalt alleine | ☐ im privaten Haushalt mit einer oder mehreren anderen Personen |
| ☐ in einer Intensivpflege-Wohngemeinschaft | ☐ in einer vollstationären Pflegeeinrichtung |
| ☐ in einer Wohnform der Eingliederungshilfe | ☐ keine Angabe |
| ☐ sonstige geeignete Orte | |

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

1.17 Was ist der Hauptgrund für Ihre derzeitige Wohnsituation?

☐ finanzielle Gründe	☐ Zustandsverschlechterung
☐ Belastung meiner Angehörigen/nahestehenden Person	☐ Ich habe mich woanders nicht wohlfühlt.
☐ Wohnortnähe zu Angehörigen/nahestehenden Personen	☐ Ich habe woanders keinen Platz erhalten.
☐ Das ist die Wohnsituation, die ich mir wünsche.	☐ keine Möglichkeit zu notwendigen Umbaumaßnahmen in der Häuslichkeit
☐ Spezialisierung der Einrichtung auf mein Krankheitsbild	☐ medizinische/therapeutische Versorgungsmöglichkeiten in der Umgebung der Einrichtung
☐ Übernahme der Pflege durch Angehörige	☐ andere
☐ keine Angabe	

1.18 Mussten Sie Ihre Wohnform in der Vergangenheit ungewollt wechseln?

☐ ja, mehrfach	☐ ja, einmal	☐ nein, bisher nicht	☐ keine Angabe
---------------------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------------------

1.19 Wie lange haben Sie bereits außerklinischen Intensivpflegebedarf?

☐ weniger als 1 Jahr	☐ Ich habe keinen außerklinischen Intensivpflegebedarf.
☐ 1 bis 5 Jahre	
☐ länger als 5 Jahre	
☐ keine Angabe	

Hinweis: Wenn Sie keinen außerklinischen Intensivpflegebedarf haben, endet die Befragung an dieser Stelle. Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

2 Gesundheitliche Situation

Im Folgenden möchten wir von Ihnen erfahren, wie Ihre gesundheitliche Situation ist. Die Fragen beziehen sich insbesondere auf Ihren außerklinischen Intensivpflegebedarf und auf Ihre Beatmung und/oder Ihr Tracheostoma. Bitte wählen Sie jeweils die auf Sie zutreffenden Antworten aus.

Hinweis: Wenn Sie als jemand Drittes den Fragebogen für die Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf ausfüllen, beantworten Sie bitte die nachstehenden Fragen im Sinne der Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf.

2.1 Haben Sie Anspruch darauf, 24 Stunden an 7 Tagen die Woche durch Pflegefachkräfte betreut zu werden?

☐ ja	☐ nein	☐ keine Angabe
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

2.2 Werden Sie im Alltag 24 Stunden an 7 Tagen die Woche durch Pflegefachkräfte betreut?

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

2.3 Haben Sie ein Tracheostoma?

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

(weiter zu Frage 2.4)

(weiter zu Frage 2.5)

(weiter zu Frage 2.5)

2.4 Wie lange haben Sie bereits das Tracheostoma?

☐ weniger als 1 Jahr ☐ 1 bis 5 Jahre ☐ länger als 5 Jahre ☐ keine Angabe

2.5 Werden Sie derzeit beatmet?

☐ ja, durchgängig ☐ ja, zeitweise ☐ nein ☐ keine Angabe

(weiter zu Frage 2.6)

(weiter zu Frage 2.6)

(weiter zu Frage 2.8)

(weiter zu Frage 2.8)

2.6 Wie lange werden Sie bereits beatmet?

☐ weniger als 1 Jahr ☐ 1 bis 5 Jahre ☐ länger als 5 Jahre ☐ keine Angabe

2.7 Wie werden Sie beatmet?

(Mehrfachantworten möglich)

☐ invasiv ☐ nicht-invasiv ☐ Zwerchfell-
stimulator ☐ andere

2.8 Wie schätzen Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand ein?

Bitte kreuzen Sie einen Zahlenwert zwischen 0 (sehr schlecht) und 10 (sehr gut) an.

sehr schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr gut

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

kann ich nicht beurteilen ☐

keine Angabe ☐

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

2.9 Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen.

Wenn ich auf meinen Erkrankungsverlauf zurückblicke, hat sich mein **Gesundheitszustand** im Laufe der Zeit ...

- | | |
|--|--|
| ☐ deutlich verschlechtert | ☐ etwas verschlechtert |
| ☐ nicht verändert | ☐ etwas verbessert |
| ☐ deutlich verbessert | ☐ kann ich nicht beurteilen |
| | ☐ keine Angabe |

Wenn ich auf meinen Erkrankungsverlauf zurückblicke, hat sich meine **Versorgung** im Laufe der Zeit ...

- | | |
|--|--|
| ☐ deutlich verschlechtert | ☐ etwas verschlechtert |
| ☐ nicht verändert | ☐ etwas verbessert |
| ☐ deutlich verbessert | ☐ kann ich nicht beurteilen |
| | ☐ keine Angabe |

2.10 Welche Erkrankungsform führt zu Ihrer außerklinischen Intensivpflegebedürftigkeit? (Mehrfachantworten möglich)

- | |
|---|
| ☐ Hirnschädigung durch Trauma oder Erkrankung
(z. B. Schlaganfall, Hirnblutung, hypoxischer Hirnschaden unter der Geburt) |
| ☐ neuromuskuläres Krankheitsbild (z. B. Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose) |
| ☐ Lungen- oder Atemwegsschädigung
(z. B. chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Asthma, Tumore) |
| ☐ Querschnittslähmung (Paraplegie oder Tetraplegie) |
| ☐ Herzschädigung (z. B. Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörung) |
| ☐ Krebserkrankung |
| ☐ Schädigung durch Frühgeburt |
| ☐ (angeborene) Stoffwechselerkrankung (z. B. Mukoviszidose) |
| ☐ Fehlbildung, angeborene genetische Schädigung |
| ☐ andere |
| ☐ kann ich nicht beurteilen |

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

2.11 Welche Erkrankung bzw. Symptome führen zu Ihrer Beatmungspflicht?

(Mehrfachantworten möglich)

☐ Atemantriebsstörung (z. B. Hirnstamminfarkt)	☐ Schwächung der Atemmuskulatur (z. B. progressive Muskeldystrophie)
☐ Atemwegsobstruktion (z. B. COPD, Asthma bronchiale)	☐ episodische und paroxysmale Krankheit des Nervensystems (z. B. Amyotrophe Lateralsklerose (ALS))
☐ Störungen der Atemmechanik durch thorakal restriktive Erkrankung (z. B. schwere Skoliosen)	☐ bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe (z. B. Tumorerkrankung)
☐ Krankheit der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	☐ andere
☐ kann ich nicht beurteilen	

2.12 Welchen Pflegegrad haben Sie?

1	2	3	4	5	keinen Pflegegrad	keine Angabe
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2.13 Wie lautet Ihr persönliches Therapieziel?

(Mehrfachantworten möglich)

☐ Erhalt des „Ist-Zustands“	☐ Reduzierung der Beatmungszeit
☐ vollständige Entwöhnung von der Beatmung	☐ Dekanülierung
☐ Umstellung auf eine andere Beatmungsform	☐ Palliativpflege
☐ bestmögliche Lebensqualität	☐ kann ich nicht beurteilen
☐ andere:	

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

3 Gesundheitliche Situation

3.1 Organisation und Steuerung der Versorgung

Wir interessieren uns dafür, wie Ihre **gesundheitliche Versorgung** in Bezug auf Ihre Beatmung und/oder Ihr Tracheostoma **organisiert und gesteuert** wird. Bitte wählen Sie die auf Ihre Situation zutreffenden Antwortmöglichkeiten aus.

Hinweis: Wenn Sie als jemand Drittes den Fragebogen für die Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf ausfüllen, beantworten Sie bitte die nachstehenden Fragen im Sinne der Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf.

3.1.1 Kennen Sie das persönliche Budget?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein | ☐ keine Angabe |
| (weiter zu Frage 3.1.2) | (weiter zu Frage 3.1.3) | (weiter zu Frage 3.1.3) |

3.1.2 Nutzen Sie das persönliche Budget?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein | ☐ keine Angabe |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|

3.1.3 Wer kümmert sich hauptverantwortlich um die Organisation Ihrer Alltagsgestaltung (z. B. Einkäufe, Behördengänge)?

- | | |
|--|--|
| ☐ ich selbst | ☐ Angehörige/nahestehende Person |
| ☐ gesetzliche/r Betreuerin/Betreuer | ☐ Pflegeeinrichtung/Pflegedienst |
| ☐ persönliche Assistenz | ☐ Sozialdienst/Case Management |
| ☐ Es gibt keine hauptverantwortliche Person und es braucht keine. | ☐ Es gibt keine hauptverantwortliche Person, aber ich wünsche mir eine. |
| ☐ keine Angabe | |

3.1.4 Wer kümmert sich hauptverantwortlich um die Organisation Ihrer gesundheitlichen Versorgung (z. B. Terminfindung, Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten)?

- | | |
|--|--|
| ☐ ich selbst | ☐ Angehörige/nahestehende Person |
| ☐ gesetzliche/r Betreuerin/Betreuer | ☐ ambulante Hausärztinnen bzw. -ärzte/ Fachärztinnen bzw. -ärzte |
| ☐ Pflegeeinrichtung/Pflegedienst | ☐ Therapeutinnen/Therapeuten |
| ☐ persönliche Assistenz | ☐ Sozialdienst/Case Management |
| ☐ Es gibt keine hauptverantwortliche Person und es braucht keine. | ☐ Es gibt keine hauptverantwortliche Person, aber ich wünsche mir eine. |
| ☐ keine Angabe | |

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

3.1.5 Wer kümmert sich hauptverantwortlich um die Kommunikation zwischen den Sie behandelnden Leistungserbringern (z. B. zwischen Ärzten und Pflegenden oder zwischen Ärzten und Krankenhaus)?

☐ ich selbst	☐ Angehörige/nahestehende Person
☐ gesetzliche/r Betreuerin/Betreuer	☐ ambulante Hausärztinnen bzw. -ärzte/ Fachärztinnen bzw. -ärzte
☐ Pflegeeinrichtung/Pflegedienst	☐ Therapeutinnen/Therapeuten
☐ persönliche Assistenz	☐ Sozialdienst/Case Management
☐ Es gibt keine hauptverantwortliche Person und es braucht keine.	☐ Es gibt keine hauptverantwortliche Person, aber ich wünsche mir eine.
☐ keine Angabe	

3.1.6 Wie zufrieden sind Sie mit der Organisation Ihrer Versorgung insgesamt?

Bitte kreuzen Sie einen Zahlenwert zwischen 0 (sehr unzufrieden) und 10 (sehr zufrieden) an.

sehr unzufrieden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr zufrieden
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

kann ich nicht beurteilen ☐

keine Angabe ☐

3.1.7 Wie gut fühlen Sie sich in Entscheidungen zu der Organisation Ihrer Versorgung einbezogen?

Bitte kreuzen Sie einen Zahlenwert zwischen 0 (nicht einbezogen) und 10 (sehr gut einbezogen) an.

nicht einbezogen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr gut einbezogen
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

kann ich nicht beurteilen ☐

keine Angabe ☐

3.1.8 Bitte schätzen Sie, wie viele Personen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Therapeutinnen und Therapeuten, Hilfsmittelversorgerinnen und Hilfsmittelversorger) in den letzten 4 Wochen circa an Ihrer Versorgung regelmäßig beteiligt waren.

☐ bis ca. 5 Personen	☐ bis ca. 10 Personen	☐ bis ca. 15 Personen
☐ bis ca. 20 Personen	☐ bis ca. 25 Personen	☐ bis ca. 30 Personen
☐ bis ca. 35 Personen	☐ bis ca. 40 Personen	☐ mehr als 40 Personen
☐ kann ich nicht beurteilen	☐ keine Angabe	

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

3.1.9 Bitte geben Sie an, welche der folgenden Leistungen Sie in Anspruch nehmen. (Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Haushaltshilfe | ☐ Eingliederungshilfe | ☐ persönliche Assistenz |
| ☐ Schulbegleitung | ☐ andere | ☐ keine |

3.2 Medizinische Versorgung

Im Folgenden stellen wir Ihnen einige Fragen zu Ihrem **persönlichen Erleben** Ihrer **medizinischen Versorgung**. Bitte beziehen Sie Ihre Aussagen auf Ihren Beatmungs- und/oder tracheotomierten Zustand und wählen die zutreffenden Antwortmöglichkeiten aus.

Hinweis: Wenn Sie als jemand Drittes den Fragebogen für die Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf ausfüllen, beantworten Sie bitte die nachstehenden Fragen im Sinne der Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf.

3.2.1 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer medizinischen Versorgung insgesamt?

Bitte kreuzen Sie einen Zahlenwert zwischen 0 (sehr unzufrieden) und 10 (sehr zufrieden) an.

sehr unzufrieden 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr zufrieden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

kann ich nicht beurteilen ☐

keine Angabe ☐

3.2.2 Der Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung funktioniert...

sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.2.3 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Versorgung im Krankenhaus?

Bitte kreuzen Sie einen Zahlenwert zwischen 0 (sehr unzufrieden) und 10 (sehr zufrieden) an.

sehr unzufrieden 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr zufrieden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

kann ich nicht beurteilen ☐

keine Angabe ☐

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

3.2.4 Bitte geben Sie an, welche Antwortmöglichkeiten in Bezug auf Ihre Versorgung im Krankenhaus zutreffen.

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
Ich erhalte einen Termin für einen geplanten Krankenhausaufenthalt in einer angemessenen Wartezeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Versorgung im Krankenhaus ist insgesamt so gestaltet, wie ich sie benötige.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde, dass meine pflegerische Versorgung im Krankenhaus durch das Krankenhauspersonal sichergestellt ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde, dass meine pflegerische Versorgung im Krankenhaus fachlich angemessen durchgeführt wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde, dass meine medizinische Versorgung im Krankenhaus fachlich angemessen durchgeführt wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Bedürfnisse und Wünsche in der Versorgung im Krankenhaus werden berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn sich mein Gesundheitszustand verschlechtert, erhalte ich zeitnah medizinische Hilfe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.2.5 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer hausärztlichen Versorgung bezogen auf Ihre Beatmungs-/Tracheostomasituation?

Bitte kreuzen Sie einen Zahlenwert zwischen 0 (sehr unzufrieden) und 10 (sehr zufrieden) an.

sehr unzufrieden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr zufrieden
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
kann ich nicht beurteilen	☐											
keine Angabe	☐											

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

3.2.6 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer außerklinischen fachärztlichen Versorgung bezogen auf Ihre Beatmungs-/Tracheostomasituation?

Bitte kreuzen Sie einen Zahlenwert zwischen 0 (sehr unzufrieden) und 10 (sehr zufrieden) an.

sehr unzufrieden 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr zufrieden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

kann ich nicht beurteilen ☐

keine Angabe ☐

3.2.7 Bitte geben Sie an, inwieweit die Aussagen auf Ihre außerklinische haus- und fachärztliche Versorgung bezogen auf Ihre Beatmungs-/Tracheostomasituation zutreffen.

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
Die hausärztliche Versorgung ist so gestaltet, wie ich sie benötige.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die fachärztliche Versorgung ist so gestaltet, wie ich sie benötige.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde, dass meine hausärztliche Versorgung fachlich angemessen durchgeführt wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde, dass meine fachärztliche Versorgung fachlich angemessen durchgeführt wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Bedürfnisse und Wünsche in der hausärztlichen Versorgung werden berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Bedürfnisse und Wünsche in der fachärztlichen Versorgung werden berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn sich mein Gesundheitszustand verschlechtert, erhalte ich zeitnah medizinische Hilfe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erhalte alle notwendigen Termine für meine Routineversorgung (z. B. Kontrolluntersuchungen).	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
Wenn es erforderlich ist, führt meine Hausärztin bzw. mein Hausarzt auch Hausbesuche durch.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn es erforderlich ist, führen meine Fachärztinnen bzw. Fachärzte auch Hausbesuche durch.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nachfolgend möchten wir gerne etwas über die **Nutzung von telemedizinischen Anwendungen** in Ihrer Versorgung erfahren. Das meint einen Einsatz von digitalen Anwendungen, um ortsunabhängige medizinische Leistungen wie z. B. Diagnostik, Therapien über Videosprechstunden oder anderen digitalen Hilfsmitteln wie Apps zu erhalten und somit mit Versorgern in Kontakt zu stehen, ohne vor Ort zu sein und ggf. auch Gesundheitsdaten zu überwachen und zu übermitteln.

3.2.8 Nutzen Sie derzeit telemedizinische Anwendungen in Ihrer Versorgung?

☐ häufig ☐ selten ☐ gar nicht ☐ keine Angabe

3.2.9 Würden Sie sich mehr telemedizinische Anwendungen in Ihrer Versorgung wünschen?

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

3.3 Pflegerische Versorgung

Im Folgenden stellen wir Ihnen einige Fragen zu Ihrem **persönlichen Erleben** Ihrer **pflegerischen Versorgung**. Bitte wählen Sie die auf Sie zutreffenden Antwortmöglichkeiten aus.

Hinweis: Wenn Sie als jemand Drittes den Fragebogen für die Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf ausfüllen, beantworten Sie bitte die nachstehenden Fragen im Sinne der Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf.

3.3.1 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer pflegerischen Versorgung?

Bitte kreuzen Sie einen Zahlenwert zwischen 0 (sehr unzufrieden) und 10 (sehr zufrieden) an.

sehr unzufrieden 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr zufrieden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

kann ich nicht beurteilen ☐

keine Angabe ☐

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

3.3.2 Gehen Informationen zwischen Ihrer medizinischen und Ihrer pflegerischen Versorgung verloren?

☐ häufig
 ☐ selten
 ☐ gar nicht
 ☐ kann ich nicht beurteilen
 ☐ keine Angabe

3.3.3 Bitte geben Sie an, inwieweit die Aussagen in Bezug auf Ihre pflegerische Versorgung zutreffen.

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
Die pflegerische Versorgung ist so gestaltet, wie ich sie benötige.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde, dass meine pflegerische Versorgung fachlich angemessen durchgeführt wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Bedürfnisse und Wünsche in der pflegerischen Versorgung werden berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich pflegerische Unterstützung außerplanmäßig benötige, erhalte ich diese zeitnah.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, meine pflegerische Versorgung entspricht meinem erforderlichen Bedarf.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.3.4 Wie häufig wird die Pflege auch durch Angehörige oder andere Ihnen nahestehenden Personen übernommen?

	häufig	selten	gar nicht	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
pflegerische Maßnahmen (z. B. waschen, ankleiden)	☐	☐	☐	☐	☐
medizinische Maßnahmen (z. B. absaugen, Verbandswechsel)	☐	☐	☐	☐	☐

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

3.4 Therapeutische Versorgung

Im Folgenden stellen wir Ihnen einige Fragen zu Ihrem **persönlichen Erleben** Ihrer **therapeutischen Versorgung**. Bitte wählen Sie die auf Sie zutreffenden Antwortmöglichkeiten aus.

Hinweis: Wenn Sie als jemand Drittes den Fragebogen für die Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf ausfüllen, beantworten Sie bitte die nachstehenden Fragen im Sinne der Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf.

3.4.1 Welche therapeutischen Maßnahmen erhalten Sie?

(Mehrfachantworten möglich)

☐	Logopädie	☐	Ergotherapie	☐	Physiotherapie
☐	Atmungstherapie	☐	Psychotherapie	☐	keine der genannten Maßnahmen

Nachfolgend möchten wir etwas zu ihrem **persönlichen Empfinden Ihrer therapeutischen Versorgung** erfahren. Bitte beantworten Sie die Fragenblöcke zu den einzelnen Therapiegruppen (z. B. Physiotherapie). Wenn Sie eine Therapie davon NICHT erhalten, überspringen Sie den jeweiligen Block zu der Therapiegruppe. Z. B. Sie erhalten Physio- und Ergotherapie: füllen Sie nur den Block zu physiotherapeutischer und ergotherapeutischer Versorgung aus, alle anderen Fragen lassen Sie unbeantwortet.

Bitte geben Sie an, welche Antwortmöglichkeiten am besten auf Sie zutreffen.

3.4.2 Physiotherapeutische Versorgung

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
Die Versorgung ist so gestaltet, wie ich sie benötige.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde, dass meine Versorgung fachlich angemessen durchgeführt wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Bedürfnisse und Wünsche in der Versorgung werden berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

3.4.3 Ergotherapeutische Versorgung

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
Die Versorgung ist so gestaltet, wie ich sie benötige.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde, dass meine Versorgung fachlich angemessen durchgeführt wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Bedürfnisse und Wünsche in der Versorgung werden berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.4.4 Logopädische Versorgung

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
Die Versorgung ist so gestaltet, wie ich sie benötige.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde, dass meine Versorgung fachlich angemessen durchgeführt wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Bedürfnisse und Wünsche in der Versorgung werden berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.4.5 Atmungstherapeutische Versorgung

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
Die Versorgung ist so gestaltet, wie ich sie benötige.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde, dass meine Versorgung fachlich angemessen durchgeführt wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Bedürfnisse und Wünsche in der Versorgung werden berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

3.4.6 Psychotherapeutische Versorgung

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
Die Versorgung ist so gestaltet, wie ich sie benötige.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde, dass meine Versorgung fachlich angemessen durchgeführt wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Bedürfnisse und Wünsche in der Versorgung werden berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.4.7 Nehmen Sie darüber hinaus weitere selbst bezahlte therapeutische Maßnahmen in Anspruch?

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

3.4.8 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer therapeutischen Versorgung insgesamt?

Bitte kreuzen Sie einen Zahlenwert zwischen 0 (sehr unzufrieden) und 10 (sehr zufrieden) an.

sehr unzufrieden 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr zufrieden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

kann ich nicht beurteilen ☐

keine Angabe ☐

3.4.9 Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen geeignete Therapeutinnen bzw. Therapeuten zur Verfügung stehen, wenn Sie sie benötigen?

- ☐ Ich erhalte einen **Termin** bei einer geeigneten Therapeutin bzw. einem geeigneten Therapeuten **ohne längere Wartezeit**.
- ☐ Ich erhalte einen **Termin** bei einer geeigneten Therapeutin bzw. einem geeigneten Therapeuten **mit längerer Wartezeit**.
- ☐ Ich erhalte **keinen Termin** bei einer geeigneten Therapeutin bzw. einem geeigneten Therapeuten **in einer angemessenen Wartezeit**.
- ☐ kann ich nicht beurteilen
- ☐ keine Angabe

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

3.5 Hilfsmittelversorgung

Im Folgenden stellen wir Ihnen einige Fragen zu Ihrem **persönlichen Erleben** Ihrer Versorgung **in Bezug auf Ihre Hilfsmittelversorgung**.

Hinweis: Wenn Sie als jemand Drittes den Fragebogen für die Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf ausfüllen, beantworten Sie bitte die nachstehenden Fragen im Sinne der Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf.

3.5.1 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Hilfsmittelversorgung?

Bitte kreuzen Sie einen Zahlenwert zwischen 0 (sehr unzufrieden) und 10 (sehr zufrieden) an.

sehr unzufrieden 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr zufrieden
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

kann ich nicht beurteilen ☐

keine Angabe ☐

3.5.2 Bitte geben Sie an, welche Antwortmöglichkeiten am besten auf Sie zutreffen.

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
Die notwendigen Hilfsmittel werden mir zur Verfügung gestellt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Hilfsmittel sind für meinen Bedarf geeignet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Bedürfnisse und Wünsche in der Hilfsmittelversorgung werden berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

4 Bedürfnisse

Hinweis: Wenn Sie als jemand Drittes den Fragebogen für die Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf ausfüllen, beantworten Sie bitte die nachstehenden Fragen im Sinne der Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf.

Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie persönlich am besten zutreffen.

4.1 Fragen zu physischen Aspekten

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
Die Veranstaltungen, die ich besuchen will, sind für mich erreichbar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Öffentliche Verkehrsmittel sind für mich nutzbar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Praxis meiner Hausärztin bzw. meines Hausarztes ist für mich erreichbar (auch ohne Krankentransport).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Praxen meiner Fachärztinnen bzw. -ärzten sind für mich erreichbar (auch ohne Krankentransport).	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.2 Fragen zu psychischen Aspekten

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
Ich sehe der Zukunft positiv entgegen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin von den Einschränkungen durch meine Krankheit genervt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich komme gut mit meiner Krankheit zurecht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin mit meinem Leben im Allgemeinen zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In meiner privaten Umgebung/meiner Wohnumgebung fühle ich mich immer sicher.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
Außerhalb meiner privaten Umgebung/meiner Wohnumgebung fühle ich mich immer sicher.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Art und Weise, wie ich unterstützt werde, hat einen positiven Einfluss auf mein Selbstwertgefühl.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.3 Fragen zu sozialen Aspekten

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
Ich habe so viel Kontakt wie ich möchte zu anderen Menschen, die ich mag.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin an mein Zuhause bzw. die Einrichtung, in der ich wohne, gebunden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann in meiner Freizeit die Dinge tun, die mir wichtig sind.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann meinen Alltag so gestalten, wie ich will.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5 GKV-IPReG

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige Fragen zu dem **GKV-IPReG** (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz) stellen, welches 2020 in Kraft getreten ist und die intensivpflegerische Versorgung verbessern soll.

Hinweis: Wenn Sie als jemand Drittes den Fragebogen für die Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf ausfüllen, beantworten Sie bitte die nachstehenden Fragen im Sinne der Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf.

5.1 Haben Sie schon einmal vom GKV-IPReG gehört bzw. ist Ihnen die veränderte Gesetzeslage bekannt?

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

(weiter zu Frage 5.2)

(weiter zu Frage 5.3, wenn Ihnen das GKV-IPReG **nicht** bekannt ist)

Befragung - Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

5.2 Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie persönlich am besten zutreffen.

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen	keine Angabe
Ich mache mir Sorgen, dass ich meine Wohnform aufgrund des GKV-IPReGs wechseln muss.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich mache mir Sorgen, dass ich nicht genügend Pflegekräfte finde, die den Qualifikationen des GKV-IPReGs entsprechen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich mache mir Sorgen, dass ich keine/n potentialerhebende/n Ärztin bzw. Arzt finde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die weitgehende Entlastung von Eigenanteilen in stationären Pflegeeinrichtungen empfinde ich als Vorteil.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich denke, dass sich die Qualität meiner Versorgung durch das GKV-IPReG verbessern wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.3 Gibt es etwas, was Sie uns noch mitteilen wollen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Melden Sie sich für Neuigkeiten aus unserem Projekt gerne bei unserem Newsletter an:
www.aqua-institut.de/newsletter-anmeldung

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.aqua-institut.de/projekte/atme

Projektkonsortium



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



DIGAB

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft
für Außerklinische Beatmung

WIdO

Wissenschaftliches
Institut der AOK

bpa

Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.

Projekt: Bedarfslagen, Bedürfnisse und sektorenübergreifende Versorgungsverläufe außerklinisch beatmeter Intensivpatienten (ATME)

Laufzeit: 01.07.2022 bis 30.06.2024

Förderung: Das Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21027 gefördert.

Bleiben Sie up-to-date!

Mit unserem Newsletter
erhalten Sie regelmäßig
aktuelle Informationen
zum Projekt ATME.

Jetzt anmelden:



[https://www.aqua-institut.de/
newsletter-anmeldung](https://www.aqua-institut.de/newsletter-anmeldung)

aQua

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

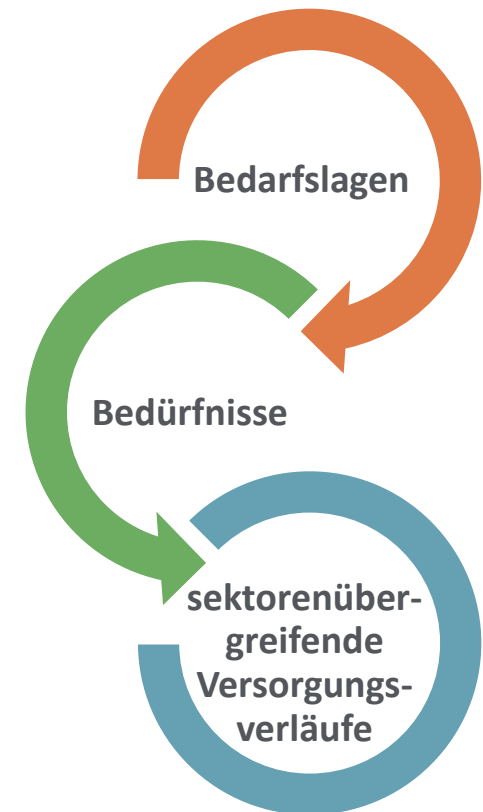
aQua – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH

www.aqua-institut.de

Zertifiziert nach ISO 9001:2015 und ISO/IEC
27001:2013 inklusive der Erweiterung nach ISO/IEC
27017:2015

Ein Projekt des Innovationsausschusses beim
Gemeinsamen Bundesausschuss

ATME



... außerklinisch be**ATME**ter
Intensivpatienten

Hintergrund des ATME-Projekts



Die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen.



Es gibt Hinweise auf Herausforderungen in der Versorgungsgestaltung.



Die außerklinischen Intensivpflege wurde durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) gesetzlich neu geregelt.

Versorgungsrelevante Fragestellungen

Welche Personengruppen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf werden beatmet und/oder sind trachealkanüliert?

Welche Bedarfe und Bedürfnisse haben beatmete und/oder trachealkanülierte Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf?

Welche medizinischen, rehabilitativ-therapeutischen und pflegerischen Versorger versorgen beatmete und/oder trachealkanülierte Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf?

Wie sind die aktuellen Versorgungsstrukturen?

Welche Auswirkungen hat das GKV-IPReG auf die Versorgung von beatmeten und/oder trachealkanülierten Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf?



Ziel des Innovationsfondsprojekts ATME

→ **Versorgungsstrukturen und Krankheitsverläufe** von außerklinisch beatmeten und/oder trachealkanülierten Menschen mit Intensivpflegebedarf zu analysieren.

→ Die Grundlage für eine **bedarfs- und bedürfnisgerechte** Weiterentwicklung der Versorgung zu schaffen.

→ **Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgung** außerklinisch beatmeten und/oder trachealkanülierten Menschen mit Intensivpflegebedarf zu entwickeln.

Studiendesign

Versorgungsanalyse und anwendungswissenschaftliche, empirische Studie im **Mixed-Methods-Design**:



Explorative Interviews

- Menschen mit Beatmung und Intensivpflegebedarf
- Pflege und Ärzte
- weitere Versorger



Teilstandardisierte Befragungen

- außerklinisch beatmete und/oder trachealkanülierte Menschen mit Intensivpflegebedarf
- Pflegeeinrichtungen
- Zentren für außerklinische Beatmung



Routinedatenanalyse



Expertenworkshops

**Sie wollen mehr zum Projekt wissen oder am Projekt teilnehmen?
Sprechen Sie uns an!**

aQua-Institut GmbH

Nahne Knizia

Telefon: (+49) 0551-789 52-172

E-Mail: atme@aqua-institut.de

Josefine Hirschler

Telefon: (+49) 0551-789 52-165

E-Mail: atme@aqua-institut.de

**Nehmen Sie an
unserer Befragung teil
oder teilen Sie diese
in Ihrem Netzwerk.**

Das geht ganz einfach über den
QR-Code oder Sie folgen dem an-
gegebenen Link.



<https://www.aqua-institut.de/atme-befragung>

Laufzeit der Befragung: bis zum 05.11.2023

Zielgruppe der Befragung:

- tracheotomierte und/oder beatmete Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf und ihre Angehörigen¹
- Leitungspersonen und Mitarbeitende von Pflegeeinrichtungen mit Tätigkeit in der außerklinischen Intensivpflege (ambulanter Pflegedienst in der häuslichen Einzelversorgung, Intensivpflege-Wohngemeinschaft, vollstationäre Pflegeeinrichtung, Wohnform der Eingliederungshilfe)
- Leitungspersonen und Mitarbeitende in Weaning-/ Beatmungszentren

¹ Wenn Sie einen Papierfragebogen benötigen, wenden Sie sich an atme@aqua-institut.de

Projektkonsortium

aQua
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

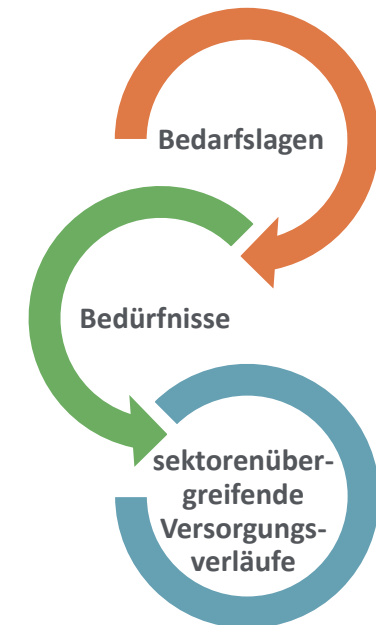
WIdO | Wissenschaftliches
Institut der AOK

bpa
Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.

Unterstützt durch

DIGAB
Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft
für Außerklinische Beatmung

ATME



**... in der außerklinischen
Intensivpflege**

aQua
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

aQua – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH

www.aqua-institut.de

Zertifiziert nach ISO 9001:2015 und ISO/IEC 27001:2013
inklusive der Erweiterung nach ISO/IEC 27017:2015

**Jetzt an
der Befragung
teilnehmen!**

Ihr direkter Zugriff per QR-Code.
Mehr Informationen im Innenteil.





Ziele des Innovationsfondsprojekts ATME

- **Versorgungsstrukturen** und **Krankheitsverläufe** von außerklinisch beatmeten und/oder trachealkanülierten Menschen mit Intensivpflegebedarf analysieren.
- Die Grundlage für eine **bedarfs- und bedürfnisgerechte** Weiterentwicklung der Versorgung schaffen.
- **Handlungsempfehlungen** zur **Verbesserung der Versorgung** außerklinisch beatmeten und/oder trachealkanülierten Menschen mit Intensivpflegebedarf entwickeln.

Hintergrund des ATME-Projekts

-  Die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen.
-  Es gibt Hinweise auf Herausforderungen in der Versorgungsgestaltung.
-  Die außerklinische Intensivpflege wurde durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) gesetzlich neu geregelt.

Studiendesign

Versorgungsanalyse und anwendungswissenschaftliche, empirische Studie im **Mixed-Methods-Design**:

-  **Explorative Interviews**
-  **Teilstandardisierte Befragungen**
-  **Routinedatenanalyse**
-  **Expertenworkshops**

-
- Projekt:** Bedarfslagen, Bedürfnisse und sektorenübergreifende Versorgungsverläufe außerklinisch beatmeter Intensivpatienten (ATME)
- Laufzeit:** 01.07.2022 bis 30.06.2024
- Förderung:** Das Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21027 gefördert.

Sie wollen mehr zum Projekt wissen?

Dann abonnieren Sie den **Newsletter** oder **sprechen Sie uns an!**

<https://www.aqua-institut.de/newsletter-anmeldung>



aQua-Institut GmbH
Nahne Knizia
Josefine Hirschler

E-Mail: atme@aqua-institut.de
Telefon: (+49) 0551-789 52-0

Werden Sie ein Teil der großen Befragung zum Thema

Bedarflagen, Bedürfnisse und sektorenübergreifende Versorgungsverläufe außerklinisch beATMEter Intensivpatienten

Ziel des Projektes ATME ist es, sektorenübergreifend die Krankheitsverläufe und Versorgungsstrukturen außerklinisch versorgter Menschen mit Intensivpflegebedarf abzubilden, da bislang über dieses Versorgungsfeld wenige Erkenntnisse vorliegen. Die Ergebnisse sollen Grundlage sein für die Ableitung von Handlungsempfehlungen zur bedarfs- und bedürfnisgerechten Weiterentwicklung der Versorgung.

Wer kann an der Befragung teilnehmen?

- tracheotomierte und/oder beatmete **Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf** und ihre **Angehörigen**
- Leitungspersonen und Mitarbeitende von **Pflegeeinrichtungen** mit Tätigkeit in der außerklinischen Intensivpflege (ambulanter Pflegedienst in der häuslichen Einzelversorgung, Intensivpflege-Wohngemeinschaft, vollstationäre Pflegeeinrichtung, Wohnform der Eingliederungshilfe)
- Leitungspersonen und Mitarbeitende in **Weaning-/Beatmungszentren** (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Atmungstherapeutinnen und Atmungstherapeuten)

Worum geht es in der Befragung?

Inhalte der Befragung sind die Versorgung und die Versorgungsstrukturen in der außerklinischen Intensivpflege sowie die Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf.

Wie wird die Befragung durchgeführt?

Die Befragung wird online durchgeführt. Sie kann sowohl mit dem Smartphone, Tablet oder mit dem Computer beantwortet werden. Wenn Sie als Person mit außerklinischem Intensivpflegebedarf einen Papierfragebogen benötigen, wenden Sie sich an atme@aqua-institut.de.

Was passiert mit meinen Daten?

Die Befragung erfolgt vollkommen anonym. Es ist kein Rückschluss auf Ihre Person oder die Einrichtung, in der Sie tätig sind, möglich.

In welchem Zeitraum läuft die Befragung?

Die Befragung startet Mitte August und endet Mitte Oktober.

Ja, ich möchte an der Befragung teilnehmen!

Das geht ganz einfach über den QR-Code oder Sie folgen diesem Link:

<https://www.aqua-institut.de/atme-befragung>

KONTAKT:

aQua-Institut, Nahne Knizia (Projektkoordination),
Telefon: (+49) 0551-789 52-0
E-Mail: atme@aqua-institut.de





Bedarfslagen, Bedürfnisse und sektorübergreifende Versorgungs- verläufe außerklinisch beatmeter Intensivpatienten

Ergebnisse der Routinedatenanalysen des
Innovationsfonds-geförderten Projekts
ATME

Impressum

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Bedarfslagen, Bedürfnisse und
sektorübergreifende Versorgungs-verläufe außerklinisch beatmeter
Intensivpatienten. Ergebnisse der Routinedatenanalysen des Innova-
tionsfonds-geförderten Projekts ATME

Berlin, im Mai 2025

Felipe Argüello Guerra
Sören Matzk
Dr. Antje Schwinger

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
im AOK-Bundesverband eGbR – Arbeitsgemeinschaft
von Körperschaften des öffentlichen Rechts
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Geschäftsführender Vorstand:
Dr. Carola Reimann (Vorsitzende)
Jens Martin Hoyer (stellv. Vorsitzender)
<https://www.aok.de/pp/impressum/>
Registergericht Berlin (Charlottenburg), GsR 634 B

Aufsichtsbehörde:
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung –SenGPG–
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Redaktionelle Bearbeitung: Melanie Hoberg, Susanne Sollmann
Satz: Melanie Hoberg
Titelfoto: iStock-Foto

Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung
(gleich welcher Art), auch von Teilen des Werkes,
bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung.

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: <http://www.wido.de>

Inhalt

1	Einführung.....	5
1.1	Hintergrund.....	5
1.2	Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen	6
1.3	Routinedatenanalysen und Berichtslegung	8
1.4	Datengrundlage	9
1.5	Operationalisierung der Zielpopulation und Versorgungsformen	10
2	Deskription der AKI-Population.....	16
2.1	Anzahl, Neueintritte und Verweildauer in der AKI	16
2.2	Alter und Geschlecht, Pflegegrad	19
2.3	Beatmungsstatus und Tracheostoma	22
2.4	Versorgungsort	23
2.5	Sozialräumliche Verteilung	26
2.6	Krankheits- und Versorgungsmerkmale der AKI-Patientinnen und -Patienten	29
3	Sektorübergreifende Schnittstellen in der Behandlung der AKI-Patientinnen und -Patienten	32
3.1	Schnittstelle Krankenhaus.....	32
3.1.1	Häufigkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten und ggf. Beatmungsstunden	32
3.1.2	Hauptdiagnosen der vollstationären Krankenhausversorgung	48
3.2	Schnittstelle ambulant ärztliche Versorgung	53
3.3	Schnittstelle Heilmittel.....	58
4	Fokus Weaning.....	65
4.1	Beatmungsentwöhnung im Krankenhaus.....	66
4.2	Feststellung des Beatmungsstatus, des Beatmungsentwöhnungspotenzials und Entwöhnungsversuch.....	67
4.3	Kontrolle, Beendigung und Ersteinstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung.....	69

4.4	Beatmungsentwöhnung in spezialisierten Weaning-Einheiten (WeanNet).....	71
5	Diskussion und Ausblick.....	76
5.1	Zusammenfassung und Diskussion.....	76
5.2	Limitationen	83
5.3	Ausblick	85
	Literaturverzeichnis	88
	Abbildungsverzeichnis	91
	Tabellenverzeichnis.....	93
	Anhang.....	95

1 Einführung

1.1 Hintergrund

Der Versorgungssektor der außerklinischen Intensivpflege (AKI) und der Beatmungspflege hat in den vergangenen Jahren eine dynamische Entwicklung erfahren. Sowohl international als auch national wurde ein Wachstum dieses Sektors festgestellt (vgl. Lloyd-Owen et al. 2005, Köhler 2019, Klingshirn et al. 2020). Bei der außerklinischen Intensivpflege handelt es sich um einen noch jungen Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Außerklinische Intensivpflege kann nicht mit der Intensivpflege, wie wir sie mit dem Krankenhaussetting verbinden, gleichgesetzt werden. Zielsetzungen, Versorgungsansprüche, Qualitätsanforderungen aus dem Krankenhausumfeld sollten nicht einfach übernommen und auf die häusliche Pflege übertragen werden (vgl. Isfort et al. 2022). Vielmehr umfasst die häusliche Intensivversorgung neben der medizinischen Versorgung auch die Aufrechterhaltung der Teilhabe und der individuellen Lebensgestaltung, die Lebensbegleitung und/oder die Förderung von Wahrnehmungsmöglichkeiten. Vornehmlich muss dem Aspekt der Häuslichkeit Rechnung getragen werden, da es sich hier um eine eigenständige und spezialisierte Hilfeform im häuslichen Lebensraum handelt, wobei hier auch Haus- oder Wohngemeinschaften sowie stationäre Einrichtungen in die Definition der Häuslichkeit eingeschlossen sind (Hüsken et al. 2022). Ein weiteres Merkmal dieser Spezialversorgungsform ist die Einbindung von Angehörigen in alle relevanten Prozesse der Therapie und Lebensgestaltung sowie die Berücksichtigung eines gemeinsamen Entscheidungsspielraums.

Die tatsächlichen Versorgungsstrukturen für beatmete Patientinnen und Patienten außerhalb des Krankenhauses sind bislang unzureichend dokumentiert. Es wird angenommen, dass viele Patienten aufgrund eines Mangels an spezialisierten Beatmungszentren und niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten eine unzureichende fachärztliche Betreuung erhalten (Lehmann et al. 2016). Insbesondere für außerklinisch beatmete Patienten wird die ärztliche Versorgung durch Hausärzte und Fachärzte, von denen nur wenige über eine Weiterqualifizierung oder Erfahrung im Bereich der außerklinischen Beatmung verfügen, kritisch diskutiert. Die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) führte im Jahr 2014 eine Befragung zur außerklinischen ärztlichen Versorgung beatmeter Patienten aus Sicht der Pflegedienste durch. Die Ergebnisse ergaben, dass die außerklinische ärztliche Versorgung und die Anbindung von beatmungspflichtigen Patienten an entsprechende Fachzentren im Hinblick auf die notwendigen komplexen medizinischen Anforderungen ungenügend ist (Glaser et al. 2017). Nur bei 55 % der Patientinnen und Patienten sind bei der Beatmung qualifizierte Fachärzte eingebunden und eine ärztliche Betreuung findet vor Ort nur bei 28 % der Patienten statt (Glaser et al. 2017).

Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivpflege benötigen häufig eine intermittierende oder dauerhafte Beatmung mit oder ohne Tracheostoma und/oder haben einen hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Typische Krankheitsbilder umfassen chronische Atemwegserkrankungen, Querschnittssyndrome, den Zustand nach Apoplexie, Schädel-Hirn-Traumata und andere Gehirnerkrankungen, Zustände nach hypoxischem Hirnschaden mit Syndrom der reaktionslosen Wachheit (Wachkoma) oder mit minimalem Bewusstseinszustand sowie neuromuskuläre Erkrankungen wie Muskeldystrophien und amyotrophe Lateralsklerose (ALS) und

komplexe genetisch bedingte Fehlbildungssyndrome bei Kindern vgl. Siefarth/Kübler 2021. Das Projekt VELA-Regio (Lehmann et al. 2016) unterschied in der Langzeitbeatmung beispielsweise zwischen drei Patientengruppen:

- Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen wie ALS oder Muskeldystrophie, die aus medizinischer Sicht als „organgesund“ gelten, verhältnismäßig jung sind und deren Erkrankung in der Regel voranschreitend und nicht heilbar ist.
- Alte, oft hochaltrige und multimorbide Patientinnen und Patienten mit begrenzter Lebenserwartung, bei denen wenig Aussicht darauf besteht, jemals wieder ohne künstliche Beatmung leben zu können.
- Patientinnen und Patienten, bei denen der Beatmungs- und Intensivversorgungsbedarf Folge des Zusammenwirkens mehrerer Erkrankungen ist und die durchaus reale Chancen haben, erfolgreich und dauerhaft von der Beatmung entwöhnt zu werden.

Die Gründe für die zunehmende Bedeutung der Intensivpflege im außerklinischen bzw. häuslichen Bereich in Deutschland sind vielfältig. Einerseits wird ein Zusammenhang mit der durch die Fallpauschalen bedingte abnehmende Verweildauer in Kliniken diskutiert (Geiseler et al. 2010). Andererseits ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ auch bei Leistungen in diesem Bereich maßgeblich. Steigendes Alter und die damit einhergehende Multimorbidität führen ebenfalls einer wachsenden Zahl Patientinnen und Patienten mit einem hochkomplexen Pflegebedarf, die ohne vorherigen Krankenhausaufenthalt versorgt werden müssen. Die Fortschritte im medizinisch-technischen Bereich ermöglichen es dieser Klientel, viele Jahre weiterzuleben (Rosseau 2019). Bis Mitte der 1980er wurden Patientinnen und Patienten in der Beatmungspflege fast ausschließlich invasiv (Tracheostoma) und überwiegend stationär beatmet (Ewers 2010). Mit der Einführung nicht-invasiver Beatmung über Mund-Nasen-Masken Ende der 1980er Jahre konnten die Patienten nun vermehrt weiter im gewohnten Umfeld leben. Die Zunahme der Fälle mit invasiver Beatmung über Tracheostoma ist hauptsächlich auf Patienten mit Versagen der Beatmungsentwöhnung nach Akut-Intensivtherapie zurückzuführen (ebd.). Die Versorgung von pflegebedürftigen Personen mit einem therapeutisch-technischen Unterstützungsbedarf wird hauptsächlich durch spezialisierte ambulante Strukturen und Dienstleistungen sichergestellt. Diese haben sich seit den 1990er Jahren in Deutschland entwickelt und bilden heute ein eigenständiges Segment innerhalb des Pflegemarkts (Sauerland 2016). Die Versorgung wird hauptsächlich in drei Settings organisiert: die häusliche Einzelversorgung, die Versorgung in Wohngemeinschaften (Pflege-WGs) und die stationäre Langzeitversorgung Ewers/Lehmann 2018.

1.2 Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der AKI wurden 2020 durch das Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) grundlegend reformiert. Obwohl aufgrund lückenhafter oder wenig aussagekräftiger Datengrundlage eine objektive Aussage über die Versorgungsstrukturen vor Einführung des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPReG) kaum zu treffen ist, gab es durch Studien klare Hinweise auf unzureichende Transparenz, erhebliche Disparitäten sowie Unter-, Fehl- und Überversorgungserscheinungen

(Stark et al. 2016, Ewers/Lehmann 2018). Mit dem IPreG wurden die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch für außerklinische Intensivpflege überführt und die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich des Leistungsanspruches, des Leistungsortes sowie der Leistungserbringung definiert. Außerklinische Intensivpflege nach dem SGB V wurde seit 2010 im Rahmen der Behandlungssicherungspflege als Leistung der häuslichen Krankenpflege (HKP) nach § 37 SGB V ärztlich verordnet und als „Spezielle Krankenbeobachtung“ bezeichnet (G-BA HKP-RL vom 09.02.2010; ebd. vom 15.08.2019). Die außerklinische Intensivpflege war somit als Teil der HKP nach § 37 Abs. 2 SGB V untergesetzlich geregelt; dies galt auch für die stationäre Pflege. Mit dem im Herbst 2020 verabschiedeten IPreG hat der Gesetzgeber die bislang untergesetzlichen Regelungen zur häuslichen Intensivpflege mit dem neu eingeführten § 37c SGB V „Außerklinische Intensivpflege“ neu reguliert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte den Auftrag erhalten, die Gestaltung des Leistungsanspruches und der Leistungserbringung bei der außerklinischen Intensivpflege in einer neuen Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege (AKI-RL) zu bestimmen (§ 37c Abs. 1 Satz 8 SGB V). Diese wurde im November 2021 vom G-BA beschlossen und ist am 18.03.2022 in Kraft getreten, Verordnungen nach AKI-RL erfolgten jedoch erst ab dem 1. Januar 2023 (GBA 2023).

Der Anspruch auf AKI besteht bei besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Nach dem Gesetzestext liegt ein solcher dann vor, „wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist“ (GBA 2023 AKI-RL vom 19.11.2021, § 4 Abs. 1). Die vormals in der häuslichen Krankenpflege unter „(spezieller) Krankenbeobachtung“ geregelten Leistungen wurden in sektorenübergreifend – sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Pflege – einheitliche Maßstäbe im neuen § 132i SGB V zusammengeführt. Einheitliche Qualitätsstandards und Vergütungsmaßstäbe sollen die Sektorengrenzen überwinden und Fehlansätze in der Beatmungspflege abschaffen, aber auch durch deutliche Verbesserungen der Ressourcenallokation sowie die finanzielle Entlastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen eine außerklinische Intensivpflege insbesondere im vollstationären Setting attraktiver machen (Deutscher Bundestag 2020)

Trotz aller Bemühungen wurde das IPreG von zentralen Betroffenenverbänden an vielen Stellen kritisiert (DIGAB 2020). Die unregelmäßigen Anforderungen an die Qualifikation der MD-Gutachter zur Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen und letztlich zur Genehmigung der außerklinischen Intensivpflege werden bemängelt (ebd.). Des Weiteren hat die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung und Intensivversorgung (DIGAB) kritisiert, dass es im Gesetz keine Unterscheidung zwischen Dauerbeatmeten und Patientinnen und Patienten mit Entwöhnungspotenzial gibt, obwohl es sich hier um zwei unterschiedliche Betroffenengruppen handelt. Kritik wurde auch an der Finanzierung der außerklinischen Intensivpflege geäußert: Zwar müssen die Betroffenen, die eine vollstationäre Versorgungsform wählen, keine Zuzahlungen zu den pflegebedingten Kosten mehr leisten, aus Sicht der Leistungserbringer herrsche aber weiterhin eine Schieflage, denn mit Blick auf die Personalausstattung und Qualitätsanforderungen sei die vollstationäre, d. h. institutionalisierte Versorgung weiterhin gegenüber Versorgungsformen in der Häuslichkeit benachteiligt (DIGAB 2020).

1.3 Routinedatenanalysen und Berichtslegung

Die Bedarfslage, Bedürfnisse und sektorenübergreifenden Versorgungsverläufe außerklinischer Pflege in Deutschland zu beurteilen erweist sich bisher – aufgrund eines fehlenden Datenbestands – als schwierig und führt zu ungenauen Ergebnissen. Das sehr heterogene Patientenkontinuum, die unterschiedlichen Versorgungsverläufe über die Sektorengrenzen hinweg sowie das Fehlen – bis zum IPRG bzw. bis Inkrafttreten der AKI-Richtlinie – einer leistungsrechtlichen Abgrenzung und dokumentarischer Vorgaben wirkten erschwerend. Vor diesem Hintergrund hat ein Konsortium aus aQua-Institut, Hochschule Osnabrück, Bundesverband privater Anbieter (bpa e. V.) und WIdO das Projekt „ATME – Bedarfslagen, Bedürfnisse und sektorenübergreifende Versorgungsverläufe außerklinisch beatmeter Intensivpatienten und -patientinnen“ beim Innovationsfonds des G-BA beantragt.¹ Im Projektzeitraum von Juli 2022 bis Juni 2024 erfolgten Befragungen von AKI-Patientinnen und -Patienten und Leistungserbringenden sowie Routinedatenanalysen. Ziel des Projekts war es, Krankheitsverläufe und Versorgungsstrukturen außerklinisch versorgter Patientinnen und Patienten mit Intensivpflegebedarf sektorenübergreifend abzubilden und zu analysieren sowie Empfehlungen zur bedarfs- und bedürfnisgerechten Weiterentwicklung der Versorgung abzuleiten. Das WIdO führte hierbei die Routinedatenanalysen durch, die maßgeblich im Sinne einer beschreibenden grundlagenwissenschaftlichen Studie angelegt waren. Ziel der Routinedatenanalyse war die

- epidemiologische und soziodemografische Beschreibung der Population (z. B.: ursächliche Erkrankungen, Komorbiditäten, Alter, Geschlecht, Lebens- und Betreuungssituation) sowie die
- Beschreibung der medizinischen, rehabilitativ-therapeutischen und pflegerischen Versorgung der unterschiedlichen Populationen in aktueller und retrospektiver Perspektive (z. B. Krankheitsverläufe, Re-Hospitalisierungen, in Anspruch genommene Versorgung).

Hierfür wurden in einer retrospektiven Analyse AOK-Abrechnungsdaten von jährlich circa 5.700 bis 6.300 Versicherten ausgewertet. Der vorliegende Bericht erläutert die Datengrundlage (Abschnitt 1.4) und geht auf die unterschiedlichen routinedatenbasierten Operationalisierungen der AKI-Patientengruppen sowie ihren Beatmungsstatus ein und benennt anschließend die Limitationen (Abschnitt 1.5). Anschließend wird die Patientenpopulation dezidiert über Charakteristika wie Alter, Pflege- und Beatmungsstatus, Versorgungsort und Erkrankungsgruppen beschrieben. Abschnitt 3 analysiert die sektorenübergreifenden Schnittstellen der Versorgung. Betrachtet werden Krankenhausepisoden, die ambulant-ärztliche Versorgung wie auch die Inanspruchnahme von Physiotherapie und weiteren Hilfsmitteln. Ferner wird in Abschnitt 4 das Weaning betrachtet. Analysiert werden hier die Veränderung der Weaning-Häufigkeit (Abschnitt 4.1) und Patient Journeys mit Blick auf die Beatmungsentwöhnung (Abschnitt 4.2). Ebenso wird aufgezeigt, wie häufig die Entwöhnung in spezialisierten Zentren erfolgt (Abschnitt 4.3). Anschließend folgen eine Diskussion und die Einordnung der Ergebnisse (Abschnitt 5). Der Bericht schließt mit einer Zusammenfassung (Abschnitt 5).

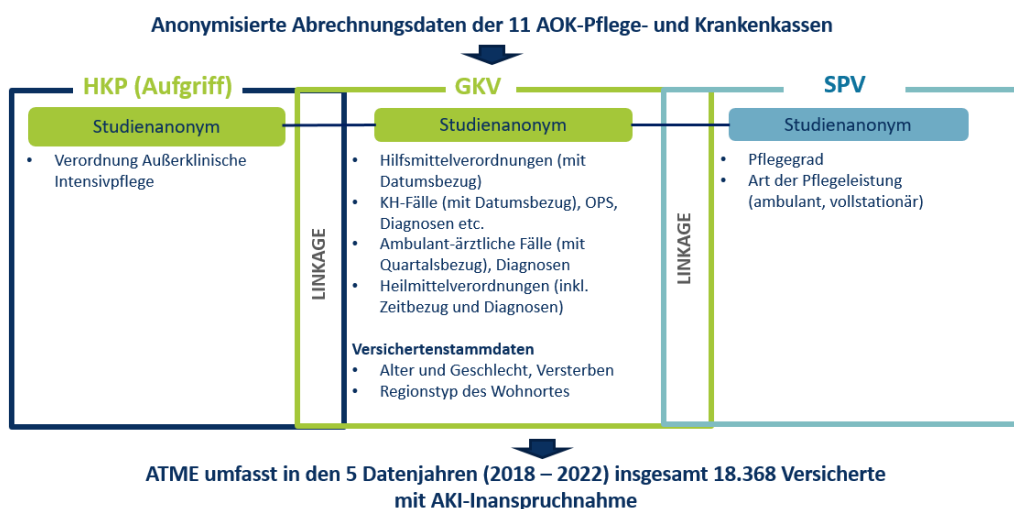
¹ <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/atme-bedarfslagen-beduerfnisse-und-sektoreneuebergreifende-versorgungsverlaeuft-ausserklinisch-beatmeter-intensivpatienten>.445

1.4 Datengrundlage

Die Routinedatenanalysen basieren auf verschlüsselten Abrechnungsdaten der elf AOK-Pflege- und Krankenkassen, die für das Studienziel anonymisiert und in einer Forschungsdatenbank aufbereitet wurden. Die Projektdatenbank bestand aus Datensträngen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung für den Zeitraum von 2018 bis 2022. Über ein Studienanonym können die jeweiligen versichertenbezogenen Informationen über die Abrechnungssektoren sowie über den Zeitverlauf hinweg miteinander verknüpft werden (Abbildung 1). Konkret gingen folgende Abrechnungsdaten in die Analysen ein:

- Häusliche Krankenpflege (§ 302 SGB V)
- Heil- und Hilfsmittel (§ 302 SGB V)
- Krankenhausleistungen (§ 301 SGB V)
- Ambulant-ärztliche Leistungen (§ 295 SGB V)
- Pflegeleistungen (§ 105 SGB XI)
- Versichertenstammdaten (§ 288 SGB V)

Abbildung 1: Übersicht zur Datengrundlage



Quelle: eigene Darstellung

© WIdO 2024

Eingeschlossen in die Analysen wurden ausschließlich Personen mit AKI-Bezug. Die Aufgriffkriterien sind in Abschnitt 1.5 ausgeführt. Die Studienpopulation umfasst 18.368 AOK-Versicherte aus allen Alterssegmenten über alle Jahre hinweg.

1.5 Operationalisierung der Zielpopulation und Versorgungsformen

Aufgriff AKI-Patientinnen und -Patienten und Limitation

Bis 2023 war die AKI als Teil der häuslichen Krankenpflege (HKP) nach § 37 Abs. 2 SGB V untergesetzlich geregelt. Erst mit der neuen Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege (AKI-RL), die am 18.03.2022 in Kraft getreten ist, erfolgen seit 01.01.2023 Verordnungen in neuer Struktur G-BA. Die meisten aus dem veränderten Regulierungsrahmen resultierenden Abrechnungsinformationen standen jedoch erst mit weiterem Zeitverzug zur Auswertung zur Verfügung und konnten deshalb nur mit wenigen Ausnahmen für das Projekt herangezogen werden. Das galt insbesondere für die Potenzialerhebungen, die verpflichtend bei allen beatmeten und/oder trachealkanülierten AKI-Patientinnen und -Patienten ab Januar 2025 durchgeführt werden müssen (Beschlusstext G-BA vom 23. Juli 2023). Weitere Abrechnungsinformationen stehen zwar mit den neun neue extrabudgetär vergütete Gebührenordnungspositionen (GOP) im neuen Abschnitt 37.7 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) zur Verfügung, allerdings erst ab Dezember 2022, sodass sie im Rahmen dieser Studie nicht genutzt werden konnten.

Für das Projekt wurden die AKI-Patientinnen und -Patienten darüber identifiziert, welchen Sachkonten die abgerechneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege zugeordnet wurden. Gleichwohl zeigten explorative Analysen und Abgleiche mit amtlichen Statistiken (u. a. KV45 und KG3), dass eine alleinige Betrachtung von Versicherten mit Buchungen auf die AKI-Konten 5633 und 5636 nicht ausreichend ist, um alle Fälle zu erfassen. Dies liegt darin begründet, dass Korrekturen von Kontierungen in den Data Warehouses der Krankenkassen nicht zwingend auf der hier einbezogenen Versicherungsebene erfolgen. Im Einführungsjahr der neuen AKI-Konten 2017 war dies besonders drastisch sichtbar, sodass auf die Auswertung dieses Jahres gänzlich verzichtet werden musste. Um die Fehlerquote zu verringern, wurden ergänzend auch Versicherte eingeschlossen, deren abgerechnete Gebührenordnungspositionen aufgrund ihrer textlichen Beschreibung („GOP-Text“) dem AKI-Segment zuzuordnen waren. Um die Zuordnung „falsch positiver“ Versicherter zu vermeiden, wurde ergänzend die Bedingung eingefügt, dass nur eingeschlossen wird, wer gleichzeitig auch AKI-relevante Hilfsmittel aus dem Segment Absauggeräte, Inhalations- bzw. Atemgeräte und Tracheostoma erhalten hatte. Ebenso wurden Versicherte eingeschlossen, denen ein Beatmungsgerät für eine invasive Beatmung verordnet wurde, auch wenn für diese kein Sachkonto oder GOP-Text aufgreifbar war (Abbildung 2).

Abbildung 2: Operationalisierung der Zielpopulation an Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme



Sachkonten

5633 = „Intensivpflege in stationären Pflegeeinrichtungen“
 5636 = „Intensivpflege ambulant“
 5630 = „Behandlungspflege nach §37 Absatz 2 Satz 1 SGB V“
 5670 bis 5673 „Häusliche Krankenpflege als Regelleistung“
 5680 bis 5683 „Häusliche Krankenpflege als Ermessensleistung“
 5690 bis 5693 „Persönliches Budget nach §29 SGB IX“

Hilfsmittelgruppen

01 = „Absauggerät“
 12 „Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie“
 14 = „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“.

GOP-Beschreibungstext intensivv|intensivp|24|beatm|tracheo|tracheal|wachkoma

Quelle: eigene Darstellung

© WIdO 2024

Im Ergebnis mussten jährlich rund 1.066 Versicherte mit HKP-Leistungen, die auf die entsprechenden AKI-Sachkonten gebucht wurden, aber für die keine der AKI-assoziierten Hilfsmittel in den Abrechnungsdaten sichtbar waren, aus den weiteren Betrachtungen ausgeschlossen werden.

Auch von der hier durchgeführten Datenerhebung ausgeschlossen sind alle Versicherten, die über das persönliche Budget (§29 SGB IX) ihre Leistungen in der außerklinischen Intensivpflege individuell organisieren. Dieser Ausschluss ist erforderlich, da diese Versorgungsgruppe mittels verfügbarer Konten nicht abgebildet werden kann. Patientinnen und Patienten mit persönlichem Budget sind in den Analysen insofern nur indirekt enthalten, wenn sie invasiv beatmet werden, weil sie dann über den Hilfsmittelbezug eingeschlossen sind. Da es sich bei den Versicherten mit persönlichem Budget mit AKI-Versorgung nur um eine kleine Subgruppe handelt (n = 170 für den gesamten Beobachtungszeitraum), werden sie in der Routinedatenanalyse nicht gesondert berücksichtigt.

Operationalisierung des Beatmungszustandes und Limitationen

Zur Identifizierung von verschiedenen Beatmungsstatus in der AKI wurden nach Verbuchung eines Hilfsmittels nach den folgenden beiden Gruppen des Hilfsmittelkatalogs gesucht:

- Hilfsmittelgruppe 12 „Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie“
- Hilfsmittelgruppe 14 „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“

Aus diesen Selektionskriterien ergaben sich vier unterschiedliche Patientengruppen mit folgenden Überschriften:

- (1) **„Tracheostoma und Atem- oder Inhalationsgerät“**. Diese Versicherten sind versorgt mit Hilfsmitteln sowohl der „Atem- und Inhalationstherapiegeräte“ als auch Hilfsmittel der Gruppe „Tracheostoma und Laryngektomie“.
- (2) **„Tracheostoma und Beatmungsgerät (invasiv Beatmete)“**, d. h. diese Versicherten sind versorgt mit Beatmungsgerät aus der Gruppe 14 „Atem- und Inhalationstherapiegeräte“ sowie Hilfsmittel der Gruppe 12 „Tracheostoma und Laryngektomie“
- (3) **„Tracheostoma ohne Atem-, Beatmungs- oder Inhalationstherapiegerät“**, d. h. diese Versicherten sind ausschließlich versorgt mit Hilfsmitteln der Gruppe 12 „Tracheostoma und Laryngektomie“.
- (4) **„Übrige AKI-Patientinnen und -Patienten“**, d. h. hier sind alle übrigen versicherten der aufgegriffenen Studienpopulation enthalten

Zwar konnten anhand der Hilfsmitteldaten invasiv beatmete Patientinnen und Patienten in der AKI-Gesamtpopulation präzise identifiziert werden, nicht-invasiv beatmete Patienten lassen sich aus den Daten jedoch im Umkehrschluss nicht eindeutig herauslesen. Diese Unklarheit ergibt sich aus einer Einschränkung der Hilfsmitteldaten sowie aus der Art der Datenlieferung und der darin enthaltenen Auflistung von Beatmungsgeräten. Die Verordnung eines der aufgelisteten Beatmungsgeräte (siehe Tabelle 22) in Kombination mit einer Verordnung aus der Hilfsmittel-Gruppe 12 (Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie) identifiziert eine invasive Beatmung. Die nicht-invasive Beatmung hingegen lässt sich nicht eindeutig unterscheiden, da die gleichen Beatmungsgeräte sowohl für invasive als auch für nicht-invasive Beatmungstherapien verwendet werden können oder die Geräte, die explizit für nicht-invasive Anwendungen gelistet werden, auch in anderen Therapieformen der außerklinischen Intensivpflege zum Einsatz kommen, beispielsweise in der Therapie bei Schlafapnoe. Die Beatmungstherapie ist durch die Einstellung von oberen und unteren Druckniveaus definiert, die je nach Beatmungsmodus der Maschinen variieren. Wäre diese Informationen über die Einstellung der Geräte aus den Daten ersichtlich, könnten prinzipiell nicht-invasive Beatmungspatienten identifiziert werden. Diese Informationen sind jedoch nicht in den Hilfsmitteldaten zu finden, weswegen die Population der nicht-invasiv Beatmeten nicht eindeutig identifiziert werden kann. Tabelle 22 (im Anhang) zeigt die Untergruppen- und Artbezeichnung der selektierten Beatmungsgeräte, die in der Operationalisierung in Frage kommen.

Operationalisierung der in der Häuslichkeit Versorgten und Limitationen

Zudem war die Differenzierung der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme nach Versorgungsort noch nicht über die Kontierung möglich; erst ab 2023 wird diese auch Wohngruppen unterscheiden. Aufgrund der oben genannten Limitationen hinsichtlich der Kontierung wurde entschieden, die Versorgungsform über die Inanspruchnahme von SGB XI-Leistungen zu differenzieren: In der Häuslichkeit versorgt (oder auch „1:1-

Versorgt“ genannt) sind folglich diejenigen, die keinen Pflege-WG-Zuschlag nach § 38a SGB XI und keine vollstationäre Pflegeleistung nach § 43 SGB XI erhalten. Damit ist die Gruppe der häuslich Versorgten überschätzt, denn alle Personen, die in Wohngruppen leben, die nach SGB XI nicht anerkannt sind, werden ebenso als „1:1-Versorgt“ erfasst.

Operationalisierung der Differenzierung der Versorgten nach Raumordnungstyp und Limitationen

Die Differenzierung der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme nach siedlungsstrukturellen Kreistypen erfolgt nach dem Raumgliederungssystem des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) gemäß dem Gebietsstand 2022 des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS). Anhand der in den Versichertenstammdaten enthaltenen Postleitzahl (PLZ) des Wohnorts wurden die Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme in die folgenden siedlungsstrukturellen Kreistypen² (hier im Bericht als sozialräumliche Verteilung bezeichnet) eingeordnet:

- **Kreisfreie Großstädte:** Kreisfreie Städte mit mind. 100.000 Einwohner
- **Städtische Kreise:** Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mind. 50 % und einer Einwohnerdichte von mind. 150 E./km² sowie Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mind. 150 E./km²
- **Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätze:** Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mind. 50 %, aber einer Einwohnerdichte unter 150 E./km² sowie Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 % mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mind. 100 E./km²
- **Dünn besiedelte ländliche Kreise:** Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 % und einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 E./km²

Bedingung für eine Zuordnung nach diesem Merkmal ist die Verfügbarkeit einer gültigen PLZ in den Daten. Liegt keine gültige PLZ vor, werden die entsprechenden Versicherten in dieser Analyse nicht berücksichtigt. Diese Gruppe ist jedoch vernachlässigbar, da ihr Anteil über den gesamten Beobachtungszeitraum im Durchschnitt nur 2,7 % aller erfassten Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme betrug.

Operationalisierung der Erkrankungsgruppen (inklusive Vorgehen/Prozess) und Limitationen

Die Gründe für eine dauerhafte oder intermittierende Beatmung sowie für den medizinischen Bedarf einer Trachealkanüle sind heterogen, häufig multikausal und multifaktoriell bedingt (Karagiannidis et al. 2019). In der Regel liegt eine Störung des respiratorischen Systems vor, die entweder durch eine pulmonale bzw. eine hypoxäme Insuffizienz (respiratorische Insuffizienz Typ I, d. h. Lungenversagen bzw. eine Störung des Gasaustauschs) oder durch eine ventilatorische bzw. eine hyperkapnische Insuffizienz (respiratorische Insuffizienz Typ II, d. h. eine Beeinträchtigung der Atempump-Funktion) verursacht wurde (DGP 2017, Schäfer 2020, Laier-Groeneveld/Criée 2021, Räker et al. 2022). Besonders die hyperkapnische Insuffizienz führt in der Regel zum Bedarf

² Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2020–2024): Siedlungsstruktureller Kreistyp. <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html;jsessionid=9C1FE97607686BDC4A969EC7F7780820.live11293>, aufgerufen am 30.10.2024

einer invasiven und nicht-invasiven Beatmung und damit einhergehend zu einem besonderen Versorgungsbedarf. Die hypoxämie Insuffizienz begründet typischerweise eine Sauerstofftherapie und damit nicht per se eine invasive oder nicht-invasive Beatmung; in Verbindung mit einer schweren Grunderkrankung oder einer hohen Komorbidität kann hingegen ein Intensivpflegebedarf vorliegen.

Die Notwendigkeit einer Trachealkanüle ohne Beatmungsbedarf kann die Folge von bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe sowie von Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen sein (ebd.). Die Abgrenzung von trachealkanülierten Patientinnen und Patienten mit und ohne Beatmungsbedarf anhand von ambulant-ärztlichen Diagnosen stellt sich schwierig dar, ist vom individuellen Fall abhängig und bedarf zur Darstellung in der Analyse weiterer Operationalisierungsschritte.

Abgeleitet aus der Literatur lassen sich folgende Erkrankungsspektren definieren, die als ursächlich für eine respiratorische Insuffizienz Typ I und Typ II oder den Bedarf für eine Trachealkanülierung (mit und ohne Beatmungsbedarf) gelten können nach Laier-Groeneveld/Criée (2021):

- Atemantriebsstörungen (u. a. Udine-Syndrom, Hirnstamminfarkt)
- Schwächung der Atemmuskulatur muskulär, neuronal oder neuromuskulär (u. a. progressive Muskeldystrophie; Amyotrophe Lateralsklerose)
- Störungen der Atemmechanik (u. a. Kyphoskoliose, Thorakoplastik)
- Atemwegsobstruktionen (u. a. COPD, Asthma bronchiale).

Diese Erkrankungsspektren lassen sich entsprechend der verfügbaren medizinischen Fachliteratur sowie der Einschätzung von Beatmungsmedizinern (aus dem wissenschaftlichen Expertenbeirat) den in Tabelle 1 dargestellten Erkrankungen nach ICD-10 (Version 2022) und somit ambulant-ärztlichen Diagnosen zuordnen. Unter der Kategorie „Versorgungsmerkmal“ wurden ICD-Kennziffern gelistet, die bspw. Symptome von Krankheiten des Atmungssystems aufzeigen, aber keine spezifischen Erkrankungen darstellen, für die vorliegende Analyse jedoch die Abgrenzung der Subpopulationen (Art der Beatmung) ermöglichen.

Tabelle 1: Erkrankungs- und Versorgungsmerkmale mit ICD-10-Codes

Erkrankungs- und Versorgungsmerkmale	ICD-10-Codes
Erkrankungsmerkmale	
Atemantriebsstörungen (primär und sekundär)	C70.0-C72.9; C79.3; C79.4; G00.0-G09; G20.0-G20.91; G35.0-G35.9; G47.30; G47.32; G91.0-G94.8; I60.0-I69.8
Schwächung der Atemmuskulatur (muskulär, neural oder neuromuskulär)	G12.0-G12.9; G14; G61.0-G62.9; G70.0-G73.7; G80.0-G83.9; S14.11-S14.13; S24.11; S24.12; S34.10; S34.11
Atemwegsobstruktionen	E84.0-E84.9; G4731-G47.39; J44.0-J44.99; J45.0-J45.9; J46; J47; J60; J61; J80.0-J86.9; J90.0-J94.9; J98.0-J99.8; Q31.0-Q34.9; Q39.0-Q39.9
Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	G40.0-G41.9
Störungen der Atemmechanik durch thorakal restriktive Erkrankungen	E66.2-E6629; M41.0-M41.99; M45.0-M45.09
Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	C00.0-C1.48; C15.0-C15.9; C32.0-C38.8; C78.0-C78.3
Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	J95.0-J95.9
Versorgungsmerkmale	
Respiratorische Insuffizienz Typ I	J96.00; J96.10; J96.90
Respiratorische Insuffizienz Typ II	J96.01; J96.11; J96.91
Respiratorische Insuffizienz, Typ nicht näher bezeichnet oder klassifiziert	J96.0; J96.09; J96.1; J96.19; J96.9; J96.99
Versorgungsmerkmal Tracheostoma	J95.0; Z43.0; Z93.0
Dysphagie (Versorgungsmerkmal)	R13.0-R13.9
Versorgungsmerkmale Geräteabhängigkeit zur Beatmung	Z99.0; Z99.1
Palliativbehandlung	Z5.15

Quelle: Räker et al. 2022

© WiDO 2024

2 Deskription der AKI-Population

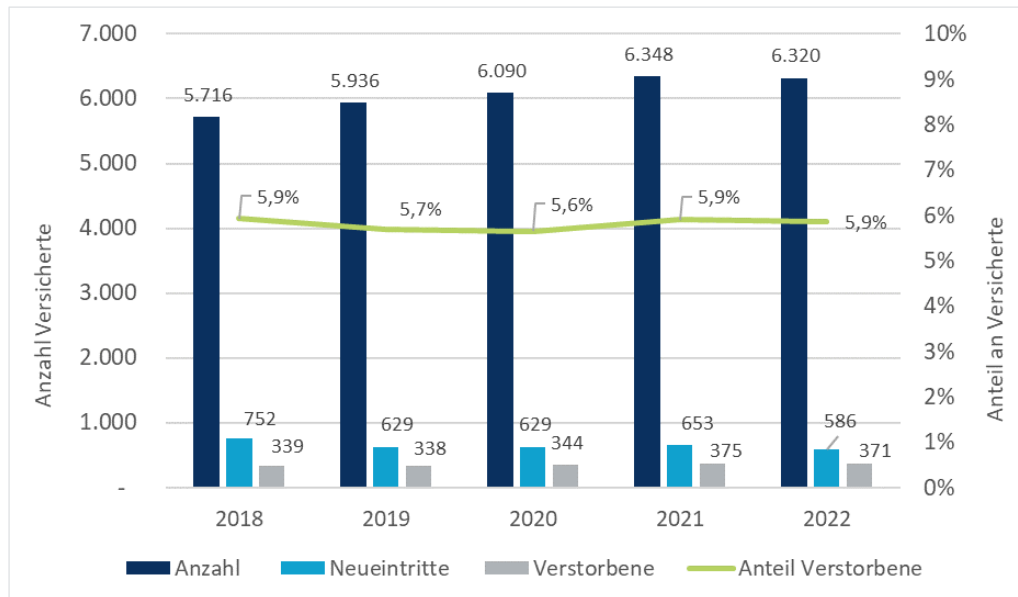
Im folgenden Kapitel werden die demografischen und versorgungsspezifischen Eckdaten der aufgegriffenen Population beschrieben. Anfangs werden Informationen zur Größenordnung unserer Population, zur Anzahl der Neueintritte und zur Verweildauer bereitgestellt. Anschließend werden nach dem gewählten Subgruppenschema das Alter, das Geschlecht und der Pflegegrad sowohl für die Grundgesamtheit als auch für die jeweiligen Subgruppen ausgezählt. Danach werden die spezifischen Versorgungsmerkmale der außerklinischen Intensivpflege wie der Beatmungsstatus und das Vorhandensein eines Tracheostomas berichtet. Schließlich werden die Verteilung nach Versorgungsort und sozialräumlichem Wohnkontext und zuletzt die Krankheits- und Versorgungsmerkmale dargestellt.

2.1 Anzahl, Neueintritte und Verweildauer in der AKI

Im Jahr 2022 waren laut der Routinedatenanalyse durchschnittlich 6.320 Versicherte im Rahmen der AKI versorgt (Abbildung 3); diese Zahl bedeutet einen Anstieg um 11 % im Vergleich zum Jahr 2018.³ Pro Quartal kommen zwischen rund 590 und 750 Versicherte neu hinzu. Die Anzahl derjenigen Versicherten, die zumindest einen Tag im Quartal in der außerklinischen Intensivpflege versorgt wurden und innerhalb des Quartals verstarben, lag über den gesamten Beobachtungszeitraum relativ stabil bei rund 6 % (Durchschnitt = 353 Versicherte).

³ Laut der amtlichen GKV-Statistik KG3 wurden im Jahr 2022 20.718 Versicherte im Rahmen der AKI versorgt (BMG 2024a). In den Jahren bis 2021 wurde die Kontierung in der amtlichen GKV-Statistik jedoch noch in Fällen erfasst, weshalb der konstatierte Rückgang in der erfassten Gesamtzahl im Vergleich zum Jahr 2021 (22.199) keinen Aufschluss darüber geben kann, ob tatsächlich ein Rückgang stattfand. Im Jahr 2018 waren insgesamt 22.041 Fälle verzeichnet. Aussagen über eine allgemeine Fallzunahme sind anhand dieser Zahlen nicht möglich.

Abbildung 3: Anzahl, Neueintritte und verstorbene Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme (2018–2022; im Durchschnitt je Quartal)

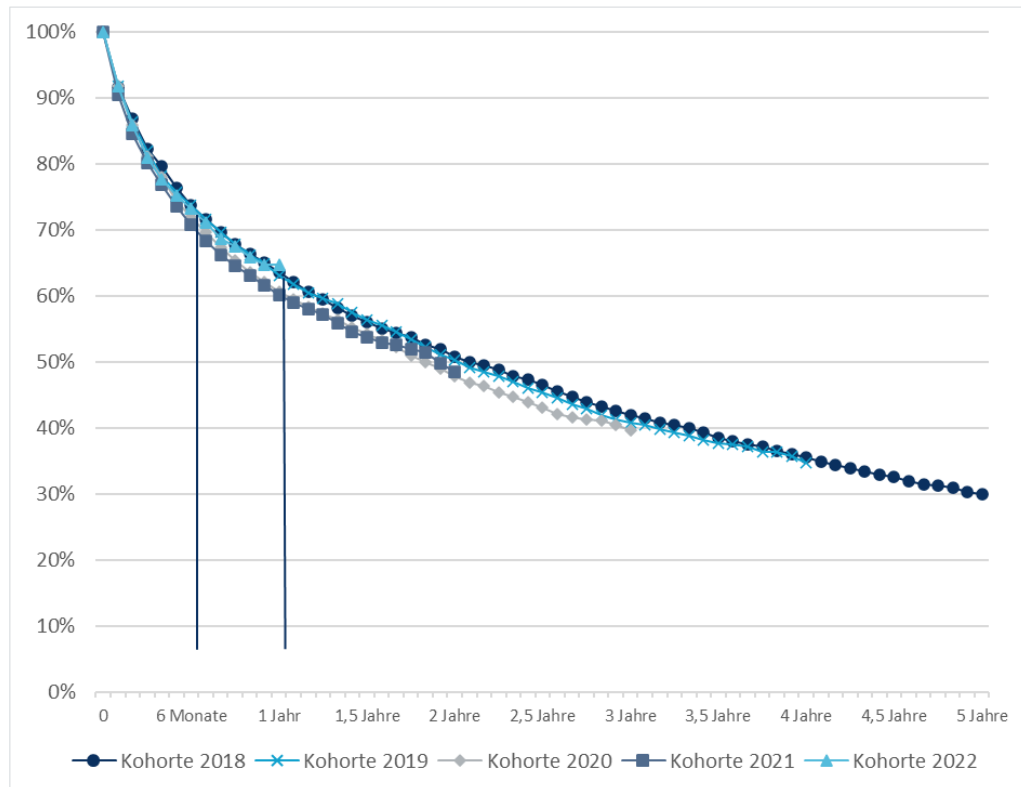


Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

In Bezug auf der Überlebensdauer nach AKI-Beginn versterben im Durchschnitt in allen Jahreshkohorten rund 30 % aller Versicherten in der AKI nach einem halben Jahr und 40 % nach einem Jahr (Abbildung 4). Rund 50 % der Versicherten in der AKI versterben zwei Jahre nachdem die AKI-Versorgung zuerst verordnet wurde. Die Überlebenskurven der Jahreshkohorten im Beobachtungszeitraum weisen leichte Unterschiede auf: Bei erstmaliger AKI-Versorgung im Jahr 2020 und 2021 wurde in den ersten 18 Beobachtungsmonaten ein höherer Anteil an Verstorbenen (60 % nach einem Jahr) verzeichnet als bei den Jahreshkohorten davor und danach. Ab dem Jahr 2022 zeigt die Kurve eine Rückkehr zu früheren Zahlen. Diese Entwicklung könnte ihre Ursache in der Corona-Pandemie haben, die in den ersten zwölf Monaten der Kohorten 2020 und 2021 ihre stärkste epidemische Ausweitung in der deutschen Bevölkerung erfuhr.

Abbildung 4: Anteil an überlebenden Versicherten mit einer Verordnung für die außerklinische Intensivpflege in Jahreskohorten nach Monatsende



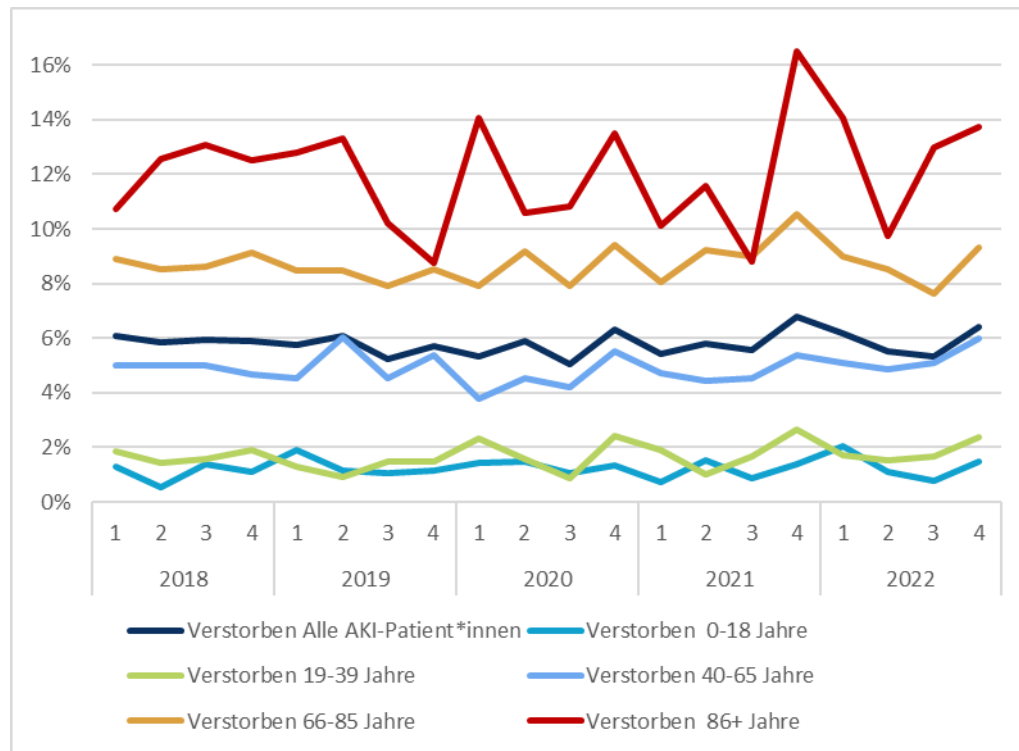
Mit Beginn im Jahr 2018 werden für jede Jahreskohorte die Versterbenzzahlen für jeden Monat nach Beginn der AKI-Verordnung summiert. Die längste Kurve mit einem Zeitraum von 5 Jahren entspricht der Kohorte 2018, die kürzeste Kurve entspricht dem kürzesten Beobachtungszeitraum der Kohorte 2022. Nicht einbezogen wurden Versicherte, die nicht seit AKI-Beginn im AOK-System waren/sind.

Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil an Verstorbenen der jeweiligen Altersgruppen (Abbildung 5). Die jüngeren Alterssegmente zwischen 0 und 49 Jahren haben relativ ähnliche Anteile an Verstorbenen im gesamten Beobachtungszeitraum in Bezug zu der jeweiligen Prävalenz im Durchschnitt der Quartale. (Das arithmetische Mittel zum Anteil an Verstorbenen an der altersspezifischen Prävalenz beträgt für die 0- bis 18-Jährigen 1,2 % und für die Versicherten zwischen 19 und 39 Jahren 1,7 %). Bei den höheren Altersgruppen (40–65; 66–85, 86+) steigt der Durchschnitt von jeweils 4,9 % bzw. 8,7 % bei den 40- bis 65-Jährigen bzw. 66- bis 85-Jährigen auf 12,0 % bei den Versicherten ab 86 Jahre.

Abbildung 5: Anteil der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme, die während oder nach der AKI-Versorgung verstarben, nach Alter (2018–2022)

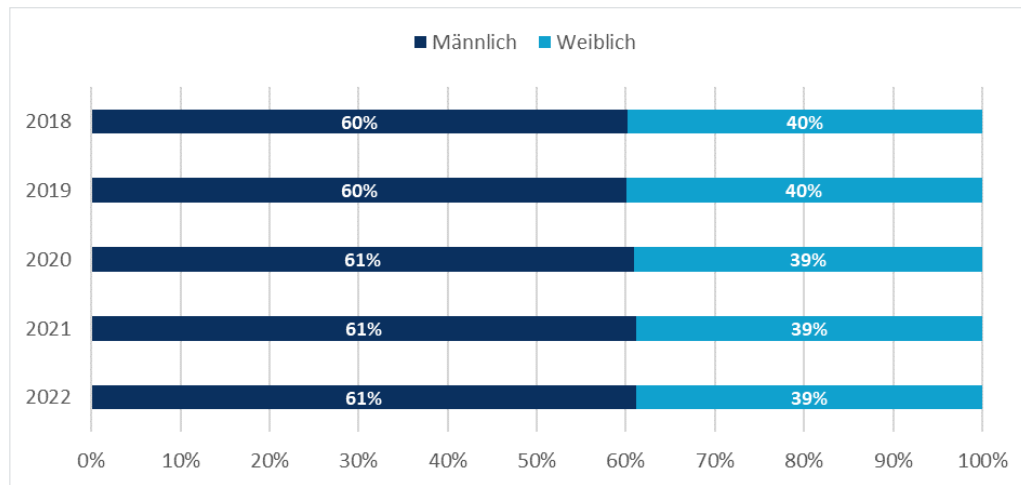


Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

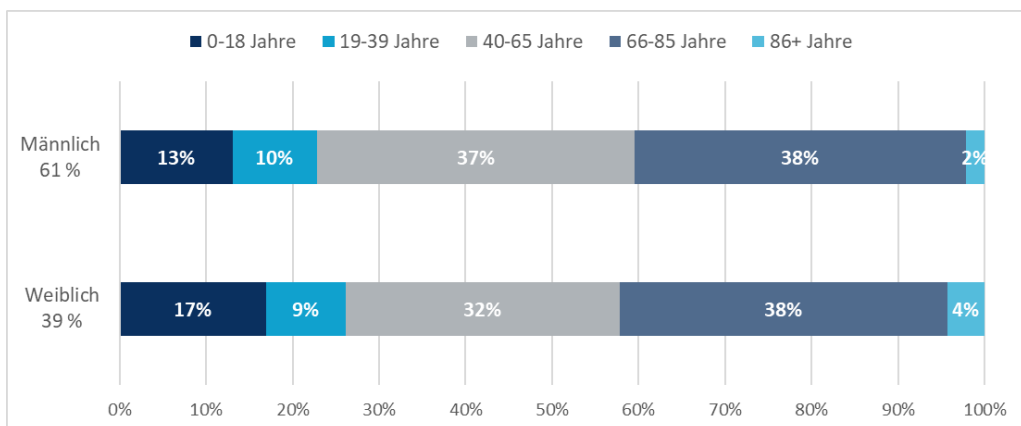
2.2 Alter und Geschlecht, Pflegegrad

Patientinnen und Patienten mit AKI sind im Beobachtungszeitraum mehrheitlich männlich (61 %) (Abbildung 6). Im Jahr 2022 waren die Männer zu 75 % zwischen 40 und 85 Jahren, während 70 % der Frauen sich in dieser Altersgruppe befanden (Abbildung 7). 17 % der weiblichen Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme sind zwischen 0 und 18 Jahre alt, während bei den Männern diese Altersgruppe lediglich 13 % ausmacht (Abbildung 7).

Abbildung 6: Anteil Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme nach Geschlecht (2018–2022)

Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

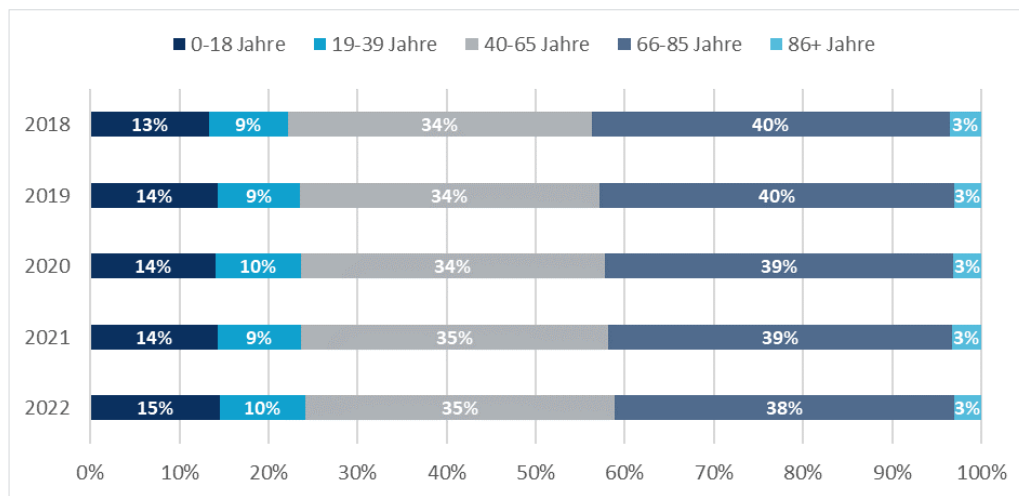
© WIdO 2024

Abbildung 7: Anteil Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht (2022)

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

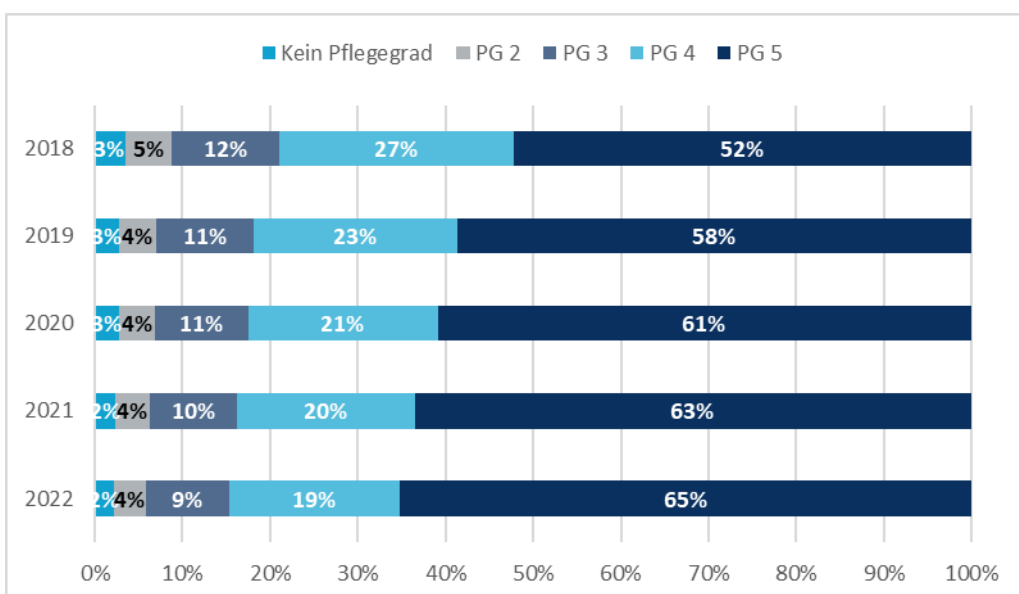
Die Altersverteilung im Zeitverlauf zeigt mit insgesamt 15 % im Jahr 2022 einen großen Anteil an Kindern und Jugendlichen (0–18 Jahre) (Abbildung 8). Im Zeitverlauf seit 2018 ist diese Gruppe leicht gewachsen. Den größten Anteil hat, wie in der differenzierten Betrachtung nach Geschlecht, die Altersgruppe zwischen 66 und 85 Jahren mit rund 40 % über die Jahre. Lediglich 3 % der Empfängerinnen und Empfänger sind über 86 Jahre alt.

Abbildung 8: Altersverteilung Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme (2018–2022)

Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Bei der Betrachtung nach Pflegegraden ist es aufgrund der vermeintlich hohen Morbidität von Menschen mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf nicht verwunderlich, dass 2022 65 % der identifizierten Versicherten mit AKI den Pflegegrad 5 aufwiesen (Abbildung 9). Dieser Anteil hat sich seit 2018 um 13 % erhöht, während sich der Anteil von Pflegegrad 4 deutlich verringert hat. Auffällig ist, dass nicht alle Betroffenen einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung aufweisen: Zwischen 2 % und 3 % mit Leistungsanspruchnahme im AKI-Bereich haben keinen Pflegegrad. Pflegegrad 1 wurde aus der Betrachtung ausgeschlossen, da der Anteil über die Jahre zwischen 0 % und 1 % lag.

Abbildung 9: Anteil Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme (AKI) nach Schwere der Pflegebedürftigkeit (2018–2022)

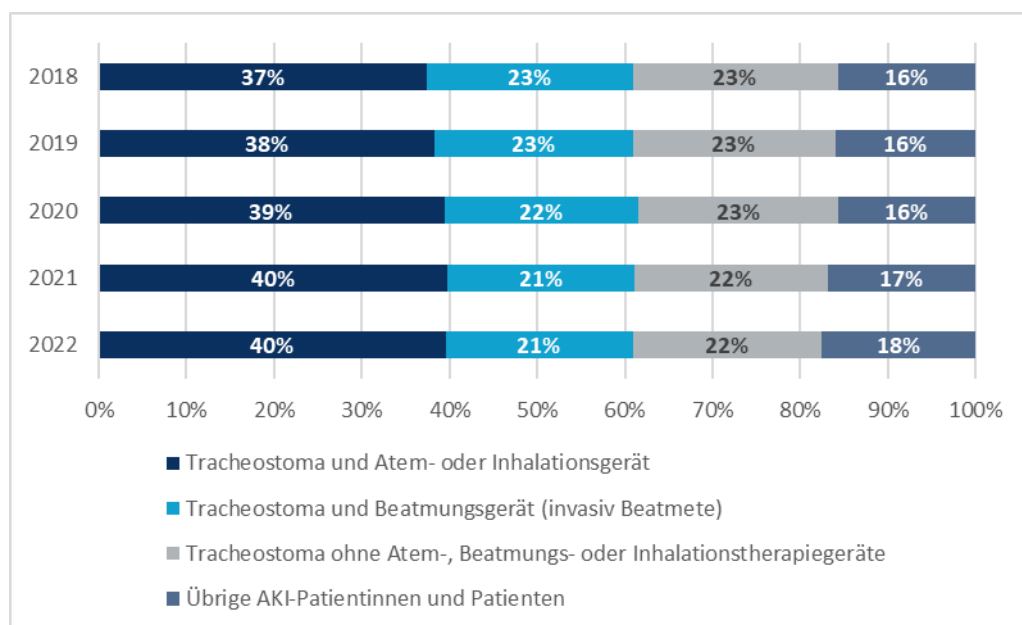
Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

2.3 Beatmungsstatus und Tracheostoma

Lediglich 21 % der AKI-Patientinnen und -Patienten hatten im Jahr 2022 ein spezifisches Beatmungsgerät, sodass eine invasive Beatmung abgeleitet werden konnte (siehe Abschnitt 1.5 Operationalisierung). Den größten Anteil der Versicherten mit AKI machten im Jahr 2022 mit 40 % diejenigen mit Tracheostoma und einem Atem- oder Inhalationsgerät (spezifische Beatmungsgeräte ausgeschlossen) aus, 22 % hatten nur ein Tracheostoma oder eine Laryngektomie ohne Atem-, Beatmungs- oder Inhalationstherapiegeräte (Abbildung 10). Die übrigen 18 % der AKI-Patienten hatten keine operative Intervention wie Tracheostoma oder Laryngektomie, jedoch Atem- oder Inhalationstherapiegeräte verordnet bekommen. Im Zeitverlauf des Beobachtungszeitraums von 2018 bis 2022 ist der Anteil an Tracheotomierten mit einem Atem- oder Inhalationsgerät um 3 % gewachsen, mit einem leichten Rückgang von invasiv Beatmeten und Versicherten mit Tracheostoma ohne Atem-, Beatmungs- oder Inhalationsgeräte.

Abbildung 10: Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme nach Beatmungsstatus (2018–2022)

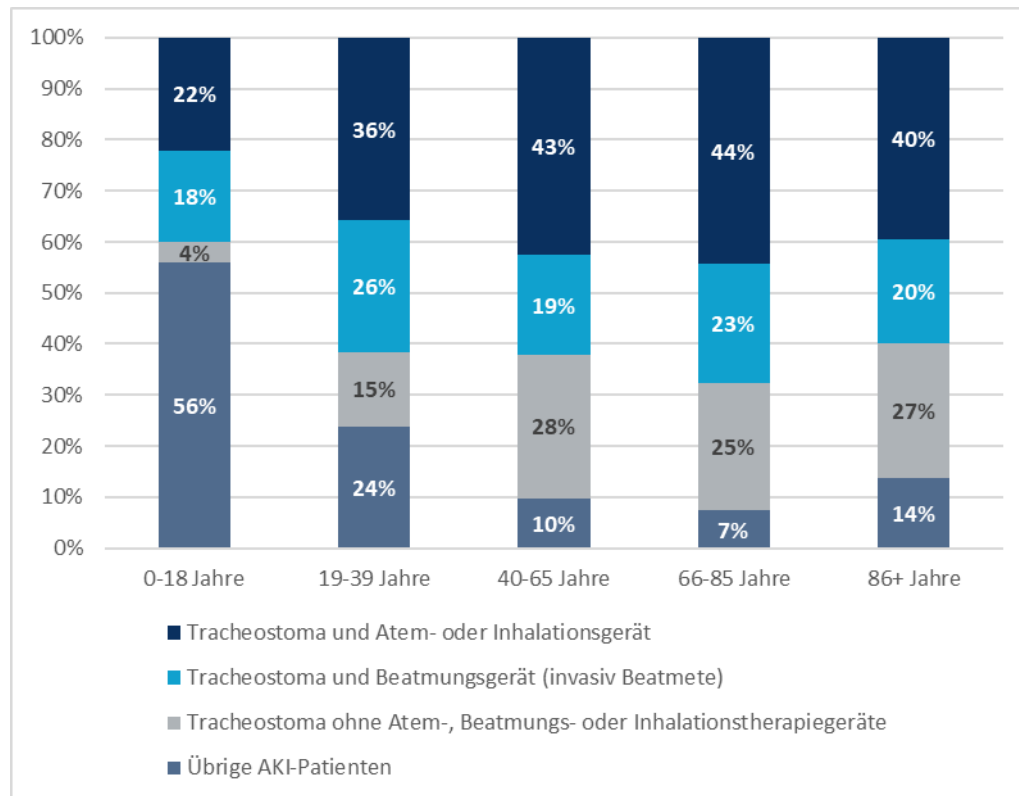


Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Die Betrachtung der AKI-Versicherten nach Beatmungsstatus und Altersgruppe macht die Heterogenität der Klientel deutlich (Abbildung 11): Bei den Kindern und Jugendlichen (0–18 Jahre) wird der Großteil (56%) mit einem Atem- oder Inhalationstherapiegerät und keinem Tracheostoma bzw. in Kombination mit einem Atem-, Beatmungs- oder Inhalationstherapiegerät versorgt. Die Altersgruppe mit dem höchsten Anteil an Tracheotomierten (44 %) sind die Versicherten zwischen 66 und 85 Jahren. Der höchste Anteil an invasiv Beatmeten (26%) findet sich hingegen in der Altersgruppe zwischen 19 und 39 Jahren.

Abbildung 11: Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme nach Beatmungsstatus nach Altersgruppen (2022)



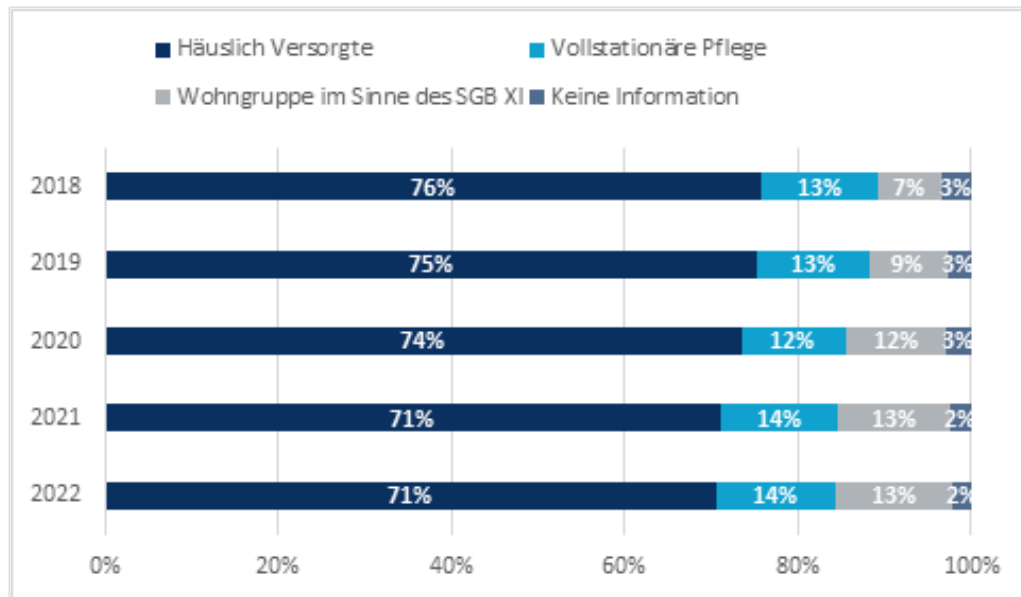
Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

2.4 Versorgungsort

Die Aufschlüsselung nach Versorgungsort der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme im Jahr 2022 zeigt, dass 14 % vollstationär und 13 % in Wohngruppen im Sinne des SGB XI gepflegt werden (Abbildung 12). Die große Mehrheit (71 %) wird in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Bei 2 % ist aufgrund des fehlenden Pflegegrades keine Identifizierung des Versorgungsortes möglich. Im Zeitverlauf (2018–2022) ist die Zahl der häuslich Versorgte um 5 % gesunken, während die Zahl der Versicherten, die in Wohngruppen im Sinne des SGB XI versorgt wurden, um 5 % gestiegen ist.

Abbildung 12: Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme nach Versorgungsort (2018–2022)

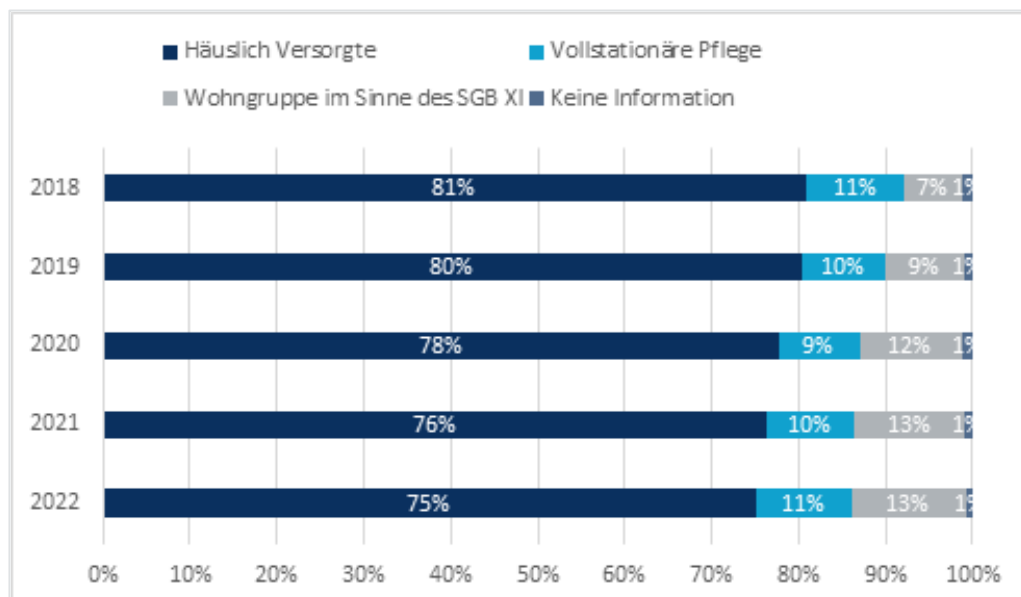


Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Die Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI im Jahr 2022 in der Subgruppe der invasiv Beatmeten in außerklinischer Intensivpflege zeigt einen höheren Anteil (75 %) der Versicherten, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, während ein geringerer Anteil als in der Gesamtbevölkerung (11 %) im Rahmen vollstationärer Pflege versorgt wird (Abbildung 13).

Abbildung 13: Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme und invasiver Beatmung nach Versorgungsort (2018–2022)



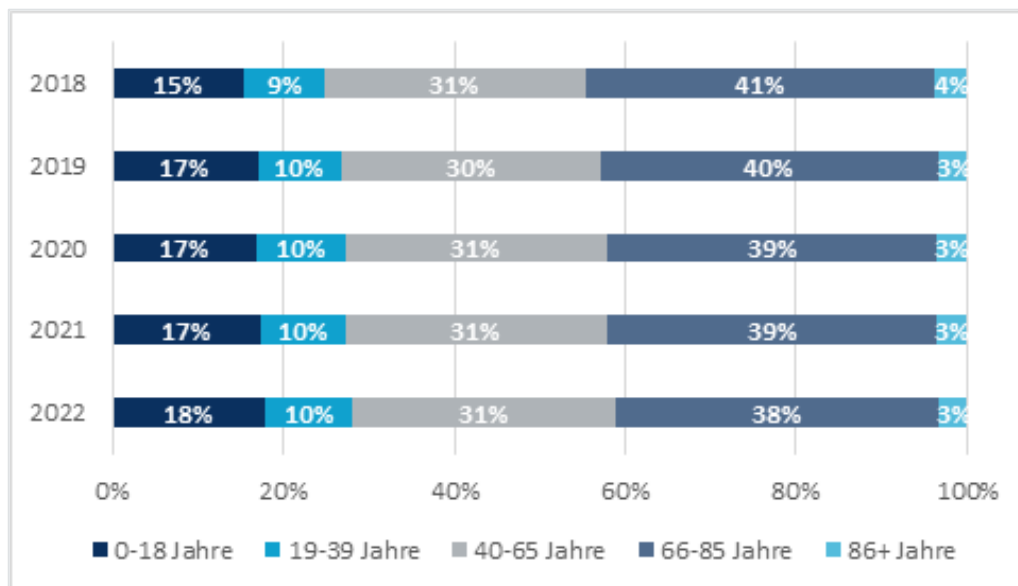
Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Bei der Betrachtung der einzelnen Versorgungsorte zeigt sich eine leichte Variation in der Altersverteilung: Die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit weist im Vergleich

zur vollstationären Pflegeversorgung und zur Versorgung in Wohngruppen einen deutlich höheren Anteil an Versicherten im Alter von 0 bis 18 Jahren auf, der im Beobachtungszeitraum zwischen 15 % und 18 % liegt (Abbildung 14). Der Anteil an Versicherten im Alter von 19 bis 39 Jahren ist in allen Versorgungsorten relativ ähnlich und liegt zwischen 9 % und 10 %. In der mittleren Altersgruppe (40–65 Jahre) finden sich die höchsten Anteile in der vollstationären Pflegeversorgung (Abbildung 15), während die niedrigsten Anteile in der häuslichen Versorgung zu verzeichnen sind (Abbildung 14). Die höchsten Anteile an Versicherten im höheren Lebensalter sind in der Versorgung durch Wohngruppen zu finden, wo Versicherte im Alter über 66 Jahre etwa 50 % der dort versorgten Personen ausmachen. (Abbildung 16).

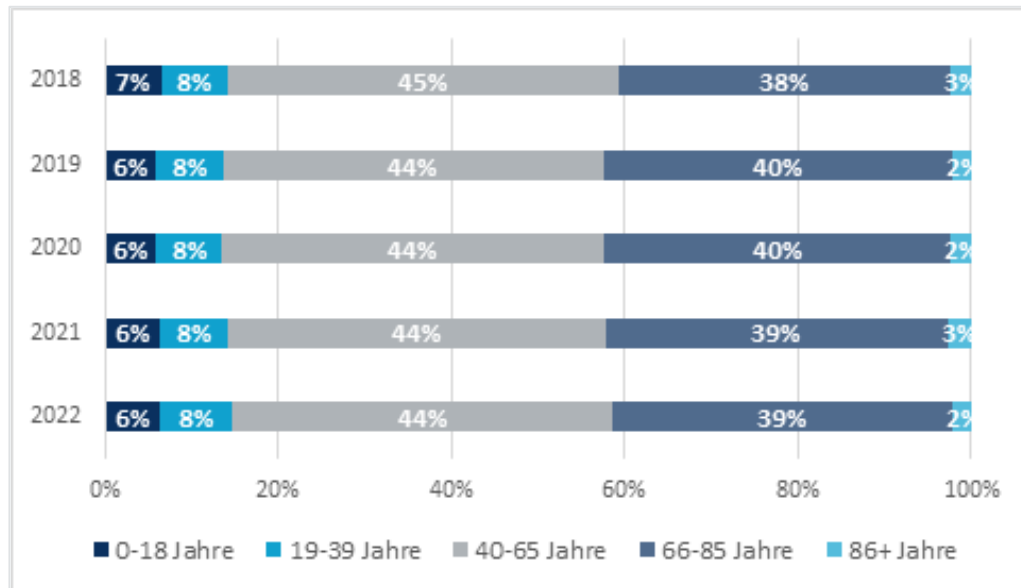
Abbildung 14: Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme in der häuslichen Versorgung nach Altersgruppen (2018–2022)



Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

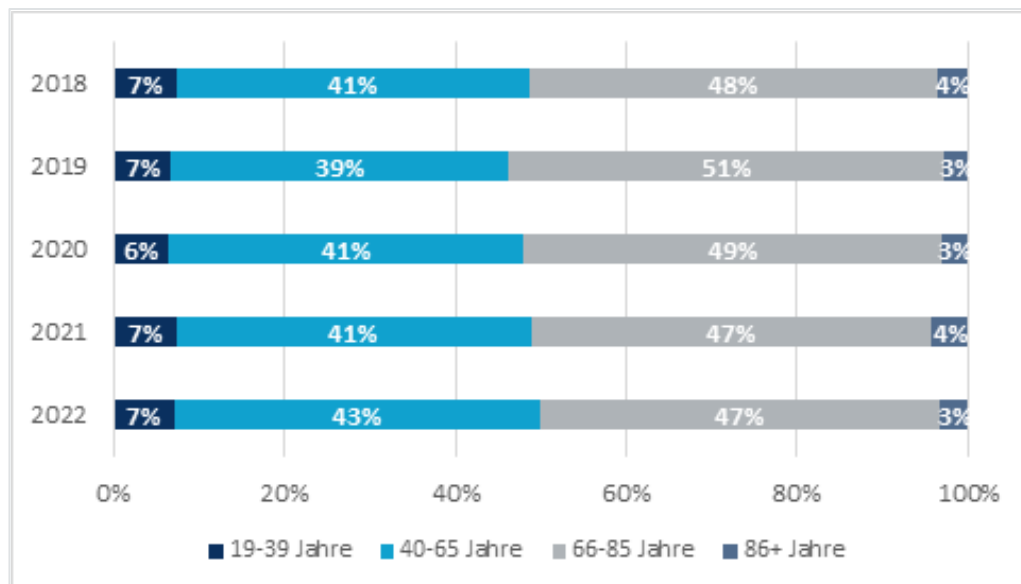
Abbildung 15: Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme in der vollstationären Pflege nach Altersgruppe (2018–2022)



Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Abbildung 16: Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme in Wohngruppen nach SGB XI nach Altersgruppen (2018–2022)



Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

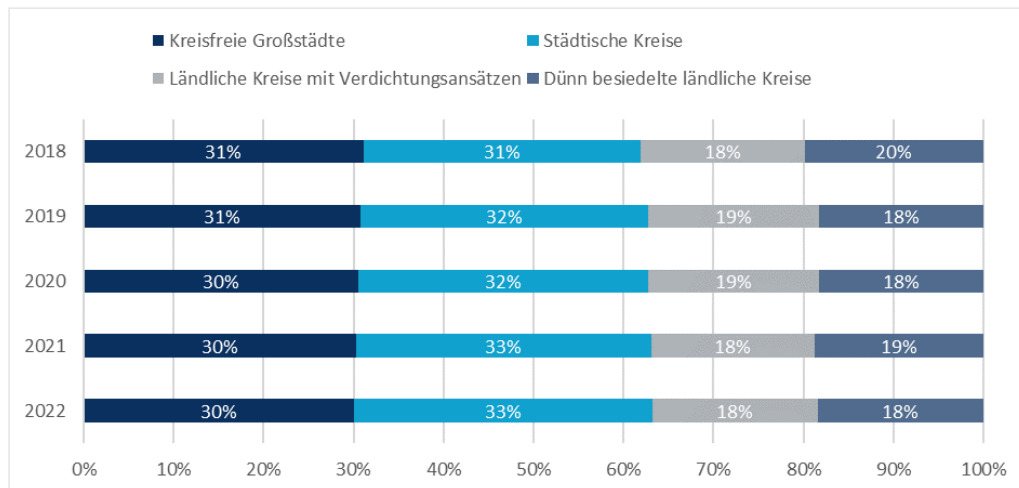
© WIdO 2024

2.5 Sozialräumliche Verteilung

Der Wohnort der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme wurde in vier Kategorien je nach Einwohnerdichte verteilt: Kreisfreie Großstädte, städtische Kreise, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelte ländliche Kreise. Für diese Zuordnung nutzen wir das Raumgliederungssystem des Bundesinstituts für Bau-, Stadt-

und Raumforschung (BBSR) gemäß dem Gebietsstand des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS) für das Berichtsjahr 2022, wie im Unterkapitel 1.5 bereits erläutert. Im zeitlichen Verlauf hat sich die sozialräumliche Verteilung der Wohnorte der Versicherten mit AKI-Versorgung kaum geändert: Rund 63 % wohnen in urbanen Gebieten, während die restlichen 36% in eher ländlichen Räumen wohnen (Abbildung 17).

Abbildung 17: Sozialräumliche Verteilung der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme (2018 – 2022)

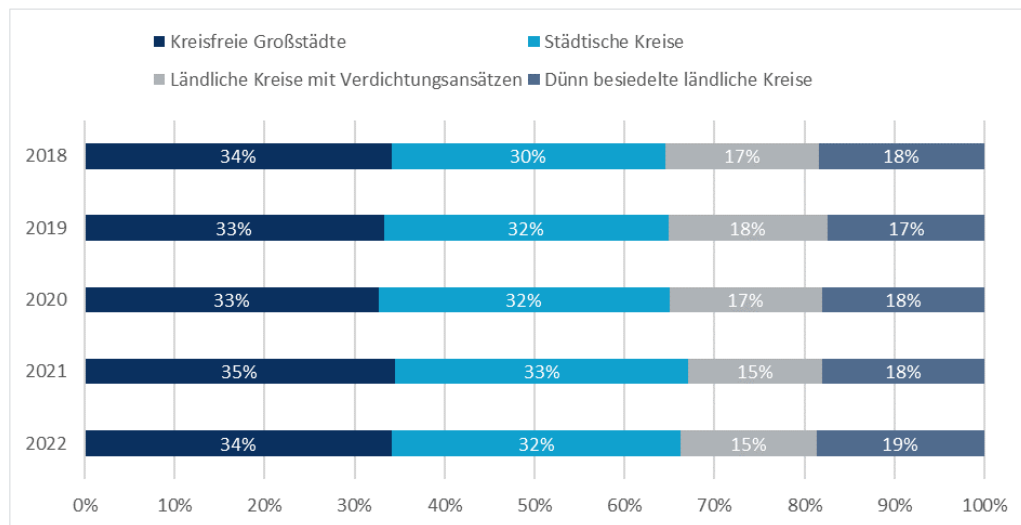


Quelle: AOK-Daten (2018–2022), BBSR (2022)

© WIdO 2024

Bei den Versicherten mit einer invasiven Beatmung (Abbildung 18) ist die relative Anzahl, die in urbanen Gebieten wohnhaft sind, über die Jahre des Beobachtungszeitraums im Durchschnitt leicht höher (66 %). Auch bei den Versicherten mit einer Versorgung in der vollstationären Pflege (Abbildung 19) fällt der Anteil derjenigen, die in urbanen Gebieten wohnen, über die Jahre mit 65 % im Durchschnitt leicht höher aus als in der Gesamtpopulation.

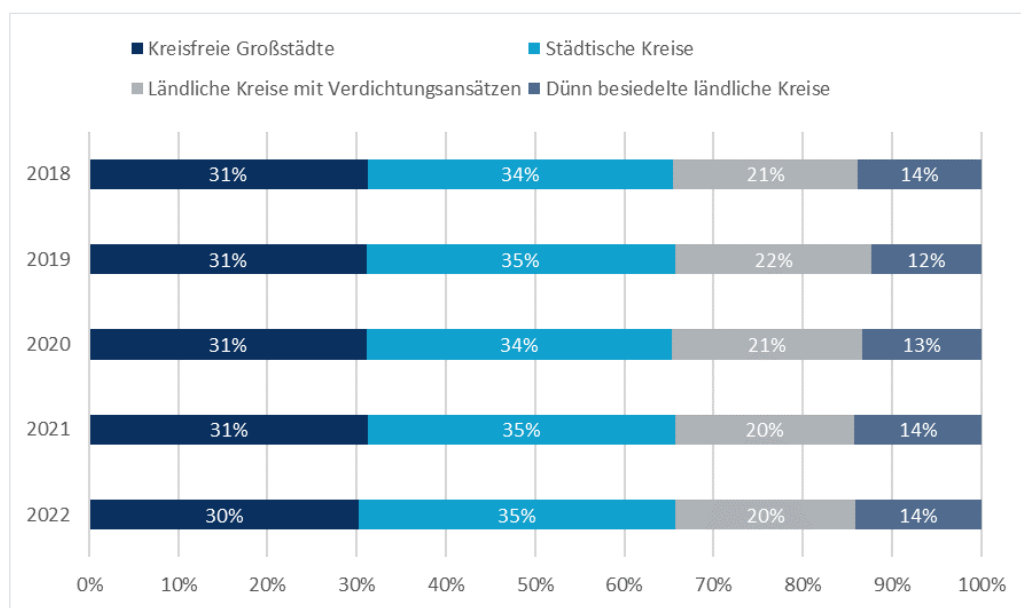
Abbildung 18: Sozialräumliche Verteilung der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme und invasiver Beatmung (2018 – 2022)



Quelle: AOK-Daten (2018–2022), BBSR (2022)

© WIdO 2024

Abbildung 19: Sozialräumliche Verteilung der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme und vollstationärer Pflege (2018–2022)



Quelle: AOK-Daten (2018–2022), BBSR (2022)

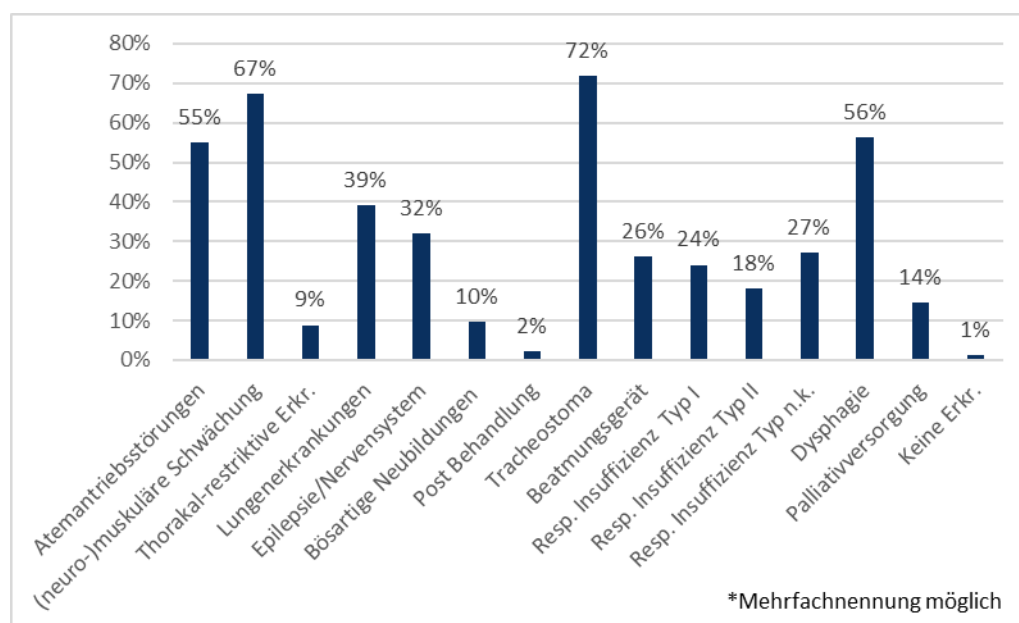
© WIdO 2024

2.6 Krankheits- und Versorgungsmerkmale der AKI-Patientinnen und -Patienten

Für die Beschreibung der Krankheits- und Versorgungsmerkmale, die der AKI-Versorgung zugrunde liegen, wurden ambulant-ärztlich dokumentierte Diagnosen und Krankenhausdiagnosen des Betrachtungsjahres 2022 herangezogen und nach der beschriebenen Operationalisierung in Tabelle 1 Versicherte mit mindestens einer Diagnosestellung den jeweiligen Merkmalsgruppen zugeordnet. Die Abbildung 20 zeigt die prozentuale Verteilung verschiedener Krankheits- und Versorgungsmerkmale bei Patientinnen und Patienten, die außerklinische Intensivpflege benötigen. Die Datengrundlage umfasst mehrere Diagnosen gesetzlich Versicherter, sodass Mehrfachnennungen möglich sind.

Für rund zwei Drittel (67 %) aller Versicherten mit AKI wurde im Jahr 2022 eine Erkrankung diagnostiziert, die mit einer muskulären, neuralen oder neuromuskulären Schwächung der Atemmuskulatur einhergeht. Ähnliche Prävalenz haben die Diagnosen zu (primärer und sekundärer) Antriebsstörung mit 55 % und die Dysphagie mit 56 % aller Versicherten. Lungenerkrankungen sind bei fast 40 % der Patienten vorhanden und auch Erkrankungen des Nervensystems, einschließlich Epilepsie (32 %), spielen eine wesentliche Rolle. Bösartige Neubildungen (10 %) und die Folgen von operativen Behandlungen (2 %) betreffen einen kleineren, aber dennoch signifikanten Teil der Patientengruppe. Über 70 % der Patienten haben ein Tracheostoma und etwa ein Viertel benötigt ein Beatmungsgerät, was die Schwere der Atemwegserkrankungen unterstreicht. Die verschiedenen Typen von respiratorischer Insuffizienz sind ebenfalls weit verbreitet, wobei der nicht klassifizierte Typ am häufigsten auftritt. 14 % erhalten palliative Pflege, was auf eine erhebliche Belastung und den Bedarf an spezialisierter Betreuung hinweist.

Abbildung 20: Krankheits- und Versorgungsmerkmale der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme (2022; im Durchschnitt der Quartale)

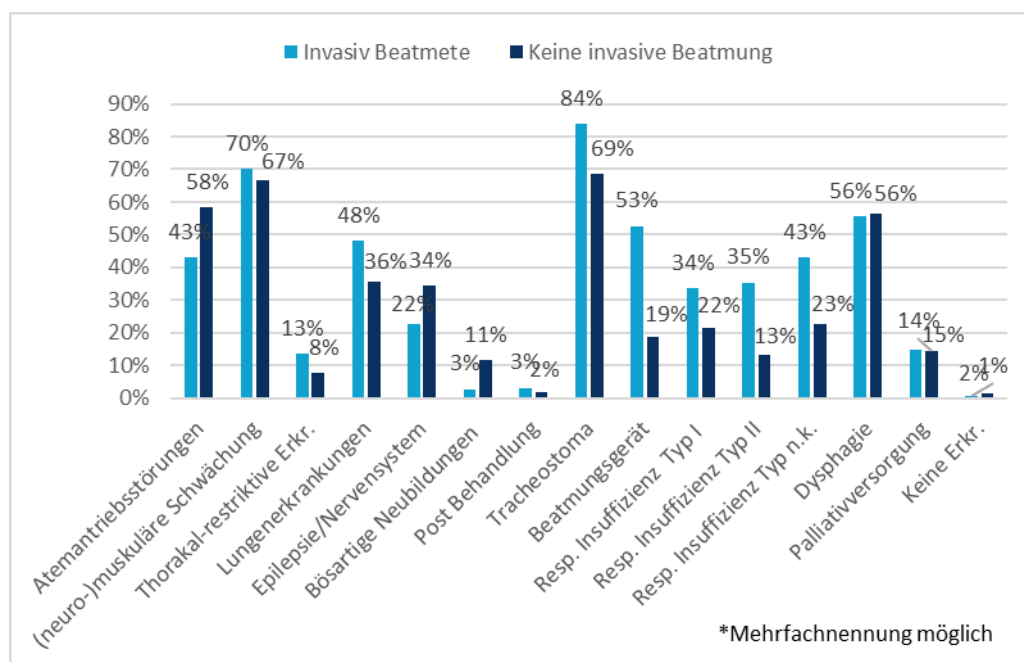


Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

Beim Vergleich der Subgruppe der invasiv Beatmeten mit denjenigen Versicherten, die eine AKI-Inanspruchnahme ohne invasive Beatmung (Abbildung 21) erhalten, fällt auf, dass der Anteil ärztlicher Diagnosen für Atemantriebsstörungen bei den Versicherten ohne invasive Beatmung höher ist (58 %) als bei den invasiv Beatmeten (43 %). Auch bei der Epilepsie und anderen Erkrankungen des Nervensystems sowie bei bösartigen Neubildungen ist der Anteil der Versicherten ohne invasive Beatmung höher als jener der invasiv Beatmeten. Das Versorgungsmerkmal der Dokumentation eines Tracheostomas ist bei den invasiv Beatmeten höher als bei denen ohne invasive Beatmung. Dass dieser Anteil (84 %) nicht bei 100 % liegt, deutet auf Ungenauigkeiten in der ärztlichen Dokumentation hin. Die höheren Anteile an respiratorischer Insuffizienz verschiedener Typen weisen zudem auf den erhöhten Versorgungsbedarf der Beatmungsmedizin für diese Gruppe hin. Allerdings deutet der gleiche Anteil an Versicherten mit Dysphagie in beiden Gruppen (56 %) darauf hin, dass von Dysphagie betroffene Personen eines besonderen Fokus bedürfen.

Abbildung 21: Krankheits- und Versorgungsmerkmale nach Beatmungsstatus in der AKI im Durchschnitt der Quartale im Jahr 2022



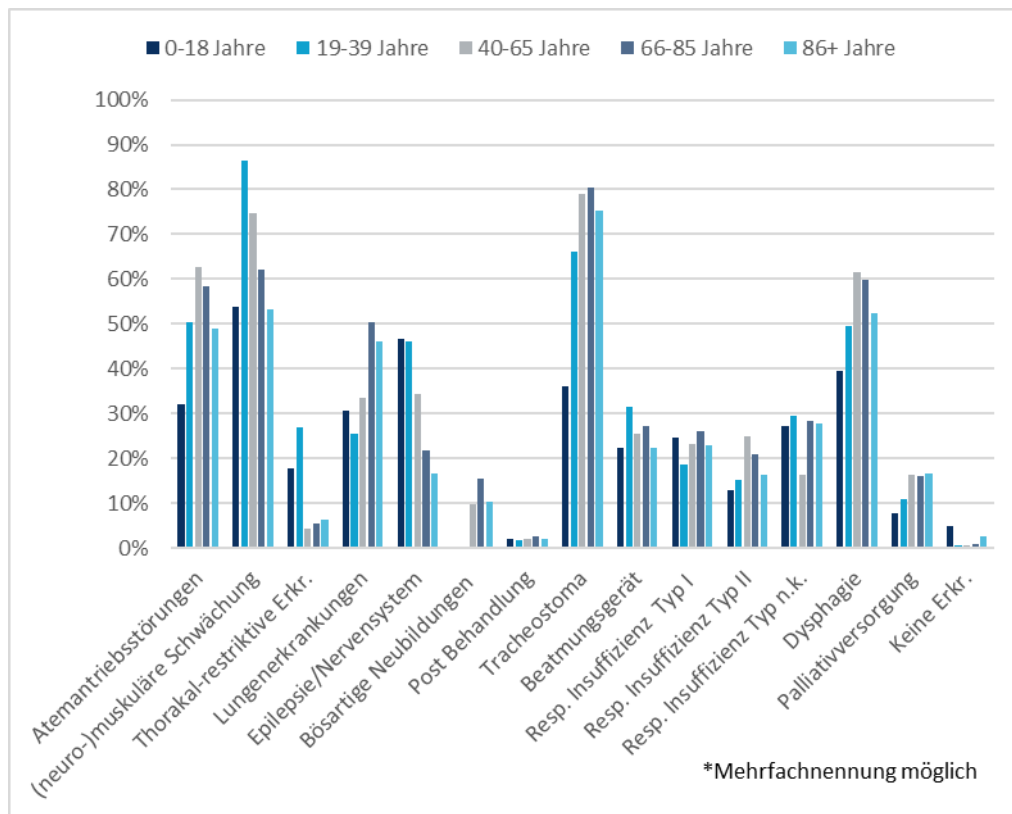
Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

Bei den Altersgruppen ergibt sich ein weiterer Hinweis auf die große Heterogenität dieser Population der Spezialversorgung (Abbildung 22). Dabei ist zu beachten, dass Mehrfachnennungen möglich sind. Bei den Kindern und Jugendlichen (0–18 Jahre) fallen die größten Anteile auf die neuromuskuläre Schwächung (54 %) und auf Epilepsie sowie weitere Krankheiten des Nervensystems (47 %). Versicherte im Alter zwischen 19 und 39 Jahren haben einen deutlich höheren Anteil an (neuro-)muskulärer Schwächung (86 %) im Vergleich zu den anderen Altersgruppen. Die mittlere Altersgruppe (40–65 Jahre) und quantitativ zweitgrößte Subgruppe der Grundgesamtheit hat den größten Anteil an Versicherten mit einer Atemantriebsstörung (63 %) und den zweitgrößten Anteil mit dem Versorgungsmerkmal Tracheostoma (79 %). Die quantitativ größte Subgruppe der Grundgesamtheit ist die Altersgruppe zwischen 66 und 85 Jahren. Diese zeigt hohe Anteile an Atemantriebsstörungen (58 %), (neuro-)muskulären

Erkrankungen (62 %), Lungenerkrankungen (50 %), Tracheostoma (80 %) und Dysphagie (60 %). Die älteste Altersgruppe (86+) zeigt wiederum hohe Anteile an Lungenerkrankungen (46 %) und Tracheostoma (80 %).

Abbildung 22: Krankheits- und Versorgungsmerkmale nach Altersgruppen in der AKI im Durchschnitt der Quartale im Jahr 2022



Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

3 Sektorübergreifende Schnittstellen in der Behandlung der AKI-Patientinnen und -Patienten

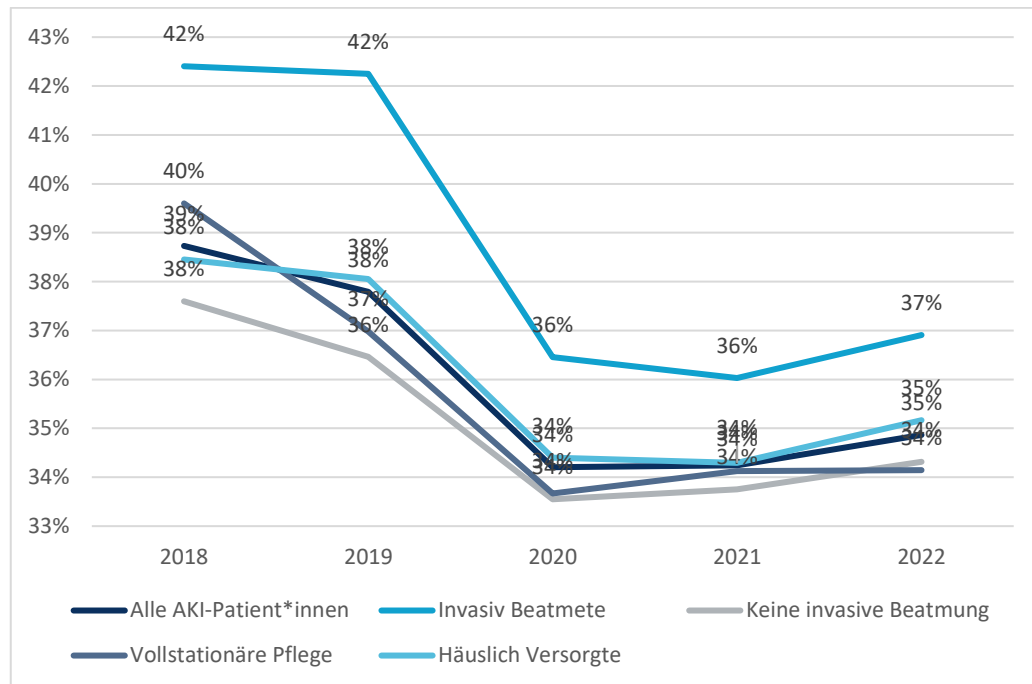
3.1 Schnittstelle Krankenhaus

3.1.1 Häufigkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten und ggf. Beatmungsstunden

Das Krankenhaus ist für Patientinnen und Patienten mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege nicht nur am Anfang ihrer Erkrankung, sondern auch im weiteren Krankheitsverlauf ein essenzieller Behandlungs- und Versorgungsort. Im Folgenden werden Eckdaten der Krankenhausversorgung vorgestellt und nach den oben bereits vorgestellten Subgruppen im Detail weiter beschrieben.

Der Anteil an Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme, die im Durchschnitt der Quartale mindestens einen Krankenhausaufenthalt hatten, ist laut Abbildung 23 bei der Gesamtzahl von über 39 % im Jahr 2018 auf 34 % im Jahr 2020 gesunken und 2022 wieder leicht auf 35 % gestiegen. Die Subgruppe mit den höchsten Anteilen an Krankenhausaufenthalten sind die invasiv Beatmeten mit 42 % im Jahr 2018 und über 37 % im Jahr 2022. Die Gruppe der Versicherten ohne invasive Beatmung weist im Vergleich die niedrigsten Quoten an Krankenhausaufenthalten auf. Im Durchschnitt der Quartale sank dieser Wert von fast 38 % im Jahr 2018 auf 34 % im Jahr 2022. Der Unterschied zwischen den Gruppen, die nach dem Versorgungsort unterschieden werden, liegt bei unter einem Prozent und ist daher minimal.

Abbildung 23: Anteil der AKI-Population mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Quartal

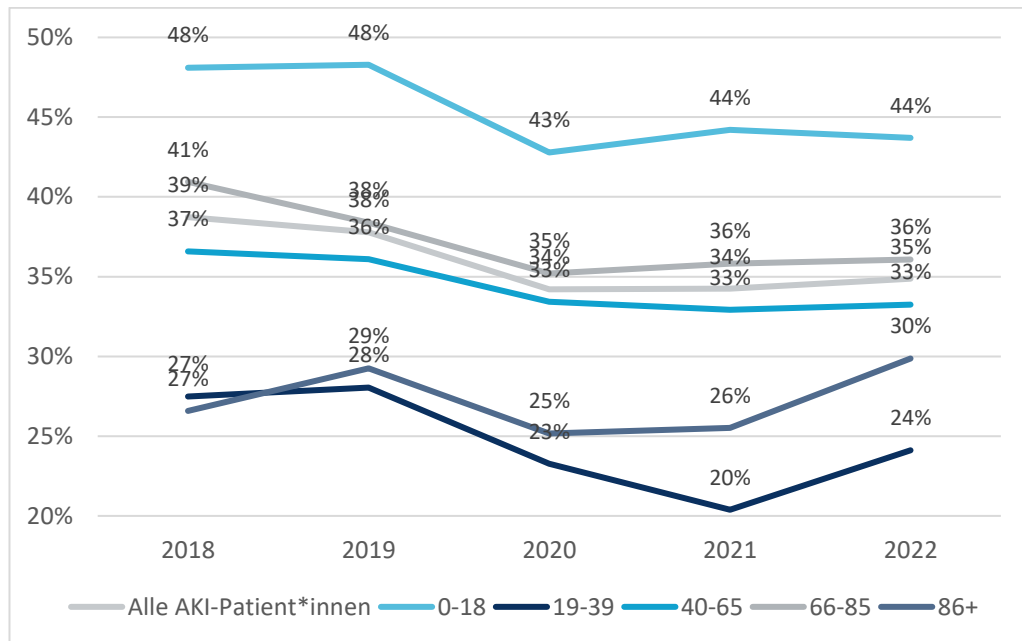


Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Die Verteilung der Anteile an Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme nach Altersgruppen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt (Abbildung 24) zeigt deutliche Unterschiede. Die jüngste Altersgruppe (0 bis 18 Jahre) hatte im gesamten Beobachtungszeitraum die höchsten Anteile. Das nächste Alterssegment (19 bis 39 Jahre) hatte wiederum zusammen mit der ältesten Altersgruppe (86+) die niedrigsten Anteile an Versicherten mit mind. einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale, für den gesamten Beobachtungszeitraum bei der ersten Gruppe 26 % und bei der zweiten Gruppe 27 %. Die mittlere Altersgruppe (40 bis 65 Jahre) verzeichnete ein ähnliches Muster (35 %) wie die Altersgruppe der 66- bis 85-Jährigen (37 %) und die Gesamtpopulation der AKI (36 %).

Abbildung 24: Anteil der Versicherten nach Altersgruppen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale

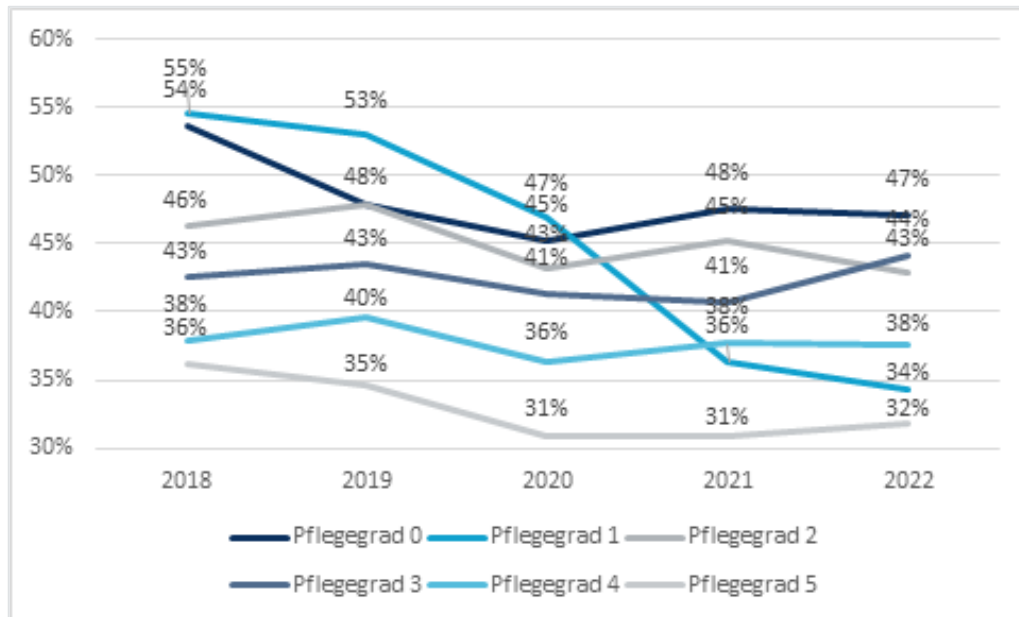


Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

In der Differenzierung der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme nach Pflegegrad zeigt sich folgendes: Über die fünf Beobachtungsjahre hinweg wechselten die Anteile der Versicherten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt unterschiedlich (Abbildung 25). Im Jahr 2018 wiesen Versicherte ohne Pflegegrad (54 %) sowie mit Pflegegrad 1 (55 %) die höchsten Anteile an Krankenhausaufenthalten auf. Bis 2022 sanken diese Anteile jedoch auf 47 % bzw. 34 %. Die stärkste Veränderung im Beobachtungszeitraum zeigte sich bei den Versicherten mit Pflegegrad 1, deren Anteil an Krankenhausaufenthalten signifikant abnahm. Die Anteile der Pflegegrade 2, 3 und 4 blieben hingegen relativ stabil. Versicherte mit Pflegegrad 5 wiesen im gesamten Zeitraum den niedrigsten Anteil an Krankenhausaufenthalten im Vergleich zu allen anderen Subgruppen auf.

Abbildung 25: Anteil der Versicherten nach Pflegegraden mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale

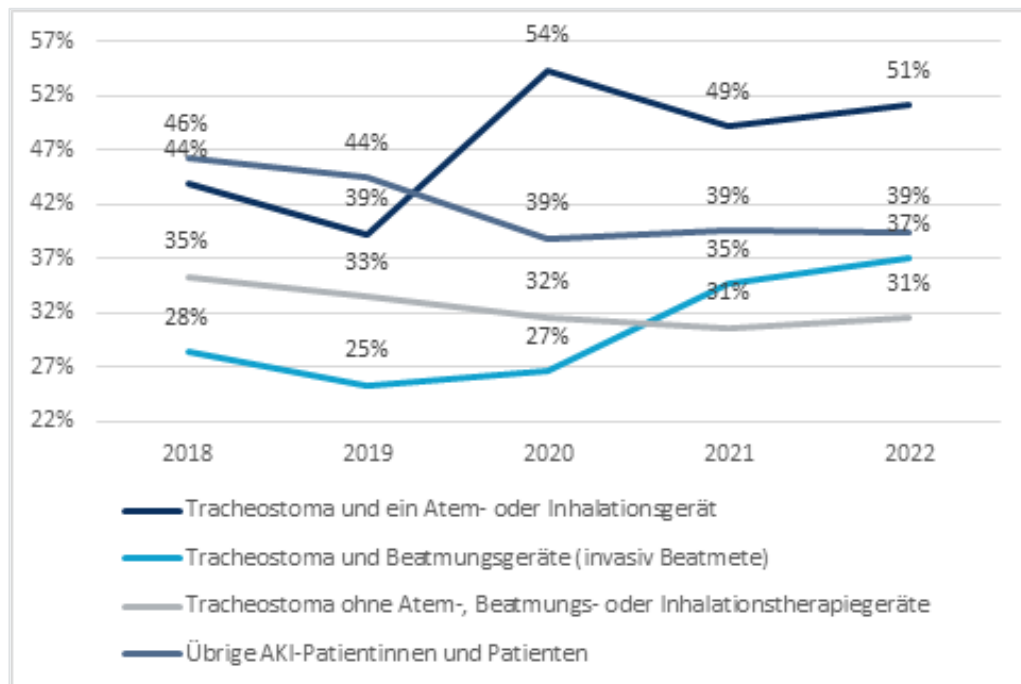


Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Bei der Differenzierung der AKI-Population nach Beatmungsstatus in der Krankenhausversorgung wies die Subgruppe der Versicherten mit einem Tracheostoma/einer Laryngektomie und einem Atem- oder Inhalationstherapiegerät im Jahr 2018 einen Anteil von 44 % mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale auf. Nach einem leichten Rückgang im Jahr 2019 auf 39 % stieg dieser Anteil bis 2022 auf 51 % an; sie hatten somit die höchsten Anteile dieser Subgruppenanalyse. Die Gruppe der invasiv Beatmeten verzeichnete 2018 einen Anteil von 28 % mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt, der 2019 auf 25 % sank, jedoch bis 2022 auf 37 % anstieg. Versicherte mit Hilfsmittelverordnungen der Gruppe 12 (Tracheostoma und Laryngektomie) ohne Verordnungen der Gruppe 14 (Inhalations-, Atem- oder Beatmungsgeräte) zeigten über den Beobachtungszeitraum einen leichten, aber stetigen Rückgang von 35 % im Jahr 2018 auf 31 % im Jahr 2022 (Abbildung 26).

Abbildung 26: Anteil der Versicherten nach Beatmungsstatus mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale

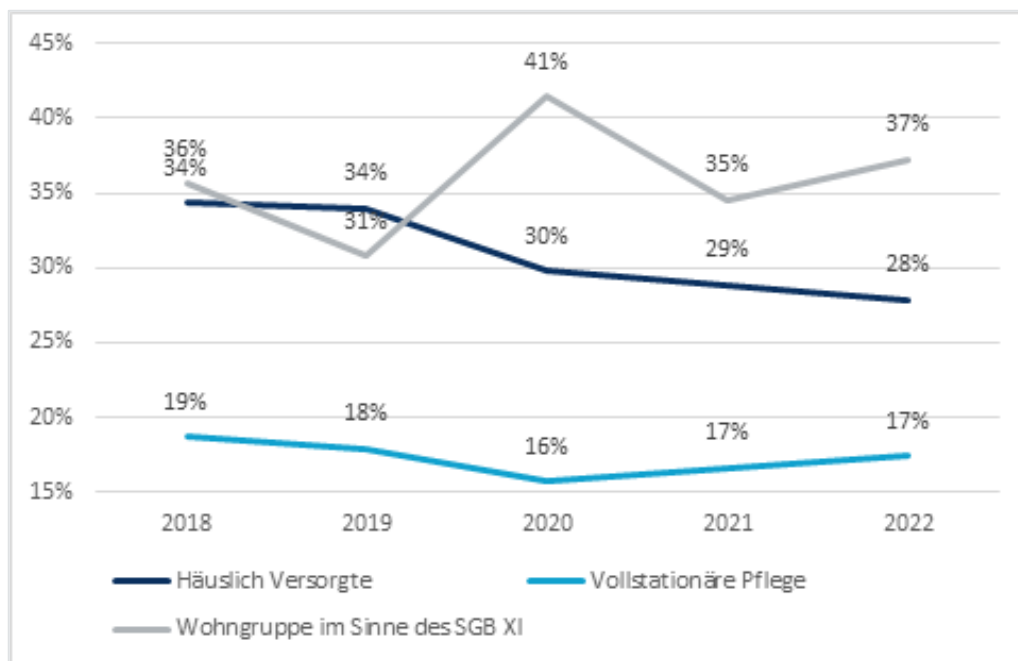


Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Wird die Krankenhausversorgung der AKI-Population nach dem Versorgungsort differenziert dargestellt, ergibt sich folgendes Bild (Abbildung 27): Die Versicherten, die in leistungsfähig anerkannten Wohngruppen versorgt werden, haben einen höheren Anteil an Personen, die mindestens einmal im Durchschnitt der Quartale im Krankenhaus behandelt werden. Der Anteil betrug im Jahr 2018 34 % und unterlag einigen Schwankungen im Beobachtungszeitraum, erreichte jedoch im Jahr 2022 einen Anteil von 37 %. Die Versicherten, die in der vollstationären Pflege versorgt werden, hatten hingegen den niedrigsten Anteil im Vergleich zu den weiteren Subgruppen. Im Jahr 2018 betrug dieser Anteil 19 % und sank stetig auf 17 % im Jahr 2022.

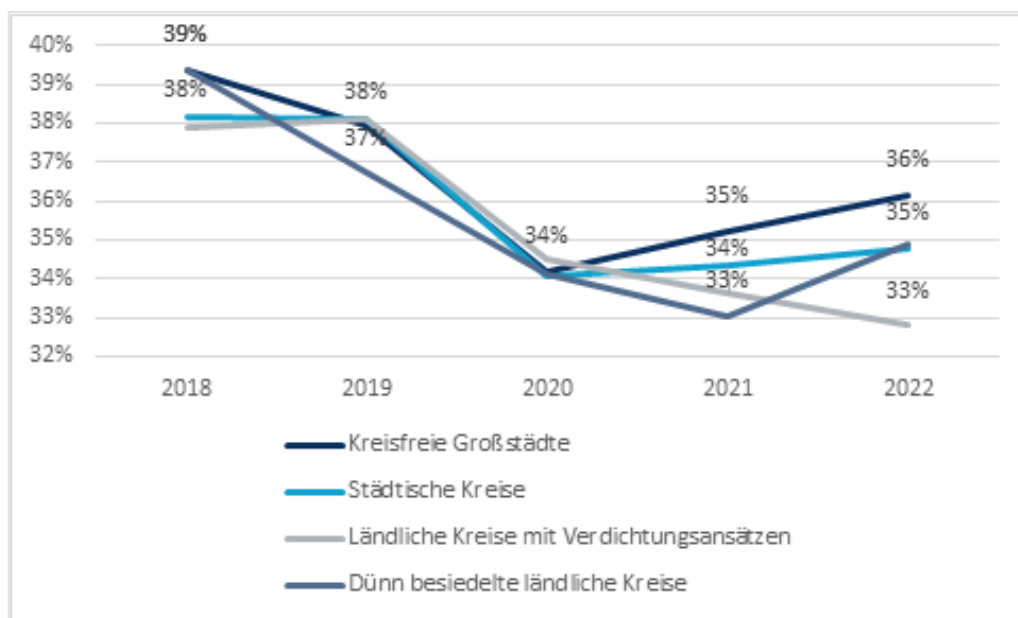
Abbildung 27: Anteil der Versicherten nach Versorgungsort mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale



Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Abbildung 28: Anteil der Versicherten nach sozialräumlicher Verteilung mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale



Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

In der sozialräumlichen Verteilung sind die Unterschiede in den Anteilen an Versicherten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale minimal (Abbildung 28). Im Jahr 2018 hatten alle vier Regionstypen einen Anteil zwischen 38 % und 39 % von Versicherten mit diesem Versorgungsmerkmal. Im Jahr 2020 betrug dieser Anteil bei allen Regionstypen 34 %. Im Jahr 2022 hatten die ländlichen Kreise mit

Verdichtungsansätzen die niedrigsten Anteile mit 33 %, während die höchsten Anteile bei den Versicherten in kreisfreien Großstädten verzeichnet wurden.

Weitere Kennzahlen von Krankenhausaufenthalten

Ein weiterer Schritt in der Routinedatenanalyse der Krankenhausdaten zur aufgegriffenen AKI-Population waren die Fälle je Krankenhauspatient, die Verweildauer je Fall in Tagen, der Anteil an Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Beatmungstunde sowie die Verweildauer bei Fällen mit Beatmungstunden in Tagen. Für die Operationalisierung der Anteile und der Verweildauer wurden Krankenhaussfälle „zusammengelegt“. Das bedeutet, dass wenn ein Krankenhausaufenthalt am selben Tag beginnt, an dem ein anderer Fall endete, diese Fälle nicht als separate Fälle betrachtet werden, sondern als ein einziger, zusammengefasster Fall gekennzeichnet wurde. Dies dient dazu, Doppelzählungen zu vermeiden und die Daten konsistenter darzustellen.

Die nach unserer Definition in den Routinedaten erfasste AKI-Population zeigt folgende Versorgungsmerkmale in der stationären Krankenhausversorgung (Tabelle 3): Die durchschnittliche Anzahl der Fälle je Krankenhauspatient in der gesamten AKI-Population lag im Beobachtungszeitraum 2018 bis 2022 bei 1,4, wobei ein kontinuierlicher, aber leichter Rückgang über die Jahre zu verzeichnen ist. Die Verweildauer je Fall in Tagen wurde als Median angegeben, da einige statistische Ausreißer das arithmetische Mittel stark verzerrt hätten. Diese betrug bei der Gesamtpopulation etwa sechs Tage im Durchschnitt der Quartale pro Jahr. Betrachtet man den Anteil der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer verbuchten Beatmungstunde, zeigt sich ein Rückgang von 49,8 % im Jahr 2018 auf 42,8 % im Jahr 2022. Gleichzeitig stieg die Verweildauer der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme und verbuchten Beatmungstunden im Durchschnitt der Quartale über die Jahre an. Der Median lag 2018 bei 11,8 Tagen, erreichte 2021 mit 15,9 Tagen einen Höhepunkt und sank 2022 wieder auf 13,8 Tage pro Fall.

Bei der Betrachtung der AKI-Population nach Beatmungsstatus mithilfe der Hilfsmitteldaten ergeben sich kleine Unterschiede in der Anzahl der Fälle je Krankenhauspatient und der Verweildauer je Fall, jedoch größere Unterschiede in den Anteilen der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Beatmungstunde und in der Verweildauer dieser Fälle im Krankenhaus (Tabelle 3). Bei Versicherten mit einem Tracheostoma/einer Laryngektomie und einem Inhalations- oder Atemtherapiegerät sowie bei invasiv Beatmeten zeigten sich im Vergleich kaum Unterschiede in der Zahl der Fälle je Krankenhauspatient im gesamten Beobachtungszeitraum. Versicherte mit einer Verordnung für Hilfsmittel der Gruppe 12 (Tracheostoma/Laryngektomie) hatten im Vergleich zu den anderen Untergruppen ein höheres Verhältnis von Fällen je Krankenhauspatient, das von 1,5 im Jahr 2018 auf 1,4 im Jahr 2022 zurückging.

Die Verweildauer je Fall zeigt mit etwa sechs Tagen im Krankenhaus pro Fall bei den meisten Gruppen ein ähnliches Bild. Eine Ausnahme bilden die Versicherten, die nur ein Atem- oder Inhalationstherapiegerät verordnet bekamen, bei denen der Median der Verweildauer 13 Tage im Jahr 2018, 17 Tage im Jahr 2020 und 13 Tage im Jahr 2022 betrug. Bei den Anteilen an Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Beatmungstunde hatten die invasiv Beatmeten mit etwa 75 % die höchsten Anteile, während die Versicherten mit einer Verordnung für die Hilfsmittelgruppe 12 (Tracheostoma oder Laryngektomie) die niedrigsten Anteile aufwiesen, die von 19 % auf 16 % im Jahr 2021 sanken. Hinsichtlich der Verweildauer von Patientinnen und Patienten mit verbuchten Beatmungstunden hatten Versicherte mit einer Verordnung für die Hilfsmittelgruppe 12 die längste Verweildauer, mit einem Median von über 50 Tagen je

Patientin/Patient. Die kürzesten Verweildauern waren hingegen bei den invasiv Beatmeten zu verzeichnen (Tabelle 3).

In Tabelle 4 sind die bereits diskutierten Versorgungsmerkmale der Krankenhausversorgung in der AKI-Population nach Pflegegraden dargestellt. Die Versicherten ohne Pflegegrad weisen dabei im Vergleich zu allen anderen Gruppen die höchsten Raten von Fällen pro Krankenhauspatient im Durchschnitt der Quartale für den gesamten Beobachtungszeitraum auf (1,6 im Jahr 2018 und 1,6 im Jahr 2022). Dieses Verhältnis sinkt mit zunehmendem Pflegegrad, sodass bei Pflegegrad 5 die niedrigsten Werte zu verzeichnen sind (1,4 im Jahr 2018 und 1,3 im Jahr 2022). Bezüglich der Verweildauer je Fall in Tagen, die als Median ausgegeben wird, sind die Unterschiede zwischen den Pflegegraden und den Versicherten ohne Pflegegrad gering. Bei den Anteilen an Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Beatmungsstunde zeigt sich für alle Pflegegrade und auch für Versicherte ohne Pflegegrad ein kontinuierlicher Rückgang dieses Anteils über den Beobachtungszeitraum hinweg. Versicherte mit Pflegegrad 1 hatten im Jahr 2018 den niedrigsten Anteil (16 %), der bis 2022 auf 13 % sank. Mit steigendem Pflegegrad nehmen diese Anteile zu, wobei die höchsten Werte bei Pflegegrad 5 zu finden sind (53 % im Jahr 2018, 44 % im Jahr 2022). Versicherte ohne Pflegegrad hatten 2018 einen Anteil von 33 %, der bis 2022 auf 30 % fiel. Diese Werte sind vergleichbar mit denen für Pflegegrad 2 (30 % im Jahr 2018, 26 % im Jahr 2022). Bei den Versicherten mit mindestens einer Beatmungsstunde gibt es keine klare Tendenz hinsichtlich der Verweildauer im Krankenhaus. Versicherte mit Pflegegrad 5 hatten zwar die höchsten Anteile an Beatmungsfällen, aber zugleich die kürzesten Verweildauern (zwischen 13 und 15 Tagen). Im Gegensatz dazu hatten Versicherte mit Pflegegrad 1, obwohl sie die geringsten Anteile an Beatmungsstunden aufwiesen, deutlich längere Verweildauern (17 bis 38 Tage, im Jahr 2021 sogar bis zu 86 Tage). Versicherte ohne Pflegegrad hatten im Beatmungsfall ebenfalls längere Verweildauern: 33 Tage im Jahr 2018 und 43 Tage im Jahr 2022.

Tabelle 2: Krankenhausfälle, Verweildauer und Beatmungsstunden von Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivpflege im Durchschnitt der Quartale im Beobachtungszeitraum 2018–2022

Patientengruppe	Jahr	Fälle je Krankenhauspatient/-patient (Mittelwert)	Verweildauer je Fall in Tagen (Median)	Anteil Patientinnen/Patienten mit mind. einer Beatmungsstunde in %	Verweildauer bei Fällen mit Beatmungsstunden in Tagen (Median)
Alle AKI-Patientinnen und -Patienten	2018	1,4	6,0	49,8	11,8
	2019	1,4	5,5	47,6	10,5
	2020	1,4	6,0	46,0	15,8
	2021	1,4	6,0	42,4	15,9
	2022	1,4	5,8	42,8	13,8
Tracheostoma und Inhalations- oder Atemtherapiegerät	2018	1,4	6,3	51,7	17,3
	2019	1,4	5,8	47,7	14,0
	2020	1,4	6,8	46,7	28,5
	2021	1,3	6,5	44,7	27,0
	2022	1,3	6,3	45,0	21,5
Invasiv Beatmete	2018	1,4	6,0	79,5	7,5
	2019	1,4	5,5	78,0	7,5

Patientengruppe	Jahr	Fälle je Kranken- hauspatientin/- patient (Mittelwert)	Verweildauer je Fall in Tagen (Median)	Anteil Patientin- nen/Patienten mit mind. einer Beatmungs- stunde in %	Verweildauer bei Fällen mit Beat- mungsstunden in Tagen (Median)
	2020	1,3	6,3	76,5	8,3
	2021	1,4	6,1	71,0	9,5
	2022	1,4	5,8	71,9	9,0
Nur Tracheo- stoma/Laryngekto- mie	2018	1,5	56,1	19,4	56,1
	2019	1,4	46,3	19,8	46,3
	2020	1,5	51,3	18,5	51,3
	2021	1,4	46,1	16,4	46,1
	2022	1,4	30,8	17,7	30,8
Nur Atem-/Inhalati- onstherapiegeräte	2018	1,4	13,4	41,7	13,4
	2019	1,5	13,1	38,5	13,1
	2020	1,4	17,3	37,5	17,3
	2021	1,4	14,8	32,1	14,8
	2022	1,4	12,8	32,4	12,8
Häuslich Versorgte	2018	1,4	6,0	49,6	11,3
	2019	1,4	5,0	47,2	10,0
	2020	1,4	5,9	45,7	15,5
	2021	1,4	5,8	41,3	15,4
	2022	1,4	5,6	42,0	13,0
Vollstationäre Pflege	2018	1,4	6,8	50,3	15,0
	2019	1,4	6,8	48,7	13,3
	2020	1,4	6,8	46,8	16,4
	2021	1,4	6,5	44,9	17,0
	2022	1,4	6,0	44,7	14,1
Wohngruppen nach SGB XI	2018	1,3	14,0	50,0	24,3
	2019	1,3	8,1	42,3	42,3
	2020	1,3	15,5	40,7	37,9
	2021	1,3	13,0	41,4	37,6
	2022	1,3	10,8	55,1	21,5

Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Tabelle 3: Krankenhausfälle, Verweildauer und Beatmungstunden von Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivpflege im Durchschnitt der Quartale im Beobachtungszeitraum 2018–2022

Patientengruppe	Jahr	Fälle je Krankenhauspatientin/-patient (Mittelwert)	Verweildauer je Fall in Tagen (Median)	Anteil Patientinnen/Patienten mit mindestens einer Beatmungsstunde in %	Verweildauer bei Fällen mit Beatmungsstunden in Tagen (Median)
Alle AKI-Patientinnen und Patienten	2018	1,4	6,0	49,8	11,8
	2019	1,4	5,5	47,6	10,5
	2020	1,4	6,0	46,0	15,8
	2021	1,4	6,0	42,4	15,9
	2022	1,4	5,8	42,8	13,8
Tracheostoma und Inhalations- oder Atemtherapiegerät	2018	1,4	6,3	51,7	17,3
	2019	1,4	5,8	47,7	14,0
	2020	1,4	6,8	46,7	28,5
	2021	1,3	6,5	44,7	27,0
	2022	1,3	6,3	45,0	21,5
Invasiv Beatmete	2018	1,4	6,0	79,5	7,5
	2019	1,4	5,5	78,0	7,5
	2020	1,3	6,3	76,5	8,3
	2021	1,4	6,1	71,0	9,5
	2022	1,4	5,8	71,9	9,0
Nur Tracheostoma/Laryngektomie	2018	1,5	56,1	19,4	56,1
	2019	1,4	46,3	19,8	46,3
	2020	1,5	51,3	18,5	51,3
	2021	1,4	46,1	16,4	46,1
	2022	1,4	30,8	17,7	30,8
Nur Atem-/Inhalationstherapiegeräte	2018	1,4	13,4	41,7	13,4
	2019	1,5	13,1	38,5	13,1
	2020	1,4	17,3	37,5	17,3
	2021	1,4	14,8	32,1	14,8
	2022	1,4	12,8	32,4	12,8
Häuslich Versorgte	2018	1,4	6,0	49,6	11,3
	2019	1,4	5,0	47,2	10,0
	2020	1,4	5,9	45,7	15,5
	2021	1,4	5,8	41,3	15,4
	2022	1,4	5,6	42,0	13,0
Vollstationäre Pflege	2018	1,4	6,8	50,3	15,0
	2019	1,4	6,8	48,7	13,3
	2020	1,4	6,8	46,8	16,4
	2021	1,4	6,5	44,9	17,0
	2022	1,4	6,0	44,7	14,1
Wohngruppen nach SGB XI	2018	1,3	14,0	50,0	24,3
	2019	1,3	8,1	42,3	42,3
	2020	1,3	15,5	40,7	37,9
	2021	1,3	13,0	41,4	37,6
	2022	1,3	10,8	55,1	21,5

Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Tabelle 4: Krankenhausfälle, Verweildauer und Beatmungsstunden von Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivpflege nach Pflegegraden im Durchschnitt der Quartale im Beobachtungszeitraum 2018–2022

Patientengruppe	Jahr	Fälle je Krankenhauspatientin/-patient (Mittelwert)	Verweildauer je Fall in Tagen (Median)	Anteil Patientinnen/Patienten mit mindestens einer Beatmungsstunde in %	Verweildauer bei Fällen mit Beatmungsstunden in Tagen (Median)
Kein Pflegegrad	2018	1,6	6,5	33,3	33,3
	2019	1,6	6,0	26,9	24,5
	2020	1,6	6,3	33,1	23,9
	2021	1,7	6,0	27,7	23,0
	2022	1,6	7,7	30,2	42,5
Pflegegrad 1	2018	1,5	6,6	15,5	17,1
	2019	1,6	5,3	15,6	20,5
	2020	1,5	7,3	15,2	37,9
	2021	1,5	4,8	12,9	86,3
	2022	1,5	6,9	12,7	32,8
Pflegegrad 2	2018	1,5	6,8	29,9	24,9
	2019	1,5	7,0	27,9	22,8
	2020	1,5	6,9	23,8	33,5
	2021	1,5	6,9	21,9	37,6
	2022	1,4	7,8	25,6	47,3
Pflegegrad 3	2018	1,5	6,1	39,3	9,9
	2019	1,5	5,8	38,4	11,8
	2020	1,4	6,0	33,9	19,5
	2021	1,4	6,0	28,1	17,9
	2022	1,4	5,5	29,8	20,0
Pflegegrad 4	2018	1,4	5,5	45,9	10,3
	2019	1,5	5,0	43,5	8,8
	2020	1,4	6,0	41,4	13,8
	2021	1,4	5,5	38,6	15,6
	2022	1,4	6,0	39,8	13,3
Pflegegrad 5	2018	1,4	6,0	52,6	12,5
	2019	1,4	5,8	49,7	10,5
	2020	1,3	6,0	48,5	14,0
	2021	1,3	5,8	44,8	15,4
	2022	1,3	5,5	44,2	12,0

Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

In Tabelle 5 werden die Versorgungsmerkmale der Krankenhausfälle pro Patientin und Patient in der AKI-Population nach Altersgruppen differenziert dargestellt. Bei allen Altersgruppen außer dem Segment der 66- bis 85-Jährigen erreichen die Krankenhausfälle pro Patientin/Patient im Jahr 2021 ihren Höhepunkt. Ein klares Verhältnis zwischen Altersstufen und der Anzahl der Krankenhausfälle pro Patientin/Patient ist jedoch nicht eindeutig erkennbar. Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 18 Jahren weist den höchsten Durchschnitt an Krankenhausfällen pro Patientin/Patient auf, mit Werten von 1,5 im Jahr 2018 bis 1,4 im Jahr 2022. Gleichzeitig verzeichnet diese Altersgruppe die kürzeste Verweildauer im Krankenhaus, mit einem Median von 3,5 bis 3,3 Tagen im Durchschnitt der Quartale. Was die Verweildauer betrifft, zeigt sich ein Trend zu längeren Krankenhausaufenthalten mit zunehmendem Alter, wobei bei der Altersgruppe 86+ ein leichter Rückgang der Verweildauer zu beobachten ist. Der Anteil an Versicherten mit mindestens einer Beatmungsstunde verzeichnet in allen Altersgruppen zwischen 2018 und 2022 einen deutlichen Rückgang, der zwischen 6 % und 10 % liegt. Im gleichen Zeitraum steigt jedoch die Verweildauer bei Patientinnen und Patienten mit Beatmungstunden in fast allen Altersgruppen, mit Ausnahme der Gruppe der 86+-Jährigen, deren Verweildauer stabil bleibt.

Tabelle 5: Krankenhausfälle, Verweildauer und Beatmungsstunden von Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivpflege nach Altersgruppen im Durchschnitt der Quartale im Beobachtungszeitraum 2018–2022

Patientengruppe	Jahr	Fälle je Krankenhauspatientin/-patient (Mittelwert)	Verweildauer je Fall in Tagen (Median)	Anteil Patientinnen/Patienten mit mindestens einer Beatmungsstunde in %	Verweildauer bei Fällen mit Beatmungsstunden in Tagen (Median)
Altersgruppe 0–18	2018	1,5	3,5	42,5	6,3
	2019	1,5	3,5	40,0	5,3
	2020	1,4	3,3	38,0	8,0
	2021	1,5	3,3	33,5	6,8
	2022	1,4	3,3	32,6	7,4
Altersgruppe 19–39	2018	1,3	4,0	48,1	6,4
	2019	1,3	3,8	44,9	6,0
	2020	1,3	4,6	47,2	9,6
	2021	1,2	4,3	40,0	12,4
	2022	1,2	3,8	41,9	9,5
Altersgruppe 40–65	2018	1,4	6,0	49,0	13,0
	2019	1,4	5,8	46,5	12,0
	2020	1,4	6,8	45,9	19,0
	2021	1,4	6,5	42,7	18,6
	2022	1,4	6,3	43,8	16,8
Altersgruppe 66–85	2018	1,4	7,0	53,2	14,8
	2019	1,4	6,8	52,6	14,0
	2020	1,4	7,3	49,4	20,5
	2021	1,4	7,3	46,7	22,5
	2022	1,4	7,0	47,1	15,8
Altersgruppe 86+	2018	1,3	7,4	56,7	22,5
	2019	1,3	6,0	41,2	13,4
	2020	1,2	7,3	45,5	19,8
	2021	1,4	6,6	35,2	18,8
	2022	1,3	5,9	36,9	16,1

Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Tabelle 6 zeigt die Krankenhausversorgungsmerkmale der AKI-Population, differenziert nach dem sozialräumlichen Kontext des Wohnraums. Die Ratio von Fällen pro Krankenhauspatient zeigt keine signifikanten Unterschiede. Hinsichtlich der Verweildauer pro Krankenhausfall, die als Median ausgewiesen wird, sind auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Kreistypen festzustellen. Dies deutet darauf hin, dass der sozialräumliche Kontext in Bezug auf die durchschnittliche Dauer eines Krankenhausaufenthalts weniger entscheidend ist. Beim Anteil der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Beatmungsstunde zeigen sich deutliche Unterschiede: Die höchsten Anteile werden in „kreisfreien Großstädten“ beobachtet. Gleichzeitig weisen die „dünn besiedelten ländlichen Kreise“ die längste Verweildauer bei Krankenhausfällen mit Beatmungsstunden auf, was auf eine intensivere Versorgung in diesen Gebieten hindeuten könnte.

Tabelle 6: Krankenhausfälle, Verweildauer und Beatmungsstunden von Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivpflege nach Kreistypen im Durchschnitt der Quartale im Beobachtungszeitraum 2018–2022

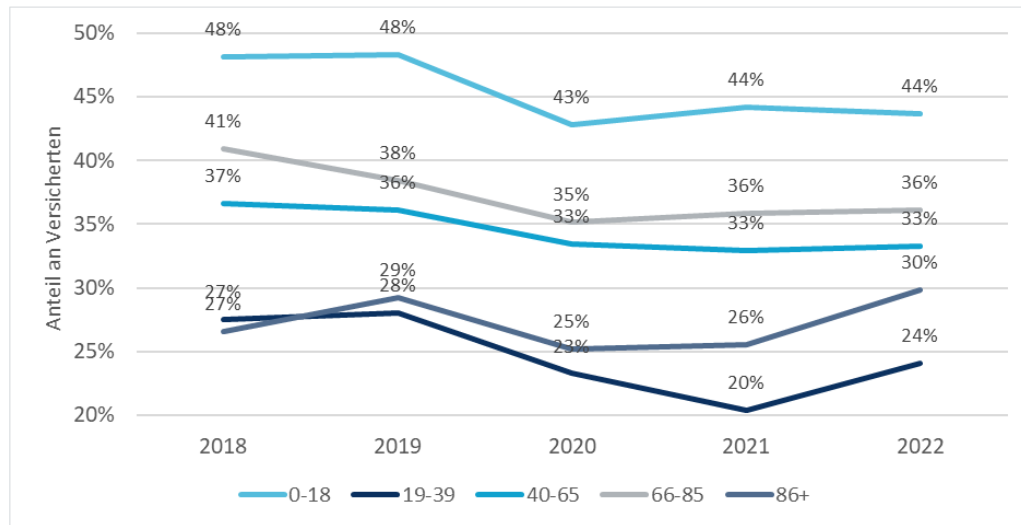
Patientengruppe	Jahr	Fälle je Krankenhauspatient/-patient (Mittelwert)	Verweildauer je Fall in Tagen (Median)	Anteil Patientinnen/Patienten mit mindestens einer Beatmungsstunde in %	Verweildauer bei Fällen mit Beatmungsstunden in Tagen (Median)
Kreisfreie Großstädte	2018	1,4	6,0	53,1	10,3
	2019	1,4	6,0	52,2	9,8
	2020	1,4	6,3	49,4	13,5
	2021	1,4	6,1	45,8	13,5
	2022	1,4	5,8	46,3	13,0
Städtische Kreise	2018	1,4	5,0	52,1	9,8
	2019	1,5	6,0	47,2	14,0
	2020	1,4	6,0	47,0	10,5
	2021	1,4	5,5	43,5	13,1
	2022	1,4	6,0	42,9	15,1
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	2018	1,4	6,0	45,3	16,5
	2019	1,4	5,4	42,4	12,1
	2020	1,4	5,5	42,4	19,3
	2021	1,4	6,0	37,8	21,4
	2022	1,4	5,8	38,1	15,0
Dünn besiedelte Kreise	2018	1,4	6,0	45,2	13,8
	2019	1,4	6,3	45,9	12,5
	2020	1,4	5,8	42,4	21,4
	2021	1,4	5,3	38,7	18,9
	2022	1,3	6,0	40,7	15,0

Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

In Abbildung 29 sind die Anteile der Versicherten dargestellt, die im Durchschnitt der Quartale mindestens einen Krankenhausaufenthalt hatten, unterteilt nach Altersgruppen. Die höchsten Anteile – mit einem leichten Rückgang von 2018 bis 2022 – sind bei den Versicherten im Alter von 0 bis 18 Jahren zu verzeichnen, deren Anteile sich zwischen 48 % und 44 % bewegen. Die niedrigsten Anteile entfallen auf die Altersgruppe der 19-bis 39-Jährigen.

Abbildung 29: Anteil der Versicherten nach Altersgruppen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale

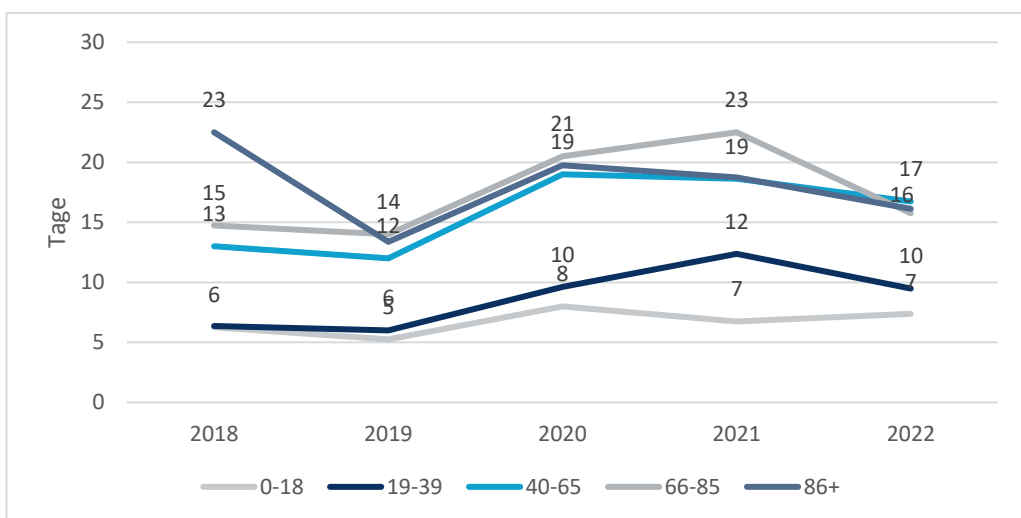


Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Die Verweildauer schließt sich der Beschreibung der vorherigen Grafik an, indem der Median der Krankenhausaufenthalte für die gleichen Altersgruppen dargestellt wird (Abbildung 30). Die jüngsten Versicherten (0 bis 18 Jahre) zeigen im Gegensatz zu ihrem Anteil an Krankenhausaufenthalten mit 5 bis 7,5 Tagen im Quartalsdurchschnitt den niedrigsten Median der Verweildauer. Die zahlenmäßig größten Gruppen der Grundgesamtheit, die 40- bis 65-Jährigen sowie die 66- bis 85-Jährigen, weisen eine schwankende Verweildauer auf. Der Median lag 2017 bei rund 13 bzw. 15 Tagen und stieg bis 2022 auf 17 bzw. 16 Tage an.

Abbildung 30: Median der Verweildauer im Krankenhaus nach Altersgruppen



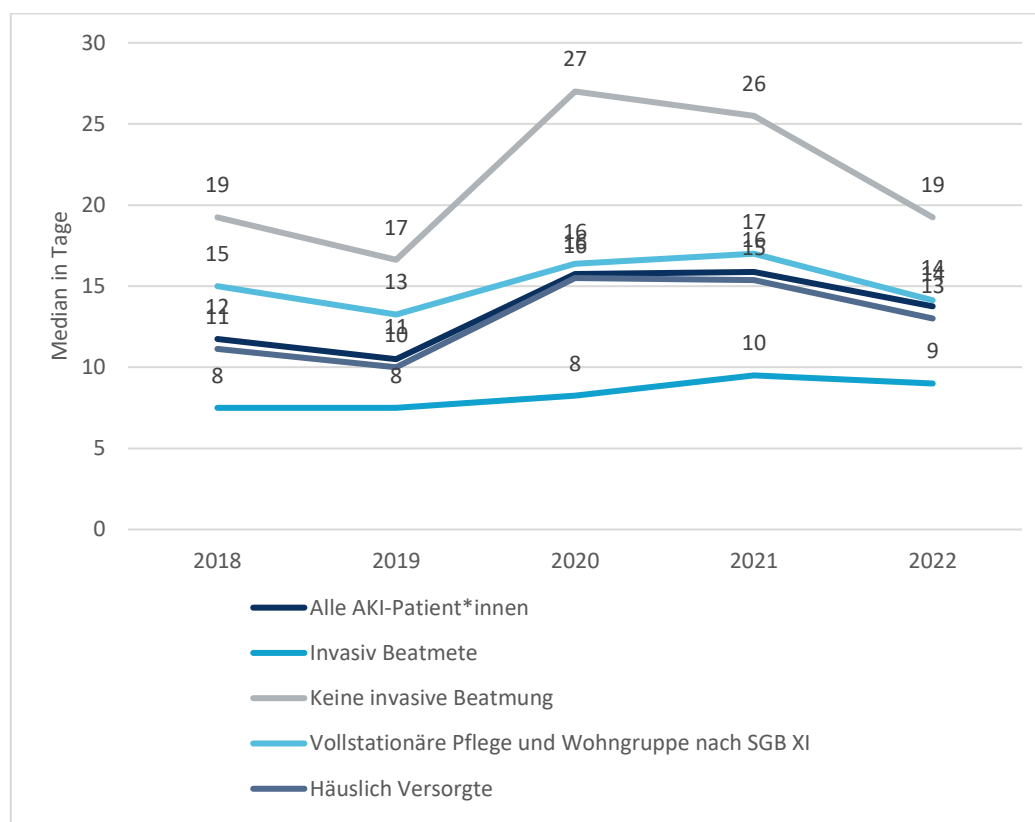
Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Die Auszählung des Medians der Verweildauer im Krankenhaus, differenziert nach den Untergruppen der invasiv beatmeten Versicherten und ihrer Gegengruppe ohne invasive Beatmung sowie nach Versorgungsorten (Wohngruppen und vollstationäre Pflege im Vergleich zu häuslich Versorgten), zeigte ein weiterhin heterogenes Bild in

der Krankenhausversorgung (Abbildung 31). Die Gesamtheit der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme verzeichnete 2018 einen Median der Krankenhausverweildauer von rund 12 Tagen, der 2021 mit 16 Tagen seinen Höhepunkt erreichte und bis 2022 leicht auf 14 Tage zurückging. Auffällig ist, dass die invasiv Beatmeten im Median mit rund 8 bis 10 Tagen die kürzeste Verweildauer aufwiesen, während die Versicherten ohne invasive Beatmung mit Verweildauern von 17 bis 27 Tagen die längsten Krankenhausaufenthalte hatten. Zudem hatten die in vollstationärer Pflege und in Wohngruppen versorgten Versicherten im Vergleich zu den häuslich versorgten Versicherten eine längere Krankenhausverweildauer.

Abbildung 31: Median der Verweildauer im Krankenhaus je zusammengelegter Fall



Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

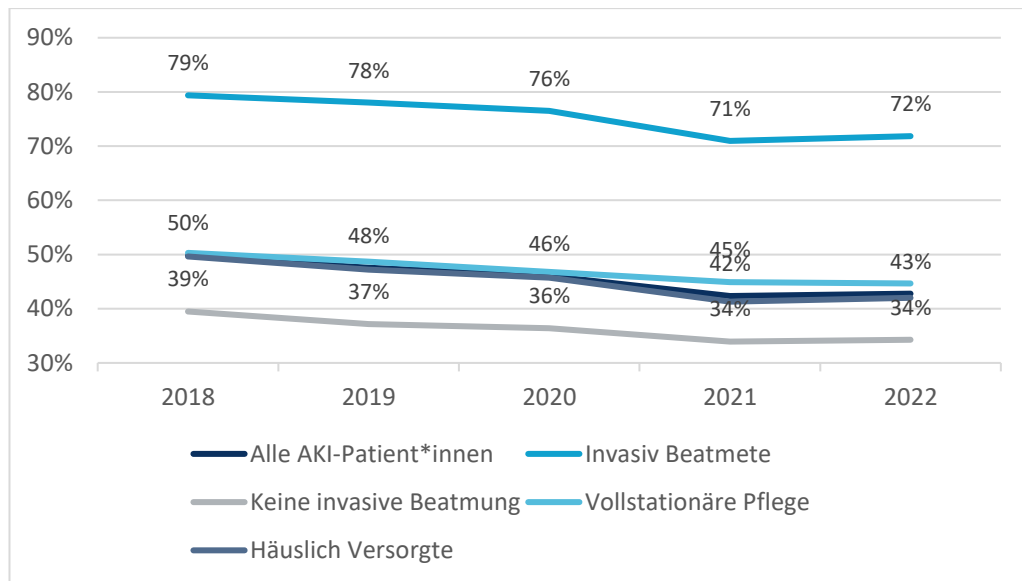
© WIdO 2024

In der gleichen Aufteilung der Grundgesamtheit und Untergruppen zeigt die Auszählung der Anteile an Versicherten mit mindestens einer Beatmungsstunde im Beobachtungszeitraum einen allgemeinen leichten Rückgang der Versicherten mit Beatmungsstunden. Im Jahr 2018 verzeichnete die Gesamtheit der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme 50 %, während dieser Anteil bis 2022 auf 43 % sank (Abbildung 31). Die höchsten Anteile finden sich bei den invasiv Beatmeten, bei denen der Anteil von 80 % im Jahr 2018 auf 72 % im Jahr 2022 fiel, was einen ähnlichen relativen Rückgang in der Anzahl der Versicherten mit Beatmungsstunden widerspiegelt.

Der Anteil an Versicherten mit mindestens einer Beatmungsstunde (Abbildung 32) unterscheidet sich im zeitlichen Verlauf zwischen den Gegengruppen – invasiv Beatmete versus nicht-invasiv Beatmete sowie vollstationär Versorgte versus häuslich Versorgte – nur geringfügig. Die höchsten Anteile an Versicherten mit mindestens einer Beatmungsstunde wurden bei den invasiv Beatmeten verzeichnet, mit einem

Spitzenwert von 79 % im Jahr 2018, der bis auf 72 % im Jahr 2022 sank. Versicherte, die eine AKI-Behandlung in Anspruch nahmen und entweder in der eigenen Häuslichkeit oder in vollstationärer Pflege versorgt wurden, zeigten kaum Unterschiede im Vergleich zur Gesamtheit der analysierten AKI-Population. Dies deutet darauf hin, dass die Art der Versorgung (häuslich oder vollstationär) keinen wesentlichen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer Beatmung während der Krankenhausversorgung hatte.

Abbildung 32: Anteil an Versicherten mit mindestens einer Beatmungsstunde



Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

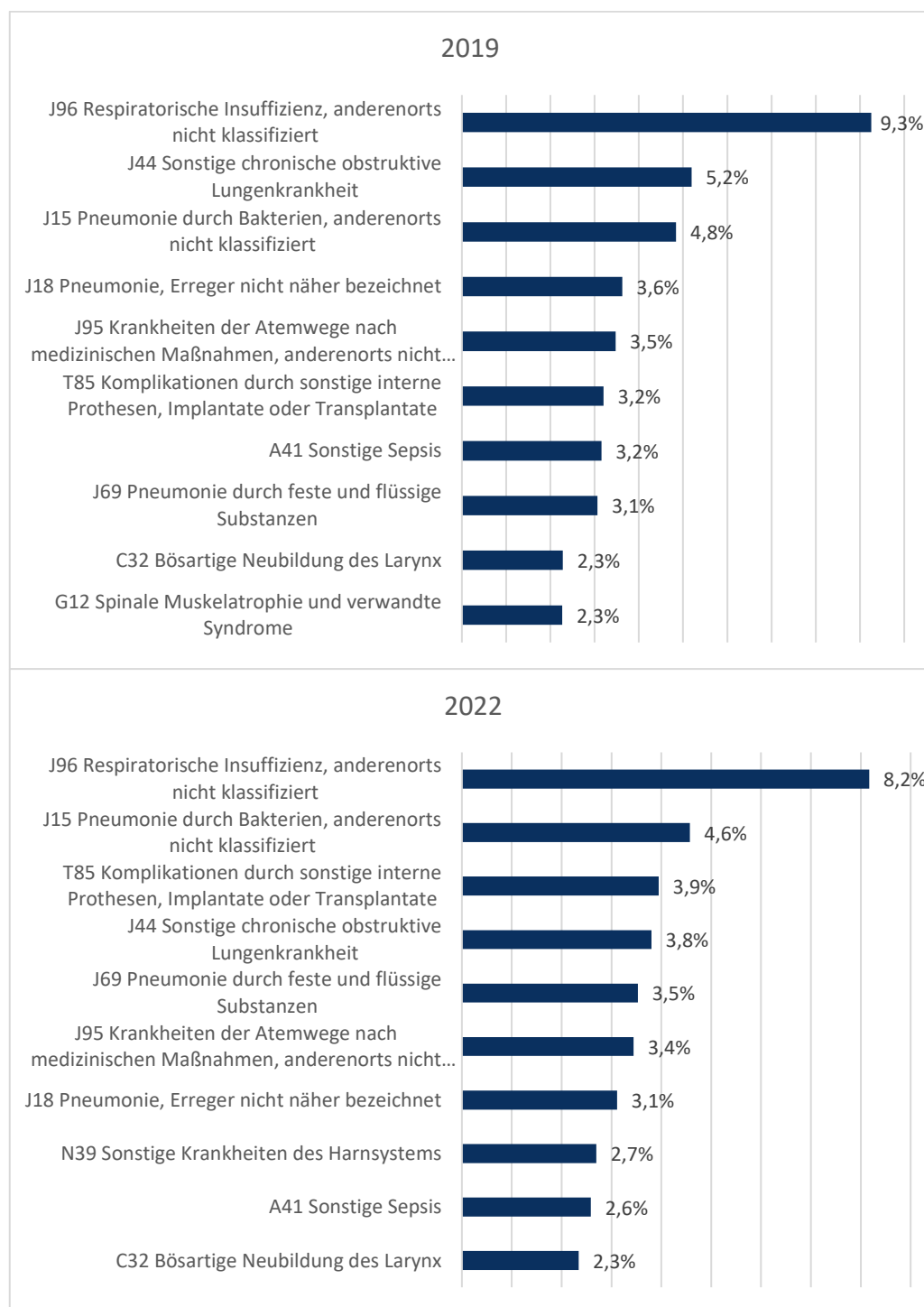
© WIDO 2024

3.1.2 Hauptdiagnosen der vollstationären Krankenhausversorgung

In der Krankenhausstatistik wird die Hauptdiagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) kodiert. Für die Berichtsjahre 2018 bis 2022 galt die Revision (ICD-10-GM). Die Hauptdiagnose beschreibt diejenige Diagnose, die nach Analyse der Befunde am Ende des stationären Aufenthalts als hauptsächlich für den Krankenhausaufenthalt verantwortlich identifiziert wurde. Diese Definition ist relevant, da die festgestellte Hauptdiagnose von der Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose abweichen kann (Schelhase 2023).

Mithilfe der Hauptdiagnosen kann der Grund für die Hospitalisierung der AKI-Population erfasst und die Heterogenität im Behandlungsbedarf der verschiedenen Subpopulationen in der außerklinischen Intensivpflege weiter analysiert werden. Die im Folgenden genannten Hauptdiagnosen sind für ein Kalenderjahr vollständig ausgezählt. In Abbildung 33 sind die häufigsten Behandlungsanlässe der Gesamtpopulation der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme im Durchschnitt der Quartale für die Jahre 2019 und 2022 dargestellt.

Abbildung 33: Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen nach einem Krankenhausaufenthalt bei allen AKI-Patientinnen und -Patienten im Jahr 2019 und 2022



Quelle: AOK-Daten (2019-2022)

© WIdO 2024

In den Vergleichsjahren 2019 und 2022 (Abbildung 33) verzeichnete die ICD J96 (respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert) den größten Anteil an Hauptdiagnosen für Krankenhaufälle in der AKI-Population, mit 9,3 % im Jahr 2019 und 8,2 % im Jahr 2022. Der überwiegende Teil der Hauptdiagnosen mit den höchsten Anteilen in beiden Jahren entfällt auf den Codebereich J00–J99, welcher Krankheiten der Atemwege umfasst. Empirisch relevante Hauptdiagnosen in der AKI-Population betreffen jedoch auch andere Codebereiche wie N00–N99 (Krankheiten des Urogenitalsystems),

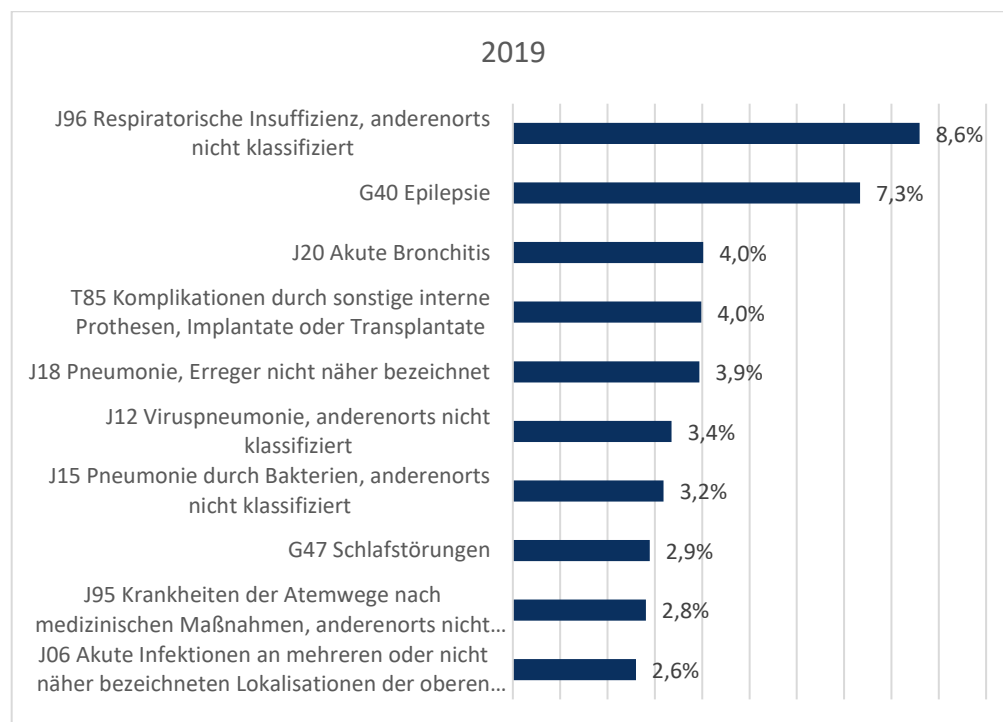
S00–T98 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen) sowie C00–D48 (Neubildungen). Insbesondere sind Diagnosen wie T85 (Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate) von Bedeutung. Diese könnten in einer Population, bei der rund 80 % Hilfsmittelgeräte der Gruppe 12 (Tracheostoma und Laryngektomie) nutzen, besonders relevant sein.

Weitere wichtige Diagnosen für die stationär aufgenommene AKI-Population umfassen C32 (bösartige Neubildung des Larynx) und G12 (spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome). Wie in den folgenden Abbildungen zu sehen sein wird, weisen diese Diagnosen auf Unterschiede im Behandlungsbedarf in den verschiedenen Alterssegmenten der AKI-Population hin.

Hauptdiagnosen differenziert nach Altersgruppen

In der jüngsten Altersgruppe, von den Neugeborenen bis zu den 18-Jährigen, gehören zu den zehn häufigsten Hauptdiagnosen nach einem Krankenhausaufenthalt (Abbildung 34) die J96 (respiratorische Insuffizienz) mit 8,6 % sowie G40 (Epilepsie) mit 7,3 %. Darüber hinaus zählen akute Erkrankungen der Atemwege zu den häufigsten Diagnosen, darunter J20 (akute Bronchitis), J18 (Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet), J12 (Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert), J15 (Pneumonie durch Bakterien), J95 (Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen) und J06 (akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen).

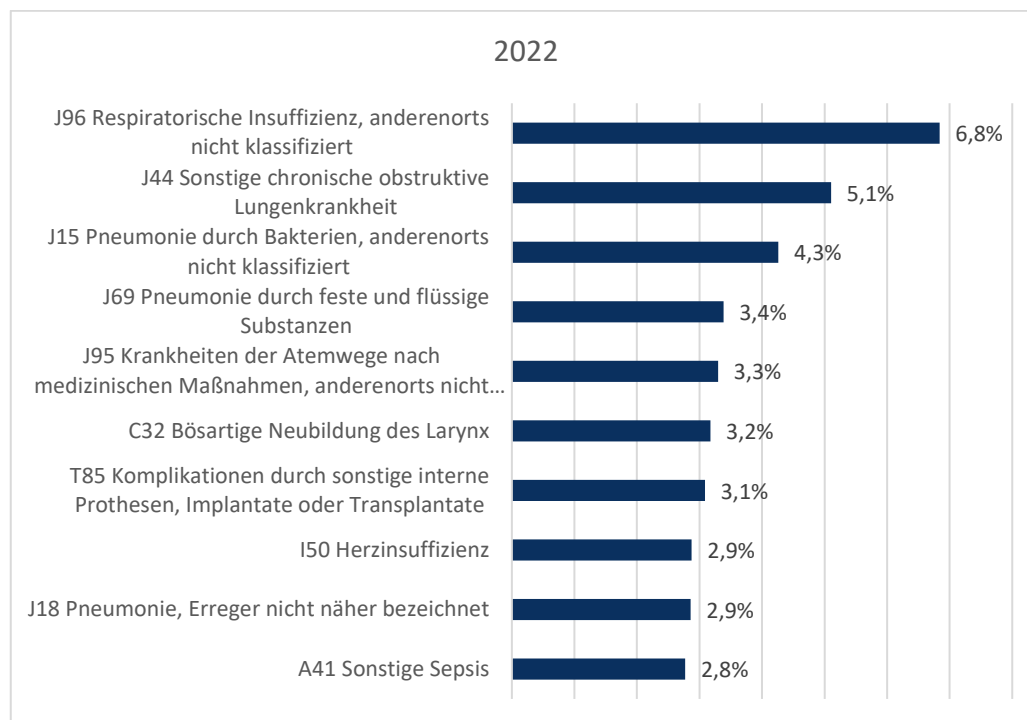
Abbildung 34: Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen nach einem Krankenhausaufenthalt bei der Altersgruppe 0–18 Jahre im Jahr 2022



Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

Abbildung 35: Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen nach einem Krankenhausaufenthalt bei der Altersgruppe 66–85 Jahre im Jahr 2022

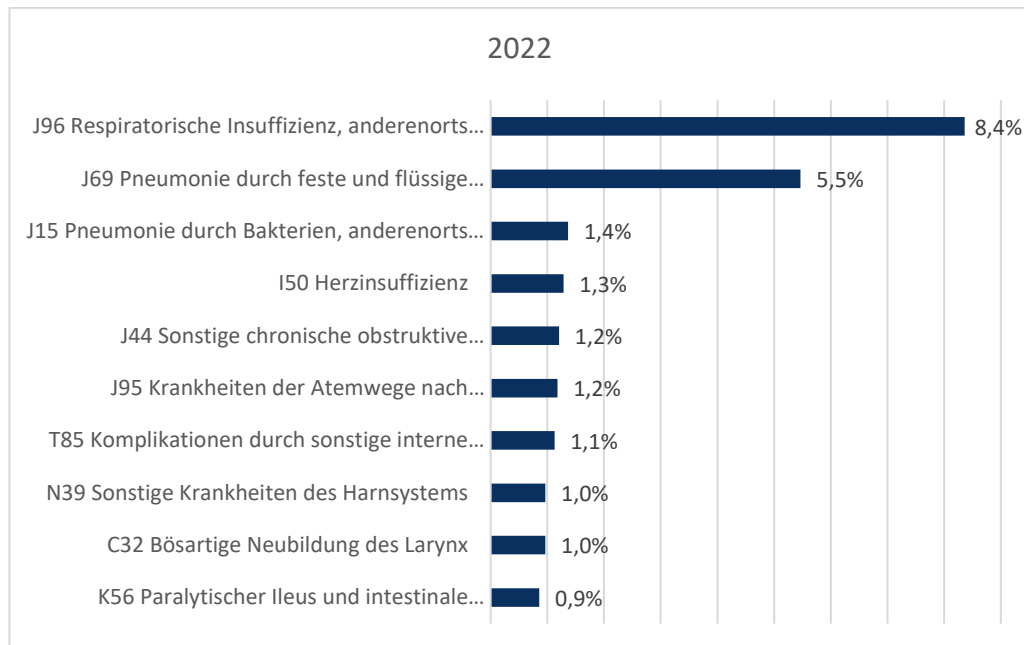


Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

Bei der Altersgruppe 66 bis 85 Jahre (Abbildung 35) bleibt der ICD-Code J96 (Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert) auch im Jahr 2022 die häufigste Hauptdiagnose nach einem Krankenhausaufenthalt. In dieser Altersgruppe sind Diagnosen aus dem ICD-Bereich J00–J99, die Krankheiten des Atmungssystems betreffen, weiterhin statistisch am relevantesten für die AKI-Population. Gleichzeitig rücken jedoch in dieser Altersgruppe auch andere Diagnosen in den Vordergrund: C32 Bösartige Neubildung des Larynx (3,4 %), T85 Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate (3,3 %) und A41 Sonstige Sepsis (3,0 %) zählen zu den häufigsten Hauptdiagnosen.

Abbildung 36: Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen nach einem Krankenhausaufenthalt bei der Altersgruppe 86+ Jahre im Jahr 2022



Quelle: AOK-Daten (2022)

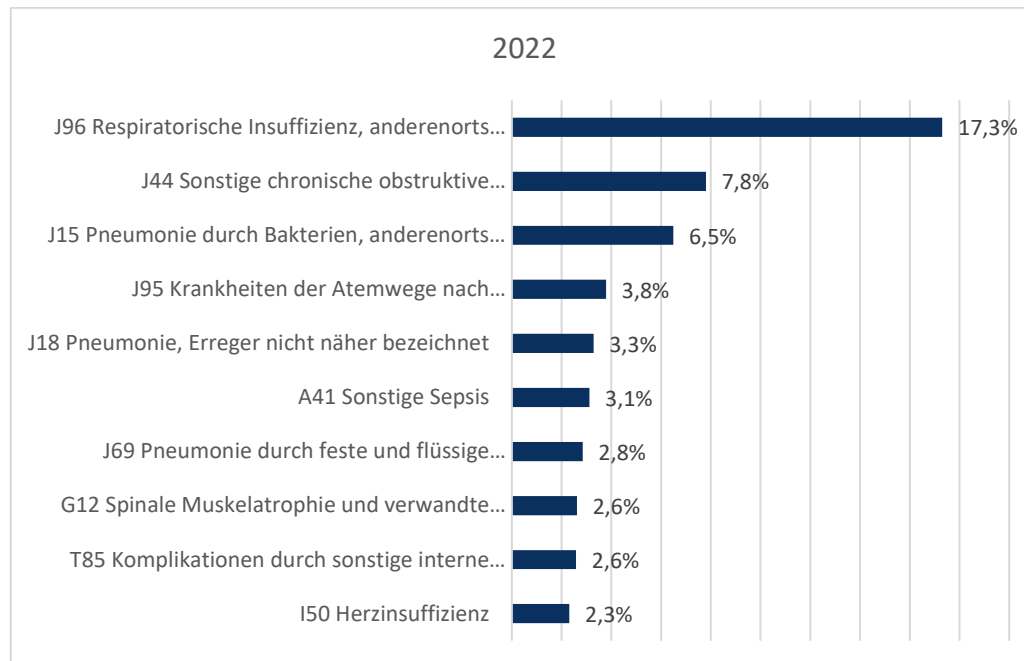
© WIdO 2024

In der Altersgruppe der über 85-Jährigen war im Jahr 2022 die häufigste Hauptdiagnose nach einem Krankenhausaufenthalt mit 8,8 % die respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert (Abbildung 36). An zweiter und dritter Stelle der häufigsten Hauptdiagnosen folgen Pneumonien: J69 (5,5 %) und J15 (1,4 %). Auffällig ist, dass die Herzinsuffizienz (I50) mit 1,3 % an vierter Stelle steht. Neben weiteren Diagnosen aus dem Bereich J00–J99, wie J44 (Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung) und J95 (Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert), zählen T85 (Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate) mit 1,1 %, N39 (Sonstige Krankheiten des Harnsystems) mit 1,0 %, C32 (Bösartige Neubildung des Larynx) mit 1,0 % sowie K56 (Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie) mit 0,9% zu den häufigsten Hauptdiagnosen.

Hauptdiagnosen differenziert nach dem Beatmungsstatus

Bei der Subgruppe der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme und invasiver Beatmungsversorgung gemäß unserer Definition war im Jahr 2022 die häufigste Hauptdiagnose nach einem Krankenhausaufenthalt der ICD-Code J96 für respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert, mit 17,3 % aller Hauptdiagnosen (Abbildung 37). An zweiter Stelle folgt die J44 (Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung) mit 7,8 % und auf Platz drei liegt die J15 (Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert) mit 6,5 %. Neben weiteren Diagnosen aus dem ICD-Bereich J00–J99 gehören die A41 (Sonstige Sepsis) mit 3,1 %, G12 (Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome) sowie T85 (Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate) mit jeweils 2,6 % und I50 (Herzinsuffizienz) mit 2,3 % zu den häufigsten Diagnosen in dieser Population.

Abbildung 37: Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen nach einem Krankenhausaufenthalt bei Versicherten mit einer invasiven Beatmung



Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

3.2 Schnittstelle ambulant ärztliche Versorgung

Das folgende Kapitel beleuchtet die haus- und fachärztliche Betreuung der intensivpflegebedürftigen Patientinnen und Patienten. In den Routinedaten können die Kennzahlen der Kontaktraten zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit sogenannten Abrechnungsfällen (mindestens ein Abrechnungsfall pro Versicherten je Quartal und Arzt) erfasst werden, die der ambulante ärztliche Leistungserbringer abrechnet. In Tabelle 7 sind die Anteile der Inanspruchnahme von niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten durch Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme im Durchschnitt der Quartale aufgeführt.

Laut der Analyse der ambulant-ärztlichen Abrechnungsdaten hatten 83,3 % aller AKI-Patientinnen und -Patienten im Durchschnitt der Quartale mindestens einen Behandlungsfall beim Hausarzt. Zudem haben 84,9 % mindestens einmal einen Facharzt und 99,3 % mindestens einen Vertragsarzt im Durchschnitt der Quartale aufgesucht. Besonders häufig konsultiert werden mit 26,2 % die HNO-Ärzte, 29,1 % die Neurologen und 5,2 % die Orthopäden. Die Inanspruchnahme von Internisten lag bei 11,8 % und die von Pneumologen bei 6,5 %.

Die Differenzierung der Inanspruchnahme von Fachgruppen nach Altersgruppen zeigt ein sehr heterogenes Bild für die AKI-Patientenpopulation. Die Altersgruppe der 40- bis 65-Jährigen zeigt mit 96,3 % der in Anspruch genommenen Vertragsärzte die höchste Inanspruchnahme von Hausärzten im Vergleich aller Altersgruppen. Außerdem weisen sie hohe Anteile bei den Neurologen (39,0 %), den HNO-Ärzten (30,1 %) und den Nephrologen (2 %) auf, wobei sie bei den Neurologen den höchsten Wert im Vergleich zu anderen Altersgruppen verzeichnen. Die 66- bis 85-Jährigen haben den höchsten Anteil bei der Inanspruchnahme von Vertragsärzten allgemein (99,3 %),

HNO-Ärzten (30,9 %) und Pneumologen (8,8 %). Sie sind zudem die Altersgruppe mit der höchsten Inanspruchnahme von Internisten (15,9 %). Die älteste Altersgruppe, die 86 Jahre und älter ist, zeichnet sich durch eine vergleichsweise hohe Inanspruchnahme von Internisten (13,9 %), Pneumologen (8,2 %) und die höchste Inanspruchnahme von Kardiologen (2,6 %) aus. Diese Differenzierung zeigt, dass mit steigendem Alter eine stärkere Nutzung von Fachärzten wie Internisten und Pneumologen zu beobachten ist, während jüngere Altersgruppen eher allgemeine Fachärzte und Orthopäden konsultieren.

Tabelle 7: Anteil der Inanspruchnahme von Facharztgruppen in der ambulant-ärztlichen Versorgung nach Altersgruppen im Jahr 2022 in Prozent

Facharztgruppe	Alle	19–39 Jahre	40–65 Jahre	66–85 Jahre	86+ Jahre
Alle Vertragsärzte	99,3	99,6	99,5	99,3	98,9
Hausärzte	83,8	90,9	96,3	96,3	95,6
Fachärzte	84,9	77,1	85,3	82,3	78,2
<i>Darunter...</i>					
HNO-Ärzte	26,2	20,7	30,1	30,9	26,6
Internisten	11,8	10,0	12,1	15,9	13,9
<i>darunter:</i>					
<i>Angiologen</i>	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1
<i>Endokrinologen und Diabetologen</i>	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
<i>Gastroenterologen</i>	0,8	1,2	0,8	0,8	0,9
<i>Kardiologen</i>	1,3	1,6	1,0	1,9	2,6
<i>Nephrologen</i>	1,5	0,5	2,0	1,9	1,7
<i>Hämatologen und Onkologen</i>	1,7	0,7	1,6	2,7	0,5
<i>Pneumologen</i>	6,5	6,3	6,7	8,8	8,2
<i>Rheumatologen</i>	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Neurologen	29,1	30,0	39,0	31,1	26,3
Orthopäden	5,2	5,1	4,4	4,7	5,5

*Prozentwerte der unter „darunter“ aufgeführten Facharztgruppen ergeben in der Summe nicht den Anteil der Internisten, da Versicherte mehrere Facharztgruppen nutzen können.

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

In Tabelle 8 ist der Anteil der Inanspruchnahme von Fachgruppen in der ambulant-ärztlichen Versorgung nach Pflegegraden im Jahr 2022 differenziert dargestellt. Die Versicherten ohne Pflegegrad weisen die niedrigste Inanspruchnahme von Hausärzten (78,2 %) auf, ebenso wie die von Endokrinologen, Pneumologen (2,9 %) und Diabetologen (0,0 %). Interessanterweise haben sie jedoch die höchste Inanspruchnahmerate von Gastroenterologen (1,6 %). Bei den Versicherten mit Pflegegrad 1 zeigt sich eine sehr hohe Inanspruchnahme aller Vertragsärzte (100 %), darunter 90,6 % Hausärzte. Diese Gruppe weist im Jahr 2022 auch die höchste Inanspruchnahme von HNO-Ärzten (40,9 %) und Hämatologen und Onkologen (9,4 %) auf. Versicherte mit Pflegegrad 3 verzeichnen den höchsten Anteil bei der Inanspruchnahme von Kardiologen (2,5 %), während Personen mit Pflegegrad 4 den höchsten Anteil bei Nephrologen aufweisen.

(2,4 %). Ein bemerkenswerter Trend ist bei den Pneumologen zu beobachten: Die Inanspruchnahme steigt von 2,9 % bei Pflegegrad 1 auf 8,4 % bei Pflegegrad 4, zeigt jedoch einen Rückgang bei Pflegegrad 5 (5,9 %). Ein ähnlicher Trend ist bei den Neurologen zu erkennen: Hier steigt die Inanspruchnahme kontinuierlich von 4,7 % bei Pflegegrad 1 auf 34,0 % bei Pflegegrad 5, mit Ausnahme der Versicherten ohne Pflegegrad, die eine Inanspruchnahme von 7,6 % aufweisen.

Tabelle 8: Anteil der Inanspruchnahme von Facharztgruppen in der ambulant-ärztlichen Versorgung nach Pflegegraden in Prozent

Facharztgruppe	Alle	Kein Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Alle Vertragsärzte	99,3	99,1	100	99,2	99,0	99,4	99,4
Hausärzte	83,8	78,2	90,6	88,9	83,8	80,9	84,5
Fachärzte	84,9	83,5	85,2	77,6	85,5	84,0	85,5
<i>Darunter...</i>							
HNO-Ärzte	26,2	37,7	40,9	35,5	33,9	25,2	24,3
Internisten	11,8	15,8	24,2	17,3	18,7	14,8	9,3
<i>darunter:</i>							
<i>Angiologen</i>	0,1	0,5	0,0	0,3	0,2	0,1	0,1
<i>Endokrinologen und Diabetologen</i>	0,1	0,0	2,0	0,1	0,1	0,1	0,0
<i>Gastroenterologen</i>	0,8	1,6	0,7	1,1	0,8	1,1	0,6
<i>Kardiologen</i>	1,3	1,5	2,0	2,3	2,5	1,9	1,0
<i>Nephrologen</i>	1,5	1,1	0,7	1,3	2,3	2,4	1,2
<i>Hämatologen und Onkologen</i>	1,7	7,6	9,4	7,6	5,3	1,6	0,6
<i>Pneumologen</i>	6,5	2,9	5,4	6,7	7,9	8,4	5,9
<i>Rheumatologen</i>	0,1	0,2	2,0	0,1	0,3	0,2	0,1
Neurologen	29,1	7,6	4,7	9,0	18,6	24,9	34,0
Orthopäden	5,2	4,2	2,7	4,3	5,2	6,0	5,1

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

Tabelle 9: Anteil der Inanspruchnahme von Facharztgruppen in der ambulant-ärztlichen Versorgung nach Beatmungsstatus in Prozent

Facharztgruppe	Alle	Tracheo- stoma und Atem- oder Inhalations- gerät	Invasiv Beatmete	Tracheo- stoma ohne Atem-, Be- atmungs- oder Inhala- tionsgerät	Übrige
Alle Vertragsärzte	99,3	99,4	99,5	99,4	99,2
Hausärzte	83,8	89,3	84,9	94,4	53,4
Fachärzte	84,9	84,6	84,8	84,4	87,8
<i>Darunter...</i>					
HNO-Ärzte	26,2	24,6	26,0	41,6	10,5
Internisten	11,8	11,6	14,8	11,8	5,9
<i>darunter:</i>					
<i>Angiologen</i>	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
<i>Endokrinologen und Diabetologen</i>	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
<i>Gastroenterologen</i>	0,8	0,7	0,7	1,1	0,3
<i>Kardiologen</i>	1,3	1,1	1,6	1,2	1,3
<i>Nephrologen</i>	1,5	1,5	2,5	0,9	0,7
<i>Hämatologen und Onkologen</i>	1,7	1,0	1,0	4,2	0,9
<i>Pneumologen</i>	6,5	7,2	9,8	3,9	2,5
<i>Rheumatologen</i>	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3
Neurologen	29,1	33,0	29,0	34,6	13,7
Orthopäden	5,2	4,4	6,5	3,8	8,6

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

In der Differenzierung der Inanspruchnahme nach Beatmungsstatus (siehe Tabelle 9) zeigt sich, dass Versicherte mit Tracheostoma und einem Atem- oder Inhalationstherapiegerät eine höhere Rate der Inanspruchnahme von Hausärzten (89,3 %) aufweisen als die allgemeine AKI-Population. Diese Untergruppe weist zudem die gleiche Rate bei der Inanspruchnahme von Nephrologen (1,5 %) auf wie die allgemeine AKI-Population, jedoch eine höhere Rate bei der Inanspruchnahme von Pneumologen (7,2 %) und Neurologen (33,0 %). Die invasiv beatmeten Patientinnen und Patienten zeigen die höchste Inanspruchnahme von Vertragsärzten insgesamt (99,5 %) sowie die höchste Rate bei Internisten (14,8%), Pneumologen (9,8 %), Nephrologen (2,5%) und Kardiologen (1,6%). Patientinnen und Patienten mit Tracheostoma oder Laryngektomie, die jedoch kein weiteres Hilfsmittelgerät der Gruppe 14 „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“ nutzen, verzeichnen die höchste Inanspruchnahme von HNO-Ärzten (41,6 %), Neurologen (34,6 %) sowie von Hämatologen und Onkologen (4,2 %). Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme, die nicht unter die genannten Kategorien des Beatmungsstatus fallen bzw. keine Hilfsmittel der Gruppe 12 „Tracheostoma oder Laryngektomie“ oder lediglich ein Absauggerät oder ein Gerät der Gruppe 14 nutzen, verzeichnen die niedrigste Inanspruchnahme von Hausärzten (53,4 %). Gleichzeitig wird in dieser Gruppe die höchste Inanspruchnahme von Orthopäden (8,6 %) registriert. Die Inanspruchnahme von HNO-Ärzten (10,5 %) war im Vergleich zu den anderen Subgruppen im Jahr 2022 bei dieser Gruppe besonders gering.

Tabelle 10: Anteil der Inanspruchnahme von Facharztgruppen in der ambulant-ärztlichen Versorgung nach Versorgungsort im Jahr 2022 in Prozent

Facharztgruppe	Alle	Häuslich Versorgte	Vollstationäre Pflege	Wohngruppe im Sinne des SGB XI
Alle Vertragsärzte	99,3	99,5	99,4	99,8
Hausärzte	83,8	83,2	85,4	96,8
Fachärzte	84,9	83,8	91,6	85,0
Darunter...				
HNO-Ärzte	26,2	28,0	41,4	30,0
Internisten	11,8	63,2	7,6	13,6
darunter:				
Angiologen	0,1	0,2	0,1	0,0
Endokrinologen und Diabetologen	0,1	0,4	0,0	0,0
Gastroenterologen	0,8	0,3	0,4	0,1
Kardiologen	1,3	1,1	0,5	0,2
Nephrologen	1,5	0,6	2,3	4,6
Hämatologen und Onkologen	1,7	2,2	0,9	0,1
Pneumologen	6,5	3,5	4,5	7,9
Rheumatologen	0,1	0,3	0,1	0,1
Neurologen	29,1	18,5	51,8	51,8
Orthopäden	5,2	8,0	8,1	4,5

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

In der Differenzierung der AKI-Population nach Versorgungsort (Tabelle 10) zeigen sich deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme verschiedener Fachärzte. Versicherte mit AKI, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, haben die höchsten Raten bei der Versorgung durch Internisten (63,2 %) und Hämatologen/Onkologen (2,2 %). Ihre Inanspruchnahme von HNO-Ärzten (28,0 %) ist vergleichbar mit jener der Gesamtpopulation (26,2 %). Im Gegensatz dazu verzeichnen AKI-Versicherte, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden, die höchsten Raten bei der Inanspruchnahme von Fachärzten insgesamt (91,6 %) sowie von HNO-Ärzten (41,4 %), Neurologen (51,8 %) und Orthopäden (8,1 %). Gleichzeitig hat diese Gruppe die niedrigste Rate bei der Inanspruchnahme von Internisten (7,6 %). Bei den Bewohnern leistungsgerechtlich anerkannter Wohngruppen nach SGB XI werden die höchsten Raten bei der Inanspruchnahme von Hausärzten (96,8 %), Neurologen (51,8 %), Pneumologen (7,9 %) und Nephrologen (4,6 %) verzeichnet.

In der Subgruppenanalyse zur Inanspruchnahme von Fachgruppen in der ambulant-ärztlichen Versorgung nach sozialräumlichen Raumordnungstyp (Tabelle 11) zeigen sich subtile, aber interessante Unterschiede. Die kreisfreien Großstädte verzeichnen die höchsten Raten bei Neurologen (38,5 %), Internisten (13,8 %), Pneumologen (9,1 %), Orthopäden (8,5 %) und Nephrologen (2,4 %). Diese Urbanisierungseffekte lassen sich möglicherweise durch die bessere Verfügbarkeit von Spezialisten in Großstädten erklären. Im Gegensatz dazu weisen Versicherte in städtischen Kreisen die niedrigsten Raten bei der Inanspruchnahme von HNO-Ärzten (21,3 %) und Internisten (9,8 %) auf, jedoch eine der höchsten Inanspruchnahmen von Kardiologen (1,4 %). Versicherte, die in

ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen wohnen, haben die zweithöchsten Inanspruchnahmeraten von Hausärzten (85,8 %) und Neurologen (27,6 %). In dünn besiedelten ländlichen Kreisen, den am wenigsten besiedelten Gebieten, sind die höchsten Raten der Inanspruchnahme von Hausärzten (90,9 %) zu verzeichnen. Diese Regionen liegen bei der Inanspruchnahme von Internisten (13,8 %) an zweiter Stelle nach den kreisfreien Großstädten. Gleichzeitig weist diese Gruppe die niedrigste Inanspruchnahme von Neurologen (20,6 %) auf, was auf einen möglichen Mangel an neurologischer Versorgung in diesen abgelegenen Regionen hindeuten könnte.

Tabelle 11: Anteil der Inanspruchnahme von Facharztgruppen in der ambulant-ärztlichen Versorgung nach sozialräumlichen Raumordnungstyp im Jahr 2022 in Prozent

Facharztgruppe	Alle	Kreisfreie Großstädte	Städtische Kreise	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	Dünn besiedelte ländliche Kreise
Alle Vertragsärzte	99,3	99,4	99,0	99,4	99,7
Hausärzte	83,8	81,6	80,7	85,8	90,9
Fachärzte	84,9	88,6	83,5	84,7	81,6
Darunter...					
HNO-Ärzte	26,2	29,9	21,3	26,5	28,5
Internisten	11,8	13,8	9,8	11,5	12,4
darunter:					
Angiologen	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Endokrinologen und Diabetologen	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Gastroenterologen	0,8	0,9	0,6	0,8	0,8
Kardiologen	1,3	1,2	1,4	1,3	1,4
Nephrologen	1,5	2,4	0,8	1,1	1,8
Hämatologen und Onkologen	1,7	1,2	1,6	2,8	1,5
Pneumologen	6,5	9,1	5,3	4,7	6,4
Rheumatologen	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1
Neurologen	29,1	38,5	26,2	27,6	20,6
Orthopäden	5,2	8,5	4,0	4,2	2,8

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

3.3 Schnittstelle Heilmittel

Die Heilmittelversorgung stellt eine weitere zentrale Schnittstelle in der Versorgung von Versicherten dar, die auf außerklinische Intensivpflege (AKI) angewiesen sind. Heilmittel werden angewendet, um gesundheitliche Einschränkungen, die durch eine Erkrankung entstehen, zu mildern, Krankheiten zu behandeln oder deren Fortschreiten zu verhindern. Sie tragen auch dazu bei, potenzielle gesundheitliche Entwicklungsrisiken bei Kindern frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken. Bei erwachsenen

Pflegebedürftigen ermöglichen Heilmittelverordnungen, die Selbstständigkeit in bestimmten Lebensbereichen so lange wie möglich zu bewahren.

Das Alter spielt weiterhin eine zentrale Rolle in der Heterogenität der Versorgungspopulation in der AKI. Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (0 bis 18 Jahre) hat im Vergleich zu den anderen Altersgruppen die niedrigsten Raten bei der Ergotherapie (20 %). Hingegen haben die 19- bis 39-Jährigen den höchsten Anteil in der Physiotherapie-Inanspruchnahme (70 %), dicht gefolgt von den 40- bis 65-Jährigen (69 %). In diesen beiden Altersgruppen verzeichnen die Versicherten in den Heilmittelbereichen insgesamt die höchsten Anteile, mit 81 % bei den 19- bis 39-Jährigen und 82 % bei den 40- bis 65-Jährigen. Besonders bei den 40- bis 65-Jährigen sind auch die höchsten Anteile an Verordnungen im Bereich der Sprachtherapie (44 %) und Ergotherapie (47 %) zu finden. Bei den 66- bis 85-Jährigen haben im Jahr 2022 40 % der Versicherten mindestens eine Sprachtherapie, 37 % eine Ergotherapie und 62 % eine Physiotherapie in Anspruch genommen (Tabelle 12).

Tabelle 12: Anteile der Inanspruchnahme von Heilmitteln nach Altersgruppen in der AKI im Jahr 2022 in Prozent

Heilmittelbereich	Alle	0–18 Jahre	19–39 Jahre	40–65 Jahre	66–85 Jahre	86+ Jahre
Physiotherapie	65,0 %	62,0 %	70,0 %	69,0 %	62,0 %	54,0 %
Sprachtherapie	40,0 %	32,0 %	36,0 %	44,0 %	40,0 %	29,0 %
Ergotherapie	38,0 %	20,0 %	38,0 %	47,0 %	37,0 %	24,0 %
Heilmittel gesamt	77,0 %	72,0 %	81,0 %	82,0 %	75,0 %	64,0 %

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

In der Aufteilung der Inanspruchnahme von Heilmitteln nach Pflegegraden im Jahr 2022 (Tabelle 13) zeigt sich, dass die Physiotherapie weiterhin der am häufigsten in Anspruch genommene Heilmittelbereich in allen Pflegegraden ist. Bei den Versicherten ohne Pflegegrad beträgt dieser Anteil 38 %, während er bei den Versicherten mit Pflegegrad kontinuierlich ansteigt: von 27 % bei Pflegegrad 1 bis zu 71 % bei Pflegegrad 5. Ein ähnlicher Trend ist bei der Sprachtherapie zu beobachten. Hier nahmen 19 % der Versicherten ohne Pflegegrad mindestens eine Verordnung im Jahr 2022 in Anspruch. Bei den Versicherten mit Pflegegrad steigt dieser Anteil ebenfalls kontinuierlich an, von 12 % bei Pflegegrad 1 bis auf 44 % bei Pflegegrad 5. Auch die Ergotherapie zeigt einen vergleichbaren Verlauf: Während nur 10 % der Versicherten ohne Pflegegrad diesen Heilmittelbereich in Anspruch nahmen, beginnt der Anteil bei Versicherten mit Pflegegrad 1 mit 1 % und steigt bis zu 44 % bei Pflegegrad 5. In der Inanspruchnahme aller Heilmittel insgesamt zeigt sich ebenfalls eine deutliche Tendenz: Versicherte ohne Pflegegrad hatten einen Anteil von 43 %, während der Anteil bei den Versicherten mit Pflegegrad mit zunehmendem Pflegegrad ansteigt, von 35 % bei Pflegegrad 1 bis hin zu 83 % bei Pflegegrad 5.

Tabelle 13: Anteile der Inanspruchnahme von Heilmitteln nach Pflegegraden in der AKI im Jahr 2022 in Prozent

Heilmittelbereich	Alle	Kein Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Physiotherapie	65,0 %	38,0 %	27,0 %	34,0 %	51,0 %	63,0 %	71,0 %
Sprachtherapie	40,0 %	19,0 %	12,0 %	22,0 %	30,0 %	38,0 %	44,0 %
Ergotherapie	38,0 %	10,0 %	1,0 %	10,0 %	20,0 %	34,0 %	44,0 %
Heilmittel gesamt	77,0 %	43,0 %	35,0 %	46,0 %	63,0 %	75,0 %	83,0 %

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

In der Subgruppenanalyse der Inanspruchnahme von Heilmitteln nach Beatmungsstatus in der AKI-Population im Jahr 2022 zeigt sich ein differenziertes Bild (Tabelle 14). Die Versicherten mit Tracheostoma und einem Atem- oder Inhalationsgerät (83 %) sowie die invasiv Beatmeten (79 %) verzeichnen eine höhere Inanspruchnahme von Heilmitteln als die gesamte AKI-Population (77 %). Im Vergleich dazu nehmen Versicherte mit einem Tracheostoma/einer Laryngektomie ohne zusätzliches Inhalations- oder Atemtherapiegerät (70 %) sowie die übrigen AKI-Patientinnen und -Patienten ohne Hilfsmittel der Gruppe 12 („Tracheostoma oder Laryngektomie“) Heilmittel zu einem geringeren Anteil in Anspruch (72 %) als die Gesamtpopulation. Die Versicherte mit Tracheostoma und einem Atem- oder Inhalationsgerät (ohne Beatmungsgerät) haben die höchsten Anteile in der Inanspruchnahme aller Heilmittelbereiche: 70 % für Physiotherapie, 46 % für Sprachtherapie und 44 % für Ergotherapie. Die invasiv Beatmeten weisen ebenfalls hohe Anteile bei der Physiotherapie auf, jedoch weniger bei der Sprachtherapie (38 %) im Vergleich zu den Tracheotomierten/Laryngektomierten ohne Atem- oder Inhalationstherapiegerät (41 %). Beide Gruppen haben den gleichen Anteil an Ergotherapie mit jeweils 37 %. Die übrigen AKI-Patientinnen und -Patienten ohne spezifische Beatmungsgeräte oder Tracheostoma/Laryngektomie haben mit 64 % bei der Physiotherapie einen höheren Anteil als die Gruppe mit Tracheostoma/Laryngektomie. Allerdings verzeichnet diese Gruppe bei den weiteren Heilmittelbereichen (z. B. Sprachtherapie, Ergotherapie) die niedrigsten Anteile in der Inanspruchnahme.

Tabelle 14: Anteile der Inanspruchnahme von Heilmitteln nach Beatmungsstatus in der AKI im Jahr 2022 in Prozent

Heilmittelbereich	Alle	Tracheostoma und Atem- oder Inhalationsgerät	Invasiv Beatmete	Tracheostoma ohne Atem-, Beatmungs- oder Inhalationsgerät	Übrige
Physiotherapie	65,0 %	70,0 %	67,0 %	56,0 %	64,0 %
Sprachtherapie	40,0 %	46,0 %	38,0 %	41,0 %	28,0 %
Ergotherapie	38,0 %	44,0 %	37,0 %	37,0 %	29,0 %
Heilmittel gesamt	77,0 %	83,0 %	79,0 %	70,0 %	72,0 %

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

In der Differenzierung der Inanspruchnahme von Heilmitteln nach dem Versorgungsort der AKI-Versicherten im Jahr 2022 zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Versorgungssettings (Tabelle 15). Versicherte, die in leistungsrerechtlich anerkannten Wohngruppen nach SGB XI versorgt werden, weisen mit 80 % den höchsten Anteil bei der Inanspruchnahme von Heilmitteln insgesamt auf. Diese Gruppe hat auch die höchsten Anteile bei der Verordnung von Ergotherapie (48 %). Die Versicherten in der vollstationären Pflege verzeichnen hingegen die höchsten Anteile in der Verordnung von Physiotherapie (66 %) und Sprachtherapie (47 %). Versicherte, die in der Häuslichkeit versorgt werden, haben im Vergleich zu den anderen Subgruppen und zur Gesamtpopulation der AKI die niedrigste Inanspruchnahme von Heilmitteln insgesamt (62 %). Allerdings ist ihr Anteil bei der Physiotherapie (52 %) geringfügig höher als bei den Versicherten, die in Wohngruppen nach SGB XI versorgt werden (51 %), was auf eine differenzierte Nutzung je nach Versorgungssituation hinweist.

Tabelle 15: Anteile der Inanspruchnahme von Heilmitteln nach Versorgungsort in der AKI im Jahr 2022 in Prozent

Heilmittelbereich	Alle	Häuslich Versorgte	Vollstationäre Pflege	Wohngruppe im Sinne des SGB XI
Physiotherapie	65,0 %	52,0 %	66,0 %	51,0 %
Sprachtherapie	40,0 %	26,0 %	47,0 %	40,0 %
Ergotherapie	38,0 %	22,0 %	41,0 %	48,0 %
Heilmittel gesamt	77,0 %	62,0 %	75,0 %	80,0 %

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

Wird die Inanspruchnahme von Heilmitteln nach Regionstyp in der AKI im Jahr 2022 differenziert, zeigen sich nur geringe Abweichungen von der Gesamtpopulation (Tabelle 16). Die Anteile der Inanspruchnahme aller Heilmittel insgesamt liegen bei den vier Regionstypen mit einer Abweichung von ± 3 % nahe am Wert der Gesamtpopulation von 77 %. Größere Unterschiede treten jedoch bei der Inanspruchnahme spezifischer Heilmittel auf. So beträgt der Anteil der Versicherten, die eine Sprachtherapie in Anspruch nehmen, in kreisfreien Großstädten 46 %, während dieser Anteil in dünn besiedelten ländlichen Kreisen nur 30 % beträgt. Dieser Unterschied von 16 Prozentpunkten verdeutlicht die regionalen Unterschiede in der Nutzung (oder auch beim Angebot) von Sprachtherapie.

Tabelle 16: Anteile der Inanspruchnahme von Heilmitteln nach Regionstyp in der AKI im Jahr 2022 in Prozent

Heilmittelbereich	Alle	Kreisfreie Großstädte	Städtische Kreise	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	Dünn besiedelte ländliche Kreise
Physiotherapie	65,0 %	67,0 %	64,0 %	66,0 %	63,0 %
Sprachtherapie	40,0 %	46,0 %	40,0 %	40,0 %	30,0 %
Ergotherapie	38,0 %	38,0 %	34,0 %	41,0 %	40,0 %
Heilmittel gesamt	77,0 %	79,0 %	76,0 %	79,0 %	74,0 %

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

Die Analyse der Anzahl der Behandlungen je Patientinnen und Patienten im Heilmittelbereich für die Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme zeigt für das Jahr 2022 Unterschiede zwischen den verschiedenen Heilmittelbereichen und Altersgruppen, ohne dass sich eine klare Tendenz in Bezug auf das Alter erkennen lässt (Tabelle 17). In der Physiotherapie betrug die durchschnittliche Anzahl der Behandlungen für die Gesamtpopulation 25,7, wobei die höchste Anzahl bei den 19- bis 39-Jährigen mit 31,3 und die niedrigste bei den 86-Jährigen und Älteren mit 21,4 lag. Bei der Sprachtherapie lag der Durchschnittswert für die Gesamtpopulation bei 16,5, mit der höchsten Anzahl bei den 40- bis 65-Jährigen (17,7) und der niedrigsten bei den 0- bis 18-Jährigen (13,9). In der Ergotherapie betrug der Durchschnitt 17,6 Behandlungen, wobei die 19- bis 39-Jährigen die höchste Anzahl mit 19,0 und die 0- bis 18-Jährigen die niedrigste Anzahl mit 12,6 Behandlungen aufwiesen.

Tabelle 17: Anzahl der Behandlungen je Patientin/Patient in der Heilmittelversorgung nach Altersgruppen in der AKI im Jahr 2022

Heilmittelbereich	Alle	0–18 Jahre	19–39 Jahre	40–65 Jahre	66–85 Jahre	86+ Jahre
Physiotherapie	25,7	25,8	31,3	26,8	23,3	21,4
Sprachtherapie	16,5	13,9	17,2	17,7	16,1	16,2
Ergotherapie	17,6	12,6	19,0	18,6	17,1	16,8
Heilmittel gesamt	20,7	20,1	24,4	21,6	19,2	18,5

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

In der Differenzierung der Subgruppenanalyse der Behandlungen je Patientin/Patient in der Heilmittelversorgung nach Pflegegraden in der AKI im Jahr 2022 (Tabelle 18) zeigt sich, dass Versicherte ohne Pflegegrad eine vergleichsweise hohe Anzahl an Behandlungen in den Bereichen Physiotherapie (26,4), Sprachtherapie (13,2) und Ergotherapie (13,1) aufweisen. In den weiteren Pflegegraden ist ein stetiger Anstieg der Behandlungsanzahl in der Physiotherapie zu verzeichnen, beginnend mit 16,0 Behandlungen bei Pflegegrad 2 bis hin zu 26,9 bei Pflegegrad 5. Ähnliche Trends sind auch in der Sprachtherapie und Ergotherapie zu beobachten. Insgesamt zeigt sich bei allen Heilmitteln eine ansteigende Tendenz: Mit zunehmendem Pflegegrad steigt die Anzahl

der Behandlungen je Patientin/Patient, von 14,3 Behandlungen bei Pflegegrad 1 bis hin zu 21,4 bei Pflegegrad 5.

Tabelle 18: Anzahl der Behandlungen je Patientin/Patient in der Heilmittelversorgung nach Pflegegraden in der AKI im Jahr 2022

Heilmittelbereich	Alle	Kein Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Physiotherapie	25,7	26,4	16,5	16,0	19,9	24,5	26,9
Sprachtherapie	16,5	13,2	11,8	13,2	14,3	16,0	17,1
Ergotherapie	17,6	13,1	4,0	13,9	14,6	17,9	17,8
Heilmittel gesamt	20,7	20,5	14,3	14,7	16,8	20,2	21,4

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

Tabelle 19: Anzahl der Behandlungen je Patientin/Patient nach Beatmungsstatus in der AKI im Jahr 2022

Heilmittelbereich	Alle	Tracheostoma und Atem- oder Inhalationsgerät	Invasiv Beatmete	Tracheostoma ohne Atem-, Beatmungs- oder Inhalationsgerät	Übrige
Physiotherapie	25,7	26,7	27,0	25,5	26,8
Sprachtherapie	16,5	18,9	15,7	18,0	16,1
Ergotherapie	17,6	18,6	16,7	19,6	17,0
Heilmittel gesamt	20,7	21,9	20,9	21,4	21,8

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

In der Differenzierung nach Beatmungsstatus zeigt die Heilmittelversorgung insgesamt bei den vier Subgruppen nur geringe Unterschiede (Tabelle 19). Es ist festzustellen, dass die invasiv Beatmeten in allen Heilmittelbereichen die niedrigsten Zahlen an Behandlungen je Patientin/Patient in der AKI im Jahr 2022 verzeichneten. Bei der Subgruppenanalyse der Anzahl der Behandlungen je Patient nach Versorgungsort (Tabelle 20) sind die Unterschiede ebenfalls minimal, sodass die Anzahl der Behandlungen je Patientin/Patient für die gesamte Heilmittelversorgung in den drei Untergruppen zwischen 19,3 und 19,8 liegt. In der Physiotherapie erhalten häuslich versorgte Patientinnen und Patienten die gleiche Anzahl an Behandlungen wie diejenigen in vollstationärer Pflege. Die höchste Rate an Behandlungen in der Sprachtherapie weisen die vollstationär Gepflegten mit 17,5 Behandlungen je Patientin/Patient. Bei der Ergotherapie haben die Versicherten in leistungsrechtlich anerkannten Wohngruppen nach SGB XI mit 21,1 die höchste Anzahl an Behandlungen je Patientin/Patient.

Tabelle 20: Anzahl der Behandlungen je Patientin/Patient nach Versorgungsort in der AKI im Jahr 2022

Heilmittelbereich	Alle	Häuslich Versorgte	Vollstationäre Pflege	Wohngruppe im Sinne des SGB XI
Physiotherapie	25,7	22,9	22,9	18,6
Sprachtherapie	16,5	14,8	17,5	14,4
Ergotherapie	17,6	17,1	19,5	21,1
Heilmittel gesamt	20,7	19,8	19,8	19,3

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

Zu guter Letzt wird für die Heilmittelversorgung die Differenzierung der Anzahl der Behandlungen je Patient nach Raumordnungstyp in der AKI im Jahr 2022 betrachtet (Tabelle 21). Versicherte, die in kreisfreien Großstädten wohnen, verzeichnen die höchsten Anzahlen an Behandlungen im gesamten Heilmittelbereich mit 22,3 sowie in allen einzelnen Heilmittelbereichen: Physiotherapie (28,8), Ergotherapie (18,2) und Sprachtherapie (17,1). Die niedrigste Anzahl an Behandlungen findet sich in städtischen Kreisen mit insgesamt 19,3, wobei die Anzahlen in der Physiotherapie bei 23,6, in der Sprachtherapie bei 15,7 und in der Ergotherapie bei 16,7 liegen.

Tabelle 21: Anzahl der Behandlungen je Patientin/Patient nach Raumordnungstyp in der AKI im Jahr 2022

Heilmittelbereich	Alle	Kreisfreie Großstädte	Städtische Kreise	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	Dünn besiedelte ländliche Kreise
Physiotherapie	25,7	28,8	23,6	26,3	23,8
Sprachtherapie	16,5	17,1	15,7	17,0	16,6
Ergotherapie	17,6	18,2	16,7	18,0	17,6
Heilmittel gesamt	20,7	22,3	19,3	21,2	20,0

Quelle: AOK-Daten (2022)

© WIdO 2024

4 Fokus Weaning

Eine erfolgreiche kurativ durchgeführte Beatmungstherapie findet ihr Ende nach einer Beatmungsentwöhnung, auch „Weaning“ genannt. Die Entwöhnung von der maschinellen Beatmung beschreibt dabei den medizinischen Prozess der Befreiung von maschinellern Ersatz einer zeitweise ausgefallenen oder unzureichenden Atmungsfunktion (Schönhofer et al. 2020). Mit der Dauer der maschinellen Beatmung steigen Mortalität und Komplikationsrate, daher hat die sichere und zügige Entwöhnung vom Respirator höchste Priorität (Schönhofer 2008).

Mit dem GKV-IPReG wurde ein besonderer Fokus in der AKI auf die Beatmungsentwöhnung beziehungsweise Dekanülierung gelegt. Hierzu soll seit Inkrafttreten der AKI-Richtlinie das jeweilige Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial bei beatmeten oder trachealkanülierten Patientinnen und Patienten erkannt und ausgeschöpft werden. Dies geschieht im Rahmen der Potenzialerhebung, die Ärztinnen und Ärzte veranlassen, bevor sie die Verordnung ausstellen und den Behandlungsplan erstellen. Somit wird ein zentrales Anliegen der GKV-IPReG adressiert: die fehlende Ausschöpfung von Potenzialen zur Beatmungsentwöhnung sowie zur Dekanülierung in der Versorgung. Zur Potenzialerhebung sind laut der AKI-Richtlinie nur bestimmte Facharztgruppen berechtigt. Die Potenzialerhebung darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein und soll mindestens alle sechs Monate (mit einigen Ausnahmen §5b AKI-RL) durchgeführt werden. Wird bei der Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zugrunde liegenden Funktionsstörungen besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, muss die Erhebung nur alle zwölf Monate durchgeführt werden.

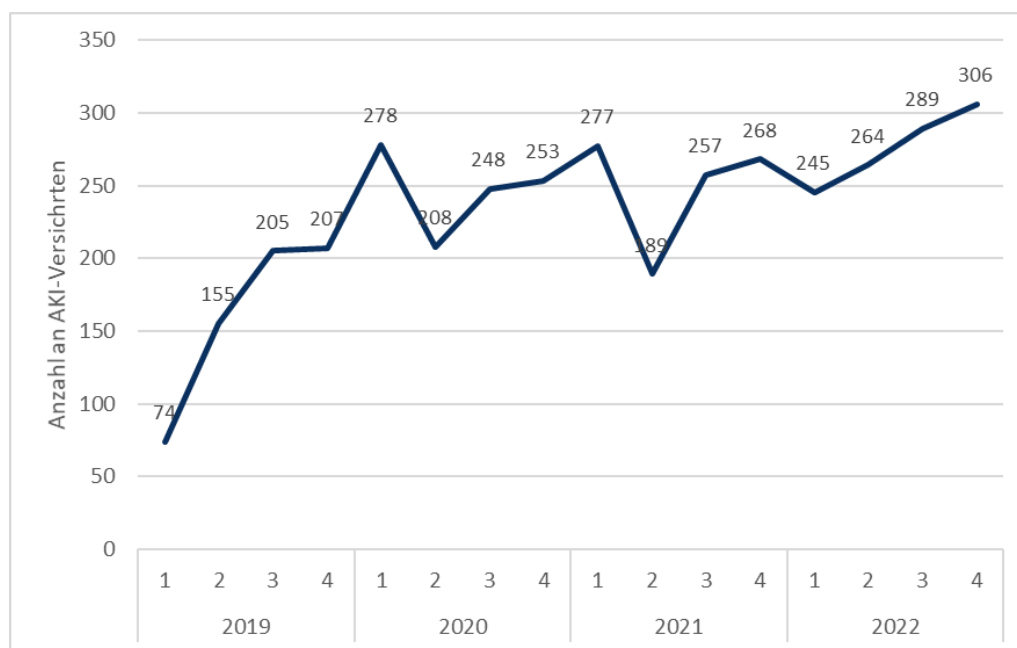
Die Potenzialerhebung kann stationär oder ambulant von qualifizierten Ärztinnen und Ärzten veranlasst werden. Die im Rahmen des ATME-Projekts erstellte Forschungsdatenbank enthält keine Potenzialerhebungen durch niedergelassene Ärzte. Die hierfür relevante GONR 37700 wurde erst mit der AKI-Richtlinie für die Erhebung nach § 5 derselben AKI-RL unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil A erstellt und ist erst ab dem 01. Dezember 2022 gültig. Da die Gültigkeit nicht im Beobachtungszeitraum unserer Datenauswertung liegt, konnten ambulante Potenzialerhebungen nicht einbezogen werden. In den folgenden Analysen kann insofern nur über die stationär durchgeführten Potenzialerhebungen berichtet werden.

Die Beatmungsentwöhnung selbst wird in einem intensivmedizinischen Setting stationär durchgeführt und kann über die Daten operationalisiert werden. Die Entwöhnung vom Respirator kann in einigen Fällen zu Schwierigkeiten und somit zum prolongierten Weaning führen. Es besteht Fachkonsens darüber, dass Versorgte mit prolongiertem Weaning in dafür spezialisierte Einrichtungen (Weaning-Zentren) verlegt werden sollten (Schönhofer et al. 2014, Fricke/Schönhofer 2020). Vor diesem Hintergrund wurden mittels einer durch die DGP bereitgestellten Liste zertifizierte Weaning-Zentren des Kompetenznetzwerks WeanNet in den Daten abgebildet.

4.1 Beatmungsentwöhnung im Krankenhaus

In den Jahren 2021 und 2022 wurden insgesamt 2.233 Versicherte der hier betrachteten Studienpopulation während eines stationären Krankenhausaufenthaltes von der maschinellen Beatmung entwöhnt. Abbildung 38 visualisiert die Zunahme der Entwöhnungen im Zeitverlauf. 2021 und 2022 wurden 207 bzw. 286 Versicherte je Quartal stationär von der Beatmung entwöhnt. Dies entspricht 3 % bzw. 5 % der Gesamtzahl der AKI-Versicherten für die jeweiligen Jahre bzw. 15 % bzw. 21 % der invasiv Beatmeten.

Abbildung 38: 8-718 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung

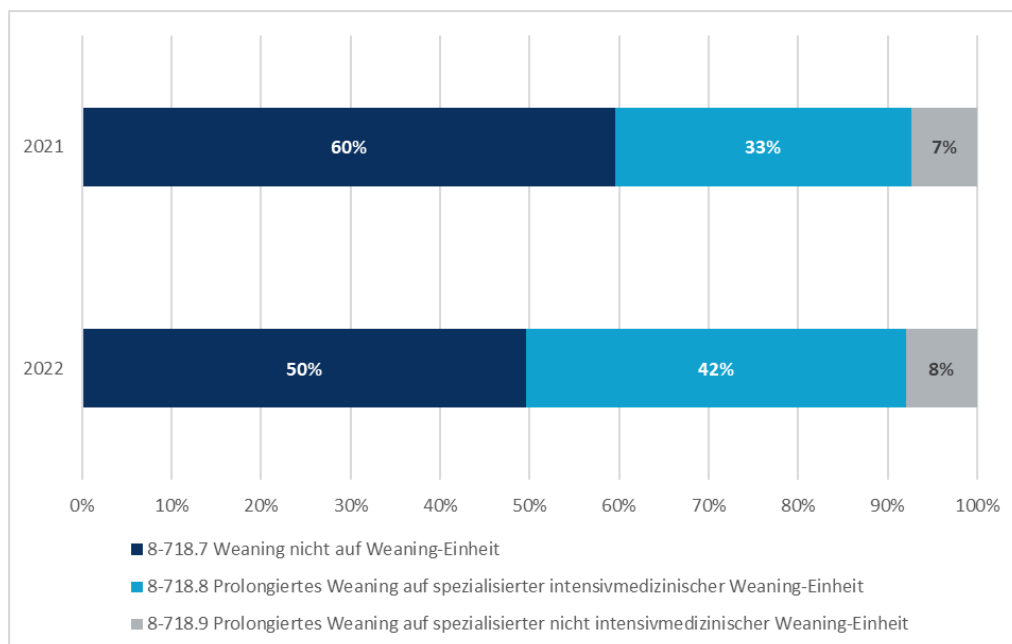


Quelle: AOK-Daten (2019–2022)

© WIdO 2024

Die Fachabteilung, in der die Beatmungsentwöhnung stattfindet, kann seit dem GKV-IPReG über eine weitere Differenzierung des OPS-Codes 8-718 analysiert werden. Bei der ersten Variante (8-718.7) findet die Beatmungsentwöhnung nicht auf einer Beatmungsentwöhnungseinheit statt. Die zweite Variante (8-718.8) ist die prolongierte Beatmungsentwöhnung auf einer spezialisierten intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungseinheit. Die dritte Variante (8-718.9) ist die prolongierte Beatmungsentwöhnung auf einer spezialisierten nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungseinheit. Abbildung 39 zeigt auf, dass der Anteil der Entwöhnungen in Weaning-Einheiten von 33 % im Jahr 2021 auf 42 % im Jahr 2022 gestiegen ist und der auf spezialisierten nicht intensivmedizinischen Weaning-Einheiten von 7 % auf 8 %. Während im Jahr 2021 also noch 60 % der Beatmungsentwöhnungen außerhalb von Weaning-Stationen durchgeführt wurden, waren es im Jahr 2022 nur noch 50 %.

Abbildung 39: 8-718 Beatmungsentwöhnung bei maschineller Beatmung im Durchschnitt der Quartale (2021–2022)



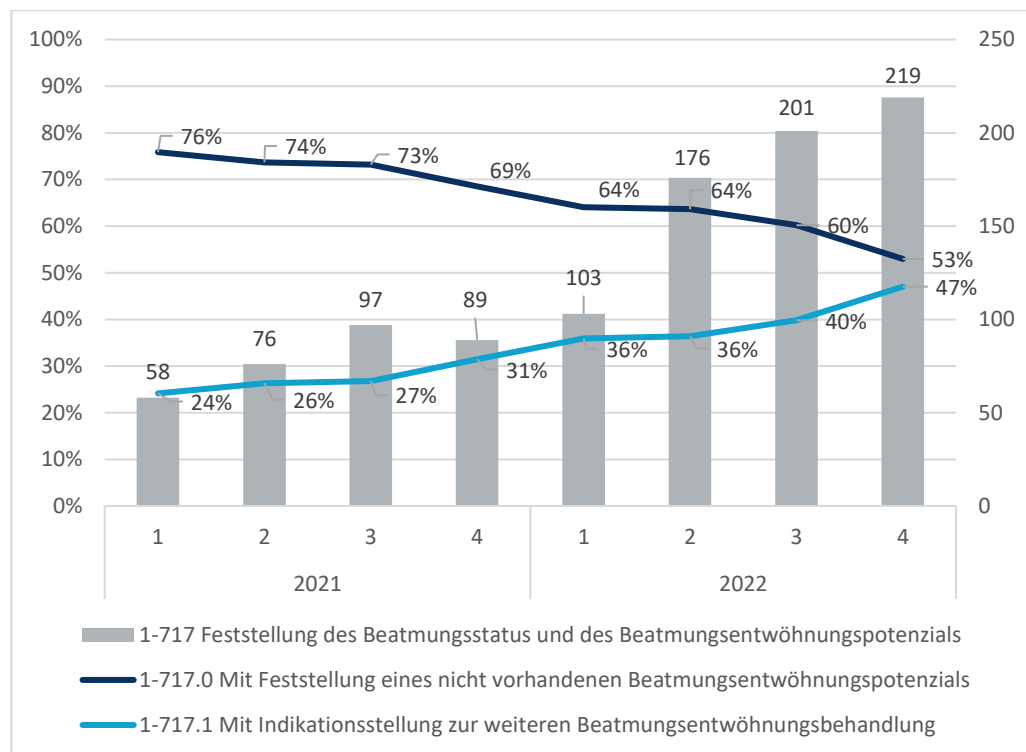
Quelle: AOK-Daten (2021–2022)

© WIdO 2024

4.2 Feststellung des Beatmungsstatus, des Beatmungsentwöhnungspotenzials und Entwöhnungsversuch

Mit Inkrafttreten des GKV-IPReG am 29.10.2020 ist die Verordnung einer Potenzialerhebung zentraler Bestandteil der gesetzlichen Regelung, um frühere Fehlanreize in dieser Spezialversorgung zu vermeiden. In die folgende Betrachtung gingen jedoch nur Fälle und Versicherten ein, die im Krankenhaus eine Potenzialerhebung erhielten. Informationen über Potenzialerhebungen im vertragsärztlichen Kontext waren in den Daten (noch) nicht verfügbar. Seit dem 1. Quartal 2021 ist die Abrechnung einer Potenzialerhebung (OPS 1-717) als „Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials“ in ihren absoluten Zahlen im 4. Quartal 2022 von 58 auf 219 bzw. um 278 % gestiegen (Abbildung 40). Während im 1. Quartal 2021 noch 76 % der Feststellungen ein nicht vorhandenes Beatmungsentwöhnungspotenzial auswiesen, erhielten zum Ende des Beobachtungszeitraums fast die Hälfte der Patientinnen und Patienten (47 %) eine positive Prognose (Abbildung 40).

Abbildung 40: Anzahl AKI-Versicherte mit Potenzialerhebung im Krankenhaus und anschließender Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials im Quartal (2021–2020)

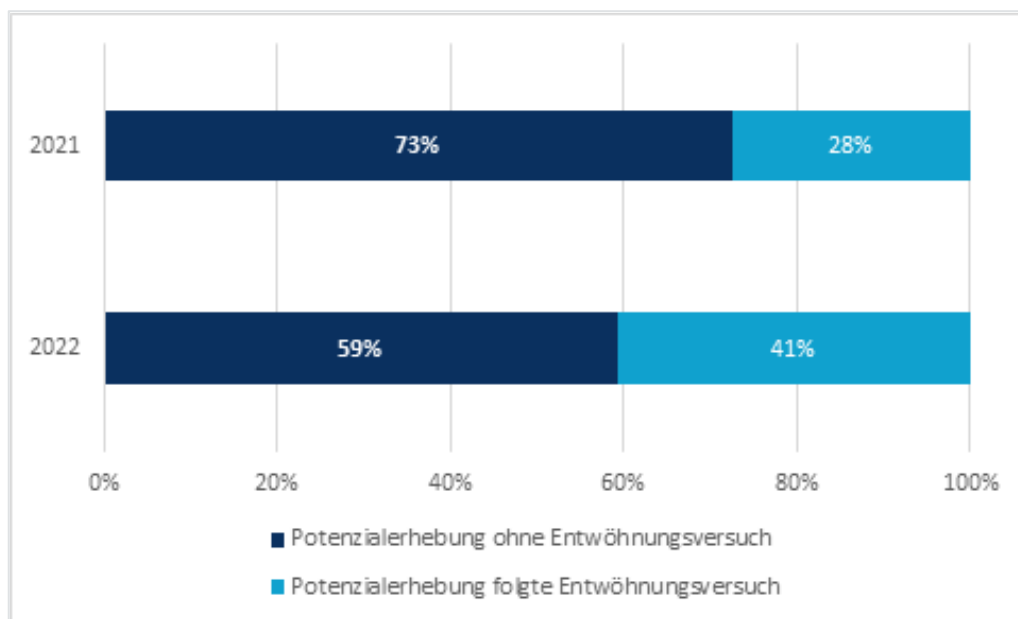


Quelle: AOK-Daten (2021–2022)

© WIdO 2024

Bei 28 % bzw. 41 % der AKI-Versicherten mit einer Indikation zur weiteren Beatmungsentwöhnungsbehandlung (OPS 1.717.1) im Krankenhaus wurde in den Jahren 2021 bzw. 2022 ein Entwöhnungsversuch innerhalb von 14 Tagen eingeleitet (Abbildung 41).

Abbildung 41: Versicherte mit einer Potenzialerhebung im Krankenhaus und einem Entwöhnungsversuch innerhalb von 14 Tagen im Durchschnitt der Quartale (2021–2022)



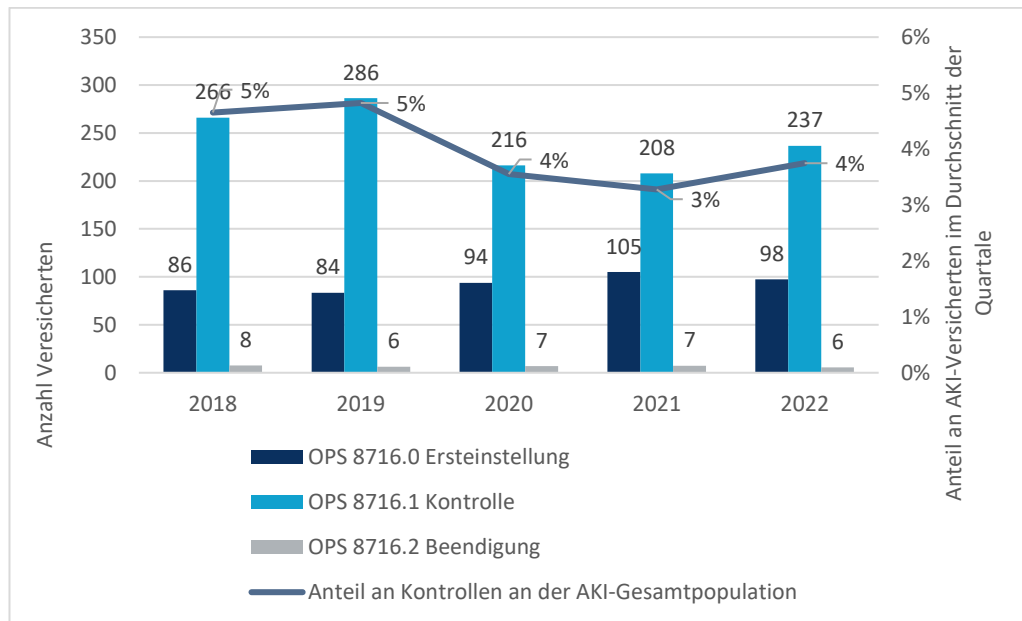
Quelle: AOK-Daten (2021–2022)

© WIdO 2024

4.3 Kontrolle, Beendigung und Ersteinstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung

Die Beatmungstherapie mit einem Beatmungsgerät beginnt und endet während einer stationären Krankenhausbehandlung. Darüber hinaus sollen laut der S2k-Leitlinie zur Beatmung alle drei, sechs und zwölf Monate Kontrollen erfolgen. Abbildung 42 weist für alle AKI-Patientinnen und Patienten aus, wie häufig im Quartal entsprechende Einstellungen im Krankenhaus erfolgten. Die Anzahl der Ersteinstellungen für eine häusliche maschinelle Beatmung ist im Beobachtungszeitraum relativ stabil geblieben, während die Kontrollen einen Rückgang von 266 im Jahr 2019 auf 237 im Jahr 2022 zeigen; durchschnittlich erhielten damit zwischen 4 % und 5 % eine Kontrolle. Die Anzahl der abgerechneten Beendigungen einer früher eingeleiteten häuslichen maschinellen Beatmung ist im Durchschnitt der Quartale gering.

Abbildung 42: Prozeduren bei der Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung im Krankenhaus (im Durchschnitt der Quartale 2018–2022)



Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

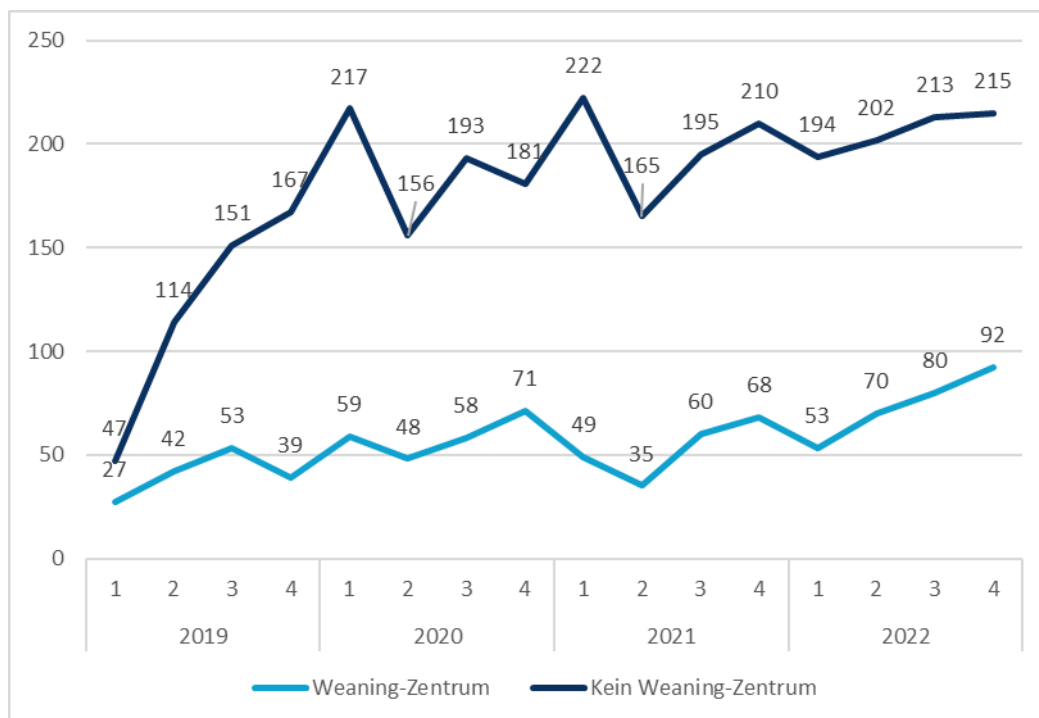
Die Diskrepanz zwischen den absoluten Zahlen der beendeten häuslichen maschinellen Beatmungen und den im nächsten Kapitel abgebildeten Beatmungsentwöhnungen erklärt sich dadurch, dass die häusliche maschinelle Beatmung nur eine Teilgruppe der stationär maschinell Beatmeten darstellt. Patientinnen/Patienten im Weaning müssen nicht unbedingt vorher eine häusliche maschinelle Beatmung abgerechnet bekommen haben.

4.4 Beatmungsentwöhnung in spezialisierten Weaning-Einheiten (WeanNet)

Zurzeit gibt es in Deutschland drei Zertifikate zur Akkreditierung eines spezialisierten Weaning-Zentrums. Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP) hat im Jahr 2009 das Kompetenznetzwerk pneumologischer Weaning-Zentren „WeanNet“ gegründet, um den Aufbau eines Patientenregisters und die Zertifizierung der beteiligten Zentren zu verbinden. Eine grundlegende Voraussetzung für die Zertifizierung der DGP ist die technische und personelle Ausstattung der Weaning-Einheit, die der Ausstattung einer Intensivstation entsprechen muss: Jederzeit muss wie auf einer normalen Intensivstation eine umgehende angemessene Reaktion bei vital bedrohlichen Notfällen möglich sein DGP 2018. Zudem hat die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) ab dem 01.10.2021 eine eigene Zertifizierung von Zentren für Beatmungsentwöhnung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation beschlossen. Auch die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) hat eine eigene Zertifizierung für die von ihr betriebenen Intensiv- und Weaning-Einheiten auf den Weg gebracht.

Die spezialisierten Weaning-Zentren, die durch die DGP-Zertifizierung im bundesweit arbeitenden Kompetenznetzwerk WeanNet unterstützt werden, wurden anhand einer von der DGP bereitgestellten Liste seit Inkrafttreten der Zertifizierung gesammelt. Der Eintritt und Austritt der Zentren wurde dabei anhand von deren Institutionskennziffern (IK) in der Datenbank identifiziert. Da der Beobachtungszeitraum der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme auf die Jahre 2018 bis 2022 begrenzt ist, wurden nur Ein- und Austritte innerhalb dieses Zeitraums berücksichtigt. Somit konnte je nach Versorgungsfall genau bestimmt werden, ob ein Versicherter zu einem Zeitpunkt der gültigen Zertifizierung in einem zertifizierten Weaning-Zentrum versorgt wurde. In manchen Fällen war es nicht möglich, präzise zu ermitteln, ob die Patienten tatsächlich im Weaning-Zentrum versorgt wurden oder nicht. Da in solchen Fällen keine genaue Zuordnung des Versorgungsortes möglich war, wurden diese Fälle von der weiteren Analyse ausgeschlossen. Aus einer Liste mit 73 im Beobachtungszeitraum gültig zertifizierten Weaning-Zentren waren elf Zentren nicht auflösbar. Es verblieben insgesamt 62 im Kompetenznetzwerk WeanNet zertifizierte Weaning-Zentren, die in der folgenden Auszählung betrachtet wurden. Im vierten Quartal 2022 erhielten 92 Patientinnen und Patienten eine Entwöhnung in einem zertifizierten Zentrum. Kliniken ohne zertifizierte Weaning-Einheit verzeichneten im Beobachtungszeitraum einen deutlich stärkeren Zuwachs an Patienten als die zertifizierten Weaning-Zentren (Abbildung 43).

Abbildung 43: Gesamtanzahl an AKI-Versicherten mit einer Beatmungsentwöhnung (OPS 8-718) bei maschineller Beatmung (2019–2022)

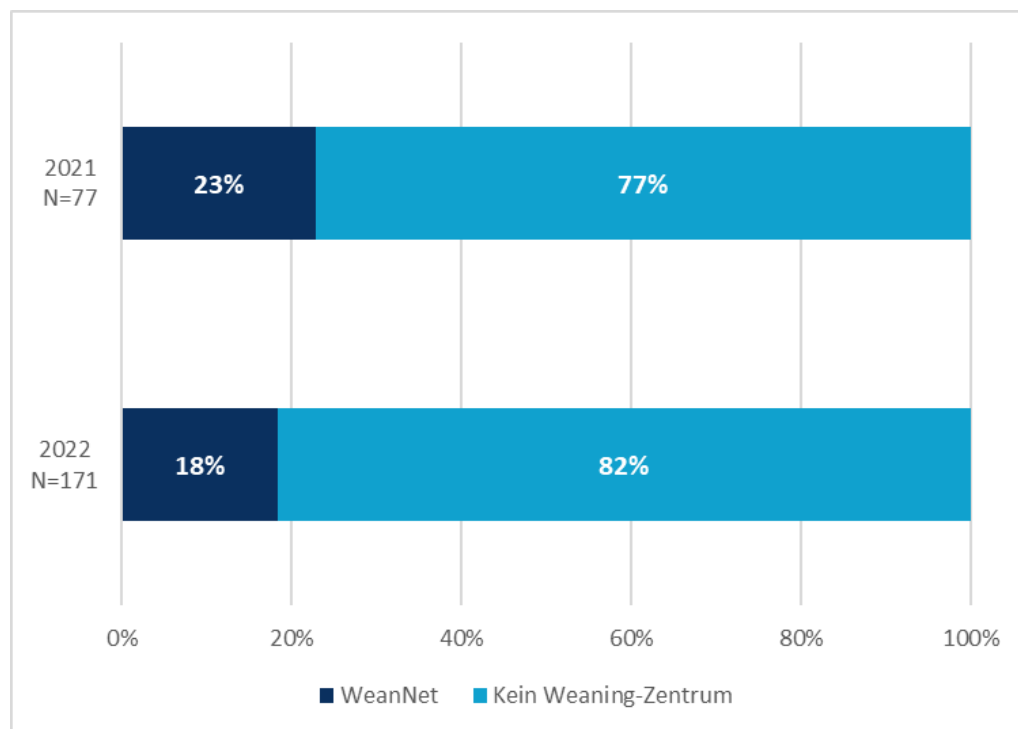


Quelle: AOK-Daten (2019–2022)

© WIdO 2024

Auch in Bezug auf die Gesamtzahl der Potenzialerhebungen¹ (im Durchschnitt der Quartale) überwiegen die Kliniken ohne zertifiziertes Weaning-Zentrum (Abbildung 44).

Abbildung 44: Anteil von Potenzialerhebungen (OPS 1-717) in zertifizierten Weaning-Zentren und in nicht-zertifizierten Kliniken (2021–2022)



Quelle: AOK-Daten (2021–2022)

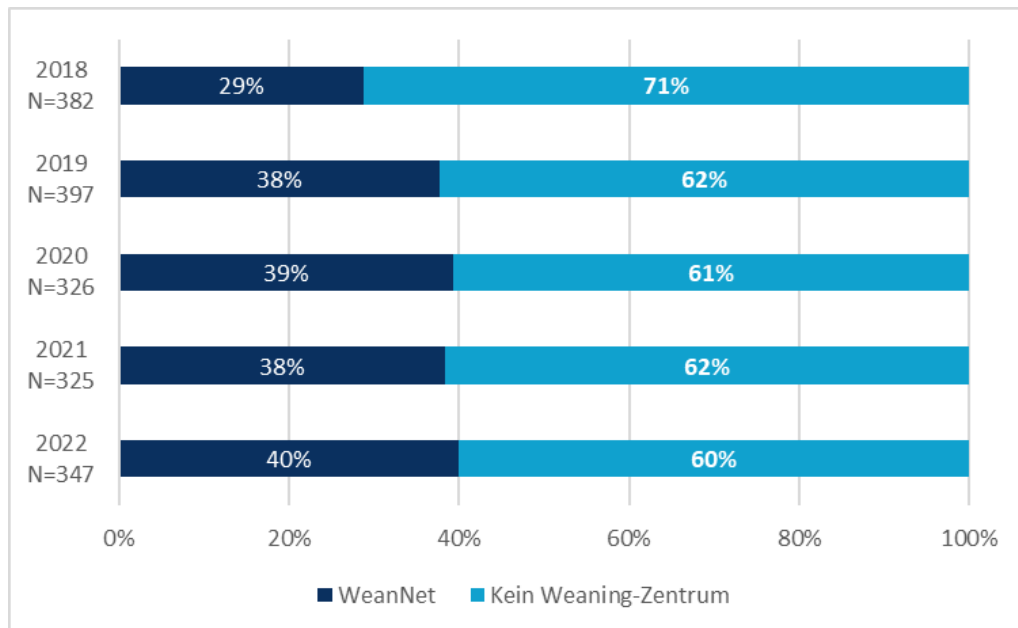
© WIdO 2024

Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung

Die Anzahl der Versicherten mit einer Verordnung zur Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung in den zertifizierten Weaning-Zentren des Kompetenznetzwerks WeanNet und in allen anderen Kliniken ohne eine solche Zertifizierung verteilt sich wie folgt: Zwischen 2018 und 2022 gab es eine leichte Reduktion des Durchschnitts an Versicherten im Quartal mit einer Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung. Während die zertifizierten Weaning-Zentren an Versicherten gewonnen haben, haben die Kliniken ohne zertifizierte Weaning-Einheiten am meisten eingebüßt (Abbildung 45). In der prozentualen Betrachtung hat die Zahl der Versicherten, die eine solche Prozedur in zertifizierten Weaning-Zentren erhalten haben, deutlich zugenommen.

¹ OPS 1-717: Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials.

Abbildung 45: Anteile an Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme mit einer Verordnung zur Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung zwischen zertifizierten Weaning-Zentren und nicht-zertifizierten Kliniken im Durchschnitt der Quartale im Zeitraum 2018–2022

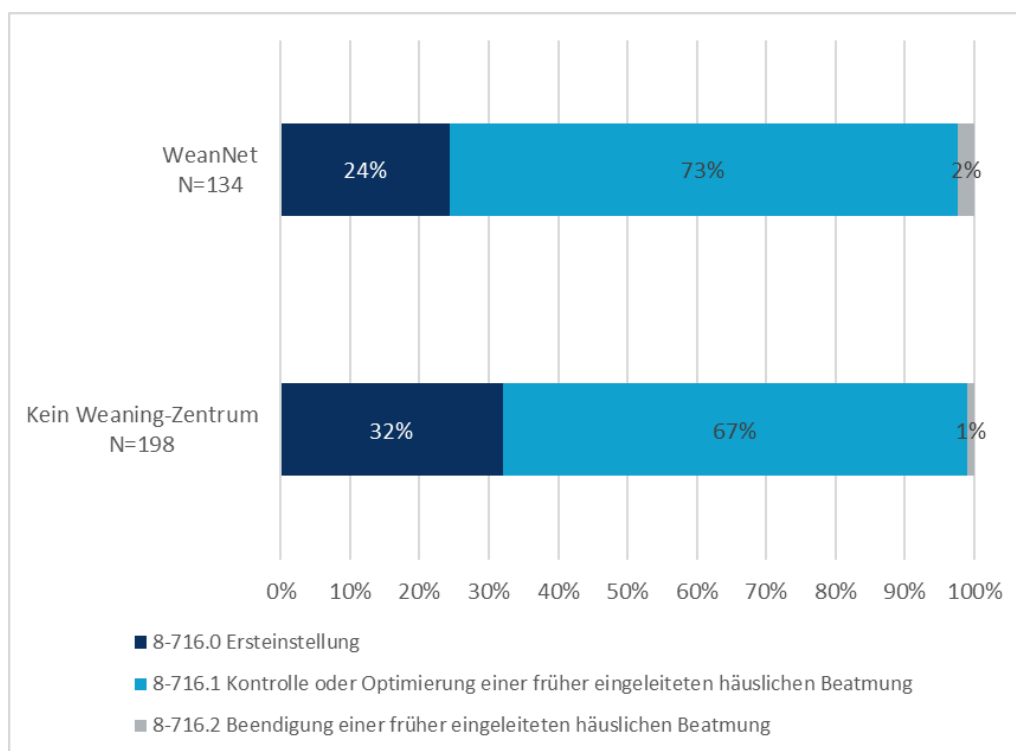


Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

Im Vergleich zwischen zertifizierten Weaning-Zentren (WeanNet) und Kliniken ohne zertifizierte Weaning-Einheit weisen Weaning-Zentren einen höheren Anteil (73 %) an Kontrollen oder Optimierungen einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung auf als die Gegengruppe (67 %) (Abbildung 46). Im Gegenzug fand an Kliniken ohne zertifizierte Weaning-Einheit ein höherer Anteil an Ersteinstellungen einer häuslichen maschinellen Beatmung (32 %) statt als an zertifizierten Weaning-Zentren (24 %) (ebd.).

Abbildung 46: Anteil Ersteinstellung, Kontrolle, Beendigung einer häuslichen maschinellen Beatmung in zertifizierten Weaning-Zentren des Kompetenznetzwerks WeanNet



Quelle: AOK-Daten (2018–2022)

© WIdO 2024

5 Diskussion und Ausblick

5.1 Zusammenfassung und Diskussion

Der Versorgungssektor der außerklinischen Intensivpflege (AKI) und der Beatmungspflege hat in den vergangenen Jahren eine dynamische Entwicklung erfahren. Es sind neue Formen der technikintensiven häuslichen Pflege und Versorgung entstanden, die sich auf akut und schwer chronisch erkrankte Menschen unterschiedlichen Alters sowie mit einer breiten Vielfalt an Problem- und Bedarfslagen konzentrieren. Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivpflege sind häufig solche, die eine intermittierende oder dauerhafte Beatmung mit oder ohne Tracheostoma benötigen und/oder einen hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. In der außerklinischen Intensivpflege werden Patienten und Patientinnen vornehmlich mit Zugang zu einer Beatmung, Sekretmanagement oder Sauerstofftherapie behandelt. Nichtsdestotrotz ist die außerklinische Intensivpflege nicht mit Beatmungspflege gleichzusetzen. Die Routinedatenanalyse bestätigt die Expertenmeinungen, dass die Beatmung in der AKI nur auf einen Teil der versorgten Patienten zutrifft (Isfort et al. 2022, Räker et al. 2022, Lübben et al. 2025).

Der öffentliche Diskurs um das IPReG fokussiert weitgehend auf die Beatmung und damit auf die Versorgungsformen der Beatmung als Grundraster in der Regulierung dieser Versorgung. Damit einher geht, dass mit dem IPReG ein weiterer medizinischer Endpunkt (neben der Versorgungssicherheit und dem Erhalt von Teilhabe und Selbstbestimmung) als Ziel der Versorgung dieser Population festgelegt wurde: die Entwöhnung von der Beatmung (GBA 2023 AKI-RL §2). Ob diese Maßnahmen jedoch dem Versorgungsziel einer so heterogenen Gruppe wie der hier untersuchten Studienpopulation der AOK-Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme und deren spezifischen Versorgungsbedarfen zu entsprechen, bleibt eine Fragestellung für zukünftige Forschungsvorhaben in diesem Bereich. Es mangelt weiterhin an Studien zur Bedarfsgerechtigkeit von Versorgungsleistungen, zur Selbstbestimmung und Teilhabe in Abhängigkeit von der Wohnform sowie zur Rolle einzelner Fachkräfte innerhalb interprofessioneller Teams (Klingshirn et al. 2020). Als Ausgangspunkt für weitere Forschungsvorhaben können die im Rahmen des Innofonds-Projekts ATME vorgestellten Analysen zu den demografischen und schnittstellenspezifischen Versorgungsmerkmalen dienen, die ein heterogenes Bild der Population mit außerklinischer Intensivversorgung zeichnen. Eine stärkere Ausdifferenzierung der unterschiedlichen Gruppen könnte, Verallgemeinerungen und Übertragungen spezifischer Bedarfe einzelner Subgruppen auf andere vermeiden (Isfort et al. 2022).

Anzahl, Neueintritte und Verweildauer in der AKI

Im gesamten Beobachtungszeitraum (2018–2022) wurden insgesamt 18.368 Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme in den Abrechnungsdaten aufgegriffen. Im Jahr 2018 wurden 5.716 Versicherte mit Intensivpflege außerklinisch versorgt, im Jahr 2022 waren es mit 6.320 Versicherten 11 % mehr. Im Gegensatz zu dem Befund von Köhler (2019) einer explosionsartigen Zunahme zeigt sich für den hier analysierten Zeitraum kein entsprechender Anstieg der AKI-Patientenzahlen. In anderen Studien wurde die Zahl der Patientinnen und Patienten mit Langzeitabhängigkeit vom Respirator erhoben, die stationär behandelt wurden: Diese ist von knapp 25.000 im Jahr 2006 auf über 86.000 im Jahr 2016 gestiegen Geiseler et al. (2022). Anders als in den vorangegangenen Erhebungen

fällt die Wachstumsrate für den analysierten Zeitraum deutlich niedriger aus. Weitere longitudinale Beobachtungen sind notwendig, um die beobachtete Entwicklung als Stabilisierungstendenz oder dauerhaft reduziertes Wachstum der AKI-Population bewerten zu können.

Die Mortalitätsrate blieb über den gesamten Beobachtungszeitraum mit durchschnittlich 6 % im Durchschnitt der Quartale pro Jahr (entsprechend ca. 353 Versicherten) stabil. Die Analysen der Überlebensdauer der fünf Jahreskohorten zeigen eine relativ homogene Verteilung, mit marginalen Abweichungen während der Pandemie. In der aggregierten Kohortenanalyse verstarben durchschnittlich rund 30 % aller Versicherten in der AKI nach einem halben Jahr, 40 % innerhalb eines Jahres und rund 50 % innerhalb von zwei Jahren nach erstmaliger AKI-Verordnung. Es zeigte sich zudem eine positive Korrelation zwischen Lebensalter und Raten des Versterbens, mit steigenden Sterberaten in höheren Altersgruppen.

Alter und Geschlecht, Pflegegrad

Die Analyse der demografischen Merkmale von Patientinnen und Patienten mit AKI zeigt charakteristische Verteilungsmuster. Während männliche Versicherte mit 61 % die Mehrheit der AKI-Population stellen, zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Altersverteilung. Im Jahr 2022 befanden sich 75 % der männlichen AKI-Patienten im Alter zwischen 40 und 85 Jahren, verglichen mit 70 % der weiblichen Patienten in derselben Altersspanne. Besonders auffällig ist der Anteil pädiatrischer Patienten (0–18 Jahre), der 2022 insgesamt 15 % der AKI-Population ausmachte. Dieser Anteil zeigt seit 2018 eine leicht steigende Tendenz. Geschlechtsspezifisch betrug der Anteil der Kinder und Jugendlichen 17 % bei den weiblichen und 13 % bei den männlichen Versicherten. Die größte Patientengruppe bildeten durchgängig die 66- bis 85-Jährigen mit einem stabilen Anteil von etwa 40 %. Dagegen waren Hochbetagte über 85 Jahre mit nur 3 % in der AKI-Versorgung deutlich unterrepräsentiert.

Die Analyse der Pflegegrade zeigt, dass 2022 etwa zwei Drittel (65 %) der AKI-Versicherten dem Pflegegrad 5 zugeordnet waren. Dies entspricht einem Anstieg von 13 Prozentpunkten seit 2018 und spiegelt die hohe Morbiditätslast dieser Patientengruppe wider.

Beatmungsstatus und Tracheostoma

Patienten mit außerklinischer Intensivversorgung sind charakterisiert durch einen komplexen Versorgungsbedarf, der in den meisten Fällen folgende Elemente umfasst: Beatmungspflichtigkeit (kontinuierlich oder intermittierend), Tracheostoma sowie einen intensiven pflegerischen und medizinischen Überwachungsbedarf (Siefarth/Kübler 2021). Vorhandene Forschungsarbeiten zur außerklinischen Intensivpflege und Langzeitbeatmung bestätigen die ausgeprägte Heterogenität dieser Patientengruppe (Lehmann et al. 2016, Schäfer 2020). Besondere Aufmerksamkeit erfahren dabei invasiv langzeitbeatmete Patienten, die in der Diskussion um das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) eine zentrale Rolle einnehmen.

In unserer Analyse wurde das Vorliegen invasiver Beatmung über die Abrechnung von Hilfsmitteln operationalisiert. Dabei konnten vier distinkte Patientengruppen unterschieden werden: (1) Versicherte mit Tracheostoma und Beatmungsgerät, (2) solche mit Tracheostoma und Atem- oder Inhalationsgeräten (ohne spezifische Beatmungsgeräte), (3) Patienten ausschließlich mit Tracheostoma oder Laryngektomie ohne weitere Atemtherapiegeräte sowie (4) Versicherte mit Atem- oder Inhalationstherapiegeräten oder Absauggeräte.

Die Ergebnisse für das Jahr 2022 offenbaren ein differenziertes Bild: Nur bei 21 % der AKI-Patienten ließ sich durch die Kombination von Beatmungsgerät mit Tracheostoma/Laryngektomie eine invasive Beatmung nachweisen. Die größte Gruppe (40 %) bildeten Patienten mit Tracheostoma und Atem-/Inhalationsgeräten (ohne spezifische Beatmungsgeräte), gefolgt von Versicherten mit ausschließlich Tracheostoma/Laryngektomie (22 %). Weitere 18 % nutzten Atemtherapiegeräte ohne operative Eingriffe der Larynx. Nicht-invasive Beatmungsformen konnten methodenbedingt nicht separat erfasst werden. Diese Verteilung zeigt deutliche Parallelen zum europaweiten Eurovent-Survey (Lloyd-Owen et al. 2005), in dem 13 % der heimbeatmeten Patienten ein Tracheostoma aufwiesen.

Auffällig ist die ausgeprägte Altersabhängigkeit der Befunde. Die Prävalenz von Tracheostoma und Beatmungsstatus variiert signifikant zwischen verschiedenen Altersgruppen, was die Heterogenität der AKI-Population unterstreicht. Während diese strukturelle Analyse wichtige Versorgungsmuster aufzeigt, bleiben wesentliche Aspekte der Patientenerfahrung – wie Gerätesicherheit, Anforderungen an Assistenzpersonal oder Lebensqualität Nelißen et al. 2018 – unberücksichtigt. Diese subjektiven Dimensionen wurden im anwendungswissenschaftlichen Teil des Projekts ATME durch explorative Befragungen systematisch erforscht, um ein umfassendes Bild der AKI-Versorgung zu erhalten.

Versorgungsort und sozialräumliche Verteilung

Die Analyse der Versorgungsorte von AKI-Patientinnen und -Patienten im Jahr 2022 ergab folgende Verteilung: 14 % der Versicherten wurden vollstationär gepflegt, während 13 % in Wohngruppen nach SGB XI lebten. Im Zeitraum 2018–2022 zeigte sich eine gegenläufige Entwicklung: Die Zahl der häuslich Versorgte sank um 5 %, während die Zahl der in Wohngruppen versorgten Versicherten im gleichen Umfang zunahm. Allerdings ist zu beachten, dass diese Auswertung nur leistungsrechtlich anerkannte Wohngruppen erfasst, wodurch die Ergebnisse möglicherweise nicht die tatsächliche Versorgungsrealität vollständig abbilden.

Die regionale Verteilung der Wohnorte blieb im Beobachtungszeitraum weitgehend stabil: Etwa zwei Drittel (63 %) der AKI-Patientinnen und Patienten lebten in urbanen Gebieten, während 36 % in eher ländlichen Räumen wohnten. Diese Verteilung blieb über die Jahre 2018 bis 2022 nahezu unverändert.

Krankheits- und Versorgungsmerkmale

Zur Charakterisierung der zugrundeliegenden Erkrankungen wurden ambulant-ärztlich dokumentierte Diagnosen des Betrachtungsjahres 2022 analysiert. Die Auswertung zeigt, dass bei rund zwei Drittel (67 %) aller Versicherten mit AKI eine Erkrankung mit einer muskulären, neuralen oder neuromuskulären Schwächung der Atemmuskulatur dokumentiert wurde. Vergleichbar häufig traten (primäre und sekundäre) Atemantriebsstörungen (55 %) und Dysphagien (56 %) auf. Besondere Bedeutung kommt Lungenerkrankungen bei fast 40 % sowie Erkrankungen des Nervensystems einschließlich Epilepsie (32 %) zu. Bösartige Neubildungen (10 %) und die Folgen von operativen Behandlungen (2 %) betreffen zwar kleinere, aber klinisch relevante Patientengruppen. Die hohe Prävalenz von Tracheostomata (72 %) und der Bedarf an Beatmungsgeräten (26 %) unterstreichen den schweren Krankheitscharakter dieser Population. Hinsichtlich der respiratorischen Insuffizienz dominiert der nicht klassifizierte Typ, während 14 % der Patientinnen und Patienten palliative Pflege erhalten – ein Indikator auf die

erhebliche Belastung und den Bedarf an spezialisierter Betreuung dieser Spezialversorgungsgruppe.

Nach den Ergebnissen der VELA-Regio-Studie (Lehmann et al. 2016) lassen sich aus ärztlicher Perspektive drei wesentliche Patientengruppen in der Langzeitbeatmung unterscheiden: Die erste Gruppe umfasst Patienten mit (seltenen) neuromuskulären Erkrankungen wie der Amyotrophen Lateralsklerose (ALS) oder Muskeldystrophie. Diese Patienten gelten abgesehen von ihrer Grunderkrankung als „organgesund“ und sind häufig verhältnismäßig jung. Die zweite Patientengruppe besteht überwiegend aus älteren, oft hochaltrigen und multimorbiden Personen. Diese weisen typischerweise eine begrenzte Lebenserwartung auf, haben ein niedriges Entwöhnungspotenzial und benötigen in der Regel dauerhaft eine künstliche Beatmung. Als dritte Gruppe identifiziert die Studie Patientinnen und Patienten mit hohem Rehabilitationspotenzial. Es handelt sich hierbei um eine wachsende Patientengruppe unterschiedlichen Alters, bei der die Beatmungstherapie meist als Folge des Zusammenwirkens mehrerer Erkrankungen erforderlich wird. Obwohl diese Klassifizierung für die heterogene Gesamtpopulation in der AKI nur eingeschränkt anwendbar ist, vermittelt sie doch einen ersten systematischen Überblick über die unterschiedlichen Problem- und Bedarfslagen dieser speziellen Patientenpopulation.

Unsere Analyse der verschiedenen Beatmungsformen zeigt charakteristische Unterschiede zwischen invasiver Beatmung und keiner invasiven Beatmung. Besonders auffällig ist der deutlich höhere Anteil ärztlicher Diagnosen für Atemantriebsstörungen bei den Versicherten ohne invasive Beatmung (58 %) im Vergleich zu invasiv beatmeten Versicherten (43 %). Ähnliche Unterschiede zeigen sich bei neurologischen Erkrankungen wie Epilepsie sowie bei bösartigen Neubildungen, die ebenfalls bei Versicherten ohne eine invasive Beatmung häufiger diagnostiziert wurden. Demgegenüber weisen invasiv Beatmete höhere Anteile verschiedener Typen der respiratorischen Insuffizienz, was ihren erhöhten beatmungsmedizinischen Versorgungsbedarf unterstreicht. Bemerkenswert ist jedoch der gleich hohe Anteil an Versicherten mit Dysphagie in beiden Gruppen (jeweils 56 %), was auf den besonderen Versorgungsbedarf dieser Patientengruppe unabhängig von der Beatmungsform hinweist.

Unsere Ergebnisse stehen teilweise in Kontrast zu anderen Studien, insbesondere den Befunden von Windisch et al. (2019), wonach die größte Gruppe der nicht-invasiv beatmeten Menschen an chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) leidet, während die invasive Beatmung vor allem bei neuromuskulären Erkrankungen (NMD), Tetraplegie oder thorakalrestriktiven Lungenerkrankungen zum Einsatz kommt.

Die hier vorgelegte Routinedatenanalyse der Altersverteilung zeigt eine ausgeprägte Heterogenität, die für zukünftige Klassifizierungsansätze unbedingt berücksichtigt werden sollte. Bei Kindern und Jugendlichen (0–18 Jahre) sind die größten Anteile an neuromuskulärer Schwächung (54 %) und an Epilepsie sowie weiterer Krankheiten des Nervensystems (47 %) zu finden. Die Altersgruppe der 19- bis 39-Jährigen weist mit 86 % den höchsten Anteil an (neuro-)muskulärer Schwächung auf. In der mittleren Altersgruppe (40–65 Jahre), die die zweitgrößte Subpopulation darstellt, zeigen sich besonders hohe Prävalenzen für Atemantriebsstörungen (63 %) und (neuro-)muskuläre (75 %). Die quantitativ größte Subgruppe der Grundgesamtheit ist die Altersgruppe zwischen 66 und 85 Jahren. Diese vereint multiple Belastungen: Atemantriebsstörungen (58 %), (neuro-)muskuläre Erkrankungen (62 %), Lungenerkrankungen (50 %), Tracheostoma (80 %) und Dysphagie (60 %). Auch bei den Hochbetagten (86+) bleiben Tracheostoma (80 %) und Lungenerkrankungen (46 %) wesentliche Merkmale.

Eine systematische Codierung ärztlicher Diagnosen im Kontext der AKI könnte wesentlich zu einer besseren Strukturierung der Diagnosen und Aufnahmegründe beitragen. Internationale Datenpools belegen übereinstimmend einen deutlichen Anstieg der Prävalenz von Langzeitbeatmung, wobei insbesondere die nicht-invasive Langzeitbeatmung zunimmt (Sunwoo et al. 2014, Cantero et al. 2020, Wijkstra/Duiverman 2020). Vergleiche mit internationalen Daten zeigen, dass in Deutschland Lungenerkrankungen die Hauptindikation für sowohl invasive als auch nicht-invasive Beatmung sind, während in anderen Ländern neurologische, neuromuskuläre oder thorakal-restriktive Erkrankungen eher als Indikation für die Beatmung vorkommen (Lloyd-Owen et al. 2005).

Ein systematischer Review von Trudzinski et al. (2022) identifiziert mehrere wesentliche Risikofaktoren für eine prolongierte mechanische Beatmung: Neben dem Alter der Patientinnen und Patienten zählen hierzu insbesondere relevante Komorbiditäten wie zuvor erlittener Schlaganfall, Niereninsuffizienz, eingeschränkte Herzfunktion sowie chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) (Trudzinski et al. 2022). Diese Faktoren müssten bei weiterem Forschungsvorhaben zur Prävalenz der verschiedenen Beatmungsformen genauer untersucht werden.

Versorgung im Krankenhaus

Krankenhäuser stellen für Patientinnen und Patienten mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege einen zentralen Behandlungs- und Versorgungsort dar – sowohl in der Akutphase ihrer Erkrankung als auch im weiteren Verlauf. Datenanalysen belegen die Zunahme an Fallzahlen im Krankenhaus: zwischen 2006 und 2016 von 24.845 auf 86.117 (Karagiannidis et al. 2019). Parallel dazu zeigt sich eine signifikante Verkürzung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer von durchschnittlich 14,0 Tagen im Jahr 1991 auf 8,1 Tage im Jahr 2008 (Ewers 2010).

Die Routinedatenanalyse zeigt einen Rückgang der Krankenhausaufenthalte von AKI-Patientinnen und Patienten: Zwischen 2018 und 2022 ist der Anteil der AKI-Patienten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale von über 39 % auf zunächst 34 % im Jahr 2020 gesunken, bevor er 2022 wieder leicht auf 35 % anstieg. Besonders auffällig ist dabei die Subgruppe der invasiv Beatmeten, die durchgehend höhere Hospitalisierungsraten aufweisen: von 42 % im Jahr 2018 auf über 37 % im Jahr 2022.

Bei der Betrachtung nach Altersgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede. Während die jüngste Altersgruppe (0 bis 18 Jahre) im gesamten Beobachtungszeitraum die höchsten Krankenhausaufenthaltsraten hatten, wiesen die jungen Erwachsenen (19 bis 39 Jahre) mit 25,6 % und die Hochbetagten (86+) mit 27,4 % die niedrigsten Werte auf. Die mittleren Altersgruppen bewegten sich näher am Durchschnitt der Gesamtpopulation (35,6 %), wobei die 40- bis 65-Jährigen auf 34,6 % und die 66- bis 85-Jährigen auf 37,2 % kamen.

Die Analyse der Krankenhausversorgung differenziert nach Beatmungsstatus zeigt einen besonders auffälligen Anstieg der Hospitalisierungsrate bei Patientinnen und Patienten mit Tracheostoma/Laryngektomie in Kombination mit Atem- oder Inhalationstherapiegeräten – von 44 % auf 51 %. Gleichzeitig blieb die durchschnittliche Fallzahl pro Patientin/Patient bei 1,4 Fällen stabil.

Die Verweildauer-Analyse offenbart interessante Gegentrends: Während der Medianwert für die gesamte AKI-Population konstant bei etwa sechs Tagen im Durchschnitt der Quartale pro Jahr verharrte, zeigte sich bei Patientinnen und Patienten mit

mindestens einer Beatmungsstunde eine gegenläufige Entwicklung. Deren Anteil sank von 49,8 % im Jahr 2018 auf 42,8 % im Jahr 2022. Gleichzeitig stieg die Verweildauer über die Jahre deutlich an – von 11,8 Tagen (2018) über einen Höchstwert von 15,8 Tagen (2021) bis zu 13,8 Tagen (2022).

Die Analyse der Verweildauer je Fall und der Hauptdiagnosen zeigt ähnliche Muster. Während die meisten Patientengruppen eine mediane Verweildauer von etwa sechs Tagen pro Fall aufweisen, fallen Versicherten mit Atem- oder Inhalationstherapiegeräten durch deutlich längere Aufenthalte auf (2018: 13 Tage, 2020: 17 Tage, 2022: 12 Tage). Besonders markant sind die Unterschiede bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Beatmungsstunde: Invasiv Beatmete weisen mit etwa 75 % die höchste Beatmungsprävalenz auf, während Patientinnen und Patienten mit Tracheostoma/Laryngektomie mit nur 16 % bis 19 % die niedrigsten Werte zeigen. Paradoxerweise haben letztere jedoch die längsten Verweildauern (über 50 Tage), während invasiv Beatmete die kürzesten Aufenthaltsdauern aufweisen.

Die Auswertung der Hauptdiagnosen verdeutlicht die Heterogenität der AKI-Population. Respiratorische Insuffizienz (ICD J96) war in beiden Vergleichsjahren die häufigste Hauptdiagnose (2019: 9,3 %, 2022: 8,2 %), wobei die meisten Diagnosen dem Bereich der Atemwegserkrankungen (J00–J99) zuzuordnen sind. Allerdings spielen auch andere Diagnosegruppen eine bedeutende Rolle, insbesondere Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99), Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98) sowie Neubildungen (C00–D48). Besonders relevant sind Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate (T85) – nicht überraschend bei einer Population mit 80 % Tracheostoma-Trägern. Weitere Schlüsseldiagnosen wie bösartige Neubildung des Larynx (C32) und spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome (G12) unterstreichen die unterschiedlichen Versorgungsbedarfe in der AKI-Population. Die altersspezifische Betrachtung offenbart weitere Differenzierungen, die eine Klassifizierung der AKI-Patientinnen und -Patienten nach diesem Merkmal rechtfertigen. Diese Unterschiede manifestieren sich sowohl in den Diagnosemustern als auch in den stationären Versorgungsanforderungen der verschiedenen Altersgruppen.

Ambulant-ärztliche Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung schwer chronisch kranker Patientinnen und Patienten weist in Deutschland besondere Strukturmerkmale auf. Anders als in vielen anderen Ländern, wo die fachärztliche Versorgung primär im stationären Bereich angesiedelt ist, existiert hierzulande mit der sogenannten „doppelten Facharztschiene“ ein einzigartiges System aus niedergelassenen Fachärzten und Hausärzten. International verbreitete teambasierte Versorgungsmodelle, bei denen Ärzte verschiedener Fachrichtungen gemeinsam mit Pflegekräften, Therapeuten und Apothekern zusammenarbeiten (Schäfer 2020), spielen in Deutschland – abgesehen von der Palliativversorgung – bisher eine untergeordnete Rolle. Die Analyse der ambulant-ärztlichen Abrechnungsdaten zeigt, dass AKI-Patientinnen und -Patienten das ambulante Versorgungssystem intensiv nutzen: 83,3 % konsultieren regelmäßig ihren Hausarzt, 84,9 % suchten Fachärzte auf und nahezu alle Patientinnen und Patienten (99,3 %) waren bei Vertragsärzten in Behandlung. Besonders häufig wurden HNO-Ärzte (26,2 %), Neurologen (29,1 %) und Orthopäden (5,2 %) konsultiert; auch Internisten (11,8 %) und Pneumologen (6,5 %) spielten eine wichtige Rolle.

Heilmittelversorgung

Die Heilmittelversorgung bildet eine weitere zentrale Schnittstelle in der Versorgung von AKI-Patientinnen und -Patienten. Heilmittel dienen als therapeutische Maßnahmen, der Linderungen gesundheitlicher Einschränkungen, der Behandlung von Krankheiten sowie der Verhinderung ihres Fortschreitens. Die Analyse der Heilmittel-Inanspruchnahme zeigt deutliche altersspezifische Unterschiede innerhalb der AKI-Population.

Kinder und Jugendliche (0–18 Jahre) weisen mit 20 % die niedrigste Inanspruchnahme von Ergotherapie auf. Demgegenüber zeigen die 19- bis 39-Jährigen die höchste Physiotherapie-Quote (70 %), knapp gefolgt von den 40- bis 65-Jährigen (69 %). Diese beiden Altersgruppen generieren insgesamt die meisten Heilmittelverordnungen (81 % bzw. 82 %). Besonders auffällig ist bei den 40- bis 65-Jährigen die ausgeprägte Inanspruchnahme von Sprachtherapie (44 %) und Ergotherapie (47 %). In der Altersgruppe der 66- bis 85-Jährigen zeigen sich 2022 folgende Nutzungsmuster: 62 % Physiotherapie, 40 % Sprachtherapie und 37 % Ergotherapie.

Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung und Beatmungsentwöhnung (Weaning)

Ein besonderer Fokus in der AKI wird auf die Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung gelegt. Mit der AKI-Richtlinie wurde ein wichtiger Schritt zur Standardisierung der Versorgung unternommen, insbesondere durch die verbindliche Einführung systematischer Potenzialerhebungen. Demnach soll das jeweilige Entwöhnungspotenzial erkannt und im positiven Fall ausgeschöpft werden. Die Erhebungen müssen von autorisierten Fachärzten durchgeführt werden und sind zeitlich gestaffelt – alle sechs Monate bei bestehendem Entwöhnungspotenzial, jährlich bei dauerhafter Beatmungspflicht. Dieses Vorgehen adressiert effektiv das Kernproblem der bisher unzureichend genutzten Weaning-Potenziale, das im GKV-IPReG besonders hervorgehoben wurde.

Die historische Entwicklung verdeutlicht den dringenden Regelungsbedarf: Vor Einführung der AKI-Richtlinie war die ärztliche Versorgung von Betroffenen in der AKI, insbesondere mit invasiver Beatmung und/oder Trachealkanülen, in Deutschland nur unzureichend geregelt, strukturiert und finanziert. Die zwischen 2008 und 2019 mehr als verdoppelte Zahl an Einleitungen und Kontrollen Schwarz et al. 2021 belegt den gestiegenen Bedarf; es zeigen sich aber auch regionale Disparitäten zwischen den Bundesländern und eine besondere Betroffenheit älterer Patientinnen und Patienten.

In Deutschland werden etwa 40 % der Patientinnen und Patienten eines Weaning-Zentrums mit einer dauerhaften Beatmung in die außerklinische Versorgung entlassen (Klingshirn et al. 2020). Experten schätzen sogar, dass bei 60 % bis 85 % der Patientinnen und Patienten in der häuslichen Krankenpflege eine invasive Beatmung vermeidbar wäre (Köhler 2019). Gleichzeitig belegen internationale Vergleiche die Vorteile nicht-invasiver Beatmung bei COPD-Patienten, insbesondere reduzierte Hospitalisierung, verbesserte Lebensqualität und Linderung von Atemnot (Klingshirn et al. 2020).

Die Routinedatenanalyse dieser Studie zeigt charakteristische Muster: Die Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung betrifft mit 5 % bis 6 % im Quartalsdurchschnitt nur einen geringen Teil der AKI-Patientinnen und -Patienten. Während die Zahl der Ersteinstellungen einer häuslichen maschinellen Beatmung über den gesamten Beobachtungszeitraum relativ stabil blieb, ist bei den Kontrollen ein Rückgang von rund 970 Fällen (2019) auf 823 Fälle (2022) zu verzeichnen. Parallel dazu gingen auch die Beendigungen einer häuslichen maschinellen Beatmung zurück.

Besonders bemerkenswert ist die Entwicklung der Beatmungsentwöhnungen seit Inkrafttreten der GKV-IPReG: In den Jahren 2021–2022 haben insgesamt 492 Versicherte eine Beatmungsentwöhnung nach den neuen Operations- und Prozedurenschlüsseln verordnet bekommen. Die Zahl der Entwöhnungen stieg dabei von 206 Fällen (2021) auf 285 Fälle (2022) an, was einem Anstieg von 3 % auf 5 % der Studienpopulation bzw. von 15 % auf 21 % der invasiv Beatmeten entspricht.

Die Dauer der Beatmungsentwöhnung variiert je nach Versorgungsort: 26 % der nicht in Weaning-Einheiten durchgeführten Entwöhnungen dauerten maximal fünf Tage, 47 % erstreckten sich über sechs bis 20 Behandlungstage und 27 % benötigten mindestens 41 Tage.

Mit Inkrafttreten des GKV-IPReG am 29.10.2020 wurde die Potenzialerhebung (OPS 1-717) als zentraler Bestandteil der gesetzlichen Regelung eingeführt, um frühere Fehlanreize in diesem Spezialversorgungsbereich zu vermeiden. Die vorliegende Datenanalyse, die sich ausschließlich auf stationär durchgeführte und abgerechnete Potenzialerhebungen und Weaning-Versuche bezieht, zeigt folgende Entwicklungen: Die absolute Zahl der Potenzialerhebungen ist vom ersten Quartal 2021 (58 Fälle) bis zum vierten Quartal 2022 (219 Fälle) um 278 % angestiegen. Die Verteilung der Ergebnisse zeigt folgende Entwicklung: Im ersten Quartal 2021 wurde 76 % der Fälle kein Entwöhnungspotenzial attestiert, während nur 24 % eine Indikationsstellung zur weiteren Beatmungsentwöhnungsbehandlung erhielten. Bis zum Ende des Beobachtungszeitraums näherten sich diese Anteile mit etwa 50 % für beide Kategorien an. Im gesamten Geltungszeitraum der Regelung (2021–2022) lag der Durchschnitt bei 66 % ohne festgestelltes Entwöhnungspotenzial und 34 % mit Indikation zur weiteren Entwöhnung.

5.2 Limitationen

Die vorliegende Studie basiert auf Routinedaten, die aus der Abrechnung von Gesundheits- und Pflegeleistungen sowie aus der Dokumentation der Versorgung gewonnen worden sind. Diese haben trotz ihrer Vorteile – insbesondere der großen Fallzahlen und geringen Selektionsverzerrung – mehrere methodische Einschränkungen, die für die Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Die Qualität der Sachkontendaten ist erst ab 2018 verlässlich und Vergleiche mit AOK-Erhebungen sowie der amtlichen Statistik zeigen erhebliche Diskrepanzen, die auf systematische Fehlbuchungen hindeuten. Besondere Herausforderungen ergeben sich durch regionale Unterschiede in den Abrechnungsmodalitäten und die unvollständige Erfassung von Schlüsselwörtern.

Im Bereich der Hilfsmittel erschwert die fehlende bundeseinheitliche Zuordnung regionaler Abrechnungsziffern die Analyse, insbesondere bei den Unterkategorien der Hilfsmittelgruppe 14 (Atem- und Inhalationstherapiegeräte). Anhand von Hilfsmittelabrechnungen konnte die Studienpopulation in den Daten zwar genauer gefasst und es konnten invasiv beatmete Versicherte identifiziert werden. Versicherte mit nicht-invasiver Beatmung hingegen können nicht bestimmt werden. Dies hängt damit zusammen, dass in den vorliegenden Daten nicht alle Produkte des Hilfsmittelverzeichnis eindeutig identifiziert werden können. Damit sind keine isolierten Aussagen anhand der Routinedaten für nicht-invasiv beatmete Menschen mit AKI möglich. Ein wesentlicher limitierender Faktor der Studie ist der Ausschluss von AKI-Patientinnen und -Patienten ohne Hilfsmittelverordnung, die aber ein gebuchtes AKI-Sachkonto aufweisen. Diese

Subpopulation verweist auf einen anderen Versorgungsbedarf, der sich von der Beatmungstherapie möglicherweise unterscheidet und in zukünftigen Untersuchungen gezielt betrachtet werden sollte.

Darüber hinaus wird das vollständige Bild der Versorgungsrealität durch die Untererfassung nicht-anerkannter Wohnungsgruppen nach SGB XI eingeschränkt, obwohl diese eine relevante Rolle im Versorgungssetting der AKI-Patientinnen und -Patienten spielen. Während davon auszugehen ist, dass die vollstationäre Versorgung adäquat abgebildet wurde, ist hinsichtlich des Versorgungsortes von einer Überschätzung des Anteils der 1:1-Versorgten auszugehen. Grund dafür sind unterschiedliche Möglichkeiten der leistungsrechtlichen Anerkennung von WGs: Bei den hier verfügbaren Daten konnten lediglich WGs als solche identifiziert werden, die im Kontext des SGB XI anerkannt waren.

Nicht in den Routinedaten zu identifizieren sind spezifische Leistungen von Versicherten, die ihre Leistungen in der AKI über das persönliche Budget (§ 29 SGB IX) individuell organisieren. Sie sind in den Analysen allerdings indirekt enthalten, wenn sie invasiv beatmet werden, weil sie dann über den Hilfsmittelbezug eingeschlossen sind. Da es sich nur um eine kleine Subgruppe der Menschen mit AKI-Versorgung handelt ($n = 170$ für den gesamten Beobachtungszeitraum), werden sie in der Routinedatenanalyse nicht gesondert berücksichtigt.

Mit Inkrafttreten der AKI-Richtlinie wurden wesentliche Neuerungen der ambulanten Versorgung geschaffen und damit verbunden Ziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) expliziert (z. B. GOP 37700 Potenzialerhebung, GOP 37710 AKI-Verordnung). Die Positionen traten jedoch erst ab dem 01.12.2022 bzw. dem 01.01.2023 in Kraft und standen für Analysen somit noch nicht zur Verfügung.

Für die zukünftige Forschung in der AKI mit Routinedaten ist die Planung der Versorgungsstrukturen von zentraler Bedeutung. Um die Versorgungskapazitäten effizient zu planen und Engpässe gezielt zu adressieren, sind belastbare Daten notwendig. Dies erfordert, dass alle relevanten Abrechnungsziffern vorhanden sind und überprüft sowie valide zur Verfügung gestellt werden können. In Bezug auf das AKI-Monitoring wurden im stationären Bereich bereits neue EBM-Kapitel und OPS-Ziffern entwickelt, die die AKI-Versorgung abbilden. Diese konnten jedoch aufgrund des Zeitpunkts der Datenziehung in diesem Projekt nicht berücksichtigt werden. Für zukünftige Projekte stellt dies einen wichtigen Faktor dar. Eine bundeseinheitliche kassenübergreifende Liste aller relevanten Leistungsziffern könnte die Transparenz im Bereich der AKI-Versorgung verbessern und so auch die Qualität und Effizienz der Versorgung steigern. Aktuell erschwert jedoch die Vielzahl an KV-spezifischen Leistungsdaten und regionalen Gebührenordnungsziffern diese Aufgabe. Eine Vereinheitlichung der GOP-Ziffern wäre daher erforderlich, um eine regelmäßige und umfassende Bestandsaufnahme der Versorgungsmerkmale in der AKI zu ermöglichen.

5.3 Ausblick

Das Innovationsfondsprojekt ATME verfolgte das Ziel, sektorenübergreifende Darstellungen und Analysen der Krankheitsverläufe und Versorgungsstrukturen außerklinisch beatmeter Patientinnen und Patienten mit Intensivpflegebedarf zu entwickeln und daraus Empfehlungen für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Weiterentwicklung der Versorgung abzuleiten. Dafür wurde die Versorgungssituation in einem Mixed-Methods-Studiendesign untersucht, das grundlagen- und anwendungswissenschaftliche Ansätze kombinierte.

Im grundlagenwissenschaftlichen Teil wurden Routinedaten zu Menschen mit AKI und ihrer Versorgungssituation erhoben und analysiert. Im anwendungswissenschaftlichen Teil diskutierten die Projektbeteiligten die identifizierten Versorgungsprobleme mit Akteuren der AKI und leiteten Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ab. Als Datengrundlage dienten Routinedaten von AOK-Versicherten (2018–2022), explorative Interviews sowie standardisierte Befragungen von Menschen mit AKI-Bedarf, Mitarbeitenden aus Pflegeeinrichtungen und Zentren für außerklinische Beatmung. Die unterschiedlichen Perspektiven wurden im Projekt ATME zusammengeführt, um sektoren- und akteursübergreifende Empfehlungen für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Weiterentwicklung der Versorgung zu erarbeiten.

Das Projekt ATME ist in einem Kontext angesiedelt, in dem sich die außerklinische Intensivpflege (AKI) in den letzten Jahren zu einem bedeutenden und dynamisch wachsenden Versorgungssektor entwickelt hat. Dieser Bereich stellt eine eigenständige Form der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dar, die nicht direkt mit der Intensivpflege im Krankenhausumfeld verglichen werden kann. Die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in der AKI sind vielfältig und unterscheiden sich erheblich von denen in der klinischen Intensivpflege. Die Versorgungsbedarfe gehen über die reine Behandlung akuter Symptome hinaus. Im Zentrum steht dabei die individuelle Lebenssituation der Patientinnen und Patienten, deren Bedürfnisse sich deutlich von denen von Krankenhauspatienten unterscheiden. Neben der fachgerechten medizinischen und pflegerischen Versorgung gewinnen Aspekte wie die Förderung der Lebensqualität, Teilhabe und individuellen Lebensgestaltung entscheidend an Bedeutung. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Häuslichkeit, die in der AKI auch Hausgemeinschaften und spezialisierte stationäre Einrichtungen umfasst. Ein weiteres charakteristisches Merkmal dieser Versorgungsform ist die Integration der Angehörigen, die als wichtige Partner in der Pflege und bei medizinischen Entscheidungen fungieren, in den Versorgungsprozess.

Die Fachliteratur und Studien aus verschiedenen Ländern, wie etwa von Lloyd-Owen et al. (2005) und Köhler (2019), belegen, dass dieser Sektor sowohl international als auch in Deutschland deutlich wächst. In Deutschland zeichnet sich die Entwicklung der außerklinischen Intensivpflege seit den 1990er Jahren durch die Schaffung spezialisierter ambulanter Versorgungsstrukturen aus, die mittlerweile ein eigenständiges Segment im Pflegemarkt bilden. Die Entwicklung dieses Sektors wurde von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Ein wesentlicher Treiber ist der demografische Wandel, der mit einer steigenden Zahl älterer, multimorbider Patienten einhergeht. Diese Patienten benötigen spezialisierte Pflege und Betreuung, um ihre Lebensqualität aufrechtzuerhalten und die medizinischen Anforderungen zu erfüllen. Darüber hinaus hat die Einführung von nicht-invasiven Beatmungsverfahren in den 1980er Jahren eine zentrale Rolle dabei gespielt, Patienten mit Beatmungsbedarf zu ermöglichen, im vertrauten häuslichen Umfeld zu bleiben.

In dem grundlagenwissenschaftlichen Teil dieses Projekts wurden zentrale demographische und versorgungsbezogene Merkmale der AKI-Population erarbeitet. Sowohl in der Routinedatenanalyse als auch in den Befragungen wurde festgestellt, dass die Patientengruppen, die auf außerklinische Intensivpflege angewiesen sind, sehr heterogen sind. Sie umfassen unter anderem Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen wie ALS, ältere multimorbide Patientinnen/Patienten mit begrenzter Lebenserwartung und Patientinnen/Patienten, die infolge des Zusammenwirkens mehrerer Erkrankungen ein hohes Rehabilitationspotenzial besitzen. Diese Einteilung, wie sie im VELA-Regio-Projekt (Lehmann et al. 2016) vorgenommen wurde, trägt der Diversität der Patientengruppe Rechnung und hilft dabei, die verschiedenen Versorgungsbedarfe besser zu verstehen. Ein wesentlicher Trend in der AKI ist der zunehmende Anteil von Patienten mit chronischen Erkrankungen, die auf Langzeitbeatmung angewiesen sind, was eng mit der demografischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt zusammenhängt. Patienten, die früher nur im Krankenhaus beatmet werden konnten, leben dank moderner medizinisch-technischer Entwicklungen zunehmend im häuslichen Umfeld.

Die Langzeitversorgung von Patienten mit intensivmedizinischem Bedarf wird vor allem durch spezialisierte ambulante Dienste sichergestellt. Diese Versorgungsstrukturen sind in Deutschland vielfältig organisiert und bestehen aus der häuslichen Einzelversorgung, Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige und stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Diese Entwicklungen spiegeln sich auch in den Zahlen der Routinedatenanalyse wider: Die überwiegende Mehrzahl der Betroffenen präferiert die häusliche Versorgung, was die Bedeutung der Schaffung geeigneter Versorgungsstrukturen und -netzwerke für diese Patientengruppe betont.

Die Studienergebnisse des Projekts ATME zeigen, dass die außerklinische Intensivpflege trotz ihrer dynamischen Entwicklung weiterhin mit einer Reihe von Herausforderungen konfrontiert ist. Der wachsende Bedarf an spezialisierter Pflege, die Integration von Angehörigen, die fachärztliche Betreuung sowie die Qualität der Versorgung müssen kontinuierlich weiterentwickelt und an die wachsenden Bedürfnisse der Patienten angepasst werden. Ein zentraler Kritikpunkt der Studie betrifft die übermäßige Fokussierung auf die Beatmung als Hauptmerkmal der AKI-Versorgung. Zwar sind viele der Versicherten mit AKI-Bedarf entweder beatmet oder tracheotomiert, doch wird durch diese einseitige Betrachtungsweise den heterogenen Versorgungsbedarfen dieser speziellen Patientengruppe nicht ausreichend Rechnung getragen. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Einführung des IPreG und der Ausbau spezialisierter Versorgungsstrukturen in den kommenden Jahren auf die Versorgungssituation auswirken werden.

Die Ergebnisse der Routinedatenanalyse unterstreichen trotz methodischer Limitationen das Potenzial von Routinedaten für die Versorgungsforschung im AKI-Bereich. Die identifizierten Herausforderungen zeigen jedoch deutlich, dass strukturelle Verbesserungen der Datengrundlagen notwendig sind, um die Qualität und Effizienz der Versorgung dieser heterogenen Patientengruppe zu optimieren. Ein wirksames Monitoring der AKI-Versorgung in Deutschland erfordert Transparenz für alle Beteiligten – von Entscheidungsträgern in Gesundheitspolitik und Ordnungsstellen über Leistungserbringer bis hin zu Betroffenen und ihren Angehörigen. Die Nutzung von Routinedaten stellt hierfür einen vielversprechenden Ansatz dar. Für eine bedarfsgerechte Planung von Angebotsstrukturen und zur Identifizierung von Versorgungsengpässen sind jedoch belastbare, valide und überprüfbare Abrechnungsziffern unerlässlich. Besonders wertvoll wäre die Möglichkeit, die Daten nach verschiedenen relevanten Subgruppen innerhalb der ohnehin heterogenen AKI-Population zu differenzieren. In

diesem Zusammenhang erscheint die Einrichtung eines AKI-Registers besonders sinnvoll. Voraussetzung hierfür wäre jedoch eine aktuelle vollständige und bundeseinheitliche Liste aller relevanten Abrechnungsziffern, die kassenübergreifend Anwendung findet. Wie in diesem Bericht detailliert dargestellt, können Routinedaten zwar keine Aussagen zur Wirksamkeit von Maßnahmen oder zur Lebensqualität liefern, eignen sich jedoch gut zur Abbildung zentraler Versorgungsmerkmale über die unterschiedlichen Versorgungssektoren hinaus. Künftige Studien sollten diese Aspekte systematisch berücksichtigen, um ein umfassenderes Bild der AKI-Versorgung in Deutschland zu erhalten.

Literaturverzeichnis

- Cantero C/Adler D/Pasquina P/Uldry C/Egger B/Prella M/Younossian AB/Soccal PM/Pépin JL/Janssens JP (2020), Long-Term Noninvasive Ventilation in the Geneva Lake Area: Indications, Prevalence, and Modalities. *Chest* 158 (1), 279-291. doi:10.1016/j.chest.2020.02.064.
- DGP (2017), S2k-Leitlinie. Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. Revision 2017. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-008I_S2k_NIV_Nichtinvasive_invasive_Beatmung_Insuffizienz_2017-10-verlaengert.pdf. (27.09.2021).
- DGP (2018), Erhebungsbogen zur Zertifizierung von Weaning-Zentren Version 06. https://pneumologie.de/storage/app/media/uploaded-files/Erhebungsbogen_zur_Zertifizierung_Weaning-Zentren_Version_06.pdf. (19.03.2024).
- DIGAB (2020), Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V. vom 11.6.2020 zum „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)“. <https://digab.de/aktuelles/stellungnahme-der-digab-e-v-zum-entwurf-intensivpflege-und-rehabilitationsstaerkungsgesetz-gkv-ipreg/>. (19.03.2024).
- Ewers M (2010), Vom Konzept zur klinischen Realität – Desiderata und Perspektiven in der Forschung über die technikintensive häusliche Versorgung in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft* 15, 314-329.
- Ewers M/Lehmann Y (2018), Technikabhängige Pflegebedürftige in der Langzeitpflege Versorgungspfade, Versorgungsqualität und Patientensicherheit. in: Szepan NM/Wagner FE (Hrsg.), *Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs*. Berlin: KompArt: 140-149.
- Fricke K/Schönhofer B (2020), [Out-of-hospital ventilation after prolonged weaning]. *Pneumologie (Berl)*, 1-6. doi:10.1007/s10405-020-00353-2.
- G-BA GB Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie AKI-RI vom 19.11.2021
- GBA (2023), Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL.
- Geiseler J/Karg O/Börger S/Becker K/Zimolong A (2010), Invasive Heimbeatmung insbesondere bei neuromuskulären Erkrankungen. doi:10.3205/hta000086L.
- Geiseler J/Westhoff M/Windisch W (2022), Qualifizierte Konzepte für Weaning und Beatmung. *Deutsches Ärzteblatt* 119(17). doi:DOI: 10.3238/PersPneumo.2022.04.29.02.
- Glaser RH/Storre JH/Dellweg D (2017), Außerklinische ärztliche Versorgung beatmeter Patienten aus Sicht der Pflegedienste. *Pneumologie* 71 (S 01), P84. doi:10.1055/s-0037-1598362.
- Hüsken J-M/Isfort M/Sachs S (2022), Wenn Fremdbestimmung im Gesetz großgeschrieben wird. *Intensiv* 30 (06), 311-322. doi:10.1055/a-1925-4010.
- Isfort M/Hüsken J-M/Sachs S/Tucman D (2022), *Pflege-Thermometer 2022. Situation und Versorgung von Menschen in der häuslichen Intensivversorgung in Deutschland*. <http://www.dip.de>. (20.09.2023).

- Karagiannidis C/Strassmann S/Callegari J/Kochanek M/Janssens U/Windisch W (2019), [Evolving Epidemiology of Home Mechanical Ventilation: A Rapidly Growing Challenge for Patient Care]. *Dtsch Med Wochenschr* 144 (9), e58-e63. doi:10.1055/a-0758-4512.
- Klingshirn H/Gerken L/Heuschmann P/Haas K/Schutzmeier M/Brandstetter L/Stangl S/Wurmb T/Kippnich M/Reuschenbach B (2020), [Quality of Care for People with Home Mechanical Ventilation in Germany: A Scoping Review]. *Gesundheitswesen* 82 (8-09), 729-739. doi:10.1055/a-1164-6516.
- Köhler D (2019), Explosive Zunahme der häuslichen Krankenpflege bei Beatmeten und Tracheotomierten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 144, 282-285. doi:10.1055/a-0805-5284.
- Laier-Groeneveld G/Criée CP (2021), [Pathophysiology, diagnostics and treatment of the respiratory pump]. *Pneumologie (Berl)* 18 (1), 3-12. doi:10.1007/s10405-020-00357-y.
- Lehmann Y/Stark S/Ewers M (2016), Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten - VELA-Regio. Teil 1: Kommentierte Bibliografie. Berlin: Charité-Universitätsmedizin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft.
- Lloyd-Owen SJ/Donaldson GC/Ambrosino N/Escarabill J/Farre R/Fauroux B/Robert D/Schoenhofer B/Simonds AK/Wedzicha JA (2005), Patterns of home mechanical ventilation use in Europe: results from the Eurovent survey. *Eur Respir J* 25 (6), 1025-1031. doi:10.1183/09031936.05.00066704.
- Lübben A/Englert N/Büscher A (2025), Challenges in the care for out-of-hospital intensive care patients – An observational study on the nurses’ perspective. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. doi:10.1016/j.zefq.2025.02.008.
- Nelißen V/Metzing S/Schnepp W (2018), [Experiences of Patients with Invasive and Non-Invasive Home Mechanical Ventilation - a Systematic Review of Qualitative Research]. *Pneumologie* 72 (7), 514-522. doi:10.1055/s-0043-118628.
- Räker M/Matzk S/Büscher A/Willms G/Bayarassou AH/Knizia N-A/Stegbauer C/Hopp M/Schwinger A (2022), Außerklinische Intensivpflege nach dem IPreG – eine Standortbestimmung anhand von AOK-Abrechnungsdaten. in: Jacobs K/Kuhlmeier A/Greif S/Klauber J/Schwinger A (Hrsg.), *Pflege-Report 2022: Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 119-137.
- Rosseau S (2019), Ambulante Intensivpflege nach Tracheotomie. Positionspapier zur aufwendigen ambulanten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung nach Langzeit-Intensivtherapie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 142, 909-911. doi:10.1055/s-0043-109101.
- Sauerland D (2016), Probleme einer zunehmenden Ökonomisierung im deutschen Pflegesystem, 63-95.
- Schäfer H (2020), [Home mechanical ventilation]. *MMW Fortschritte der Medizin* 162 (7), 41-50. doi:10.1007/s15006-020-0012-z.
- Schelhase T (2023), Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2020. Berlin, Heidelberg. (2023//).
- Schönhofer B/Geiseler J/Dellweg D/Fuchs H/Moerer O/Weber-Carstens S/Westhoff M/Windisch W (2020), Prolonged Weaning: S2k Guideline Published by the German Respiratory Society. *Respiration*, 1-102. doi:10.1159/000510085.
- Schönhofer B/Geiseler J/Pfeifer M/Jany B/Herth F (2014), WeanNet: Das Netzwerk pneumologischer Weaningzentren. Die neue Gruppe „5.1“ in der Sektion Intensiv- und Beatmungsmedizin der DGP 68 (11), 737-742. doi:10.1055/s-0034-1377956.

- Schönhofer PDB (2008), Weaning vom Respirator beginnt mit der Intubation. *Der Pneumologe* 5, 150-162.
- Schwarz SB/Wollsching-Strobel M/Majorski DS/Magnet FS/Mathes T/Windisch W (2021), [Invasive and Non-Invasive Home Mechanical Ventilation in Germany - A Rapid Development with Large Regional Differences]. *Pneumologie*. doi:10.1055/a-1509-7014.
- Siefarth T/Kübler S (2021), Rahmenbedingungen. in: Keller C (Hrsg.), *Fachpflege Außerklinische Intensivpflege*. München: Urban und Fischer/Elsevier, 1-25.
- Stark S/Lehmann Y/Ewers M (2016), Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten - VELA Regio. Teil 2: Bedarf und Strukturen. Berlin: Charité-Universitätsmedizin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft.
- Sunwoo BY/Mulholland M/Rosen IM/Wolfe LF (2014), The Changing Landscape of Adult Home Noninvasive Ventilation Technology, Use, and Reimbursement in the United States. *CHEST* 145 (5), 1134-1140. doi:10.1378/chest.13-0802.
- Trudzinski FC/Neetz B/Bornitz F/Müller M/Weis A/Kronsteiner D/Herth FJF/Sturm N/Gassmann V/Frerk T/Neurohr C/Ghiani A/Joves B/Schneider A/Szecsényi J/von Schumann S/Meis J (2022), Risk Factors for Prolonged Mechanical Ventilation and Weaning Failure: A Systematic Review. *Respiration* 101 (10), 959-969. doi:10.1159/000525604.
- Wijkstra P/Duiverman M (2020), Home Mechanical Ventilation: A Fast-Growing Treatment Option in Chronic Respiratory Failure. *CHEST* 158 (1), 26-27. doi:10.1016/j.chest.2020.03.020.
- Windisch W/Callegari J/Karagiannidis C (2019), [Home Mechanical Ventilation in Germany]. *Dtsch Med Wochenschr* 144 (11), 743-747. doi:10.1055/a-0755-9638.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht zur Datengrundlage.....	9
Abbildung 2: Operationalisierung der Zielpopulation an Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme	11
Abbildung 3: Anzahl, Neueintritte und verstorbene Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme (2018–2022; im Durchschnitt je Quartal)	17
Abbildung 4: Anteil an überlebenden Versicherten mit einer Verordnung für die außerklinische Intensivpflege in Jahreskohorten nach Monatsende	18
Abbildung 5: Anteil der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme, die während oder nach der AKI-Versorgung verstarben, nach Alter (2018–2022).....	19
Abbildung 6: Anteil Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme nach Geschlecht (2018–2022)	20
Abbildung 7: Anteil Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht (2022).....	20
Abbildung 8: Altersverteilung Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme (2018–2022)	21
Abbildung 9: Anteil Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme (AKI) nach Schwere der Pflegebedürftigkeit (2018–2022)	21
Abbildung 10: Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme nach Beatmungsstatus (2018–2022).....	22
Abbildung 11: Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme nach Beatmungsstatus nach Altersgruppen (2022)	23
Abbildung 12: Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme nach Versorgungsort (2018–2022).....	24
Abbildung 13: Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme <i>und invasiver Beatmung</i> nach Versorgungsort (2018–2022)	24
Abbildung 14: Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme in der häuslichen Versorgung nach Altersgruppen (2018–2022).....	25
Abbildung 15: Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme in der vollstationären Pflege nach Altersgruppe (2018–2022)	26
Abbildung 16: Versicherte mit AKI-Inanspruchnahme in Wohngruppen nach SGB XI nach Altersgruppen (2018–2022).....	26
Abbildung 17: Sozialräumliche Verteilung der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme (2018 – 2022)	27
Abbildung 18: Sozialräumliche Verteilung der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme <i>und invasiver Beatmung</i> (2018 – 2022)	28
Abbildung 19: Sozialräumliche Verteilung der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme und vollstationärer Pflege (2018–2022)	28
Abbildung 20: Krankheits- und Versorgungsmerkmale der Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme (2022; im Durchschnitt der Quartale).....	29
Abbildung 21: Krankheits- und Versorgungsmerkmale nach Beatmungsstatus in der AKI im Durchschnitt der Quartale im Jahr 2022.....	30
Abbildung 22: Krankheits- und Versorgungsmerkmale nach Altersgruppen in der AKI im Durchschnitt der Quartale im Jahr 2022.....	31
Abbildung 23: Anteil der AKI-Population mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Quartal	33

Abbildung 24: Anteil der Versicherten nach Altersgruppen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale	34
Abbildung 25: Anteil der Versicherten nach Pflegegraden mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale	35
Abbildung 26: Anteil der Versicherten nach Beatmungsstatus mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale	36
Abbildung 27: Anteil der Versicherten nach Versorgungsort mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale	37
Abbildung 28: Anteil der Versicherten nach sozialräumlicher Verteilung mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale	37
Abbildung 29: Anteil der Versicherten nach Altersgruppen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Quartale	46
Abbildung 30: Median der Verweildauer im Krankenhaus nach Altersgruppen	46
Abbildung 31: Median der Verweildauer im Krankenhaus je zusammengelegter Fall	47
Abbildung 32: Anteil an Versicherten mit mindestens einer Beatmungsstunde	48
Abbildung 33: Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen nach einem Krankenhausaufenthalt bei allen AKI-Patientinnen und -Patienten im Jahr 2019 und 2022	49
Abbildung 34: Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen nach einem Krankenhausaufenthalt bei der Altersgruppe 0–18 Jahre im Jahr 2022	50
Abbildung 35: Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen nach einem Krankenhausaufenthalt bei der Altersgruppe 66–85 Jahre im Jahr 2022	51
Abbildung 36: Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen nach einem Krankenhausaufenthalt bei der Altersgruppe 86+ Jahre im Jahr 2022	52
Abbildung 37: Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen nach einem Krankenhausaufenthalt bei Versicherten mit einer invasiven Beatmung	53
Abbildung 38: 8-718 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	66
Abbildung 39: 8-718 Beatmungsentwöhnung bei maschineller Beatmung im Durchschnitt der Quartale (2021–2022)	67
Abbildung 40: Anzahl AKI-Versicherte mit Potenzialerhebung im Krankenhaus und anschließender Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials im Quartal (2021–2020)	68
Abbildung 41: Versicherte mit einer Potenzialerhebung im Krankenhaus und einem Entwöhnungsversuch innerhalb von 14 Tagen im Durchschnitt der Quartale (2021–2022)	69
Abbildung 42: Prozeduren bei der Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung im Krankenhaus (im Durchschnitt der Quartale 2018–2022)	70
Abbildung 43: Gesamtanzahl an AKI-Versicherten mit einer Beatmungsentwöhnung (OPS 8-718) bei maschineller Beatmung (2019–2022)	72
Abbildung 44: Anteil von Potenzialerhebungen (OPS 1-717) in zertifizierten Weaning-Zentren und in nicht-zertifizierten Kliniken (2021–2022)	73
Abbildung 45: Anteile an Versicherten mit AKI-Inanspruchnahme mit einer Verordnung zur Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung zwischen zertifizierten Weaning-Zentren und nicht-zertifizierten Kliniken im Durchschnitt der Quartale im Zeitraum 2018–2022	74
Abbildung 46: Anteil Ersteinstellung, Kontrolle, Beendigung einer häuslichen maschinellen Beatmung in zertifizierten Weaning-Zentren des Kompetenznetzwerks WeanNet	75

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erkrankungs- und Versorgungsmerkmale mit ICD-10-Codes	15
Tabelle 2: Krankenhausfälle, Verweildauer und Beatmungsstunden von Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivpflege im Durchschnitt der Quartale im Beobachtungszeitraum 2018–2022	39
Tabelle 3: Krankenhausfälle, Verweildauer und Beatmungsstunden von Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivpflege im Durchschnitt der Quartale im Beobachtungszeitraum 2018–2022	41
Tabelle 4: Krankenhausfälle, Verweildauer und Beatmungsstunden von Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivpflege nach Pflegegraden im Durchschnitt der Quartale im Beobachtungszeitraum 2018–2022	42
Tabelle 5: Krankenhausfälle, Verweildauer und Beatmungsstunden von Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivpflege nach Altersgruppen im Durchschnitt der Quartale im Beobachtungszeitraum 2018–2022	44
Tabelle 6: Krankenhausfälle, Verweildauer und Beatmungsstunden von Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivpflege nach Kreistypen im Durchschnitt der Quartale im Beobachtungszeitraum 2018–2022	45
Tabelle 7: Anteil der Inanspruchnahme von Facharztgruppen in der ambulant-ärztlichen Versorgung nach Altersgruppen im Jahr 2022 in Prozent	54
Tabelle 8: Anteil der Inanspruchnahme von Facharztgruppen in der ambulant-ärztlichen Versorgung nach Pflegegraden in Prozent	55
Tabelle 9: Anteil der Inanspruchnahme von Facharztgruppen in der ambulant-ärztlichen Versorgung nach Beatmungsstatus in Prozent	56
Tabelle 10: Anteil der Inanspruchnahme von Facharztgruppen in der ambulant-ärztlichen Versorgung nach Versorgungsort im Jahr 2022 in Prozent	57
Tabelle 11: Anteil der Inanspruchnahme von Facharztgruppen in der ambulant-ärztlichen Versorgung nach sozialräumlichen Raumordnungstyp im Jahr 2022 in Prozent.....	58
Tabelle 12: Anteile der Inanspruchnahme von Heilmitteln nach Altersgruppen in der AKI im Jahr 2022 in Prozent	59
Tabelle 13: Anteile der Inanspruchnahme von Heilmitteln nach Pflegegraden in der AKI im Jahr 2022 in Prozent	60
Tabelle 14: Anteile der Inanspruchnahme von Heilmitteln nach Beatmungsstatus in der AKI im Jahr 2022 in Prozent	60
Tabelle 15: Anteile der Inanspruchnahme von Heilmitteln nach Versorgungsort in der AKI im Jahr 2022 in Prozent	61
Tabelle 16: Anteile der Inanspruchnahme von Heilmitteln nach Regionstyp in der AKI im Jahr 2022 in Prozent	62
Tabelle 17: Anzahl der Behandlungen je Patientin/Patient in der Heilmittelversorgung nach Altersgruppen in der AKI im Jahr 2022	62
Tabelle 18: Anzahl der Behandlungen je Patientin/Patient in der Heilmittelversorgung nach Pflegegraden in der AKI im Jahr 2022	63
Tabelle 19: Anzahl der Behandlungen je Patientin/Patient nach Beatmungsstatus in der AKI im Jahr 2022	63

Tabelle 20: Anzahl der Behandlungen je Patientin/Patient nach Versorgungsort in der AKI im Jahr 2022	64
Tabelle 21: Anzahl der Behandlungen je Patientin/Patient nach Raumordnungstyp in der AKI im Jahr 2022	64
Tabelle 22: Beatmungsgeräte	95

Anhang

Tabelle 22: Beatmungsgeräte

GRUPPE	ORT	UNTER-GRUPPE	ART	GR_BEZ	ORT_BEZ	UGR_BEZ	ART_BEZ
14	24	9	0	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	Atmungsorgane	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung bis 30 hPa Beatmungsdruck	Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem zur nicht-invasiven Anwendung
14	24	9	1	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	Atmungsorgane	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung bis 30 hPa Beatmungsdruck	Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem zur nicht-invasiven Anwendung mit integriertem Akku
14	24	9	2	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	Atmungsorgane	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung bis 30 hPa Beatmungsdruck	Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem zur invasiven und nicht-invasiven Anwendung
14	24	9	3	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	Atmungsorgane	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung bis 30 hPa Beatmungsdruck	Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem zur invasiven und nicht-invasiven Anwendung mit integriertem Akku
14	24	13	0	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	Atmungsorgane	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung mit einem Beatmungsdruck > 30 hPa	Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem zur nicht-invasiven Anwendung
14	24	13	1	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	Atmungsorgane	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung mit einem Beatmungsdruck > 30 hPa	Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem zur invasiven und nicht-invasiven Anwendung
14	24	13	2	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	Atmungsorgane	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung mit einem Beatmungsdruck > 30 hPa	Beatmungsgeräte mit offenem Atemsystem zur invasiven und nicht-invasiven Anwendung mit integriertem Akku
14	24	13	3	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	Atmungsorgane	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung mit einem Beatmungsdruck > 30 hPa	Beatmungsgeräte mit geschlossenem Atemsystem und integriertem Akku
14	24	13	4	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	Atmungsorgane	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung mit einem Beatmungsdruck > 30 hPa	Beatmungsgeräte mit offenem und geschlossenem Atemsystem zur invasiven und nicht-invasiven Anwendung
14	24	13	5	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	Atmungsorgane	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung mit einem Beatmungsdruck > 30 hPa	Beatmungsgeräte mit offenem und geschlossenem Atemsystem zur invasiven und nicht-invasiven Anwendung mit integriertem Akku
14	24	14	0	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	Atmungsorgane	Ergänzungen für respiratorische Systeme	Ergänzungen für modulare respiratorische Systeme

Quelle: WIdO-Daten

© WIdO 2024