

**Intensivversorgung tracheotomierter
Patienten mit und ohne Beatmung –
Bedarfsgerechtigkeit regionaler Angebote**

Susanne Stark, Yvonne Lehmann, Michael Ewers

Working Paper No. 19-01

Berlin, April 2019

**Institut für Gesundheits-
und Pflegewissenschaft**

Zitierhinweis:

Stark S, Lehmann Y, Ewers M (2019):
Intensivversorgung tracheotomierter
Patienten mit und ohne Beatmung –
Bedarfsgerechtigkeit regionaler Angebote
Working Paper No. 19-01 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik.
Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Impressum:

Working Paper No. 19-01 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik

Berlin, April 2019

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin | Deutschland
Tel. +49 (0)30 450 529 092
Fax +49 (0)30 450 529 900
<http://igpw.charite.de>

Abstract

Tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung benötigen aufgrund ihrer komplexen Problem- und Bedarfslagen häufig eine multiprofessionelle, auf Integration und Kontinuität angelegte Intensivversorgung. Diese geht mit hohen Anforderungen an die fachliche Expertise, Koordination und Kooperation der beteiligten Sektoren, Organisationen und Professionen einher. Vorliegenden Erkenntnissen zufolge werden diese hohen Anforderungen noch selten erfüllt. Patienten und Angehörige, aber auch Versorgungskordinatoren und Fallmanager haben oftmals erhebliche Probleme, bedarfsgerechte Versorgungsangebote ausfindig zu machen. Zwar wurden regional begrenzt zwischenzeitlich einige Modellvorhaben auf den Weg gebracht, mit denen die Versorgung dieser Patientengruppe durch zusätzliche Angebote und Steuerungsinitiativen optimiert werden soll. Insgesamt aber gibt es über die regionalen Angebotsstrukturen für diese spezielle Patientengruppe und deren Bedarfsgerechtigkeit nur unzureichende Erkenntnisse.

Vor diesem Hintergrund wurde in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern eine Analyse des Versorgungsbedarfs tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung und intensivem Versorgungsbedarf sowie der Strukturen und Charakteristika der darauf ausgerichteten Spezialversorgung durchgeführt. Ziel dieser Analyse war es, Hinweise auf die Bedarfsorientierung der spezialisierten Versorgung zu finden und mögliche Handlungserfordernisse aufzuzeigen. Dazu wurden, unter Verwendung eines versorgungsepidemiologischen Ansatzes, einerseits regionale soziodemografische und gesundheitsbezogene Bevölkerungsdaten zugrunde gelegt. Zum anderen wurde das spezialisierte regionale Versorgungsangebot auf der Grundlage verfügbarer Datenquellen sektoren- und professionsübergreifend beleuchtet. Die Ergebnisse wurden in diesem Working Paper aufbereitet.

Im Ergebnis sind trotz insgesamt insuffizienter Datenlage auf Seiten der in den drei Bundesländern lebenden Bevölkerung heterogene und insgesamt komplexe gesundheitliche und soziale Problemlagen zu erkennen. Unklar ist, inwieweit diese eine erhöhte Inzidenz oder Prävalenz der Gesundheitsbeeinträchtigungen zur Folge haben, die üblicherweise mit einer aufwändigen technikintensiven Versorgung einhergehen. Darüber hinaus ist eine ausgeprägte Intransparenz der regionalen Versorgungslandschaft zu beobachten. Dies gilt insbesondere für spezialisierte Leistungsanbieter und deren Leistungsangebote für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung. Übergeordnete Vernetzungsinitiativen, regionale Versorgungszentren mit abgestuften Versorgungsangeboten und unabhängige Steuerungsinitiativen für diese Patientengruppe konnten nicht identifiziert werden.

Um gängige Qualitätsanforderungen an die Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung und intensivem Versorgungsbedarf realisieren und eine fundierte Bedarfsabschätzung vornehmen zu können, werden künftig mehr und solidere Daten über die Bedarfs- und Problemlagen der Bevölkerung sowie ausgewählter Bevölkerungsgruppen benötigt. Zudem sind detaillierte Informationen über die existierenden Unterstützungsangebote, deren quantitative und qualitative Dimensionen sowie deren regionale Verteilung in der Versorgungslandschaft vorzuhalten. Nur auf einer solchen Informationsbasis wird sich eine bedarfsgerechte Gestaltung und Steuerung der spezialisierten Versorgungsangebote und ein angemessener Zugang der Nutzer zu diesen Angeboten realisieren lassen.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
I. Einleitung.....	6
1. Vorliegende Erkenntnisse über die Patientengruppe.....	6
2. Vorliegende Erkenntnisse über die Versorgungssituation	7
3. Initiativen zur Verbesserung der Versorgungssituation	9
4. Vorliegende Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung	11
II. Fragestellung und methodisches Vorgehen.....	13
1. Räumliche Merkmale und erfasste Indikatoren	13
2. Soziale und gesundheitliche Lage	13
3. Versorgungsangebote.....	14
4. Datengrundlage, Recherchestrategie und Datenqualität	16
III. Ergebnisse der Analyse	18
1. Bevölkerung in den drei Bundesländern	18
1.1 Demografische Situation	18
1.2 Sozioökonomische Situation	19
1.3 Gesundheitliche Situation	21
2. Spezialversorgung in den drei Bundesländern	24
2.1 Akutkrankenhäuser und spezialisierte Rehabilitationskliniken	24
2.2 Spezialisierte Pflegeangebote	26
2.3 Ambulante Spezialversorgung für Kinder und Jugendliche	30
2.4 Spezialisierte Ambulante (Pädiatrische) Palliativversorgung – SAP(P)V.....	32
IV. Resümee und weiterführende Überlegungen	35
V. Literatur	39
Anlage	47
1. Regionale Versorgungsstrukturen	47
2. Daten Krankenhäuser und spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen.....	48
3. Daten spezialisierte Pflegeheime	58
4. Daten spezialisierte Pflegedienste.....	60
5. Spezialisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften	67
6. Sozialpädiatrische Zentren – SPZ	72
7. Sozialmedizinische Nachsorge – SMN	73
8. Hospize für Kinder und Jugendliche	74
9. Spezialisierte ambulante (pädiatrische) Palliativversorgung – SAP(P)V	75

Abkürzungsverzeichnis

B	Berlin
BB	Brandenburg
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin
EW	Einwohner
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEDA	Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“
HKP	Häusliche Krankenpflege
IGPW	Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
MV	Mecklenburg-Vorpommern
SAP(P)V	Spezialisierte Ambulante (Pädiatrische) Palliativversorgung
SAPV-RL	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie
SMN	Sozialmedizinische Nachsorge
SPZ	Sozialpädiatrische Zentren
TAB	Team Außerklinische Beatmung
WG / WGs	Wohngemeinschaft / Wohngemeinschaften

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Datengrundlagen für die Erfassung spezialisierter Versorgungsstrukturen	17
Tab. 2:	Demografische Indikatoren und soziale Lage	20
Tab. 3:	Gesundheitszustand der Bevölkerung Deutschland und Bundesländer	21
Tab. 4:	Lebenserwartung und Krankheitsfolgen Deutschland und Bundesländer	22
Tab. 5:	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen Deutschland und Bundesländer	23
Tab. 6:	Somatische Akutkrankenhäuser und spezialisierte Rehabilitation	25
Tab. 7:	Spezialisierte Pflegeheime	27
Tab. 8:	Spezialisierte Pflegedienste	28
Tab. 9:	Ambulant betreute Intensivpflege-Wohngemeinschaften	29
Tab. 10:	Krankenhäuser und spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen Berlin	49
Tab. 11:	Krankenhäuser und spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen Brandenburg	52
Tab. 12:	Krankenhäuser und spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen M-V	55
Tab. 13:	Spezialisierte Pflegeheime Berlin	58
Tab. 14:	Spezialisierte Pflegeheime Brandenburg	59
Tab. 15:	Spezialisierte Pflegeheime Mecklenburg-Vorpommern	59
Tab. 16:	Spezialisierte Pflegedienste Berlin	60
Tab. 17:	Spezialisierte Pflegedienste Brandenburg	62
Tab. 18:	Spezialisierte Pflegedienste Mecklenburg-Vorpommern	65
Tab. 19:	Ambulant betreute Intensivpflege-Wohngemeinschaften Berlin	67
Tab. 20:	Ambulant betreute Intensivpflege-Wohngemeinschaften Brandenburg	68
Tab. 21:	Ambulant betreute Intensivpflege-Wohngemeinschaften M-V	70
Tab. 22:	SPZ Berlin	72
Tab. 23:	SPZ Brandenburg	72
Tab. 24:	SPZ Mecklenburg-Vorpommern	72
Tab. 25:	SMN Berlin	73
Tab. 26:	SMN Brandenburg	73
Tab. 27:	SMN Mecklenburg-Vorpommern	73
Tab. 28:	Hospize für Kinder und Jugendliche Berlin	74
Tab. 29:	SAP(P)V Berlin	75
Tab. 30:	SAP(P)V Brandenburg	75
Tab. 31:	SAP(P)V Mecklenburg-Vorpommern	76

I. Einleitung

Bedarfsgerechtigkeit ist ein leitendes Prinzip der sozialrechtlich abgesicherten Gesundheitsversorgung in Deutschland, was in einschlägigen Expertisen wiederholt betont wird (ex. SVR 2001, 2018). Doch wie es um die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung spezieller Patientengruppen mit besonders umfangreichen oder komplexen Problemen bestellt ist, ist weitgehend unbekannt. Dies gilt insbesondere, wenn dabei regionale Gesichtspunkte angelegt werden. Tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung und intensivem Versorgungsbedarf sind eine solche spezielle Patientengruppe. Aufgrund häufig komplexer Problem- und Bedarfslagen sind sie auf eine qualifizierte, multiprofessionelle, integrierte und kontinuierliche Intensivversorgung angewiesen, die mit hohen Anforderungen an die fachliche Expertise sowie an die Koordination und Kooperation der beteiligten Sektoren, Organisationen und Professionen einhergeht. Aus wissenschaftlicher Sicht liegen nur wenige Erkenntnisse zu dieser verhältnismäßig kleinen, in sich sehr heterogenen Patientengruppe vor. Die Situation dieser Patienten wurde noch kaum systematisch erfasst und deren Intensivversorgung über die Grenzen von Sektoren, Organisationen und Professionen hinweg liegt weitgehend im Dunkeln. Auf Grundlage einiger anekdotischer Einblicke in dieses Feld sowie erster explorativer Studien verdichten sich jedoch Hinweise auf defizitäre Versorgungsstrukturen, desintegrierte und diskontinuierliche Versorgungsgestaltung, unzureichende Fall- und Versorgungssteuerung, Zugangsprobleme und insgesamt fehlende Patienten- und Ergebnisorientierung (ex. Lehmann et al. 2016; DGP 2017). Die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgungsangebote für diese spezielle Patientengruppe mit komplexen und ressourcenintensiven Versorgungsbedarfen genauer zu analysieren und dabei eine regionale Perspektive einzunehmen, ist überfällig.

1. Vorliegende Erkenntnisse über die Patientengruppe

Aus der vorliegenden Literatur ist bekannt, dass die Zahl der Patienten, die aufgrund schwerer chronischer Erkrankungen langfristig auf medizinisch-technischen Unterstützungsbedarf sowie anspruchsvolle ärztliche, pflegerische und therapeutische Betreuung angewiesen sind, seit Jahren wächst (ex. Gleich et al. 2015; Rose et al. 2015) – so auch die Gruppe tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung. Gründe für diese Entwicklung liegen u.a. in erweiterten therapeutisch-technischen Behandlungsoptionen, die ein Überleben trotz schwerster gesundheitlicher Einschränkungen ermöglichen und in demografisch-epidemiologischen Wandlungsprozessen, verbunden mit einer wachsenden Zahl an alten, chronisch kranken und multimorbiden Patienten (ex. Geiseler, Schönhofer 2016). Diskutiert werden aber auch iatrogene, versorgungsbedingte Ursachen: Vielfach fehlt es an einer vorausschauenden Versorgungsplanung (Advanced Care Planning) und einer darauf ausgerichteten Arzt-Patienten-Kommunikation zur Vermeidung unnötiger oder wenig zielführender Behandlungsstrategien. Angemessene spezialisierte Versorgungsangebote, darunter Kapazitäten in Zentren zur Beatmungsentwöhnung (Weaningzentren) und in Rehabilitationseinrichtungen, sind häufig begrenzt. Überdies werden finanzielle Fehlanreize und infolgedessen wenig patientenzentrierte Behandlungs- und Versorgungsentscheidungen als Ursachen für die wachsende Zahl an Patienten mit komplexem therapeutisch-technischem und pflegerischem Unterstützungsbedarf diskutiert (Lehmann et al. 2016).

Konkrete epidemiologische Kennzahlen, mit denen sich die Größe und Entwicklung der Patientengruppe quantifizieren ließe, fehlen indes häufig. Dies hat mehrere Ursachen: Aus epidemiologischer Sicht betrachtet bilden tracheotomierte Patienten eine außerordentlich heterogene Gruppe. Gemeinsam ist ihnen lediglich, dass sie aufgrund schwerwiegender, lebensbedrohlicher Erkrankungen und chronisch respiratorischer Insuffizienz dauerhaft auf ein Tracheostoma und zum Teil auf intermittierende oder dauerhafte künstliche Beatmung angewiesen sind. Das kann Personen aller Altersgruppen – vom Kleinkind bis hin zum hochaltrigen Menschen – mit

verschiedensten Erkrankungen betreffen. Zu den relevanten Diagnosen in Verbindung mit einer dauerhaften Tracheostomie und ggf. Langzeitbeatmung gehören eine Vielzahl neurologischer, neurodegenerativer, pneumologischer, thorakal-restriktiver und internistischer Erkrankungen, die teils zeitgleich bestehen. Spezifische Statistiken oder Register über Patienten mit chronischer respiratorischer Insuffizienz und entsprechendem therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf werden hierzulande nicht geführt. In keiner der verfügbaren Quellen der Gesundheits- oder Sozialberichterstattung (z.B. ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung, Pflegestatistik gem. SGB XI, Statistik der Leistungsfälle und -tage häuslicher Krankenpflege nach SGB V) wird diese Patientengruppe ausgewiesen. Aus Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung werden aktuell ebenfalls keine entsprechenden Daten aufbereitet und veröffentlicht (Stark, Ewers 2019). Epidemiologische Daten zu einzelnen Diagnosegruppen erlauben – sofern sie überhaupt zur Verfügung stehen – ebenfalls keine Rückschlüsse auf den Anteil der hier interessierenden Patientengruppe (Stark et al. 2016; Ewers, Lehmann 2017).

Ungeachtet dieser erheblichen Wissenslücken wird aus der klinischen Praxis berichtet, dass immer mehr Patienten aufgrund ihres insgesamt fragilen, latent lebensbedrohlichen Gesundheitszustands häufig bis zu 24 Stunden täglich auf eine personal-, zeit- und kostenintensive Pflege, Therapie und medizinische Behandlung angewiesen sind (Intensivversorgungsbedarf). Eine Schätzung auf Basis einer Hochrechnung von AOK-Daten geht von etwa 20.000 Patienten aus, die derzeit in Deutschland in der eigenen Häuslichkeit, in Wohngemeinschaften (WGs) oder in spezialisierten stationären Langzeitpflegeeinrichtungen intensivpflegerisch versorgt werden (Lehmacher-Dubberke 2016). Bei der für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zuständigen AOK Nordost beziehen ca. 1.000 Versicherte jährlich solche intensivpflegerische Leistungen (ebd.) im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) gemäß § 37(2) SGB V und Nr. 24 der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL, G-BA 2018). Darunter finden sich jedoch nicht ausschließlich tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung. Deren Zahl wird hierzulande auf 15.000 – 30.000 geschätzt (DIGAB et al. 2017).

2. Vorliegende Erkenntnisse über die Versorgungssituation

Unter Versorgungsgesichtspunkten ist relevant, dass tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung regelhaft auf eine Vielzahl mehr oder weniger spezialisierter Leistungserbringer und deren z.T. aufwändigen Leistungsangebote angewiesen sind, darunter Allgemein- und Fachärzte, Pflegedienste und -heime, Heilmittelerbringer, Hilfsmittelanbieter, Apotheken, Krankenhäuser und Krankentransportunternehmen. Allein diese zweifelsfrei zu identifizieren, bereitet im deutschen Gesundheitssystem erhebliche Schwierigkeiten. Ob, und wenn ja, von wem, wo und in welchem Umfang in einer bestimmten Region Spezialangebote vorgehalten werden oder wie es um deren Erreichbarkeit, Bedarfsgerechtigkeit oder Nutzerfreundlichkeit bestellt ist, lässt sich kaum ermitteln (Stark et al. 2016). Fest steht jedoch, dass die Versorgung dieser Patienten mit hohen Anforderungen an die Bereitschaft und Fähigkeit zur Kooperation, Koordination und Integration unterschiedlicher Leistungserbringer einhergeht (Ewers, Lehmann 2017). Anekdotische Hinweise aus dem Feld und eigene Untersuchungen deuten an, dass diesen Anforderungen nur selten entsprochen wird. Es fehlt an sichtbaren, integrierten und eng aufeinander abgestimmten Versorgungsangeboten, an denen Akteure aus unterschiedlichen Sektoren, Organisationen und Professionen obligatorisch beteiligt sind. Stattdessen prägen unzureichende Abstimmung und Integration, wenig transparente Handlungspraktiken in einzelnen Versorgungsbereichen sowie ungenügende Qualitätsstandards und Kontrollmöglichkeiten die Versorgung (Lehmann et al. 2016).

Bedenklich erscheint darüber hinaus, dass es an eindeutig identifizierbaren Akteuren für die Fall- und Versorgungssteuerung fehlt und die Versorgung derzeit in vielen Fällen an Partikularinteressen einzelner Akteure, jedoch selten an den Interessen der Patienten und ihrer Angehörigen ausgerichtet wird (ebd.; Lehmann, Ewers 2018a). Beispielsweise fordern einschlägige

Leitlinien, dass Patienten mit erfolglosem Weaning (Beatmungsentwöhnung) während der akutklinischen Versorgung zur Abklärung des Entwöhnungspotentials zunächst in ein Beatmungs- und Weaningzentrum verlegt werden sollten. Alternativ ist eine konsiliarische Einbindung eines solchen Expertenzentrums möglich. Zusätzlich sollten in Abstimmung mit den behandelnden niedergelassenen Ärzten auch nach Abschluss der stationären Behandlung regelmäßige Wiedervorstellungen in einem solchen Zentrum organisiert werden, um Weaning- und Rehabilitationspotenziale möglichst optimal ausschöpfen zu können (DGP 2009, 2017; Randerath et al. 2011). In der Praxis geschieht dies allerdings oftmals nicht, was auf Kapazitätsengpässe in bestehenden Expertenzentren, grundsätzlich fehlende Spezialversorgungsangebote oder aber eine oftmals unklare Verantwortungsteilung im Versorgungsprozess zurückgeführt wird. Im Ergebnis verlaufen die Wege der Patienten durch das Versorgungssystem vielfach zufallsgesteuert, unsicher und wenig ergebnisorientiert (Lehmann, Ewers 2018a). Mögliche Weaning- und Rehabilitationspotenziale bleiben ungenutzt und die Abhängigkeit von medizinisch-technischer Unterstützung und Fremdhilfe bleibt dauerhaft bestehen. Ähnliche Steuerungsherausforderungen bestehen, wenn im Einzelfall keine Heilungs- oder Rehabilitationsaussichten mehr bestehen und insbesondere in Spätphasen chronischer Erkrankungen eine palliativ ausgerichtete Versorgung eingeleitet werden müsste (ex. Dybwik et al. 2011; Lehmann et al. 2016; Geiseler, Schönhofer 2016; Nafe et al. 2017; Lehmann, Ewers 2018a).

Aufgrund der Erkrankungsschwere und häufig bestehender Multimorbidität sind tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung in ihrer Selbstständigkeit und Mobilität häufig stark eingeschränkt und daher auf mobile, zugehende Versorgungsangebote angewiesen. Aus diesem Grund spielen ambulante (Spezial-)Pflegedienste in der Versorgung dieser Patienten eine zentrale Rolle. Deren Leistungsspektrum ist hierzulande aus heilberufs- und leistungsrechtlichen Gründen eng begrenzt, weshalb flankierend eine engmaschige zugehende haus- und fachärztliche Betreuung benötigt wird. Kann diese nicht gewährleistet werden, drohen – beispielsweise bei Problemen mit der Beatmungstherapie – Gesundheitsrisiken oder ungewollte Krankenhauseinweisungen mit allen damit verbundenen Folgen (ex. Nafe et al. 2017). Vor diesem Hintergrund stimmt es bedenklich, dass derzeit nicht zu ermitteln ist, inwiefern niedergelassene Allgemein- oder Fachärzte (z.B. Pneumologen und Neurologen), die in die ambulante Versorgung dieser speziellen Patientengruppe involviert sind, über spezifische Expertise verfügen. Es ist unklar, welchen Qualifikationshintergrund sie besitzen und wie hoch ihre Zahl sowie ihre regionale Verfügbarkeit ist (Stark et al. 2016; DGP 2017). Fehlende ärztliche Ansprechpartner, unzureichende spezialisierte klinische Behandlungskompetenzen, keine oder seltene Hausbesuche sowie zuwiderlaufende strukturelle und organisatorische Kontextbedingungen der zu meist in Einzelpraxen tätigen Ärzte prägen folglich die Versorgungssituation dieser schwerkranken Patienten (Lehmann et al. 2016).

In der Summe führen diese vielfältigen Herausforderungen dazu, dass die Versorgungssituation tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung durch einen wachsenden Problem- und Handlungsdruck gekennzeichnet ist. Um dem begegnen zu können, ist unter anderem eine systematische Erweiterung der Wissensgrundlagen notwendig – sowohl über die Patienten und deren Angehörige, ihren Versorgungsbedarf und ihre Präferenzen wie auch über die im Feld tätigen und regional verfügbaren (spezialisierten) Leistungsanbieter, Art und Umfang der von ihnen vorgehaltenen Angebote sowie den Grad an erreichter Vernetzung und Versorgungsintegration. Diese Erkenntnisse werden nicht zuletzt benötigt, um perspektivisch mehr Transparenz, Zugänglichkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Nutzerfreundlichkeit der Intensivversorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung gewährleisten zu können.

3. Initiativen zur Verbesserung der Versorgungssituation

Um eine Verbesserung der Versorgungssituation zu erreichen, wurden in den letzten Jahren einige Initiativen angestoßen. Vorwiegend von einschlägigen ärztlichen Fachgesellschaften verantwortet und zumeist vom akutstationären Sektor ausgehend, nehmen solche Initiativen für eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Versorgung auf Basis einschlägiger Leitlinien und Empfehlungen bislang ausschließlich beatmete Patienten in den Blick. Tracheotomierte Patienten ohne Beatmung, aber mit langfristigem Intensivversorgungsbedarf werden hingegen selten berücksichtigt (ex. DMGP 2009; DGP 2009, 2017; Randerath et al. 2011; Schönhofer et al. 2014; Rollnik et al. 2017).

In der Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ (DGP 2017) und den „Durchführungsempfehlungen zur invasiven außerklinischen Beatmung“ (Randerath et al. 2011) werden zwar einschlägige Patientenpfade und damit auch eine prototypische Versorgungsstruktur aufgezeigt. Zudem werden mit Blick auf das ambulante Setting die Einbindung von in der außerklinischen Beatmung erfahrenen Ärzten und die Durchführung von Hausbesuchen als fester Bestandteil der Versorgung empfohlen. Zur ambulanten pflegerischen Versorgung und deren Verschränkung mit niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten sowie den übrigen Akteuren im Feld, finden sich darin aber kaum substantielle Hinweise. Ob und wie diese Empfehlungen in der Versorgungspraxis bereits umgesetzt werden oder welche Wirkungen sie haben, ist weitgehend unbekannt. Eine entsprechende Implementations- und Evaluationsforschung fehlt. Empirischen Hinweisen folgend sind die Leitlinie und Durchführungsempfehlungen zwar vielen Akteuren im Feld bekannt, werden im ambulanten Sektor jedoch als kaum oder nicht umsetzbar angesehen (Lehmann et al. 2016). Die Wirkungen solcher Initiativen zur Qualitätssicherung dürften somit begrenzt sein.

In einzelnen Regionen Deutschlands finden sich, aufbauend auf diesen Rahmenempfehlungen, zwischenzeitlich Initiativen einzelner Träger und Anbieter zur Verbesserung der Versorgungssituation beatmelter Patienten. Einer dieser Ansätze ist die intersektorale medizinische Versorgung der Evangelischen Lungenklinik Berlin. Dieser Initiative lag zugrunde, dass Therapiekontrollen des Beatmungs- und Weaningzentrums fast ausschließlich mit einer stationären Aufnahme und dementsprechend hohen Belastungen für die Patienten, mit hohem logistischem und finanziellem Aufwand sowie einer Bindung der begrenzten Kapazitäten im Expertenzentrum einhergingen. Durch den Aufbau eines alternativen Angebots aus den Bausteinen einer „Ermächtigungsambulanz“ und einem „Team Außerklinische Beatmung“ (TAB) soll die bestehende Situation verbessert werden. Das Konzept der an der Lungenklinik angesiedelten Ermächtigungsambulanz sieht eine Teilnahme von beatmungserfahrenen Krankenhausärzten gem. § 116b SGB V an der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung vor. Invasiv beatmete Patienten werden von ihnen in der Krankenhausambulanz oder bei Hausbesuchen betreut. Kernaufgaben sind die Überprüfung von Beatmungsparametern, des Entwöhnungspotenzials und von Verordnungen (Medikamente, Heil- und Hilfsmittel) sowie die Beantwortung von Problemen bei der Beatmung (Nafe et al. 2017). Das mobile multiprofessionelle TAB ist mit der Betreuung von entfernt lebenden Patienten aus dem Einzugsgebiet der Klinik beauftragt. Es besteht aus in der Beatmungsmedizin erfahrenen Fachärzten (Pneumologie / Anästhesie), Atmungstherapeuten und Mitarbeitern eines klinikeigenen ambulanten Beatmungs-Pflegedienstes (ebd.; Ambulante Dienste der Evangelischen Lungenklinik Berlin 2017). Das TAB ist für die Sicherung des Informationsflusses zwischen Klinik und ambulante Versorgungssetting (Häuslichkeit, WG, Pflegeheim) zuständig – insbesondere bzgl. behandlungsrelevanter Informationen. Darüber hinaus sollen die Patienten durch aktivierende Pflege und Physiotherapie auf eine mögliche stationäre Beatmungsentwöhnung vorbereitet werden. Ergebnisse einer Selbstevaluation deuten an, dass durch diese Initiative die Zahl der Krankenhauseinweisungen und -tage je Patient, die Belegungstage für das Weaning sowie der Kosten für stationäre Aufenthalte und Transporte gesenkt werden konnten (Nafe et al. 2017).

Meist angestoßen durch öffentliche Förderungen wurden ebenfalls einzelne telemedizinische Konzepte zur Verbesserung der ambulanten Versorgung beatmeter Patienten erprobt und evaluiert. Hierzu zählt u.a. das auf Bayern begrenzte Modellprojekt *EViVa – Einfluss von Videovisiten auf die Versorgungsstabilität von außerklinisch beatmeten Patienten*¹. Es diente der Implementierung und Evaluation eines videobasierten Kommunikationssystems zur interaktiven telemedizinischen Betreuung von Beatmungspatienten in der häuslichen Umgebung. Das Konzept sieht vor, dass Anamnesen sowie die Einstellung, Überprüfung und Änderung von Beatmungsparametern via Videokonferenz von einem behandelnden Facharzt in Kooperation mit den Personen vor Ort (Patienten, Angehörige und Pflegekräfte) durchgeführt wird. Ziele des Projekts waren u.a., die Lebensqualität von Patienten und Angehörigen und die Arbeitszufriedenheit von Pflegenden zu verbessern sowie Hausärzte zu entlasten (Augustin et al. 2015; BMBF 2017; Helms, Ohlmann o.J.; Deutsche Stiftung für chronisch Kranke o.J.). Eine öffentlich zugängliche Berichtslegung über die Ergebnisse des Projekts liegt nicht vor (Stand: 01.2019).

Ein weiteres IT-unterstütztes Versorgungs- und Pflegekonzept für langzeitbeatmete Patienten wurde mit dem Projekt *Bea@Home - Assistierte Pflege von morgen – ambulante technische Unterstützung und Vernetzung von Patienten, Angehörigen und Pflegekräften*² entwickelt, implementiert und evaluiert. Anliegen des sektorenübergreifend angelegten Konzepts war es, via Telekonsultation („e-Konferenzen“) durch einen Facharzt die Anbindung der Patienten an ein Weaning- bzw. Expertenzentrum sicherzustellen und Transporte oder Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. Flankierend wurde ein interaktives Informations- und Schulungsangebot für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter zu den als relevant erkannten Aspekten der Beatmungspflege konzipiert (Linde AG 2017). Die Ergebnisse einer Evaluation mit einer kleinen Patientengruppe zeigen eine grundsätzliche Umsetzbarkeit dieser Versorgungsform. Es wird davon ausgegangen, dass der Ansatz Drehtüreffekte, medizinische Komplikationen und den durchschnittlichen Schweregrad der Erkrankungen verringern sowie die ökonomische Ressourcenallokation verbessern kann. Es wird außerdem erwartet, die medizinische und pflegerische Behandlungsqualität sowie die Lebensqualität der Patienten und Angehörigen erhöhen zu können. Insbesondere der Informations-, Beratungs- und Schulungscharakter der Telekonsultationen wird hervorgehoben. Die Autoren betonen allerdings, dass die gezeigten Effekte im Rahmen einer Wirksamkeitsstudie mit größeren Patientenzahlen überprüft werden sollten (Linde AG 2017).

Basierend auf § 140a SGB V (besondere Versorgung) ist seit 2018 außerdem die Entwicklung und Umsetzung von Versorgungskonzepten zur ambulanten, multiprofessionellen Behandlung von Beatmungspatienten durch niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin sowie für (pädiatrische) Pneumologie / Lungenheilkunde mit Erfahrung in der Versorgung dieser Patienten möglich. Anders als die zuvor vorgestellten Initiativen zielt diese explizit auch auf Patienten mit dauerhafter Tracheotomie, aber ohne Beatmung ab. Ziele sind die leitliniengerechte Betreuung der Patientengruppe mit spezifisch zu entwickelnden, sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen, in deren Zuge die Lebensqualität von Patienten verbessert, Überweisungsabläufe optimiert und vermeidbare Notarzteinsätze reduziert werden sollen. Zudem sollen die indikationsgerechte Einweisung in qualifizierte stationäre Einrichtungen und die qualifizierte Überprüfung des Weaningpotentials gefördert werden. Die Kontrahierung entsprechender Versorgungskonzepte setzt spezifische Struktur- und Prozessanforderungen voraus, hier u.a. das Vorhandensein multiprofessioneller und sektorenübergreifender Netzwerke, eine technische Mindestausstattung, ein definiertes ärztliches Aufgabenspektrum, die Durchführung von Fallbesprechungen, vorhandene Dokumentationsstrukturen und -prozesse, leitliniengerechte und

¹ Das Projekt wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege sowie der AOK Bayern gefördert und von 2012 bis 2013 von der Deutschen Stiftung für Chronisch Kranke in Kooperation mit der Asklepios Fachklinik München Gauting, der Firma CSC sowie dem Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt.

² Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und von 2013 bis 2016 durchgeführt von einem Forschungskonsortium aus Linde AG, Charité – Universitätsmedizin Berlin, t-Systems, Cibek, FU Berlin u.a.

standardisierte Assessments, Therapiekontrollen sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Evaluation. Dem behandelnden Facharzt wird dabei die koordinierende Rolle in der beatmungsmedizinischen Behandlung zugeschrieben (KBV 2018).

4. Vorliegende Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung

In jüngerer Zeit wird die Intensivversorgung tracheotomierter und langzeitbeatmeter Patienten vermehrt zum Gegenstand der Versorgungsforschung – insbesondere auch aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. Dies vor allem deshalb, weil die (häusliche) Pflege dieser Patienten besondere Bedeutung hat. Zugleich aber auch, weil hierzulande in diesem Bereich erheblicher Nachhol- und Entwicklungsbedarf besteht. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die von 2013 bis 2017 vom BMBF geförderte und vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft (IGPW) der Charité – Universitätsmedizin Berlin durchgeführte qualitative Versorgungsforschungsstudie *Safety in Home Care for Ventilated Patients – SHAPE*. Sie befasste sich auf der Mikro-Ebene mit Fragen der Sicherheit häuslich versorgter beatmeter Patienten und ihrer Angehörigen. Die Ergebnisse unterstreichen die große Bedeutung der Pflege als zentraler Versorgungsinstanz, lassen aber auch profunde Qualifikations- und Kompetenzdefizite bei allen Beteiligten sowie erhebliche Kooperations- und Koordinationsprobleme in der häuslichen Versorgung dieser Patienten erkennen (Lademann et al. 2017; Schaepe, Ewers 2017, 2018; Lehmann, Ewers 2018b).

Auf der Meso- und Makro-Ebene fokussierte die ebenfalls am IGPW erarbeitete Studie *VELA-Regio – Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten* die Versorgungssituation und Patientenwege durch das Versorgungssystem. Im Auftrag des AOK Bundesverbandes wurden im Zeitraum 2015 bis 2016 in einem empirisch-explorativ angelegten Design erhebliche Wissenslücken zu den auf diese Patientengruppe spezialisierten Versorgungsstrukturen und -angeboten aufgezeigt. Zugleich dokumentierte dieses Projekt die aus Akteurssicht bestehenden Herausforderungen bei der Gestaltung und Steuerung von sektorenübergreifenden Strukturen und Prozessen für eine prioritär ambulante Versorgung langzeitbeatmeter Patienten. Besonderes Augenmerk richtete sich dabei – anknüpfend an frühere Forschungsaktivitäten (ex. Schaeffer, Ewers 2002; Ewers 2003; Ewers, Schaeffer 2005) – auch auf die Rolle niedergelassener Ärzte in der ambulanten Schwerkrankenversorgung (Lehmann et al. 2016; Stark et al. 2016). Wissenschaftliche Publikationen zu diesem Thema sind rar und befassen sich vorwiegend mit Dimensionen des ärztlichen Behandlungsgeschehens, nicht jedoch mit Versorgungsaspekten (ex. Suter et al. 2011). Einige wenige anekdotische Berichte erlauben Einblicke in die Herausforderungen, vor denen niedergelassene Ärzte in der Versorgung invasiv beatmungspflichtiger Patienten stehen (ex. Hommel 2016). Angesichts dessen wurde in *VELA-Regio* empfohlen, den ärztlichen Sicherstellungsauftrag in der ambulanten Versorgung dieser Patienten zu spezifizieren und ihre Rolle, Funktion und ihren Auftrag eindeutiger als bislang zu klären. Zudem sollten vorrangig *teambasierte, multiprofessionelle Modelle der ambulanten Schwerkrankenversorgung* etabliert werden, wie sie etwa in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) angedacht, allerdings in der Praxis nach bisherigem Erkenntnisstand nicht flächendeckend und überzeugend umgesetzt sind (Lehmann et al. 2016). Zukunftsfähige Versorgungsmodelle müssten zudem am Leitbild des „continuum of care“ ausgerichtete, *ineinandergreifende und kontinuierliche Behandlung und Versorgung* durch unterschiedliche Leistungserbringer aus dem stationären und ambulanten Sektor sowie *systematische Verfahren zur Fall- und Versorgungssteuerung* einschließen (Case Management / Care Management). Schließlich wäre, internationalen Vorbildern folgend, über Angebote einer konsiliarisch angelegten Kooperation zwischen stationären und ambulanten Regel- und Spezialversorgern nachzudenken, mit der auch größere räumliche Distanzen überbrückt und eine flächendeckende, bedarfsgerechte und qualifizierte Versorgung gewährleistet werden könnte (Stark, Ewers i.V.).

In der internationalen Literatur finden sich – anders als hierzulande – bereits zahlreiche Erkenntnisse über Möglichkeiten und Grenzen einer integrierten und patientenzentrierten Intensivversorgung. Die ambulante Versorgung schwer chronisch kranker Patienten mit therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf wird allerdings häufig vor einem anderen strukturellen Hintergrund thematisiert. In vielen Ländern gibt es keine niedergelassenen Fachärzte; die fachärztliche Expertise ist vorwiegend im stationären Bereich oder in Krankenhausambulanzen angesiedelt. Die Primärversorgung wird durch Allgemein- und Familienärzte oder – in jüngster Zeit verstärkt – durch (häufig hochschulisch) qualifizierte Pflegende mit erweiterten Kompetenzen sichergestellt (Schaeffer et al. 2015). Zudem sind sektorenübergreifende, teambasierte Modelle verschiedener Facharztgruppen im Verbund mit anderen Gesundheitsprofessionen (Pflegende, Atmungs-, Ergo-, Physiotherapeuten, Logopäden, Apotheker, Medizintechniker) deutlich verbreiteter (ex. Pierson 2001; Stoller et al. 2006; Rose et al. 2015; Schaeffer et al. 2015). Bei der Behandlung und Versorgung in komplexen Situationen – etwa bei der Versorgung tracheotomierter Patienten mit Intensivversorgungsbedarf – arbeiten Haus- und Familienärzte häufig eng mit multiprofessionellen Teams sowie Experten aus Krankenhäusern bzw. speziellen Behandlungszentren zusammen (Stark, Ewers i.V.).

In einer systematischen Recherche und Analyse internationaler Modelle für die Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung zeigt sich u.a., dass diese zumeist auf die Versorgung von Kindern *oder* Erwachsenen spezialisiert sind und sowohl lokal, überregional als auch national ausgerichtet sein können. Zentrale Bausteine dieser Modelle sind, dass sie zumeist bestehend aus multiprofessionellen Teams aus stationären Expertenzentren heraus die Fall- und Versorgungssteuerung für die Gesundheitsversorgung über Sektorengrenzen hinweg übernehmen. Teils reicht die Versorgungskoordination auch in das soziale und Bildungssystem hinein. Spezialisierte Fachkräfte übernehmen diagnostische und therapeutische Aufgaben, wie bspw. regelmäßige Kontrolluntersuchungen, den Aufbau und die Sicherstellung von Versorgungsarrangements sowie häufig die Patienten- und Angehörigenedukation (Stark, Ewers i.V.). Insbesondere in dünn besiedelten Regionen werden dafür zunehmend telekonsultative Verfahren genutzt (ex. White et al. 2008; De Almeida et al. 2010, 2012; Garuti et al. 2013). Dabei basieren die derzeit in der Literatur beschriebenen Modelle überwiegend auf Expertenkonsens und Best Practice Statements. Sie sind selten umfassend beschrieben; eine systematische, evidenzbasierte Implementation und Evaluationen, die eine valide Einschätzung ihrer Wirksamkeit oder gar ihrer Übertragbarkeit erlauben, bildet die Ausnahme. Die Bewertung der Modellversorgung, sofern sie durchgeführt wird, erfolgt meist auf der Basis von Einzelergebnissen wie Dekanülierungs- und Rehospitalisierungsraten, ökonomischen Faktoren sowie der subjektiven Lebensqualität und Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen (Stark, Ewers i.V.). Umfassende Evaluierungen, die verschiedene Ebenen umfassen und sowohl quantitative wie auch qualitative Gesichtspunkte betrachten, sind selten. Dennoch bietet die Auseinandersetzung mit internationalen Ansätzen zahlreiche Anregungen für eine bedarfsgerechte Gestaltung und Steuerung der Versorgung für diese schwerkranken Patienten.

II. Fragestellung und methodisches Vorgehen

In der vorliegenden Analyse wurde am Beispiel der drei Bundesländer Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern der Frage nachgegangen, welche Informationen aus verfügbaren Datenquellen über die Bedarfsorientierung der dort regional vorgehaltenen (spezialisierten) Versorgungsangebote für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung und intensiven Versorgungsbedarf ermittelt werden können. Die Untersuchungsregion wurde anknüpfend an frühere Projekte (vgl. Stark et al. 2016) gewählt. Zudem ging die Auswahl auf methodische Überlegungen zurück. So konnte bereits gezeigt werden, dass versorgungsepidemiologische Analysen der Patientengruppe und ihrer Versorgung mangels geeigneter spezifischer Datenquellen mit erheblichem Ressourceneinsatz verbunden sind (ebd.). Angesichts der bis dato unzureichenden empirischen Erkenntnislage über den Versorgungsbereich, sollten dennoch Erkenntnisse generiert werden, die belastbare Hinweise auf Versorgungsbedarfe und Versorgungsmöglichkeiten der Patientengruppe in Deutschland geben. Dabei sollte ein breites Spektrum sozioregionaler, gesundheitlicher und struktureller Bedingungen berücksichtigt werden. Eben dies ist in den drei ausgewählten Bundesländern gewährleistet.

Bezugnehmend auf Ansätze der deskriptiven Versorgungsepidemiologie (Hoffmann et al. 2011) wurden zur Beantwortung der untersuchungsleitenden Fragestellung zum einen soziodemografische und gesundheitsbezogene Bevölkerungsdaten in den drei Bundesländern zusammengetragen und bewertet. Berücksichtigt wurden sowohl die erwachsene Bevölkerung, als auch Kinder und Jugendliche. Ziel war es, indirekte epidemiologische Hinweise auf die *Versorgungsbedarfe* der interessierenden Patientengruppe abzuleiten, die sich derzeit nicht durch spezifische epidemiologische Parameter (Inzidenz, Prävalenz) bestimmen lassen (vgl. Stark et al. 2016; Stark, Ewers i.E.). Grundlage dafür bildet das im Konzept des gesundheitsbezogenen Versorgungsbedarfs (health care need) enthaltene normative Verständnis von Versorgungsbedarf (ex. Bradshaw 1972; Daniels 1981). Damit ist der objektiv durch professionelles, meist (allein) medizinisches Urteil festgestellte Bedarf gemeint, wie er u.a. auch der Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zugrunde liegt. Dieses Konzept kennt daneben u.a. auch subjektive Bedarfe (Bedürfnisse), die gleichermaßen Einfluss auf die Nachfrage und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ausüben und dem normativen Bedarf nicht entsprechen müssen (ex. Bradshaw 1972; Daniels 1981). Sie können individuell differieren und sind systematischen, populationsbezogenen Analysen kaum zugänglich. Standardmäßig wird daher bei Bedarfsanalysen auf den normativen Bedarf rekurriert, der in der Regel empirisch durch medizinische Diagnosen ermittelt wird (ex. SVR 2001). Zum anderen wurde für die hier durchgeführte Analyse die *regionale Versorgungssituation* in den Blick genommen. Das Hauptaugenmerk richtete sich auf die Beschreibung der spezialisierten Versorgungsstrukturen für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung aller Sektoren und ihre regionalen Besonderheiten. Die Ergebnisse wurden kontrastierend aufbereitet (vgl. Kap. III). Das konkrete Vorgehen bei dieser Analyse wird im Folgenden beschrieben.

1. Räumliche Merkmale und erfasste Indikatoren

Räumliche Merkmale der betrachteten drei Bundesländer wurden auf der Grundlage der Raumordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Burgdorf et al. 2012) charakterisiert. Die Indikatoren *siedlungsstrukturelle Kreistypen* (BBSR o.J.b) und *Raumlage* (BBSR o.J.a) liegen der Einordnung der städtischen und ländlichen Prägung sowie der Zentralität der Bundesländer zugrunde.

2. Soziale und gesundheitliche Lage

Die Charakterisierung der sozialen Lage in den Bundesländern dient mangels konkreter Indikatoren über die Epidemiologie tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung (Stark et al.

2016) der Einschätzung des regionalen Versorgungsbedarfs. Zur Beschreibung der sozialen Lage wurden nach Konzepten der Sozialberichterstattung die Bereiche Demografie, Bildung, Erwerbsbeteiligung, Einkommen und Gesundheit herangezogen (zusammenfassend: Wittmann et al. 2018). Angesichts unterschiedlicher Datenverfügbarkeit beziehen sich die verwendeten Daten, sofern nicht anders angegeben, einheitlich auf das Jahr 2015.

- *Demografische Daten:* Die Analyse demografischer Charakteristika in den Bundesländern basiert auf amtlichen Daten der Bevölkerungsfortschreibung und der Bevölkerungsvorausberechnung bis 2030. Neben der Gesamtbevölkerung wurden die Indikatoren Bevölkerungsdichte und Altersstruktur der statistischen Ämter des Bundes und der Länder berücksichtigt.
- *Sozioökonomische Daten:* In den Bereichen Bildung, Erwerbsbeteiligung und Einkommen stehen Indikatoren der amtlichen Sozialberichterstattung zum Qualifikationsniveau, der Abhängigkeit von Mindestsicherungsleistungen, der Erwerbsbeteiligung sowie der Einkommensarmut und -verteilung zur Verfügung (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2016).
- *Gesundheitsbezogene Daten:* Die Charakterisierung der gesundheitlichen Ausgangslage in den Bundesländern erfolgte in Orientierung an die Gesundheitsberichterstattung. Betrachtet wurden (1) chronische Erkrankungen der erwachsenen Bevölkerung, (2) Mortalitätsindikatoren (durchschnittliche Lebenserwartung, vorzeitige Sterblichkeit, Säuglingssterblichkeit) und Pflegebedürftigkeit, (3) die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands und (4) gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, die mit einem erhöhten Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen und Krankheitslast durch Folgeerkrankungen sowie vorzeitiger Sterblichkeit einhergehen (Raucherprävalenz der erwachsenen Bevölkerung und Adipositasprävalenz). Daten zum subjektiven Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen liegen ausschließlich als Fremdeinschätzung durch Eltern vor und wurden daher nicht in die Analyse einbezogen. Alternativ wurde der Indikator Schwerbehinderungen bei Kindern und Jugendlichen ergänzt.

3. Versorgungsangebote

Neben der Analyse der sozialen und gesundheitlichen Lage besteht ein wesentlicher Teil der Analyse in einem Überblick über die in den drei ausgewählten Bundesländern vorgehaltenen spezialisierten Versorgungsmöglichkeiten für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung. Berücksichtigt wurden folgende Versorgungsinstanzen:

Krankenhäuser und spezialisierte Rehabilitationskliniken

Eingeschlossen wurden alle zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Einrichtungen nach § 108 SGB V, die ein somatisch orientiertes Versorgungsprofil aufweisen³. Diese müssen Intensivversorgungsmöglichkeiten zur Aufrechterhaltung von Vitalfunktionen auch bei schwerkranken Patienten vorhalten (Van Aken et al. 2007; Prien et al. 2007).

Besonderes Augenmerk lag dabei auf Spezialstrukturen, wie bspw. „Beatmungszentren“ für invasiv langzeitbeatmete Patienten⁴. Besonderheiten in der intensivmedizinischen klinischen

³ Einschließlich des Bundeswehrkrankenhauses Berlin, das zwar nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gehört, aber Versorgungsaufgaben für gesetzlich Versicherte innehat.

⁴ Die S2k-Leitlinie *Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronisch respiratorischen Insuffizienz* differenziert drei Formen von Beatmungszentren (DGP 2017):

- Weaningzentren
- Zentren für außerklinische Beatmung mit Expertise in der invasiven außerklinischen Beatmung;
- Zentren für außerklinische Beatmung (Schwerpunkt nicht-invasive Beatmung)

Versorgung Früh- und Neugeborener wurden hier berücksichtigt: Gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL, G-BA 2018) ist diese ausschließlich in Perinatalzentren der Level I und II möglich. Es flossen daher nur diese Zentren in die Betrachtung ein.

Eingeschlossen wurden zudem spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen, die Intensivversorgungsmöglichkeiten für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung vorhalten. Ein solches Versorgungsangebot besteht zumeist im Rahmen der neurologisch-neurochirurgischen / fachübergreifenden Frührehabilitation (Phase B), die überwiegend der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V zugeordnet wird. Dazu wurden alle Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V auf ihr Leistungsspektrum hin überprüft.

Spezialisierte Pflegeheime, Pflegedienste und ambulant betreute Wohngemeinschaften

Pflegeheime mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI und nach § 132a Abs. 2 SGB V sowie zur häuslichen Krankenpflege zugelassene Pflegedienste wurden als spezialisierte Leistungserbringer eingeschlossen, sofern sie nachweislich über ein intensivpflegerisches Versorgungsangebot verfügen. Spezialisierte ambulante Pflege kann dabei nicht nur in der Häuslichkeit des Patienten erbracht werden, sondern auch in speziellen ambulant betreuten Wohngemeinschaften (WGs). Diese wurden, sofern sie der Datenerfassung zugänglich waren, gleichfalls als spezialisierte pflegerische Versorgungsangebote erfasst.

Spezialisierte Ambulante (Pädiatrische) Palliativversorgung

Anspruch auf Spezialisierte Ambulante (Pädiatrische) Palliativversorgung (SAP(P)V) nach § 37b SGB V besteht bei nicht (mehr) kurativ behandelbaren Erkrankungen mit besonderer Schwere und progredientem Verlauf bis zum Lebensende (GKV-Spitzenverband 2012; GKV-Spitzenverband et al. 2013). In der Versorgung von Kindern und Jugendlichen besteht dieser Anspruch abweichend bei progredienten und lebenslimitierenden Erkrankungen bereits ab Diagnosestellung und über den gesamten Versorgungsprozess hinweg (StMUG 2009). Alle SAP(P)V-Strukturen der drei Bundesländer, ohne Berücksichtigung von Palliativdiensten im Krankenhaus, flossen daher in die Betrachtung spezialisierter Leistungsangebote ein.

Spezialisierte Haus- und Fachärzte, Heilmittelerbringer und Hilfsmittelanbieter

Aufgrund fehlender öffentlicher Datengrundlagen ist eine Analyse des Versorgungsangebots für spezialisierte Haus- und Fachärzte, Heilmittelerbringer (Physio-, Ergotherapie, Logopädie) und Hilfsmittelanbieter ausschließlich auf der Basis von Versorgungsverträgen der Versicherungsträger möglich (vgl. Stark et al. 2016). Diese wurden zum Zweck der vorliegenden Analyse erbeten, lagen bis zur Berichtslegung aber nicht vor. Diese Berufsgruppen konnten damit nicht in die vorliegende Analyse eingeschlossen werden.

Weiterhin wurden spezifisch für die Spezialversorgung von Kindern und Jugendlichen folgende Strukturen eingeschlossen:

Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) als ermächtigte spezialisierte Frühfördereinrichtungen mit überregionalem Versorgungsauftrag nach § 119 SGB V fließen in die Strukturanalyse ein, da sie Kinder und Jugendliche versorgen, die aufgrund von Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung nicht von anderen Medizinerinnen oder Frühfördereinrichtungen behandelt werden können (Engel et al. 2008). Unter ärztlicher Leitung stellen SPZ die interdisziplinäre ambulante Diagnostik und Behandlung von Entwicklungsstörungen, drohenden oder bestehenden Behinderungen sowie Verhaltens- und seelischen Störungen über die gesamte Erkrankung hinweg sicher (DGSPJ 2017). Sie bilden zudem die Schnittstelle zwischen ambulanter und klinischer Versorgung.

Sozialmedizinische Nachsorge

Die Sozialmedizinische Nachsorge (SMN) nach § 43 Abs. 2 SGB V dient der zeitlich begrenzten gesundheitlichen Nachsorge für Kinder und Jugendliche bis 14 Jahre, in schwerwiegenden Fällen auch bis 18 Jahre im unmittelbaren Anschluss an einen Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt⁵. Ziel ist die Verkürzung stationärer Aufenthalte, die Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung, die Kontrolle von familiären Überforderungssituationen oder die Sicherung der Versorgung von Erkrankungen im Endstadium (GKV-Spitzenverband 2017a). Diese Einrichtungen fließen daher als wichtiger Teil der Versorgungskoordination in die Analyse ein.

Hospize für Kinder und Jugendliche

Anders als in der Hospizversorgung Erwachsener halten Hospize für Kinder und Jugendliche Versorgungskapazitäten für die Entlastung Angehöriger vor (Kurzzeitpflege). Als Teil der spezialisierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit schwerwiegenden, lebensverkürzenden Krankheiten und / oder palliativem Versorgungsbedarf (vgl. GKV-Spitzenverband 2017b) wurden diese Einrichtungen daher in die Betrachtung eingeschlossen.

4. Datengrundlage, Recherchestrategie und Datenqualität

Daten zur regionalen Ausgangssituation und über spezialisierte Leistungserbringer wurden im Zeitraum 03 – 06/2017 durch zwei Personen unabhängig voneinander erfasst. Um einen möglichst vollständigen Überblick über die spezialisierte Versorgungslandschaft zu erhalten, kamen systematische Suchstrategien für jede Leistungserbringer-Gruppe zum Einsatz. Mit Ausnahme der Akutkrankenhäuser, die auch ohne spezialisierte Versorgungsmöglichkeiten für die intensivmedizinische Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung in Betracht kommen, wurden ausschließlich solche Leistungserbringer erfasst, die über ein spezialisiertes Versorgungsangebot verfügen. Zur Beschreibung und vergleichenden Interpretation der Versorgungsstrukturen in den drei Bundesländern wurden neben den Grunddaten (Name, Adressdaten) auch Strukturdaten betrachtet (Art der Spezialisierung und Zielgruppe, Größe und Kapazität für die spezialisierte Versorgung anhand der Bettenzahl, Versorgungsspektrum, Trägerstruktur, bestehende Netzwerke). Weitere qualitative Informationen (z.B. Spezialisierungsgrad, Qualifikationsniveau, spezialisiertes Leistungsspektrum, spezifische Konzepte zur Versorgungskoordination / Patientenpfade, Beratungs- und Schulungsangebote, vorhandene Kooperationen / Netzwerke) wurden aufgrund einer erheblich eingeschränkten Datenverfügbarkeit im Versorgungsbereich (vgl. Stark et al. 2016) nicht erfasst. Die recherchierten Daten wurden in je einer Datenbank pro Leistungserbringer-Gruppe dokumentiert und deskriptiv aufbereitet. Die Angabe von Verhältniszahlen dient der vergleichenden Beschreibung der Versorgungsstrukturen in den drei Bundesländern und beruht auf eigenen Berechnungen auf Basis der amtlichen Bevölkerungs- bzw. Pflegestatistik. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die genutzten Datenquellen.

Zuverlässige Datenquellen stehen für die Recherche spezialisierter Versorgungsmöglichkeiten – mit Ausnahme der akutstationären Intensivversorgung – nicht zur Verfügung. Demzufolge kamen zahlreiche Datenquellen zum Einsatz, deren Aktualität und Qualität häufig nicht überprüfbar ist. Durch die gleichzeitig hohe Entwicklungsdynamik des Versorgungsbereichs ist die Geltungsdauer der identifizierten Versorgungsstrukturen insgesamt begrenzt. Zudem können Informationen über das Leistungs- und Qualifikationsspektrum, (über-)regionale Kooperationen bzw. (formalisierte) Netzwerkaktivitäten und Einzugsbereiche der Versorger bestenfalls unsystematisch, in vielen Fällen aber nicht ermittelt werden. Die tatsächlichen regionalen Versorgungspotentiale bleiben folglich schwer beurteilbar. Wie bereits Stark et al. (2016) zusam-

⁵ SMN wird nicht bei gleichzeitiger Leistung der SAPPV gewährt (GKV-Spitzenverband 2017a).

menfassen, sind zuverlässige und aussagefähige Informationen aufgrund ausgeprägter Datenintransparenz daher schwer zu generieren. Dies gilt insbesondere für ambulant betreute WGs. Diese wurden mit einer Recherchestrategie bestehend aus dem Screening von Selbstangaben spezialisierter Pflegedienste über Homepages und ergänzende telefonische Abfragen in Verbindung mit amtlichen Daten der Heimaufsichten erfasst. Dieses Vorgehen lässt zwar ein zum Zeitpunkt der Erhebung annähernd zuverlässiges Gesamtbild über die Zahl spezialisierter WGs erwarten. Dennoch stehen für dieses Versorgungsangebot aufgrund komplexer Melde- und Datenschutzbestimmungen bei den zuständigen Heimaufsichten keine validen und vollständigen Daten zur Verfügung, sodass grundsätzlich von einer Unterschätzung dieses Versorgungsangebots auszugehen ist (vgl. Stark et al. 2016). Auch alternative statistische Ansätze zur Schätzung des Bestands ambulant betreuter WGs – darunter auch Intensivpflege-WGs (Klie et al. 2017) – sind mit diesen grundlegenden Herausforderungen im Datenzugang verbunden.

Tab. 1: Datengrundlagen für die Erfassung spezialisierter Versorgungsstrukturen

Versorgungsangebot	Datengrundlage	Bezugsjahr
Krankenhäuser	Krankenhauspläne der Länder	
	- Berlin	2015
	- Brandenburg	2016
	- Mecklenburg-Vorpommern	2016
	Onlineauftritt des Anbieters	2017
Rehabilitationseinrichtungen	Krankenhauspläne der Länder	
	Amt für Statistik Berlin-Brandenburg	2015
	Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern	o.J.
	Onlineauftritt des Anbieters	2017
Pflegeheime	AOK Pflegedienstnavigator	o. J.
	vdek Pflegelotse	o. J.
	Onlineauftritt des Anbieters	2017
	telefonische Auskunft	2017
Pflegedienste	AOK Pflegedienstnavigator	o. J.
	vdek Pflegelotse	o. J.
	Onlineauftritt des Anbieters	2017
	telefonische Auskunft	2017
Ambulant betreute WGs	kommunale Aufsichtsbehörden	2017
	Onlineauftritt des Anbieters	2017
	Beatmungspflegeportal	o.J.
Spezialisierte Ambulante (Pädiatrische) Palliativversorgung	Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2017)	2017
	Home Care Berlin e.V.	2017
Sozialpädiatrische Zentren	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)	2017
Sozialmedizinische Nachsorge	Bundesverband Bunter Kreis e.V.	o.J.
Hospize für Kinder und Jugendliche	Bundesverband Kinderhospiz	o.J.
	Deutscher Kinderhospizverein	2017

III. Ergebnisse der Analyse

Eine bedarfsgerechte Versorgung setzt einerseits solide Erkenntnisse über die Bevölkerung, deren jeweilige gesundheitliche Problemlagen und die daraus resultierenden Versorgungsbedarfe voraus (vgl. Kap. II). Andererseits wird Wissen über die verfügbaren Versorgungsangebote und deren quantitative und qualitative Dimensionen benötigt. Erst der Abgleich zwischen Bedarf und Angebot liefert Informationen darüber, inwieweit es gelingt, Versorgungsangebote in bedarfsgerechter Weise vorzuhalten oder in welchen Bereichen eine bedarfsorientierte Anpassung des Versorgungsangebotes erforderlich ist. In den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern ist von regional unterschiedlichen Bevölkerungssituationen und damit verbunden möglicherweise auch heterogenen Bedarfs- und Problemlagen auszugehen. Zudem dürften sich in den drei Bundesländern bereits Strukturen und Angebote herausgebildet haben, die womöglich für die Beantwortung des Bedarfs tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung sowie deren Angehörige genutzt werden können. Um die Passgenauigkeit von Bedarf und Angebot untersuchen zu können, wurde ein datengestützter, vergleichender Überblick über demografische, soziale und gesundheitsbezogene Merkmale innerhalb der drei Bundesländer erarbeitet und das vorhandene (spezialisierte) Versorgungsangebot in Form einer Momentaufnahme (Stand: 06/2017) recherchiert und dokumentiert. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Analyse vorgestellt.

1. Bevölkerung in den drei Bundesländern

Um die bevölkerungsbezogene Situation in den drei Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zu beschreiben, werden zunächst Informationen zu räumlichen Charakteristika der Bundesländer sowie zur Altersstruktur und zur prognostizierten Bevölkerungsentwicklung dargestellt. Es folgen Hinweise zur sozialen und gesundheitlichen Situation. Die Informationen werden anschließend in ihrer Relevanz für die untersuchungsleitende Fragestellung reflektiert und kommentiert.

1.1 Demografische Situation

Insgesamt leben in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern mehr als 7,6 Millionen Menschen bzw. etwa 9% der bundesdeutschen Bevölkerung (Tab. 2). Berlin ist als Stadtstaat und Bundeshauptstadt Deutschlands von hoher Zentralität geprägt. Mit insgesamt 3,42 Mio. Einwohnern (EW) und einer Einwohnerdichte von 3.948 EW/km² handelt es sich um eine der am dichtesten besiedelten Regionen Deutschlands. Dagegen zählt Brandenburg (2,48 Mio. EW; 84 EW/km²) zu den gering besiedelten Ländern. Allerdings ist dabei ein hauptstadtnaher, zentraler und dicht besiedelter Bereich, der die an Berlin grenzenden Kreise und die kreisfreie Stadt Potsdam umfasst, von dem überwiegend ländlich geprägten, peripheren und hauptstadtfernen Bereich abzugrenzen. Mecklenburg-Vorpommern (1,61 Mio. EW; 69 EW/km²) schließlich ist das am geringsten besiedelte Flächenland Deutschlands (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2017). Verdichtungsregionen sind lediglich um die Städte Schwerin, Wismar und Rostock zu finden.

Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur und -entwicklung bestehen vor allem zwischen Berlin und den beiden Flächenländern. In Berlin ist die Bevölkerungsentwicklung durch Wanderungsgewinne und Geburtenüberschüsse gekennzeichnet (vgl. Tab. 2); der Anteil der Personen ab 65 Jahren ist niedriger als in den beiden Flächenländern. Dies trifft jedoch ebenso auf den Anteil von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren zu (15,8 %). Mit 42,8 Jahren ist die Berliner Bevölkerung jünger als die gesamtdeutsche Bevölkerung (44,2 Jahre) und insbesondere als die der Bundesländer Brandenburg (46,6 Jahre) und Mecklenburg-Vorpommern (46,3 Jahre). Die Berliner Bevölkerung wird voraussichtlich auch zukünftig wachsen. Erwartet wird bis zum Jahr 2030 eine Gesamtbevölkerung von etwa 3,83 Mio. EW, mit einem Anteil Hochaltriger von 7% (2015:

4,3%) und ein Durchschnittsalter von 44,3 Jahren. In Brandenburg dagegen wird ein Rückgang der Bevölkerungszahl um 3,5%, in Mecklenburg-Vorpommern sogar um nahezu 8% erwartet. Gleichzeitig wird die Zahl der über 65-Jährigen in beiden Ländern steigen und das Durchschnittsalter bis 2030 um jeweils mehr als drei Jahre zunehmen, womit der Anteil alter und hochaltriger Bewohner auch im Deutschlandvergleich überdurchschnittlich hoch sein wird. Die Auswirkungen des demografischen Wandels treten damit in den beiden Flächenländern sehr viel deutlicher zutage als in Berlin.

1.2 Sozioökonomische Situation

Die sozioökonomische Lage in der Bevölkerung der drei Bundesländer (Tab. 2) ist im Bundesvergleich über zahlreiche Indikatoren der Sozialberichterstattung hinweg unterdurchschnittlich. Das zeigt sich bereits in Aspekten der Bildung. Unter der Berliner Bevölkerung ist der Anteil gering Qualifizierter mit 15,1% vergleichsweise hoch, der Anteil der frühen Schulabgänger (13,7%) liegt etwa vier Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt (9,8%). Auch in Brandenburg (11,6%) und Mecklenburg-Vorpommern (10,6%) gibt es mehr frühe Schulabgänger als im Bundesdurchschnitt. Der Anteil von Personen mit niedrigem Bildungsstand in Brandenburg (6,6%) und Mecklenburg-Vorpommern (7,2%) liegt insgesamt deutlich unterhalb des Bundesdurchschnitts (13,2%).

Die Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung liegt in Berlin mit 76,3% knapp unterhalb, in Brandenburg mit 79,9% geringfügig oberhalb des Bundesdurchschnitts von 77,6%. Mecklenburg-Vorpommern kommt dem Bundesdurchschnitt mit 77,8% am nächsten. Die (Langzeit-) Erwerbslosenquoten dagegen sind in Berlin (9,6% resp. 4,8%) etwa doppelt so hoch, wie im Bundesdurchschnitt (4,7% bzw. 2,1%). Auch in Mecklenburg-Vorpommern (7,9% resp. 4,5%) und Brandenburg (5,8% resp. 3,1%) ist die (Langzeit-)Erwerbslosenquote vergleichsweise hoch.

Überdurchschnittlich hoch ist in allen drei Bundesländern außerdem der Anteil der Personen, die Mindestsicherungsleistungen beziehen oder von Armut bedroht sind. Die Mindestsicherungsquote in Berlin ist mit annähernd 20% mehr als doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt (9,7%) und auch in Brandenburg (11%) und Mecklenburg-Vorpommern (13,1%) erhöht. Zudem verfügen 22,4% der Einwohner Berlins und 21,7% der Einwohner Mecklenburg-Vorpommerns über weniger als 60% des medianen Einkommens (Armutgefährdungsquote). Deutlich geringer und damit dem bundesdeutschen Durchschnittswert (15,7%) am nächsten ist die Armutgefährdungsquote mit 16,8% in Brandenburg. Ein entsprechend gegenläufiges Bild zeigt sich mit Blick auf die Einkommensreichumsquote: 8,2% der bundesdeutschen Bevölkerung verfügen über mehr als 200% des medianen Äquivalenzeinkommens aller Privathaushalte. In Berlin sind es dagegen 6,7%, in Brandenburg 5,2% und in Mecklenburg-Vorpommern lediglich 2,9%.

Tab. 2: Demografische Indikatoren und soziale Lage in den Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Deutschland (Bertelsmann Stiftung 2015a-c; Statistisches Bundesamt 2015, 2016a; SenSU 2016; Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2016, 2017)

Indikatoren	Berlin	Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Deutschland
Bevölkerung 2015 (absolut)	3.520.031	2.484.826	1.612.362	82.175.684
EW/km ²	3.948	84	69	230
Anteil in %				
unter 18-Jährige	15,8	15,0	14,7	16,2
65-79-Jährige	14,9	17,3	16,9	14,4
ab 80-Jährige	4,3	5,5	5,6	4,2
Durchschnittsalter	42,8	46,6	46,3	44,2
Bevölkerung 2030 (absolut)	3.827.000	2.354.000	1.466.000	82.900.000
Anteil in %				
unter 18-Jährige	16,0	14,2	14,0	15,2*
65-79-Jährige	13,0	26,6	24,7	15,6
ab 80-Jährige	7,0	8,9	8,8	6,2
Durchschnittsalter	44,3	49,9	49,8	k. A.
Relative Bevölkerungsentwicklung bis 2030	7,5	-3,5	-7,9	0,1
Qualifikationsniveau				
Personen mit niedrigem Bildungsstand (25 bis unter 65 J.) (%)	15,1	6,6	7,2	13,2
Anteil Frühe Schulabgänger (18 bis unter 25 Jahre) (%)	13,7	11,6	10,6	9,8
Abhängigkeit von sozialen Mindestsicherungsleistungen				
Mindestsicherungsquote (%)	19,4	11,0	13,1	9,7
Erwerbsbeteiligung				
Erwerbsquote (%)	76,3	79,9	77,8	77,6
Erwerbslosenquote (%)	9,6	5,8	7,9	4,7
Langzeiterwerbslosenquote (%)	4,8	3,1	4,5	2,1
Einkommensarmut und Einkommensverteilung				
Armutgefährdungsquote (%)	22,4	16,8	21,7	15,7
Einkommensreichumsquote (%)	6,7	5,2	2,9	8,2

* Anteil der unter 20-Jährigen

1.3 Gesundheitliche Situation

Von besonderer Relevanz für die untersuchungsleitende Fragestellung wären spezifische epidemiologische Indikatoren für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung sowie deren Verteilung in den drei Bundesländern. Entsprechende Daten fehlen jedoch (Stark et al. 2016; Stark, Ewers 2019). Aufgrund dessen muss an dieser Stelle auf allgemeine gesundheitsbezogene Indikatoren zurückgegriffen werden, um die gesundheitliche Situation in den drei Bundesländern beschreiben zu können. Hierzu zählen beispielsweise die Prävalenz chronischer Erkrankungen, die Selbsteinschätzung des subjektiven Gesundheitszustands, der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung sowie gesundheitsbezogene Verhaltensweisen.

Mangels länderspezifischer Daten für die erwachsene Bevölkerung werden in Tabelle 3 aggregierte Morbiditätskennziffern herangezogen. Demnach ist knapp die Hälfte der bundesdeutschen Bevölkerung chronisch krank, rund ein Drittel bewertet den eigenen Gesundheitszustand als mittelmäßig bis sehr schlecht. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ (GEDA) aus dem Jahr 2012 verweisen für den Nordosten der Bundesrepublik mit insgesamt 45,7% auf eine insgesamt um etwa fünf Prozentpunkte höhere Prävalenz chronischer Erkrankungen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (40,8%). Auch der subjektive Gesundheitszustand wird im Nordosten Deutschlands mit 32,8% häufiger als mittelmäßig bis sehr schlecht eingeschätzt als im Schnitt aller Bundesländer (29,6%).

Kleinräumige Daten über den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in den Bundesländern sind kaum verfügbar. Mit Blick auf chronische Erkrankungen liegen für Berlin lediglich Daten aus dem Jahr 2006 vor. In Brandenburg werden chronisch kranke Einschüler getrennt von chronisch kranken jugendlichen Schülern erfasst und für Mecklenburg-Vorpommern fehlen entsprechende Daten (Tabelle 3). Aufgrund der unterschiedlichen Datenquellen und Erhebungszeitpunkte ist eine zuverlässige Interpretation schwerlich möglich. Der Indikator Schwerbehinderung in der Bevölkerung bis 18 Jahren liegt in allen drei Bundesländern nahe am gesamtdeutschen Durchschnitt von 2,2%.

Tab. 3: Gesundheitszustand der Bevölkerung in den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Deutschland (Kurth, Schaffrath Rosario 2007; SenGesUmV 2008; Kroll, Lampert 2012; Neuhauser et al. 2014; SenGS 2016; Statistisches Bundesamt 2016c)

	Berlin	Brandenburg	Meckl.-Vorp.	Deutschland
Morbidität				
Erwachsene (2012)				
Prävalenz chron. Krankseins (%)		45,7*		40,8
subj. Gesundheitszustand mittelmäßig – sehr schlecht (%)		32,8*		29,6
Kinder				
Chronische Krankheiten (%)				
0-17 Jahre	21,3 ¹	-	-	16,2
Einschüler	-	13,1	-	-
Jugendliche	-	30,9	-	-
Schwerbehinderungen (2013)				
gesamt (0-18 Jahre)	7.000	4.899	3.636	169.226
Anteil in %	2	1,9	2,1	2,2

*Region Nordost. Daten auf Länderebene nicht verfügbar; ¹Datenbasis 2006

Tabelle 4 dokumentiert die Lebenserwartung und Krankheitsfolgen (vorzeitige Sterblichkeit, Pflegebedürftigkeit) in den drei Bundesländern. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in den drei Bundesländern weicht sowohl für Männer als auch für Frauen geringfügig negativ vom bundesdeutschen Durchschnitt ab. Darunter ist die Abweichung der Lebenserwartung von Männern in Mecklenburg-Vorpommern mit 1,64 Jahren am stärksten ausgeprägt.

Die vorzeitige Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr ist gegenüber dem Bundesdurchschnitt (208,3/100.000 EW) in allen drei Bundesländern erhöht. Sie liegt in Berlin und Brandenburg mit

jeweils 231/100.000 EW um mehr als 10% und in Mecklenburg-Vorpommern (258,1/100.000 EW) um etwa 25% oberhalb des bundesdeutschen Schnitts.

Infolge der demografischen Entwicklung steigt die Zahl pflegebedürftiger Menschen insbesondere im Nordosten Deutschlands – und damit in den drei betrachteten Bundesländern – kontinuierlich an (Rothgang et al. 2016). Am deutlichsten von dieser Entwicklung betroffen sind Brandenburg und vor allem Mecklenburg-Vorpommern. Beide Länder gehören zu den Regionen Deutschlands mit dem stärksten Zuwachs an Pflegebedürftigen (ebd.). Bereits im Jahr 2015 lagen hier die Pflegequoten (4,5 bzw. 4,9%) oberhalb der vorausgerechneten gesamtdeutschen Pflegequote für das Jahr 2030 (4,2%). Mit fortschreitendem demografischen Wandel wird die Zahl der Pflegebedürftigen in beiden Ländern bis 2030 nochmals um mehr als ein Drittel steigen und dann jeweils mehr als 6% der Bevölkerung umfassen. Berlin hebt sich von den beiden Flächenländern aufgrund der günstigeren demografischen Entwicklung ab. Der Anteil Pflegebedürftiger liegt hier unterhalb des Bundesniveaus. Das gilt sowohl für Pflegebedürftige ab 65 Jahren (3,3%), als auch für Pflegebedürftige unter 20 Jahren (0,6%). Auch im Jahr 2030⁶ wird hier trotz deutlicher Zuwächse von Pflegebedürftigen um 34,7% eine vergleichsweise geringere Pflegequote erwartet (4,1%).

Tab. 4: Lebenserwartung und Krankheitsfolgen in den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Deutschland (Rothgang et al. 2016; GBE Bund 2017b, e, g; Bertelsmann Stiftung 2017; Statistisches Bundesamt 2016d)

	Berlin	Brandenburg	Meckl.-Vorp.	Deutschland
durchschn. Lebenserwartung bei Geburt (2013/2015)				
männlich	77,8	77,4	76,5	78,2
weiblich	83,0	82,9	82,9	83,1
Vorzeitige Sterblichkeit je 100.000 EW (2015)	231,5	231,9	258,1	208,3
Pflegebedürftigkeit (2015)				
absolut	116.424	111.595	79.145	2.860.293
Pflegequote (%)	3,3	4,5	4,9	3,5
davon unter 20 Jahre	0,6	0,9	0,7	0,7
Pflegebedürftigkeit 2030				
absolut	151.560	148.146	98.453	3.480.000
Pflegequote (%)	4,1	6,3	6,7	4,2
rel. Entwicklung bis 2030 (%)	34,7	43,9	35,9	32,5

Für die Einschätzung der gesundheitlichen Situation können zu den Indikatoren der Morbidität und den Krankheitsfolgen auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, wie die Raucher- und Adipositasprävalenz herangezogen werden (Tab. 5). Weniger als ein Viertel der gesamtdeutschen Bevölkerung (23,8%) ist demnach Raucher. In Berlin hingegen trifft dies auf 28,1% der Bevölkerung zu, in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern immerhin noch auf ca. 26% der Einwohner.

Der Anteil der erwachsenen Bevölkerung mit Adipositas wiederum ist in Berlin (15,6%) geringer als im bundesdeutschen Durchschnitt (18,1%). Dagegen gilt in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern bereits nahezu jeder vierte Erwachsene (22,4% bzw. 22,2%) als adipös. Bei Einschülern der drei Bundesländer weisen die verfügbaren Daten zunächst auf eine geringere Adipositasprävalenz als im Bundesdurchschnitt hin. Die gesamtdeutschen Daten stammen jedoch aus dem Jahr 2006 und bieten damit keine zuverlässige Vergleichsbasis. Im Ländervergleich liegen die Anteile adipöser Einschüler in Mecklenburg-Vorpommern (5,6%) um etwa zwei Drittel über denen der Länder Berlin und Brandenburg (jeweils 3,6%).

⁶ Für Pflegebedürftige unter 20 Jahren liegen keine Vorausberechnungen vor.

Tab. 5: Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen in Deutschland und den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern (RKI 2014; Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern 2015; LAVG 2016; GBE Bund 2017d, f)

	Berlin	Brandenburg	Meckl.-Vorp.	Deutschland
Gesundheitsrel. Verh.-weisen				
Raucherquote (%) (2014/15)	28,1	26,0	26,4	23,8
Adipositas (BMI 30+) (%) (2014/15)	15,6	22,4	22,2	18,1
Adipositas bei Einschülern (%)	3,6	3,6	5,6	6,3 ¹

¹ Datenbasis 2006

Einordnung und Kommentar

Die Daten zur soziodemografischen und gesundheitlichen Situation zeigen, dass die drei in den Blick genommenen Bundesländer sich hinsichtlich ihrer bevölkerungsbezogenen Situation auffallend voneinander unterscheiden: Einerseits umfasst sie eine Metropole mit vergleichsweise junger, wachsender Bevölkerung und moderater demografischer Alterung, andererseits Flächenländer mit fortgeschrittener demografischer Alterung und den damit verbundenen Konsequenzen. Zwar steht die Bevölkerung in allen drei Ländern vor größeren sozioökonomischen Herausforderungen; durch hohe Bevölkerungsanteile mit geringem Qualifikationsniveau oder Abhängigkeit von Mindestsicherungsleistungen bzw. vergleichsweise hoher Erwerbslosigkeit zeichnet sich in Berlin jedoch eine Kumulation sozialer Herausforderungen ab. Die vorliegenden Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung lassen zudem vermuten, dass insbesondere in den beiden Flächenländern Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern erhöhte gesundheitliche Belastungen und damit womöglich auch ein erhöhter medizinisch-pflegerischer Versorgungsbedarf in der Bevölkerung besteht. Besondere ethnische und kulturelle Merkmale, die sich ebenfalls auf den Versorgungsbedarf und das Versorgungsgeschehen auswirken könnten, wurden dabei nicht im Detail berücksichtigt. Aus den hier verwendeten Indikatoren lässt sich zwar nicht auf die Zahl und die regionale Verteilung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung oder gar deren konkreten Versorgungsbedarf schließen. Die Informationen liefern allerdings Hinweise darauf, dass in den drei Bundesländern in zweierlei Hinsicht eine bevölkerungsbezogenen komplexe und heterogene Situation besteht, die im Hinblick auf die hier interessierende Patientengruppe adressiert werden muss:

- Bereits mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass sich hier das Fehlen von einschlägigen amtlichen Daten und / oder Registern als problematisch für die Planung bedarfsgerechter Versorgungsangebote erweist (ex. Lehmann et al. 2016). Zum einen sind daher spezifische und möglichst kleinräumige Informationen über die Entwicklung der Patientengruppe, deren Zusammensetzung und deren aktuelle und künftige Bedarfe an Spezialversorgung erforderlich.
- Zum anderen sind Überlegungen über die regionale Ausdifferenzierung der vorhandenen Versorgungsangebote anzustellen, um auf die heterogenen Herausforderungen – etwa in der dynamischen wachsenden Metropolenregion Berlin oder im dünn besiedelten Mecklenburg-Vorpommern mit stark alternder und schrumpfender Bevölkerung angemessen reagieren zu können. Dabei wird auch zu überlegen sein, welche Form der Zusammenarbeit dafür mit regionalen Versorgungsinstanzen und Interessengruppen aufgebaut und (weiter-)entwickelt werden muss, um deren Kenntnisse über die regionale Bevölkerungssituation und die damit verbundenen Herausforderungen gezielt nutzen zu können.

2. Spezialversorgung in den drei Bundesländern

Um zu prüfen, wie die spezialisierte Versorgung für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung in den drei Bundesländern ausgestaltet ist, welche regionalen Besonderheiten (bspw. Kumulation von Angeboten, Versorgungslücken) erkennbar werden und inwieweit das bestehende Angebot geeignet ist, auf mögliche bestehende spezifische Versorgungsbedarfe zu reagieren, wurden in einem zweiten Arbeitsschritt die in der Region verfügbaren Spezialversorgungsangebote ermittelt und dokumentiert. Betrachtet werden im Folgenden Angebote im stationären Sektor (Akutkrankenhäuser und spezialisierte Rehabilitation), in der Langzeitversorgung (Pflegedienste, ambulant betreute WGs, Pflegeheime) sowie weitere Angebote wie SAP(P)V und spezialisierte ambulante Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche.

2.1 Akutkrankenhäuser und spezialisierte Rehabilitationskliniken

2.1.1 Akutkrankenhäuser

Die Akutversorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung wird auf Intensivstationen sichergestellt, die jedes zugelassene Krankenhaus mit somatischem Schwerpunkt vorhalten muss (vgl. Kap. II.3). Für die erwachsene Bevölkerung werden in Berlin insgesamt 46, in Brandenburg 56 und in Mecklenburg-Vorpommern 34 Akutkrankenhäuser mit Intensivversorgungsmöglichkeiten betrieben. Insgesamt 17 dieser Krankenhäuser verfügen über Abteilungen für Weaning und Heimbeatmung, die auf die Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten spezialisiert sind. Davon entfallen auf Berlin sechs, auf Brandenburg sieben und auf Mecklenburg-Vorpommern vier Krankenhäuser (vgl. Tab. 6, Anlage 2). Vier dieser Einrichtungen (B: n=3; MV: n=1) sind als Weaningzentren durch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) zertifiziert. Inwiefern darüber hinaus spezialisierte Versorgungsangebote für tracheotomierte Patienten ohne Beatmung vorgehalten werden, ist unbekannt.

Von allen erfassten Krankenhäusern verfügt in Berlin und Brandenburg jeweils etwa ein Drittel, in Mecklenburg-Vorpommern beinahe die Hälfte der Häuser auch über Intensivversorgungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche. Als Perinatalzentren der Level I und II, an denen Intensivversorgung auch für Früh- und Neugeborene sichergestellt ist, sind in Berlin acht, in Brandenburg sechs und in Mecklenburg-Vorpommern vier Einrichtungen ausgewiesen. Zwei Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern und jeweils eines in Berlin und Brandenburg halten explizit Intensivversorgungsangebote speziell für langzeitbeatmete Kinder und Jugendliche vor.

Die Bettenzahl in den Funktionsbereichen Weaning und Heimbeatmung spezialisierter Einrichtungen variiert zwischen den Bundesländern und ist in Berlin am höchsten (8-30 Betten/Einrichtung), gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern (8-19 Betten/Einrichtung) und Brandenburg (4-14 Betten/Einrichtung). Bei einer stationären Gesamtbettendichte je 100.000 EW (2015) von 571 in Berlin, 619 in Brandenburg und 651 in Mecklenburg-Vorpommern (GBE Bund 2016a) liegt die Bettendichte der spezialisierten Akutversorgung jeweils deutlich unter einem Prozent. Dabei verfügt Mecklenburg-Vorpommern über die höchste Bettendichte (4/100.000 EW), gefolgt von Berlin (2,5/100.000 EW) und Brandenburg (1/100.000 EW).

Die identifizierten Spezialangebote für Erwachsene sind überwiegend in Berlin konzentriert (vgl. Anlage 1). In Brandenburg sind sie vor allem im Nordosten und Osten (Schwedt, Angermünde, Seelow und Bad Saarow) sowie südlich Berlins (Treuenbrietzen, Bad Belzig), nicht jedoch im Süden und Nordwesten des Landes zu finden. Die Standorte in Mecklenburg-Vorpommern sind dagegen gleichmäßiger über das Land verteilt, aber in jeweils großer Entfernung zueinander gelegen (Schwerin, Waren, Greifswald). Spezialisierte Akutkrankenhäuser mit Versorgungsangeboten für Kinder und Jugendliche sind entlang einer Linie vom Südosten Brandenburgs (Carl-Thiem-Klinikum Cottbus), über Berlin (Sana Klinikum Lichtenberg) sowie den Süden und Norden Mecklenburg-Vorpommerns (Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg, Universitätsmedizin Rostock) zu finden.

Tab. 6: Somatische Akutkrankenhäuser und spezialisierte Rehabilitation für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern

	Berlin	Brandenburg	Meckl.-Vorp.
Akutkrankenhäuser gesamt*	49	61	35
Erwachsene	46	56	34
Spezialversorgung Weaning / Heimbeatmung	6	7	4
Kinder / Jugendliche	15	23	16
davon Perinatalzentren Level 1	6	4	4
davon Perinatalzentren Level 2	2	2	0
Spezialversorgung Weaning / Heimbeatmung	1	1	2
Bettzahl spezialisierte Versorgung (gesamt)¹	>69	>26	>70
min.	8	4	8
max.	30	14	19
unbekannt	2	4	1
je 100.000 EW (min.) ²	2,5	1,1	4,3
Spezialisierte Rehabilitation gesamt	8	8	6
Erwachsene			
an Akutkrankenhäusern	5	2	4
für invasiv langzeitbeatmete Patienten	3	1	3
eigenständig	3	5	2
für invasiv langzeitbeatmete Patienten	1	3	2
Kinder / Jugendliche			
an Akutkrankenhäusern	0	0	0
eigenständig	0	1	0
für invasiv langzeitbeatmete Patienten	-	1	-
Bettzahl spezialisierte Versorgung (gesamt)	213	>320²	242
min.	8	7	8
max.	60	114	101
unbekannt	0	1	0
je 100.000 EW (min.) ²	6,1	12,9	15

*Quellen: SenGS 2015; MUGV 2016; MAGS 2016; ¹ Angabe von Mindestgröße aufgrund eingeschränkter Datenverfügbarkeit; ² eigene Berechnung

2.1.2 Spezialisierte Rehabilitationskliniken

Einige Akutkrankenhäuser verfügen über spezialisierte Rehabilitationsmöglichkeiten im Rahmen der neurologisch-neurochirurgischen oder fachübergreifenden Frührehabilitation mit Intensivversorgungsangeboten für tracheotomierte Patienten (B: n=5; BB: 2; MV: 4). Nicht jede dieser Fachabteilungen versorgt aber auch invasiv langzeitbeatmete Patienten. In Berlin und Mecklenburg-Vorpommern besteht diese Möglichkeit an jeweils drei, in Brandenburg an einer Einrichtung. Frührehabilitation in Akutkliniken für Kinder und Jugendliche wird in keinem der drei Länder vorgehalten (vgl. Tab. 6, Anlage 2).

Zusätzlich sind in den Bundesländern auch eigenständige Rehabilitationseinrichtungen mit spezialisiertem Angebot verfügbar (B: n=3; BB: n=6; MV: n=2). Zusammen mit den Rehabilitationsmöglichkeiten an Akutkrankenhäusern verfügen die drei Bundesländer insgesamt über 22 Einrichtungen für Frührehabilitation. Die gemeinsame Bedarfsplanung der Länder Berlin und Brandenburg legt fest, dass Rehabilitationseinrichtungen des Landes Brandenburg von der Berliner Bevölkerung mitgenutzt werden, wie die Brandenburger Einwohner umgekehrt die Akutkrankenhäuser Berlins in Anspruch nehmen können (SenGS 2015). Expertise in der Intensivversorgung tracheotomierter Kinder und Jugendlicher findet sich unter allen Einrichtungen der drei Bundesländer ausschließlich in der HELIOS Klinik Hohenstücken (Brandenburg, 20 Betten).

Die Bettendichte spezialisierter Rehabilitationsangebote liegt deutlich oberhalb der von spezialisierten Akutversorgungsmöglichkeiten. Sie ist in Berlin – entsprechend der länderübergreifenden Bedarfsplanung mit Brandenburg – am geringsten (6,1 Betten/100.000 EW), wogegen Brandenburg eine doppelt so hohe Bettendichte aufweist (12,9/100.000 EW). Mecklenburg-Vorpommern verfügt über die im Vergleich der drei Länder höchste Bettendichte spezialisierter Rehabilitationsmöglichkeiten (15 Betten/100.000 EW).

Die regionale Verteilung rehabilitativer Spezialangebote ist mit der Verteilung von spezialisierten Akutkrankenhäusern vergleichbar, da sie überwiegend an den entsprechenden Akutkrankenhäusern vorgehalten werden. Demzufolge findet sich eine Angebotskonzentration in Berlin. In Brandenburg zeigt sich mit Ausnahme des Nordostens des Landes eine homogenere Verteilung von Rehabilitationseinrichtungen im Vergleich zu Akutkliniken. Solche Einrichtungen, die im Rahmen der Frührehabilitation auch invasiv langzeitbeatmete Patienten aufnehmen können (n=11), sind auf Berlin und das berlinnahe südliche Brandenburg konzentriert; in Mecklenburg-Vorpommern dagegen eher gleichmäßig verteilt.

Die Trägerstruktur unter allen an der Spezialversorgung beteiligten Akutkrankenhäusern ist jeweils zu etwa einem Drittel privat, öffentlich oder freigemeinnützig. Die Trägerstruktur von Rehabilitationseinrichtungen wird von privaten gegenüber öffentlichen Trägern dominiert; Einrichtungen freigemeinnütziger Träger gibt es in den drei Bundesländern nicht. Das Leistungs- und Qualifikationsspektrum spezialisierter Einrichtungen der stationären Akutversorgung oder Rehabilitation ist insgesamt schwer zu überblicken. Spezifische Informationen über den Leistungsumfang im Rahmen der Intensivversorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung über das typische Spektrum der intensivmedizinischen / -therapeutischen Akut- bzw. Rehabilitationsbehandlung hinaus, stehen kaum zur Verfügung. In Einzelfällen finden sich Informationen über das Indikationsspektrum sowie das vorgehaltene therapeutische Angebot (Physio-, Ergo-, Atmungstherapie, Logopädie) oder das (inzwischen gesetzlich vorgeschriebene) Entlassmanagement. Informationen über Kooperationspartner im stationären und ambulanten Sektor fehlen nahezu vollständig.

2.2 Spezialisierte Pflegeangebote

2.2.1 Pflegeheime

Auf die Intensivversorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung sind in Berlin und Mecklenburg-Vorpommern jeweils 12 sowie in Brandenburg sieben Pflegeheime spezialisiert (vgl. Tab. 7, Anlage 3). Das entspricht etwa einem Anteil von 3% an allen Pflegeheimen in den Bundesländern. Keines dieser Pflegeheime ist ausschließlich auf Kinder und Jugendliche spezialisiert. Vielmehr erfolgt die Versorgung vornehmlich indikationsspezifisch, für Kinder und Jugendliche können in jeweils einer Einrichtung in Brandenburg (Wachkomazentrum Regine-Hildebrandt-Haus, Bernau) und Mecklenburg-Vorpommern (Seniorenpflegeheim Haus am Freistrom, Lübz).

Die identifizierten spezialisierten Pflegeheime versorgen mehrheitlich sowohl tracheotomierte als auch invasiv langzeitbeatmete Bewohner (B: n=9; BB: n=5; MV: n=9; unbekannt: n=1). Nur ein geringer Teil der Einrichtungen ist ausschließlich auf tracheotomierte Bewohner (B: n=1; BB: n=0; MV: n=3) bzw. invasiv langzeitbeatmete Bewohner (B: n=1; BB: n=1; MV: n=0) spezialisiert. Nur wenige Einrichtungen legen zudem einen ausschließlichen Fokus auf Intensivpflege (B: n=2; BB: n=2; MV: n=1). Vielfach finden sich stattdessen weitere spezialisierte Wohnbereiche, z.B. für demenziell Erkrankte.

Die ermittelte Platzzahl für die hier interessierende Patientengruppe in spezialisierten Pflegeheimbereichen variiert deutlich. Vereinzelt sind diese Bereiche mit vier Betten vergleichsweise klein (BB: n=1; MV: n=2), umfassen mehrheitlich jedoch zwischen zehn und 30 Plätzen (Platzzahl unbekannt: n=9). Das Regine-Hildebrandt-Haus in Bernau und das Remeo Center in Mahlow haben mit 30 bzw. 40 Plätzen das größte Angebot in der Region. Sie sind gleichzeitig die Einrichtungen in Brandenburg, die ausschließlich auf Intensivversorgung spezialisiert sind. Die Dichte spezialisierter Pflegeheimplätze in den Ländern variiert (B: 1,3; BB: 0,8; MV: 1,8 Plätze/1.000 Pflegebedürftige), liegt aber jeweils unter 0,1% der Gesamtbettendichte in Pflegeheimen.

Tab. 7: Spezialisierte Pflegeheime für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern

	Berlin	Brandenburg	Meckl.-Vorp.
gesamt*	385	488	369
verfügbare Plätze vollstationäre Dauerpflege	34.813	29.007	21.720
Bettendichte je 1.000 Pflegebedürftige ¹	299	259	274
spezialisierte Pflegeheime gesamt	12	7	12
für Erwachsene, darunter	12	7	12
ausschließlich auf Intensivversorgung spezialisiert	2	2	1
Art der Spezialisierung			
nur invasiv beatmete Bewohner	1	1	-
nur tracheotomierte Bewohner	1	-	3
tracheotomierte Bew. mit <i>und</i> ohne Beatmung	9	5	9
Art der Spezialisierung unbekannt	1	1	0
für Kinder / Jugendliche, darunter	0	1	1
ausschließlich auf Intensivversorgung spezialisiert	-	1	-
Art der Spezialisierung			
tracheotomierte Bew. mit <i>und</i> ohne Beatmung	-	1	1
Platzzahl spezialisierte Versorgung (gesamt)²	>146	>89	>142
min.	8	4	4
max.	29	40	27
unbekannt (n)	3	3	3
Bettendichte je 1.000 Pflegebedürftige ¹	1,3	0,8	1,8

*Quelle: GBE Bund (2017c); ¹eigene Berechnung; ²aufgrund eingeschränkter Datenverfügbarkeit Angabe von Mindestgröße

Die regionale Verteilung spezialisierter Pflegeheime weist eine Konzentration in Berlin, vor allem im Zentrum und in den südlichen Bezirken der Stadt auf (vgl. Anlage 1). Drei der sieben Spezialeinrichtungen Brandenburgs befinden sich im Berliner Umland (Beelitz, Bernau, Mahlow). Jeweils eine ist zudem im Norden (Neuruppin), Osten (Frankfurt / Oder), Südosten (Cottbus) und Westen (Rathenow) des Bundeslandes angesiedelt. Spezialisierte Pflegeheime in Mecklenburg-Vorpommern finden sich in den Zentren Schwerin, Wismar, Rostock und Greifswald sowie ländlicheren Regionen des Bundeslandes, nicht jedoch in den Kreisen Uecker-Randow und Vorpommern-Rügen.

Die Trägerstruktur spezialisierter stationärer Pflegeangebote ist überwiegend privat geprägt. Dies gilt in Berlin für alle spezialisierten Pflegeheime. In Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern wird ein Teil der Einrichtungen von freigemeinnützigen Trägern unterhalten (BB: n=3; MV: n=5). Die einzige Einrichtung in öffentlicher Trägerschaft befindet sich in Mecklenburg-Vorpommern.

Über das Leistungsspektrum der spezialisierten Pflegeheime sind insgesamt wenige Informationen verfügbar. Mehrere Anbieter informieren über die Einbindung der Intensivversorgung in die neurologische Langzeitrehabilitation / Phase F (B: n=8; BB: n=4; MV: n=8) oder über ein spezifisches Intensivversorgungskonzept (B: n=3; BB: n=1; MV: n=1). Inwieweit dies auch auf weitere Einrichtungen zutrifft, kann über die verfügbaren Datenquellen nicht ermittelt werden. Über (formalisierte) Kooperationen der identifizierten Leistungserbringer liegen keine Informationen vor.

2.2.2 Ambulante Pflegedienste

In den drei Bundesländern wurden insgesamt 193 ambulante Spezialpflegedienste ermittelt (vgl. Tab 8, Anlage 4), davon 70 in Berlin, 78 in Brandenburg und 45 in Mecklenburg-Vorpommern. Dies entspricht einem Anteil an allen Pflegediensten von ca. 12% in Berlin, 11% in Brandenburg und 10% in Mecklenburg-Vorpommern. Mehr als 50% dieser Pflegedienste betreuen tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung nicht nur in der eigenen Häuslichkeit, sondern auch in ambulant betreuten WGs. In Mecklenburg-Vorpommern ist dieser Anteil mit 68%

am höchsten. Der Anteil spezialisierter Pflegedienste, die sich ausschließlich auf Intensivversorgung spezialisiert haben, liegt in Berlin und Brandenburg bei insgesamt mehr als 40%, in Mecklenburg-Vorpommern bei gerade 22%.

Die Mehrheit spezialisierter Pflegedienste konzentriert sich auf *erwachsene Patienten* (B: n=44/63%; BB: n=55/71%; MV: n=26/58%). Von diesen wiederum hat das Gros (B / BB: ca. 60%; MV ca. 89%) neben der Intensivpflege weitere Versorgungsschwerpunkte. Etwa zwei Drittel dieser Anbieter in Berlin und Brandenburg und ca. 58% in Mecklenburg-Vorpommern versorgen Patienten nicht nur in der eigenen Häuslichkeit, sondern auch in WGs.

Ein geringer Teil der Anbieter in der Region ist ausschließlich auf die Intensivversorgung von *Kindern und Jugendlichen* spezialisiert (B / BB: je n=8 [ca. 10%]; MV: n=0). Nur wenige dieser Dienste in Berlin (n=3) haben neben der Intensivpflege weitere Versorgungsschwerpunkte. In Brandenburg trifft dies auf die Mehrheit zu (n=6). Insgesamt vier Pflegedienste in der Region, davon drei allein in Berlin, versorgen Kinder sowohl in der eigenen Häuslichkeit als auch in WGs.

Daneben gibt es spezialisierte Pflegedienste, die sowohl Erwachsene, als auch Kinder und Jugendliche versorgen. Dies trifft in Berlin und Brandenburg auf etwa 20%, in Mecklenburg-Vorpommern auf über 40% der Anbieter zu. Davon ist in Berlin der größere Teil ausschließlich auf Intensivpflege (ohne weitere Versorgungsschwerpunkte) spezialisiert, in Mecklenburg-Vorpommern der geringste Teil. Dagegen versorgen hier nahezu alle Anbieter Patienten nicht nur in der Häuslichkeit, sondern auch in WGs, wohingegen dies nur auf etwa 50% in Berlin und Brandenburg zutrifft.

Tab. 8: Spezialisierte Pflegedienste für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern

	Berlin	Brandenburg	Meckl.-Vorp.
Pflegedienste gesamt*	585	697	450
spezialisierte Pflegedienste gesamt	70	78	45
ausschließlich Intensivversorgung	31	32	10
Versorgung in WG	40	42	31
Assistenzpflegemodell	10	1	4
für Erwachsene, darunter	44	55	26
ausschließlich Intensivversorgung	18	23	3
Versorgung in WG	29	33	15
für Kinder / Jugendliche, darunter	8	8	0
ausschließlich Intensivversorgung	5	2	-
Versorgung in WG	3	1	-
für Kinder und Erwachsene, darunter	14	15	19
ausschließlich Intensivversorgung	8	7	7
Versorgung in WG	8	8	16
Zielgruppe unbekannt	4	0	0

*GBE Bund (2017a)

Die regionale Verteilung spezialisierter Pflegedienste weist vor allem in und um Berlin eine hohe Konzentration auf (vgl. Anlage 1). Allein im berlinnahen Raum Brandenburgs finden sich 31 entsprechende Anbieter – und damit etwa 40% aller spezialisierten Pflegedienste des Bundeslands, die die hohe Berliner Angebotsdichte erweitern. Im übrigen Land Brandenburg dagegen ist die Anbieterdichte wesentlich geringer. Dabei verfügen einzelne Städte und Gemeinden über mehrere Anbieter (Wittstock: n=4; Prenzlau: n=5; Zossen: n=3; Brandenburg: n=3), in der Fläche des Landes – vor allem im Westen und Nordwesten – sind entsprechend wenige Pflegedienste zu finden. Die Befunde für das Land Mecklenburg-Vorpommern zeigen eine ähnliche Situation. Hier sind spezialisierte ambulante Pflegedienste vornehmlich in den Zentren des Bundeslandes (Schwerin: n=4; Rostock: n=7; Greifswald: n=6; Güstrow: n=3), in der Fläche jedoch eher vereinzelt anzutreffen.

Spezialisierte ambulante Pflegedienste werden in allen drei Bundesländern fast ausschließlich von privaten Trägern unterhalten. Dies trifft in Berlin auf 95% (n=67), in Brandenburg auf 91%

(n=71) und in Mecklenburg-Vorpommern auf 99% (n=44) der Anbieter zu. Über das Leistungsspektrum spezialisierter Pflegedienste stehen nur wenige aussagefähige Selbstauskünfte aus Onlineauftritten der Anbieter und demzufolge mit eingeschränkter Zuverlässigkeit und Vollständigkeit zur Verfügung. Sie beschränken sich auf Angaben zum Indikationsspektrum, zu den Versorgungssettings und die nach SGB V und der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) verfügbaren Leistungen. Gelegentlich finden sich Hinweise auf Überleitungsmanagement, Case oder Care Management, Hilfsmittelberatung, Heil- und Hilfsmittelkoordination (teilweise auch mit eigenem Personal aus Therapieberufen), Verhandlung mit Kostenträgern, Organisation der medizinischen Versorgung und Palliativversorgung bzw. Sterbebegleitung oder einzelne Kooperationspartner (z.B. Krankenhäuser, Fachärzte, Therapeuten, Hilfsmittelanbieter). Teilweise informieren Leistungserbringer über Transferpflegemöglichkeiten innerhalb ambulant betreuter WGs oder das Angebot zur Transport- und Alltagsbegleitung. Intensivpflege im Assistenzmodell wird laut Selbstauskunft nur von wenigen Pflegediensten angeboten (B: n=10; BB: n=1; MV: n=4). Einzelne Anbieter führen zudem rehabilitative Maßnahmen in ihrem Leistungsspektrum, vereinzelt auch auf der Basis spezifischer Rehabilitationskonzepte. Mitunter finden sich überdies Informationen über spezifische Maßnahmen zur Förderung der Spontanatmung, zur Vorbereitung des Weanings, vereinzelt sogar zur Beatmungsentwöhnung⁷. Ein Pflegedienst informiert über einen internen Pflegestandard für beatmete Patienten im Wachkoma. Diese insgesamt eher knappen Informationen sind jedoch nicht geeignet, einen Überblick über das Leistungsspektrum ambulanter Anbieter in der Region zu geben.

2.2.3 Ambulant betreute WGs

Insgesamt wurden in den drei Bundesländern 169 ambulant betreute Intensivpflege-WGs identifiziert (B: n=64; BB: n=54; MV: n=47). Mehrheitlich sind diese auf die Versorgung Erwachsener spezialisiert (B: n=60; BB: n=52; MV: n=25). Lediglich in Einzelfällen bilden Kinder / Jugendliche die ausschließliche Zielgruppe (B: n=4; BB: n=1; MV: n=1). Vereinzelt wurden zudem WGs mit gemischten Angeboten für Kinder / Jugendliche und Erwachsene etabliert (BB: n=1; MV: n=5) (vgl. Tab. 9, Anlage 5).

Die tatsächlich verfügbaren Plätze innerhalb der identifizierten Intensivpflege-WGs konnte aufgrund des eingeschränkten Datenzugangs in vielen Fällen nicht ermittelt werden. Die identifizierten Kapazitäten variieren stark. Insgesamt besteht in der Region eine Gesamtkapazität von mehr als 1.000 Plätzen in spezialisierten Intensivpflege-WGs (B: 533; BB: 267; MV: 201). In Berlin ist dabei das Angebot mit 4,6 Plätzen je 1.000 Pflegebedürftige am dichtesten, in Brandenburg beträgt die Platzdichte 2,4/1.000 Pflegebedürftige und in Mecklenburg-Vorpommern 2,5/1.000 Pflegebedürftige.

Tab. 9: Ambulant betreute Intensivpflege-Wohngemeinschaften (WGs) für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern

	Berlin	Brandenburg	Meckl.-Vorp.
Spezialisierte WGs gesamt	68	54	47
Zielgruppe (n)			
Erwachsene	60	52	25
Kinder / Jugendliche	4	1	1
gemischt	0	1	5
unbekannt	4	0	16
Ermittelte Platzzahl gesamt (min.)*	533	267	201
Plätze je 1.000 Pflegebedürftige ¹	4,6	2,4	2,5
Platzzahl unbekannt (n)	12	22	17

*Angabe von Mindestanzahl aufgrund eingeschränkter Datenverfügbarkeit; ¹Eigene Berechnung

⁷ In der geltenden Leitlinie wird empfohlen, die Beatmungsentwöhnung außerhalb des klinischen Settings zu unterlassen, da wissenschaftliche Erkenntnisse hierüber fehlen, die dafür zumeist erforderlichen diagnostischen / therapeutischen Maßnahmen nicht regelhaft zur Verfügung stehen und die Patientensicherheit daher nicht gewährleistet werden kann (DGP 2017).

Mit Blick auf die regionale Verfügbarkeit ambulant betreuter WGs (vgl. Anlage 1) fällt einmal mehr die Konzentration in und um Berlin auf. Außerhalb des berlinnahen Raums stehen in Brandenburg vor allem im Westen / Nordwesten nur vereinzelte Angebote zur Verfügung. Auch im Nordosten / Osten und Süden des Landes ist die Angebotsdichte deutlich geringer, allerdings gleichmäßiger verteilt. Die Angebote konzentrieren sich nicht nur auf die regionalen Zentren (Frankfurt / Oder, Potsdam, Brandenburg / Havel). Auch einzelne kleine Städte und ländliche Regionen verfügen teils über eine hohe WG-Zahl, so zum Beispiel Wittstock (n=3), Prenzlau (n=5) und Zossen (n=4). In Mecklenburg-Vorpommern sind Intensivpflege-WGs nicht nur in den Zentren (Rostock: n=6; Stralsund: n=3; Greifswald: n=6), sondern auch in ländlichen, aber vergleichsweise bevölkerungsreiche Regionen (Güstrow: n=5; Neubrandenburg: n=3) oder peripheren Regionen vorhanden (z.B. Rügen). Trotz geringer Dichte sind die Angebote im Vergleich zu Brandenburg insgesamt gleichmäßiger über das Bundesland verteilt.

Zum Teil werden mehrere Intensivpflege-WGs von einem Träger verantwortet. Deren Zahl ist in Berlin am höchsten und in Mecklenburg-Vorpommern am geringsten (B: n=17; BB: n= 14; MV: n=6). Darunter finden sich häufiger Anbieter mit zwei WGs (B: n=11; BB: n=11; MV: n=1), seltener mit drei oder vier WGs (B: n=4; BB: n=2; MV: n=5), vereinzelt sogar mit fünf und mehr WGs (B: n=2; BB: n=1; MV: n=0). Über das Leistungsspektrum spezialisierter ambulant betreuter WGs stehen – mit Ausnahme der Informationen über betreibende Pflegedienste (vgl. Kap. 2.2.2) – keine verlässlichen Informationen zur Verfügung.

2.3 Ambulante Spezialversorgung für Kinder und Jugendliche

2.3.1 Sozialpädiatrische Zentren – SPZ

Die Region verfügt über insgesamt 29 SPZ, davon allein 22 in Berlin. Fünf dieser SPZ sind an Akutkrankenhäusern angesiedelt. Die Zahl der SPZ in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern ist deutlich geringer. Brandenburg verfügt mit insgesamt vier Zentren an Akutkrankenhäusern (Neuruppin, Frankfurt / Oder, Cottbus, Potsdam) über Angebote in allen Landesteilen. In Mecklenburg-Vorpommern bestehen drei Einrichtungen im Norden / Nordosten und Westen (Greifswald, Rostock, Schwerin) des Bundeslandes, davon zwei in Anbindung an ein Akutkrankenhaus. Die Trägerstruktur der SPZ ist in Berlin (n=13) überwiegend freigemeinnützig, in Brandenburg ausschließlich privat geprägt. Dagegen treten in Mecklenburg-Vorpommern öffentliche und freigemeinnützige Träger in Erscheinung (vgl. Anlage 1, 6).

Struktur-, Ziel- und Qualitätsanforderungen, auch an die in den Einrichtungen tätigen Professionen, sind im *Altöttinger Papier* detailliert niedergelegt. Es besitzt als Positionspapier jedoch keinen verbindlichen Charakter (Hollmann et al. 2014). Verbindliche Anforderungen an SPZ werden vielmehr föderal im Rahmen von Landesrahmenvereinbarungen zur Frühförderung definiert. Demnach umfassen die Leistungen von SPZ primär (nicht-)ärztliche sozialpädiatrische Leistungen zur Krankheitserkennung und -behandlung, Rehabilitation und Integration entsprechend eines individuell zu erstellenden Förder- und Behandlungsplans, der mindestens alle 12 Monate aktualisiert und in Kooperation mit dem behandelnden Hausarzt sowie weiteren an der Versorgung beteiligten Akteuren umgesetzt werden soll. Ebenfalls in den Landesrahmenvereinbarungen festgeschrieben sind die Zusammensetzung der multiprofessionellen Teams (obligatorisch ärztliche Leitung, Psychologie, Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, pädagogische Mitarbeiter, Sozialarbeit) und Qualifikationsanforderungen an die einzelnen Berufsgruppen (Land Berlin et al. 2005; Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern et al. 2010). Vergleichbare professionelle Standards finden sich in der Landesrahmenvereinbarung Brandenburg nicht (Städte- und Gemeindebund Brandenburg 2007).

Trotz des im Vergleich zu anderen hier betrachteten Leistungsbereichen hohen Regulierungsniveaus auf Landesebene bieten die Landesrahmenempfehlungen, aber auch die dieser Analyse zugrundeliegenden Datenquellen keine konkreten Anhaltspunkte, die Rückschlüsse auf das

spezifische Leistungsspektrum, Qualifikationsniveau oder Kooperationsaktivitäten im Hinblick auf die Versorgung tracheotomierter Kinder und Jugendlicher mit und ohne Beatmung erlauben würden.

2.3.2 Sozialmedizinische Nachsorge – SMN

Für die SMN stehen in den drei Bundesländern vereinzelte Angebote, zertifiziert als *Bunte Kreise* zur Verfügung (B: n=5; BB: n=2; MV: n=4, vgl. Anlage 7). In Brandenburg sind mit Ausnahme der Städte Potsdam und Brandenburg / Havel (Südwesten) keine weiteren Einrichtungen vorhanden. Die Angebote Mecklenburg-Vorpommerns befinden sich gleichmäßig verteilt in Neubrandenburg, Greifswald, Rostock und Schwerin (vgl. Anlage 1). Das Trägerprofil der SMN ist in Berlin und Mecklenburg-Vorpommern ausschließlich gemeinnützig, in Brandenburg ausschließlich privat geprägt.

Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der SMN, aber auch die Abgrenzung insbesondere zu Leistungsbereichen von Krankenhäusern / Rehabilitationseinrichtungen oder der häuslichen Krankenpflege (SGB V) / Pflegeleistungen nach SGB XI werden durch bundesweite Bestimmungen näher geregelt und umfassen den Versorgungsanspruch (Aufgreifkriterien), Art und Umfang der SMN. Die SMN ist zeitlich begrenzt und fokussiert den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung. Zum Leistungsspektrum gehören insbesondere die Bestimmung von Versorgungsbedarfen und -zielen in Kooperation mit der entlassenden Klinik. Darauf aufbauend ist die SMN für die Planung, Organisation und Koordination der erforderlichen Versorgungsleistungen sowie der dazu erforderlichen multiprofessionellen und organisationsübergreifenden Abstimmungsprozesse verantwortlich. Dazu gehören auch die Identifikation regionaler Versorgungsmöglichkeiten, die Kontaktaufnahme, -vermittlung und Sicherung der Kommunikation zu Leistungserbringern sowie die Kooperation mit dem weiterbehandelnden Vertragsarzt. Darüber hinaus kommen der Beratung, Unterstützung und Begleitung der Patienten und ihren Angehörigen hohe Bedeutung zu (GKV-Spitzenverband 2017a).

Konzeptionelle, personelle, räumliche und weitere Anforderungen an die SMN sind zwar vorhanden, haben aber Empfehlungscharakter. Demnach sollten Teams z.B. mindestens aus Pflegefachpersonal, Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin und pädagogischem Personal bzw. Personal der Sozialen Arbeit mit anforderungsgerechten Qualifikationen und Kenntnissen im Case Management bestehen. Zugleich setzen die Empfehlungen voraus, dass Einrichtungen der SMN formalisierte Kooperationsbeziehungen mit stationären Einrichtungen abschließen, die über spezialisierte Versorgungsmöglichkeiten für die zu versorgende Patientengruppe verfügt (GKV-Spitzenverband 2008). Direkte Rückschlüsse auf ein mögliches spezialisiertes Leistungs- und Qualifikationsspektrum oder auch über spezifische Netzwerkaktivitäten im Kontext der Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung können auf Basis dieser Informationen allerdings nicht gezogen werden.

2.3.3 Hospize für Kinder und Jugendliche

Zwei Hospize für Kinder und Jugendliche, die in der Region identifiziert wurden, sind ausschließlich in Berlin verfügbar (vgl. Anlage 1, 8). Beide Einrichtungen gemeinnütziger Träger betreuen ebenfalls junge Erwachsene bis zur Altersgrenze von 30 Jahren (Kindertages- und Nachthospiz BERLINER Herz) bzw. 35 Jahren (Hospiz Sonnenhof). Insgesamt stehen hier 28 Plätze für die Hospizversorgung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung, davon fünf für die 24-Stunden Pflege (Kindertages- und Nachthospiz Berliner Herz).

Allgemeine Struktur- und Qualitätsanforderungen an diese Einrichtungen sowie Art und Umfang der Versorgung sind in der Rahmenvereinbarung zur stationären Hospizversorgung nach § 39a Abs.1 Satz 4 SGB V konkretisiert (vgl. GKV-Spitzenverband 2017b). Sie regeln grundsätzlich Art und Umfang der Versorgung, die personelle Ausstattung und Qualifikation des Perso-

nals, Qualitätsanforderungen sowie sachliche und räumliche Ausstattungsmerkmale der Einrichtungen. Der Versorgungsumfang in Kinderhospizen umfasst neben den bedürfnisorientierten palliativmedizinischen und -pflegerischen, sozialen, therapeutischen und begleitenden auch pädagogische Anteile. Art und Umfang der Versorgung orientiert sich an den Bedürfnissen der Patienten. Dazu gehören u.a. die Symptomkontrolle, spezielle medizinisch-technische Interventionen sowie die erforderliche medizinische Behandlung und Behandlungspflege (ebd.). Zum Leistungsumfang des Hospizes Sonnenhof gehört zusätzlich noch die sozialmedizinische Nachsorge und SAPPV. Über diese Vereinbarungen hinaus konnten keine Informationen bspw. über das spezialisierte Leistungsspektrum, besondere Qualifikationen des Personals oder spezifische Kooperationen der identifizierten Hospize in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Beatmung ermittelt werden.

2.4 Spezialisierte Ambulante (Pädiatrische) Palliativversorgung – SAP(P)V

Bei der SAP(P)V handelt es sich um einen Zusammenschluss von Palliativmedizinern und spezialisierten Pflegediensten in Teams, die eine Zulassung zur Versorgung durch Vertrag mit den Krankenkassen erhalten. In Berlin sind diese Angebote in Form von Palliativnetzwerken organisiert (n=9). Insgesamt acht dieser Netzwerke sind auf Erwachsene und eines speziell auf Kinder und Jugendliche (SAPPV) ausgerichtet (vgl. Anlage 9). In Brandenburg stehen 19 SAPV-Teams ausschließlich für erwachsene Patienten zur Verfügung, davon sind vier an Akutkrankenhäuser angegliedert. Acht dieser Teams sind im Berliner Umland angesiedelt. Die übrigen Teams sind in Potsdam, Brandenburg / Havel (n=3) und Cottbus, aber auch weniger zentralen Regionen teils mit mehreren Angeboten vertreten (z.B. Wittenberge [n=2], Elsterwerda [n=2], vgl. Anlage 1, 9). Mecklenburg-Vorpommern verfügt über 18 SAP(P)V-Teams, darunter drei mit Angliederung an Akutkrankenhäuser. Zwei dieser Teams sind auf die pädiatrische Palliativversorgung spezialisiert. Davon bietet eines ausschließlich SAPPV an; das SAPV-Team Schwerin versorgt sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche. In den größeren Zentren Schwerin, Rostock, Greifswald und Neubrandenburg sind jeweils zwei Teams angesiedelt. Im Zentrum des Bundeslandes sind keine entsprechenden Spezialversorgungsangebote verfügbar.

Das Leistungsspektrum, der Umfang und die Kooperationsanforderungen in der SAP(P)V sind in der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie [SAPV-RL], G-BA 2010) geregelt. In Abhängigkeit vom Versorgungsbedarf des Patienten kann SAP(P)V demnach abgestuft, intermittierend oder durchgängig als singuläre Beratung, als additiv unterstützende palliativmedizinische und -pflegerische Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Sie umfasst zudem die am Bedarf orientierte Koordination der Versorgung mit allen beteiligten Akteuren sowie die Anleitung und Begleitung von Patienten und Angehörigen. Um eine bedarfsgerechte und abgestimmte Versorgung sicherzustellen, sollen verbindliche Kooperationsvereinbarungen und sektorenübergreifend vernetztes Arbeiten gewährleistet werden. Konkrete Qualifikationsvorgaben regelt die SAPV-RL nicht. Inwieweit Anbieter der SA(P)V darüber hinaus ein spezifisch auf die Versorgungsbedarfe ausgerichtetes Leistungsspektrum vorhalten oder entsprechende Qualifikationen bzw. Kooperationen in der spezialisierten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung gewährleisten können, kann auf der Grundlage der verfügbaren Datenquellen nicht ermittelt werden.

Einordnung und Kommentar

Die Situation der Intensivversorgung für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung in den drei Bundesländern ist wenig transparent und – aus strategischen Gesichtspunkten betrachtet – in besonderer Weise herausfordernd. Zwar lassen sich in allen drei Bundesländern einschlägige Strukturen und Angebote identifizieren – sowohl im stationären wie auch im ambulanten Sektor, in der Akutversorgung und Rehabilitation sowie in der pflegerischen Langzeitversorgung. Damit bestehen auch mögliche Ankerpunkte für Fall- und Versorgungssteuerungs-

initiativen. Allerdings sind die Informationen über vorgehaltene Strukturen und deren tatsächliche Angebote in vielen Fällen unzureichend. Obwohl angesichts fehlender Bedarfskennziffern über die Bedarfsgerechtigkeit vorhandener Versorgungsangebote und deren regional angemessene Verteilung oder Zugänglichkeit derzeit kaum begründet geurteilt werden kann, verdeutlicht dieser zentrale Befund wesentliche Herausforderungen für die bedarfsgerechte Versorgung der Patientengruppe.

Dies zeigt sich beispielsweise bei Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, die sowohl als zuweisende wie auch als aufnehmende Instanzen in der Langzeitversorgung besondere Bedeutung für die Kontrolle der Beatmung und von Weaningpotentialen haben. Ausgerechnet die Verfügbarkeit von Einrichtungen mit nachgewiesener Expertise wirft allerdings Probleme auf. Lediglich drei der Akutkrankenhäuser mit spezialisierter Versorgung verfügt über ein Zertifikat als Weaningzentrum (DGP) mit expliziten Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, die eine grundlegende Charakterisierung des Angebots ermöglichen. Das Angebot der Mehrheit der Institutionen mit spezialisiertem Versorgungsangebot in der Region (n=14) kann aufgrund fehlender Standards und Informationen kaum eingeschätzt werden. Als problematisch erweisen sich in diesem Zusammenhang die lückenhaften Informationen über das tatsächliche Leistungsspektrum, die vorgehaltenen Qualifikationen und die (Spezial-)Expertise der jeweiligen Einrichtungen zur Akutversorgung und Rehabilitation. Die Umsetzung einer sektorenübergreifenden und der aktuellen Fassung der S2k-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ (DGP 2017) entsprechenden Versorgung beatmeter Patienten dürfte damit vor nicht unerhebliche Hürden gestellt sein. Für den Fall einer ggf. angezeigten Mit- und / oder Weiterbehandlung müssten entsprechende Informationen zunächst jeweils bei einzelnen regionalen Anbietern nachgefragt werden. Dies trifft einmal mehr auf tracheotomierte Patienten mit Intensivversorgungsbedarf *ohne Beatmung* zu. Hier fehlen entsprechende Leitlinien vollständig, spezifische Strukturen, Angebote und Expertise für diese Teilgruppe wurde, wie die Analyse zeigt, in der Untersuchungsregion bislang nur punktuell etabliert. Hinweise auf stabile Kooperationsbeziehungen und Versorgungsnetzwerke spezialisierter Leistungserbringer oder abgesicherte Patientenpfade im Sinne der Versorgungskontinuität (continuum of care, vgl. Kap.I.4) fanden sich in den verfügbaren Datenquellen kaum. Unklar ist zudem, welche Akteure eine entsprechende Koordinationsverantwortung im Versorgungsprozess übernehmen könnten und wie ein solches Netzwerk (sozial)rechtlich abgesichert werden kann. Zu berücksichtigen ist dabei, dass es in einigen Regionen – insbesondere in eher peripheren Gebieten und für einzelne Patientengruppen – an den möglichen Partnern fehlt. Es ist demnach zu überlegen, wie eine gleichmäßigere Ausstattung mit stationären Strukturen und Angeboten der Akutversorgung und Rehabilitation für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung geschaffen werden kann, um mögliche Unterversorgung gerade in ländlichen Gebieten, in anderen Regionen, aber auch Über- oder Fehlversorgung abwenden zu können.

Ähnlich stellt sich die regionale Situation im Bereich der stationären und ambulanten pflegerischen Langzeitversorgung dar. Während stationäre Spezialangebote vergleichsweise selten zu finden sind, gibt es mittlerweile eine beachtliche Anzahl an Plätzen in Intensivpflege-WGs, die wiederum von zahlreichen ambulanten Spezialpflegediensten betreut werden. Die verfügbaren Informationen über diese Anbieter, ihre Dienstleistungen oder Qualifikationen beruhen mangels einschlägiger objektiver Datenquellen (z.B. Qualitätsberichte, Versorgungsstandards) auf nur schwer überprüfbar Selbstauskünften und variieren stark in ihrer Aussagekraft. Dort wo Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer definiert wurden – etwa in Form von Ergänzungsvereinbarungen zum Versorgungsvertrag nach § 132a Abs. 2 SGB V in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern – enthalten sie keine relevanten Informationen, die Auskunft über das tatsächliche Versorgungsgeschehen geben könnten. Angesichts dieser Informationsdefizite ist zu befürchten, dass etwaige Zuweisungen zu einzelnen Anbietern vorrangig situations- und fallorientiert und damit eher zufällig zustande kommen. Eine proaktive, auf Langfris-

tigkeit und Stabilität angelegte Vernetzung unterschiedlicher, in der Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung qualifizierter Akteure zum Zweck der Versorgungssteuerung dürfte erhebliche Probleme bereiten. Zu klären ist daher, welche Kooperationsstrategien zwischen den Anbietern aus dem Bereich der pflegerischen Langzeitversorgung infrage kommen und wie diese ausgestaltet werden können.

Dabei sind insbesondere auch die Besonderheiten der regionalen Ausstattung mit spezialisierten Angeboten vor allem für Subgruppen der hier interessierenden Patientenpopulation in den Blick zu nehmen. So sind einerseits dichte Angebote an Pflegediensten und Intensivpflege-WGs in zentralen, andererseits teils keine oder nur vereinzelte Angebote in ländlichen Gebieten vorhanden. Vor allem für Kinder und Jugendliche oder für spezielle Lebenslagen – etwa bei unheilbaren Erkrankungen und am Lebensende – stellt sich hingegen die Frage, inwieweit geeignete spezialisierte Angebote der pflegerischen Langzeitversorgung überhaupt in ausreichendem Maß vorhanden sind. Insgesamt werfen die Ergebnisse damit auch für den Bereich der spezialisierten Langzeitpflege Handlungsbedarfe in Richtung auf eine Stabilisierung und Verbesserung des vorhandenen Angebots auf, die vor dem Hintergrund der bestehenden Versorgungsmöglichkeiten regional differenziert und abgestimmt auf spezifische Bedarfe einzelner Patientengruppen adressiert werden sollten. Dabei könnten einzelne Leistungsarten wie bspw. die SAP(P)V, SPZ und SMN mit bestehenden Regelungen zu Struktur- und Prozessanforderungen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität durchaus Orientierung im Hinblick auf die Angebotsausstattung bieten.

Dafür sollten neben den hier dokumentierten spezialisierten Leistungserbringern zukünftig auch Initiativen oder Verbände⁸, die sich mit der Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung befassen, in Vernetzungsaktivitäten eingeschlossen werden. Auf diese Weise könnte die dort verfügbare Expertise über lokale Versorgungsbedarfe und -möglichkeiten systematisch eingebunden werden.

⁸ Z.B. Selbsthilfegruppen wie „atmen – Netzwerk für Beatmungspflege e.V.“ oder Arbeitsgruppen wie die „Arbeitsgruppe ambulante Intensivpflege in Mecklenburg-Vorpommern“, die „AG Intensiv Berlin-Brandenburg“, oder das „AmbulanzPartner Versorgungsportal“

IV. Resümee und weiterführende Überlegungen

Ziel der vorliegenden Analyse war es, am Beispiel der drei Bundesländer Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern die Bedarfsorientierung bestehender (spezialisierter) Versorgungsangebote für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung und intensivem Versorgungsbedarf zu untersuchen. Erwartungsgemäß wurde die Umsetzung durch die begrenzte Aussagekraft der zur Verfügung stehenden Daten erschwert.

Wie einleitend bereits ausgeführt, fehlt es hierzulande grundsätzlich an soliden patientenbezogenen Informationen, vor allem zur Epidemiologie tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung in ambulanten Versorgungssettings. Auch subjektive Bedarfe aus Patienten- und Angehörigenperspektive wurden noch kaum erfasst und wissenschaftlich nachvollziehbar aufbereitet, sodass sie für eine Analyse nicht zur Verfügung stehen. Zwar zeigte sich anhand der genutzten Indikatoren, dass auf Seiten der Bevölkerung in den drei Bundesländern heterogene und insgesamt komplexe gesundheitliche und sozioökonomische Anforderungen bestehen. Inwieweit diese in Verbindung mit Gesundheitsbeeinträchtigungen stehen, die mit Intensivversorgungsbedarf aufgrund eines Tracheostomas oder invasiver Beatmung assoziiert sind, ist aufgrund dieser unspezifischen Daten aber nur schwer zu beurteilen. Die Informationslage über den Versorgungsbedarf dieser speziellen Patientengruppe ist somit – in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht – als in hohem Maße unbefriedigend zu werten.

Ähnlich insuffizient sind die Informationen über die regional vorgehaltenen Versorgungsangebote für diese spezielle Patientengruppe. Die genaue Zahl, Ausstattung oder das Leistungsspektrum der vorhandenen Angebote lässt sich, wie eingangs skizziert, kaum zuverlässig datengestützt beschreiben. Über alle Versorgungsinstanzen hinweg – von stationären Leistungserbringern in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, über spezialisierte ambulante und stationäre Pflegeangebote, bis hin zu ambulanten medizinischen oder therapeutischen Spezialangeboten – mangelt es an validen, differenzierten und aussagefähigen Daten über regional vorgehaltene Versorgungsmöglichkeiten oder deren Qualitätsdimensionen. Unter diesen Umständen ist fraglich, ob und inwieweit der Zugang und eine auf den individuellen Bedarf von Patienten abgestimmte Versorgung sichergestellt werden kann.

Zwar ist in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern ein differenziertes Versorgungsangebot für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung vorhanden. Mit den verfügbaren, meist kaum validierbaren Datenquellen ist es aber schwer möglich, ein annähernd realistisches Bild über das spezialisierte Versorgungsspektrum in der Untersuchungsregion zu gewinnen. Nahezu unbekannt sind die konkreten Leistungen der einzelnen Versorgungsinstanzen, die etablierten Versorgungsprozesse, die Leitlinienorientierung in der Versorgung (Qualitätssicherung), die qualifikatorische Eignung des Personals oder mögliche Netzwerkstrukturen und Steuerungsaktivitäten im Rahmen der komplexen Versorgungsanforderungen. Es fehlt, wie einleitend beschrieben, an unabhängigen Steuerungsiniciativen ebenso, wie an regionalen Versorgungszentren mit abgestuften Angeboten für die hier interessierende Patientengruppe.

Um eine bedarfsgerechte Steuerung und Weiterentwicklung sowie insgesamt eine patientenzentrierte Gestaltung regionaler Versorgungsangebote für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung und komplexem Unterstützungsbedarf ermöglichen zu können, wird diesen Defiziten zeitnah zu begegnen sein. Die folgenden Ausführungen enthalten einige Anregungen dazu, welche Maßnahmen dazu aus wissenschaftlicher Sicht zielführend sein könnten.

(1) Informationsbasis über die Patientengruppe erweitern

Um solidere und differenzierte Daten über die Problem- und Bedarfslagen der Bevölkerung sowie spezieller Bevölkerungsgruppen – darunter auch tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung und intensivem Versorgungsbedarf – zu erhalten, könnten offizielle Datenbestände der Gesundheitsberichterstattung um spezifische Kennziffern erweitert oder Routinedaten der Versicherungsträger zugänglich gemacht und genutzt werden. Insbesondere letztere haben

den Vorteil, dass sie sektorenübergreifend Einblicke in die Versorgung auf Individualebene geben können. Denkbar wäre auch, in Orientierung an internationalen Ansätzen, den Auf- und Ausbau spezifischer Register voranzutreiben – beispielsweise anknüpfend an hiesige Initiativen wie *WeanNet – Kompetenznetzwerk pneumologischer Weaningzentren* (Schönhofer, Pfeifer 2010). Wie diese ausgestaltet sein müssten und welche Indikatoren konkret erhoben werden sollten, wird in einem Konsensprozess mit allen relevanten Akteuren und unter Berücksichtigung patientenseitiger Schutz- und Selbstbestimmungsinteressen zu klären sein.

(2) **Transparenz über regionale Angebotsstrukturen erhöhen**

Um das spezifische Versorgungsspektrum für die Patientengruppe differenziert erfassen und beschreiben zu können, aber auch um Leistungserbringern wie Nutzern nachhaltig Zugang zu Informationen über relevante Versorgungsmöglichkeiten gewähren zu können, sind differenziertere Informationen über vorgehaltene Versorgungsangebote aller Leistungsbereiche notwendig. Dies gilt vor allem für solche Angebote, die sich einer Analyse mangels grundlegender Informationen bislang entziehen (ambulante Haus- und Fachärzte, Heil- und Hilfsmittelerbringer). Quantitativ wären vor allem Informationen über die Zahl und regionale Verteilung der Spezialversorger, differenziert nach möglichen Zielgruppen (z.B. Kinder / Erwachsene, Patienten in besonderen Versorgungslagen, insbesondere am Lebensende, Eingrenzung des Indikationsbereichs auf Tracheostoma / Beatmung) und unter Ausweisung verfügbarer Kapazitäten vorzuhalten. Ferner werden Informationen über das jeweilige Leistungsspektrum, wahrgenommene Koordinationsaufgaben, über Versorgungsmodelle oder Versorgungspfade, Beratungs- und Schulungsangebote, vorhandene Kooperationen / Netzwerke benötigt. Erforderlich sind aber auch qualitative Informationen über die der Versorgung zugrundeliegenden Qualitätskriterien und -standards und eine klare Ausweisung der professionellen Kompetenzbereiche und Aufgabenprofile über alle relevanten Leistungsbereiche hinweg. Erhoben und aufbereitet werden könnten derartige Informationen anknüpfend an den Diskurs zur regional differenzierten Versorgungsplanung (ex. SVR 2014) auf regionaler Ebene – bspw. im Rahmen regionaler Gesundheits- und Pflegekonferenzen – oder auch durch die Erweiterung der Krankenhaus- und Pflegestatistik. Orientierung für eine systematische Erfassung könnte auch der in der vorliegenden Analyse verwendete Ansatz bieten.

(3) **Ausrichtung am regional erkennbaren Bedarf fördern**

In der Vergangenheit hat sich in den untersuchten Regionen ein Angebot an Spezial- und Intensivversorgung herausgebildet, das vor allem in Berlin und urbanen Zentren dicht und vielfältig vorhanden ist. Spezielle Angebote, etwa für die spezialisierte pflegerische, rehabilitative und palliative Versorgung von Kindern und Jugendlichen oder spezialisierte stationäre Langzeitpflege, sind im Vergleich zu den übrigen Leistungsbereichen eher selten anzutreffen. Mangels einschlägiger epidemiologischer Erkenntnisse über tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung und intensivem Versorgungsbedarf ist unklar, inwieweit die regionale Verteilung und Ausstattung des Angebots den patientenseitigen Bedarfen entsprechen. Hinweise darauf, dass die Angebotsentwicklung eher Anbieterinteressen und Marktmechanismen folgt (vgl. Lehmann et al. 2016), können derzeit mangels umfassender Daten und Analysen kaum abschließend beurteilt werden. Derzeit fehlt es an Informationen darüber, ob und welche Kriterien den Auf- und Ausbau einzelner Angebote bzw. Modelle und Initiativen beeinflusst haben. Angesichts dessen wäre eine anbieterunabhängige, übergeordnete regionale Angebotsplanung und -steuerung zu prüfen, die *alle* relevanten Leistungserbringer- und Interessengruppen einbezieht. Deren Kenntnisse über die regionale Bedarfssituation, vorhandene Versorgungsstrukturen und bestehende Herausforderungen könnte dabei ebenso gezielt genutzt werden, wie ihre klinische Expertise in Versorgungsfragen. Denkbar wäre, diese Verantwortung bspw. auf der Ebene regionaler Gesundheits- und Pflegekonferenzen und / oder gemeinsamer Landesgremien nach § 90a SGB V anzusiedeln.

(4) Vorhaltung bedarfsgerecht abgestufter Versorgungsangebote

Versorgungsangebote, die auf den spezifischen Bedarf der hier interessierenden Patientengruppe ausgerichtet sind, sollten anknüpfend an internationale Entwicklungen in ihrer Intensität abgestuft sein – beispielsweise nach Schweregrad und Komplexität der Gesundheitsbeeinträchtigung oder der jeweiligen Situation der Patienten und ihres sozialen Umfeldes. Dafür sollte jedes der Angebote spezifischen Aufgreifkriterien folgen und – anders als bislang – über die Grenzen einzelner Sektoren und Angebote hinweg angelegt sein (vgl. Stark, Ewers i.V.; vgl. auch Lehmann et al. 2016). International sind entsprechende Ansätze häufig im stationären Sektor verankert. Unter Leitung designierter, in der Versorgungscoordination qualifizierter Fachpersonen erbringen meist multiprofessionelle Teams spezialisierte Versorgungsleistungen unterschiedlicher Art und Intensität in enger Kooperation mit anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren verschiedener Sektoren (Stark, Ewers i.V.). Ähnliches wurde hierzulande im Rahmen der SAPV bereits etabliert, indem unter Berücksichtigung wechselnder Versorgungsanforderungen flexibel intermittierende oder durchgängige Beratungsleistungen, Koordinationsleistungen, eine additiv unterstützende Teil- oder aber vollständige Patientenversorgung für Patienten mit palliativem Versorgungsbedarf vorgehalten wird. Auch die Ansätze der SMN oder der SPZ verfolgen ähnliche Ansätze. Für tracheotomierte Patienten mit und ohne Beatmung und Intensivversorgungsbedarf könnten ähnliche Angebote entwickelt oder aber die vorhandenen Infrastrukturen genutzt bzw. adaptiert werden.

(5) Aufbau von regionalen Versorgungszentren

Für die bedarfsgerechte Versorgung der hier betrachteten Patientengruppe könnte auch die Bildung von regionalen Versorgungszentren sinnvoll sein, in denen ein differenziertes Angebot und fachliche Expertise auf unterschiedlichen Versorgungsstufen gebündelt vorgehalten werden kann (vgl. Lehmann et al. 2016). Tatsächlich sind derzeit in der multidisziplinären, zahlreiche Organisationen und verschiedenen Sektoren umfassenden Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung und Intensivversorgungsbedarf einzelne Aufgaben und damit verbundene Verantwortlichkeiten auf viele Personen und Organisationen verteilt und damit mit dem Risiko einer „organisierten Unverantwortlichkeit“ (Beck 1988) verbunden. Mit regionalen Versorgungszentren könnte dem gezielt entgegengewirkt werden, wobei zunächst unerheblich ist, ob diese eher im stationären oder ambulanten Sektor angesiedelt werden. Rechtlich stehen für entsprechende Konzeptentwicklungen und -erprobungen z.B. mit der Ermächtigung von Krankenhausärzten zur Vertragsärztlichen Versorgung (klinische Verankerung) oder der Besonderen Versorgung nach § 140 SGB V (ambulante Verankerung) hinreichende Rahmenbedingungen zur Verfügung. Die Planung und Umsetzung entsprechender Initiativen sollte möglichst unter Einbindung aller relevanten Akteure (u.a. spezialisierte Leistungserbringer, Kranken- und Pflegekassen, regionale Initiativen und Verbände, Gesundheits- und Pflegekonferenzen nach § 90a SGB V, Lokale Gesundheitszentren) realisiert werden.

(6) Zugang zur Spezialversorgung für die Patienten verbessern

Um den erkennbaren Fall- und Versorgungssteuerungsdefiziten (vgl. Lehmann et al. 2016) begegnen und die Zugänglichkeit der Spezialangebote verbessern zu können, wären die Etablierung bzw. Spezifizierung von Fallsteuerungsinitiativen mit eindeutiger Mandatserteilung im Sinne des Care und Case Managements angezeigt (vgl. auch Randerath et al. 2011). Zu klären sind vor allem die konkreten Zuweisungswege und Versorgungspfade, auf denen die Patienten in und durch das Versorgungssystem geleitet werden. Mögliche Ansätze, die dafür im Rahmen der geltenden Leitlinie (DGP 2017) und den dazugehörigen Durchführungsempfehlungen (Randerath et al. 2011) formuliert wurden, sollten hierfür sektoren- und organisationsübergreifend auf ihre Eignung für die spezifischen Versorgungsanforderungen invasiv langzeitbeatmeter Patienten, aber auch auf eine Ausweitung auf tracheotomierte Patienten ohne Beatmung hin überprüft werden. Anknüpfungspunkte für die Entwicklung entsprechender Initiativen bieten sich bspw. in dem bei den Versicherungsträgern etablierten Fallmanagement oder dem Überleit- und Entlassmanagement der Krankenhäuser, insbesondere zertifizierter Beatmungszentren.

tren. Wichtig wäre in jedem Fall, dass diese Fall- und Versorgungssteuerungsinitiativen qualifiziert, orientiert an gängigen Standards und unabhängig von Anbieter- oder Partikularinteressen erbracht werden (vgl. Lehmann et al. 2016).

Zukünftige Entwicklungen zur Verbesserung der Versorgungssituation tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung und Intensivversorgungsbedarf sollten unter Gesichtspunkten der Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung zudem wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Dies setzt entsprechende Ressourcen voraus und verlangt von den beteiligten Akteuren auf den verschiedenen Ebenen und in den diversen Settings nach Aufgeschlossenheit und Offenheit. Benötigt wird eine methodisch kontrollierte, unabhängige und kritische Aufbereitung und Veröffentlichung von Informationen über vorhandene Versorgungsangebote und deren Kontrastierung mit möglichst differenzierten Erkenntnissen über die Bedarfs- und Problemlagen der Patientengruppe. Damit dürfte es perspektivisch gelingen, die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung auch für diese spezielle Patientengruppe mit komplexem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf zu gewährleisten.

V. Literatur

- Ambulante Dienste der Evangelischen Lungenklinik Berlin (2017): Team Außerklinische Beatmung – Pflegedienst der Ambulanten Dienste der Evangelischen Lungenklinik Berlin. <https://www.pgdiakonie.de/ambulante-dienste-der-evangelischen-lungenklinik-berlin/team-ausserklinische-beatmung-tab/> (Stand: 18.03.2019).
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2016): Statistischer Bericht A IV 5 – j / 15. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Land Brandenburg 2015. <http://preview.tinyurl.com/yb3bcklp> (Stand: 12.03.2019).
- Augustin U, Maryschok M, Geiseler J, Helms TM (2015): Einfluss von Videovisiten auf die Versorgungsstabilität von außerklinisch invasiv beatmeten Patienten. *Gepflegt durchatmen* Nr. 28(4), 8-9.
- Beck U (1988): *Gegengifte. Die organisierte Unverantwortlichkeit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bertelsmann Stiftung (2015a): Demographiebericht. Daten - Prognosen. Brandenburg. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. wegweiser-kommune.de (Stand: 04.07.2017).
- Bertelsmann Stiftung (2015b): Demographiebericht. Daten - Prognosen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. wegweiser-kommune.de (Stand: 04.07.2017).
- Bertelsmann Stiftung (2015c): Demographiebericht. Daten - Prognosen. Berlin. <http://www.wegweiser-kommune.de/kommunale-berichte/demographiebericht/berlin.pdf> (Stand: 04.07.2017).
- Bertelsmann Stiftung (2017): Wegweiser Kommune. Statistische Daten. <http://www.wegweiser-kommune.de/statistik/bevoelkerungsstruktur> (Stand: 04.07.2017).
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017): *Bea@Home. Beatmungspflege Zuhause*. <https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/bea-home> (Stand: 27.03.2019).
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. (o.J. a): *Raumabgrenzungen: Referenzdateien und Karten. Raumgliederung auf Kreisbasis. Raumtypen: Lage*. <http://preview.tinyurl.com/yberndb4> (Stand: 28.03.2019).
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. (o.J. b): *Raumabgrenzungen: Referenzdateien und Karten. Raumgliederung auf Kreisbasis. Siedlungsstrukturelle Kreistypen*. <http://preview.tinyurl.com/yan9bk2s> (Stand: 28.03.2019).
- Bradshaw J (1972) *Taxonomy of social need*. In: G McLachlan (Hg.) *Problems and progress in medical care: essays on current research*. London: Oxford University Press, 71-82.
- Bundesverband Bunter Kreis (o.J.): *Nachsorge-Einrichtungen in Ihrer Nähe*. <https://www.bunter-kreis-deutschland.de/nachsorge/nachsorge-in-ihrer-naehe.html> (Stand: 22.07.2018).
- Bundesverband Kinderhospiz (o.J.): *Übersichtskarte aller stationären Kinderhospize* <http://www.bundesverband-kinderhospiz.de/übersichtskarte-aller-stationären-kinderhospize-in-betrieb> (Stand: 22.07.2017).
- Burgdorf M, Eltges M, Kuhlmann P, Nielsen J, Pütz T, Schlömer C, Schmidt-Seiwert V, Schürt A, Spangenberg M, Sturm G, Walther A, Zaspel B (2012): *Raumabgrenzungen und Raumtypen des BBSR*. In: BBSR (Hg.): *Analysen Bau. Stadt. Raum*. Bonn: BBSR.
- Daniels N (1981) *Health-care needs and distributive justice*. *Philosophy and Public Affairs* 10:146-179.

- De Almeida JP, Pinto AC, Pereira J, Pinto S, Carvalho M (2010): Implementation of a wireless device for real-time telemedical assistance of home-ventilated amyotrophic lateral sclerosis patients: A feasibility study. *Telemedicine and E-Health* 16(8), 883-888.
- De Almeida JP, Pinto A, Pinto S, Ohana B, de Carvalho M (2012): Economic cost of home-tele-monitoring care for BiPAP-assisted ALS individuals. *Amyotrophic Lateral Sclerosis Journal* 13(6), 533-537.
- Deutscher Kinderhospizverein (2017): Suchportal: Angebote für Familien mit Kindern und Jugendlichen, die lebensverkürzend erkrankt sind. <https://www.deutscher-kinderhospizverein.de/kinder-und-jugendhospizarbeit-in-deutschland/standorte/ergebnisse/> (Stand: 22.07.2017).
- Deutsche Stiftung für chronisch Kranke (o.J.): EViVa – Einfluss von Videovisiten auf die Versorgungsstabilität von außerklinisch beatmeten Patienten. <http://www.eviva-telemedizin.de/auf-einen-blick/pilotstudie/> (Stand: 28.03.2019).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (2009): S2k-Leitlinie Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. https://www.dgni.de/images/stories/Leitlinien/nichtinvasive_und_invasive_beatmung_als_therapie_der_chronischen_respiratorischen_insuffizienz.pdf (Stand: 17.01.2019).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (2017): S2k-Leitlinie Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. Revision 2017. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-008l_S2k_NIV_Nichtinvasive_invasive_Beatmung_Insuffizienz_2017-10.pdf (Stand: 08.03.2019).
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2017): Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland. <http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/> (Stand: 22.01.2019).
- DGSPJ – Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (2017): Sozialpädiatrische Zentren. <http://www.dgspj.de/institution/sozialpaediatrische-zentren/> (Stand: 22.07.2017).
- DIGAB – Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung zusammen mit Bund der Pneumologen (BdP), Deutsche Gesellschaft für Neurologische Intensivmedizin (DGNI), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Deutscher Hausärzterverband, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI), Verband Pneumologischer Kliniken (VPK) (2017): Positionspapier zur aufwendigen ambulanten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung nach Langzeit-Intensivtherapie (sogenannte ambulante Intensivpflege). *Pneumologie* 71 (4), 204-206.
- DMGP – Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie (2009): Empfehlungen der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e.V. (DMGP) zur außerklinischen Beatmung und Intensivpflege querschnittgelähmter Menschen. http://dmgp.de/images/stories/Empfehlungen_zur_ausserklinischen_Beatmung_und_Intensivpflege.pdf?type=file (Stand: 19.03.2019).
- Dybwik K, Nielsen EW, Brinchmann BS (2011): Ethical challenges in home mechanical ventilation: A secondary analysis. *Nursing Ethics* 19(2), 233-244.
- Engel H, Engels D, Pfeuffer F (2008): Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Abschlussbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Köln: Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik.
- Ewers M (2003): High-Tech Home Care – Optionen für die Pflege. Sicht- und Handlungsweisen von Pflegenden in der häuslichen Infusionstherapie. Bern: Huber.

- Ewers M (2017): Case Management in der Pflege – Traditionen, Initiativen und Perspektiven. In: Wendt R / Löcherbach P (Hg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg: medhochzwei, 39-56.
- Ewers M, Schaeffer D (Hg.) (2005): Am Ende des Lebens. Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern: Huber.
- Ewers M, Lehmann Y (2017): Pflegebedürftige mit komplexem therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf am Beispiel beatmeter Patienten. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klaußner J, Schwinger A (Hg.): Pflegereport 2017. Die Pflegebedürftigen und ihre Versorgung. Stuttgart: Schattauer, 63-72.
- Garuti G, Bagatti S, Verruchi E, Massobrio M, Spagnolatti L, Vezzani G, Lusuadi M (2013): Pulmonary rehabilitation at home guided by telemonitoring and access to healthcare facilities for respiratory complications in patients with neuromuscular disease. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 49(1), 51-57.
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2010): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie / SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007 zuletzt geändert am 15. April 2010. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf (Stand: 07.01.2019).
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie / HKP-RL) vom 17. September 2009 zuletzt geändert am 20.09.2018. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1479/HKP-RL_2017-03-16_iK-2017-11-25.pdf (Stand: 07.01.2019).
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene / QFR-RL) vom 20. September 2005 zuletzt geändert am 17. Mai 2018. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1730/QFR-RL_2018-05-17_iK-2019-01-01.pdf (Stand: 07.01.2019).
- GBE Bund – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016a): Betten in Krankenhäusern. <http://preview.tinyurl.com/y7rtj6js> (Stand: 17.07.2017).
- GBE Bund – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016b): Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. <http://preview.tinyurl.com/y9rjk2l5> (Stand: 23.08.2017).
- GBE Bund – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017a): Ambulante Pflegedienste und von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige. <http://preview.tinyurl.com/ybcq9zp2> (Stand: 17.07.2017).
- GBE Bund – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017b): Pflegebedürftige. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Betreuung. <http://preview.tinyurl.com/yb36opr7> (Stand: 04.07.2017).
- GBE Bund – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017c): Pflegeheime und verfügbare Plätze in Pflegeheimen. <http://preview.tinyurl.com/ybr3b25c> (Stand: 17.07.2017).
- GBE Bund – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017d): Rauchverhalten (Anteil der Befragten in Prozent). <http://preview.tinyurl.com/yc258d7o> (Stand: 17.07.2017).
- GBE Bund – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017e): Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene und durchschnittliches Sterbealter. <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=525:22410983D> (Stand: 06.07.2017).
- GBE Bund – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017f): Verhältnis des Körpergewichts zur Körpergröße. <http://preview.tinyurl.com/yfcwgb5c> (Stand: 06.07.2017).

- GBE Bund – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017g): Vorzeitige Sterblichkeit. <http://preview.tinyurl.com/ydb7e4ca> (Stand: 04.07.2017).
- Geiseler J, Schönhofer B (2016): Ethik und Palliativmedizin in Intensiv- und Beatmungsmedizin. *Der Pneumologe* 13(2), 104-112.
- GKV-Spitzenverband (2008): Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 132c Abs. 2 SGB V. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/sozialmediz_nachsorge/Reha_Sozialmed_Nachsorge_Empfehlungen_30062008.pdf (Stand: 17.03.2019).
- GKV-Spitzenverband (2012): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 in der Fassung vom 05.11.2012. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Palliativ_Empfehlungen_nach__132d_Abs_2_SGB_V_05-11-20102.pdf (Stand: 13.03.2019).
- GKV-Spitzenverband, Verbände der Krankenkassen, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband (2013): Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Palliativ_Empfehlungen_Kinder_Jugend_2013-06-12.pdf (Stand: 13.03.2019).
- GKV-Spitzenverband (2017a): Bestimmungen zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V vom 1. April 2009 in der Fassung vom 12. Juni 2017. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/sozialmediz_nachsorge/20170612_Reha_Bestimmung_SozialmNachsorge.pdf (Stand: 13.03.2019).
- GKV-Spitzenverband (2017b): Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs.1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung. https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/pflege/hospize/rahmenvereinbarungen_kinderospize.pdf (Stand: 17.07.2017).
- Gleich S, Böhm D, Horvath L (2015): Außerklinische Intensivpflege: Aktuelle Herausforderungen im Hygienemanagement – Ergebnisse einer Prävalenzerhebung multiresistenter Erreger (MRSA, MRGN) im November 2014 – Erfahrungsbericht aus dem Gesundheitsamt München. *Epidemiologisches Bulletin* 39/15 419-424.
- Hoffmann W, van den Berg N, Glaeske G (2011): Versorgungsepidemiologische Methoden und analytische Studiendesigns. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M (Hg.). *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik, Methodik, Anwendung*. Stuttgart: Schattauer, 72-76.
- Hollmann H, Kretschmar C, Schmid R (2014): Das Altöttinger Papier. Grundlagen und Zielvorgaben für die Arbeit in Sozialpädiatrischen Zentren - Strukturqualität, Diagnostik und Therapie - Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie. <https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/qualitaetssicherung-altoettinger-papier-20141.pdf> (Stand: 13.07.2018).
- Home Care Berlin e.V. (o.J.): Berliner Netzwerke. <http://homecareberlin.de/versorger/berliner-netzwerke/> (Stand: 01.07.2017).
- Hommel T (2016): Mission Lebensqualität. *G+G Gesundheit und Gesellschaft* 19(3), 26-31.
- Huras P, Elisoph H (2015): The LHIN adventure: The journey continues. *Healthcare Management Forum* 28(6), 239-241.

- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018): Mustervertrag für ein Versorgungskonzept zur Behandlung von Beatmungspatienten auf der Grundlage des § 140a SGB V. https://www.kbv.de/media/sp/Mustervertrag_Beatmungspat_oV.pdf (Stand: 19.03.2019)
- Klie T, Heislbetz C, Schuhmacher B, Keilhauer A, Rischard P, Bruker C (2017): Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (o.J.): Reha-Verzeichnis. Reha-Klinik finden. <http://www.reha-verzeichnis.de/> (Stand: 13.07.2017).
- Kurth B-M, Schaffrath Rosario, A (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6), 736-743.
- Lademann J, Schaepe C, Ewers M (2017): Die Perspektive Angehöriger in der häuslichen Beatmungspflege. Pflege 30(2), 77-83.
- Land Berlin, AOK Berlin, BKK-Landesverband Ost, IKK Brandenburg und Berlin, Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung in Berlin, VdAK - Verband der Angestellten-Krankenkassen, AEV - Arbeiter-Ersatzkassenverband (2005): Rahmenvereinbarung zur sozialpädiatrischen Versorgung im Land Berlin. <https://docplayer.org/41616171-Rahmenvereinbarung-zur-sozialpaediatischen-versorgung-im-land-berlin.html> (17.07.2017).
- LAVG – Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit, Abteilung Gesundheit (2016): Gesundheitsplattform Land Brandenburg. Tabelle zum Indikator: Adipositas bei Einschülern. Einschüler mit erheblichem Übergewicht (Adipositas), Datenstand 2015. <http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=bb2.c.479429.de> (Stand: 23.02.2017).
- Leasa D, Elson S (2016): Building a Comprehensive System of Services to Support Adults Living with Long-Term Mechanical Ventilation. Canadian Respiratory Journal. DOI: 10.1155/2016/3185389.
- Lehmacher-Dubberke C (2016): Krankenpflege auf Rädern. G+G Gesundheit und Gesellschaft 19(3), 30-33.
- Lehmann Y, Ewers M (2018a): Wege invasiv beatmeter Patienten in die häusliche Beatmungspflege: Die Perspektive ambulanter Intensivpflegedienste. Gesundheitswesen 80(S 02), 44-50.
- Lehmann Y, Ewers M (2018b): Sicherheit in der häuslichen Intensivversorgung beatmeter Patienten aus Sicht professioneller Akteure. Das Gesundheitswesen 10(80), DOI: 10.1055/a-0667-8198.
- Lehmann Y, Stark S, Ewers M (2016): Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio. Teil 3: Strukturen und Prozesse aus Akteursicht. Working Paper No. 16-03 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- Linde AG (2017): Schlussbericht zum Teilvorhaben im Verbundprojekt „Assistierte Pflege von morgen – ambulante technische Unterstützung und Vernetzung von Patienten, Angehörigen und Pflegekräften – Beatmung zuhause (Bea@Home)“. DOI: 10.2314/GBV:890926026.
- MAGS – Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (2016): Krankenhausplan 2012 des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Stand Dezember 2016. <https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/download?id=1599116> (Stand: 14.01.2019).

- Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, Landesverbände der Krankenkassen / Verbände der Ersatzkassen Mecklenburg-Vorpommern, Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern, Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern (2010): Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung in Mecklenburg-Vorpommern. <https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/download?id=43660> (Stand: 17.01.2019).
- Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2015): Indikator 2.8. Ausgewählte Befunde der Einschulungsuntersuchungen 2002/2003 bis 2013/14. Kinder mit Adipositas, Übergewicht, Untergewicht. http://service.mvnet.de/sm-indikatoren/daten_berichte/e-bibointerk2/K2_8.xls (Stand: 23.07.2017).
- MUGV – Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (2016): Fortschreibung des Dritten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg vom 18. Juni 2013 geändert durch Beschluss der Landesregierung vom 16. Februar 2016. <https://bravors.brandenburg.de/verwaltungsvorschriften/krankenhausplan2013#C> (Stand: 18.03.2019).
- Nafe M, Herberger K, Wiesner B, Grohé C (2017): Intersektorale Konzepte zur außerklinischen Beatmung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 142(16), 1205-1210.
- Neuhauser H, Poethko-Müller C, KiGGS Study Group (2014): Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 54(7), 779-788.
- Pierson DJ (2001): The Future of Respiratory Care. *Respiratory Care* 46(7), 705-718.
- Prien T, Henning K, Van Aken H (2007): Organisatorische und rechtliche Grundlagen. In: Van Aken H, Reinhart K, Zimpfer M, Welte T (Hg.): *Intensivmedizin*. Stuttgart: Thieme, 13-48.
- Randerath WJ, Kamps N, Brambring J, Gerhard F, Lorenz J, Rudolf F, Rosseau S, Scheumann A, Vollmer V, Windisch W (2011): Durchführungsempfehlungen zur invasiven außerklinischen Beatmung. *Pneumologie* 65(2), 72-88.
- RKI – Robert Koch-Institut (2014): Chronisch Kranksein. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Berlin: RKI.
- Rollnik J, Adolphsen J, Bauer J, Bertram M, Brocke J, Dohmen C, Donauer E, Hartwich M, Heidler M, Hüge V, Klarman S, Lorenz S, Lück M, Mertl-Rötzer M, Mokrusch T, Nowak D, Platz T, Riechmann L, Schlachetzki F, von Helden A, Wallesch C, D Zergiebel, Pohl M. (2017): Prolongiertes Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. S2k-Leitlinie herausgegeben von der Weaning-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-015I_S2k_Prolongiertes_Weaning_2014_01_verlaengert_01.pdf (Stand: 19.01.2019).
- Rose L, McKim DA, Katz SL, Leasa D, Nonoyama M, Pedersen C, Goldstein RS, Road JD (2015): Home Mechanical Ventilation in Canada. *Respiratory Care* 60(5), 695-704.
- Rothgang H, Kalwitzki T, Amsbeck H (2016): Pflege in Deutschland im Jahr 2030 – Regionale Verteilung und Herausforderungen. In: Bertelsmann Stiftung (Hg.): *Analysen und Konzepte. Lebenswerte Kommune 4*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Schaeffer D, Ewers M (Hg.) (2002): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern: Hans Huber.
- Schaeffer D, Hämel K, Ewers M (2015): *Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada*. Weinheim, München: Beltz Juventa.
- Schaepe C, Ewers M (2017): “I Need Complete Trust in Nurses” – Home Mechanical Ventilated Patients’ Perceptions of Safety. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 31(4), 948-956.

- Schaepe C, Ewers, M (2018): "I see myself as part of the team" - family caregivers' contribution to safety in advanced home care. *BMC Nursing* 17: 40.
- Schönhofer B, Pfeifer M (2010): WeanNet – Kompetenznetzwerk pneumologischer Weaning-zentren. *Der Pneumologe*. 7(2):121-124.
- Schönhofer B, Geiseler J, Dellweg D, Moerer O, Barchfeld T, Fuchs H, Karg O, Rosseau S, Sitter H (2014): Prolongiertes Weaning. S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. *Pneumologie* 68(1), 1-75.
- SenGS – Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2015): Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin. Berlin: SenGS.
- SenGS – Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2016): GSI-System. Zeitreihe Körpergewicht der Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015. <http://www.gsi-berlin.info/redirectA.asp?filename=TG0500004400201511.xls> (Stand: 06.07.2017).
- SenGesUmV – Senatsverwaltung für Gesundheit Umwelt und Verbraucherschutz Berlin (Hg.) (2008): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Spezialbericht 2008-2. Gesundheits- und Risikoverhalten von Berliner Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der HBSC-Studie 2006. Berlin: SenGesUmV.
- SenSU – Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt Berlin (2016): Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2015-2030. http://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/bevoelkerungsprognose/download/2015-2030/Bericht_Bevprog2015-2030.pdf (Stand: 04.03.2019).
- Stark S, Ewers M (2019): Healthcare needs of vulnerable patient groups. Available data and existing gaps in Germany with respect to long-term mechanical ventilation. *Journal of Public Health*. DOI: 10.1007/s10389-019-01056-6
- Stark S, Ewers M (i.V.): International models for long-term care of tracheotomised patients with intensive care needs – Findings from a Scoping Review. Provided for: *International Journal of Integrated Care*.
- 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.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2016): Sozialberichterstattung. <http://www.amtliche-sozialberichterstattung.de/> (Stand: 04.03.2019).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2017): Gebiet und Bevölkerung - Fläche und Bevölkerung. http://www.statistikportal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrta1.asp (Stand: 03.06.2017).
- Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2017): Statistisches Jahrbuch Mecklenburg-Vorpommern 2016. Schwerin: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern.
- Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2016a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerungsfortschreibung auf der Grundlage des Zensus 2011. 2015. In: Statistisches Bundesamt (Hg.): Fachserie 1 Reihe 1.3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2016b): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2015. In: Statistisches Bundesamt (Hg.): Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

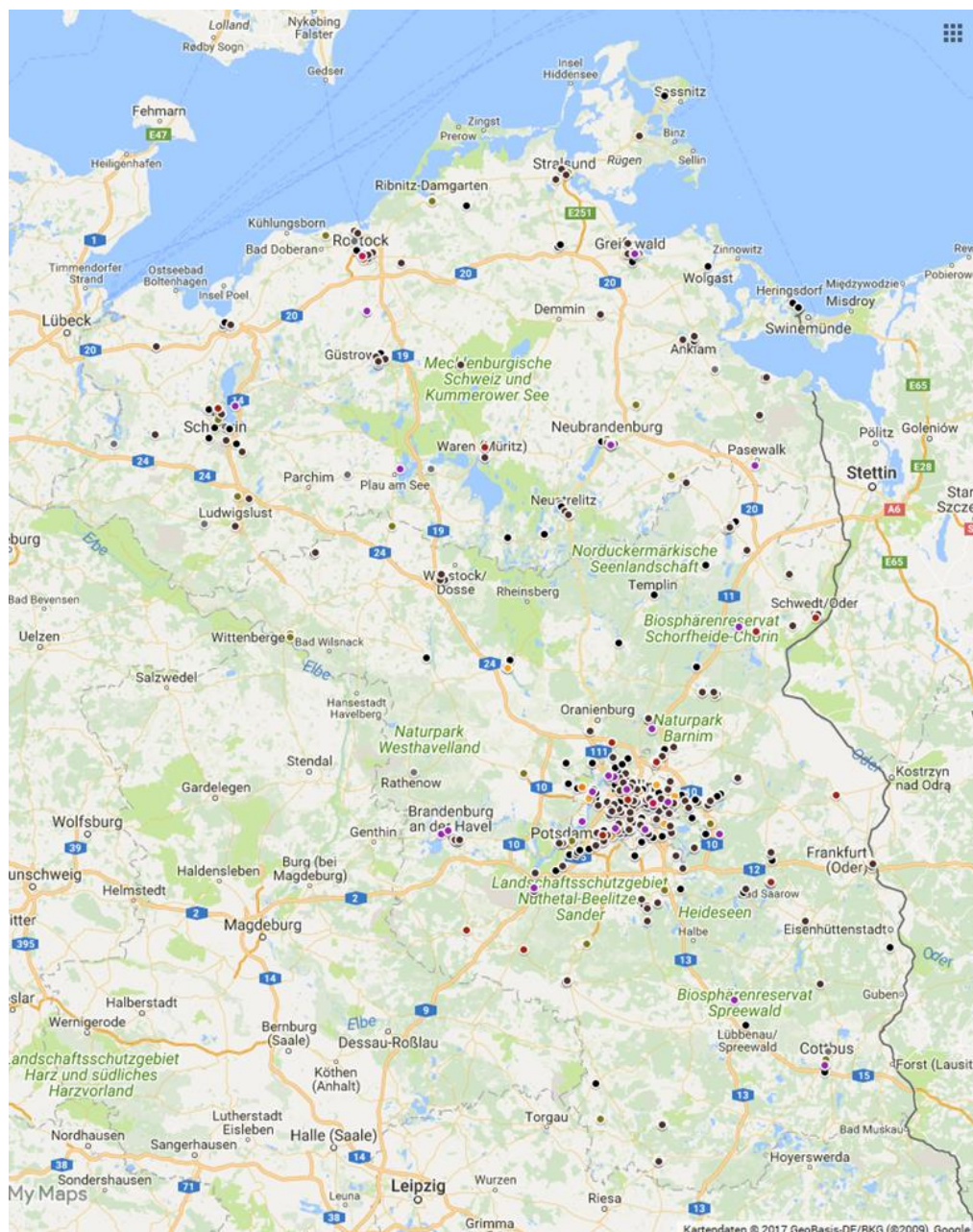
- Statistisches Bundesamt (2016c): Sozialeistungen. Schwerbehinderte Menschen. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Behinderte/BehinderteMenschen.html> (Stand: 23.06.2017).
- Statistisches Bundesamt (2016d): Sterbetafeln. Ergebnisse aus der laufenden Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland und die Bundesländer 2013/2015. Durchschnittliche fernere Lebenserwartung in den Bundesländern nach der Sterbetafel 2013/2015. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/PeriodensterbetafelnBundeslaender.html> (Stand: 06.07.2017).
- Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Städte und Gemeindebund Brandenburg, Landkreistag Brandenburg, Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege im Land Brandenburg, Lebenshilfe Land Brandenburg, VdAK - Verband der Angestellten-Krankenkassen, AEV - Arbeiter-Ersatzkassenverband, AOK Brandenburg, BKK-Landesverband Ost, IKK Brandenburg und Berlin, Knappschaft, Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland (2007): Rahmenvereinbarung zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (FrühV) im Land Brandenburg. http://www.ffbra.de/info_arbeit_files/rahmvereinb.pdf (Stand: 12.03.2019).
- Stoller JK, Niewoehner DE, Fan VS (2006): Disease Management as an evolving role for respiratory therapists. *Respiratory Care* 51(12), 1401-1402.
- StMUG – Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (2009): Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen in Bayern. München: StMUG.
- Suter P, Hennessey B, Florez D, Newton Suter W (2011): The home-based chronic care model: redesigning home health for high quality care delivery. *Chronic Respiratory Disease* 8(1), 43-52.
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bern: Hans Huber.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf. (Stand: 06.03.2019).
- Van Aken H, Landauer B, Hiddemann W, Jansses U (2007): Gemeinsame Empfehlungen zur Organisation der Intensivmedizin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin zur Organisation der Intensivmedizin. *Intensivmedizin* 2007(44): 460-461.
- White AC, O'Connor HH, Kirby K (2008): Prolonged mechanical ventilation: review of care settings and an update on professional reimbursement. *Chest* 133(2), 539-545.
- Wittmann N, Meinschmidt G, Czaja M (2018): Querschnittsanalyse der gesundheitlichen und sozialen Lage in Deutschland auf Bundeslandebene. *Gesundheitswesen*. 80(2): e2-e10.

Anlage

1. Regionale Versorgungsstrukturen

Versorgungsangebot (Stand: 06/2017)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Spezialisierte Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Krankenhäuser (Erwachsene) ● Krankenhäuser (Kinder) ● Rehabilitation <p>Spezialisierte Pflegeangebote</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pflegeheim ● Pflegedienst ● Wohngemeinschaft ● Spezialisierte Ambulante (Pädiatrische) ● Palliativversorgung | <p>Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sozialpädiatrische Zentren ● Sozialmedizinische Nachsorge ● Hospiz |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



2. Daten Krankenhäuser und spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen

Legende

Variable	Erläuterung	Ausprägung
VErsFoE	Versorgungsform der Einrichtung für erwachsene Patienten	0 = nicht vorhanden 1 = Akutversorgung 2 = Rehabilitation 3 = Akutversorgung / Rehabilitation
VersFoK	Versorgungsform der Einrichtung für pädiatrische Patienten	0 = nicht vorhanden 1 = Akutversorgung 2 = Rehabilitation 3 = Akutversorgung / Rehabilitation
PZ_Level	Perinatalzentrum / Level	0 = nicht vorhanden 1 = Level 1 2 = Level 2
FW/H	Vorhandensein einer Funktionseinheit Weaning / Heimbeatmung, unabhängig von der Organisationsart	0 = nicht vorhanden 1 = vorhanden Erwachsene 2 = vorhanden Kinder 3 = vorhanden Kinder / Erwachsene
BettG	Gesamtbettenzahl (IST-Stand) lt. Landeskrankenhausplan	numerisch
BettW/H_E	Bettenzahl des Funktionsbereichs Weaning / Heimbeatmung für Erwachsene	numerisch -9 = keine Angabe
BettW/H_K	Bettenzahl des Funktionsbereichs Weaning / Heimbeatmung für Kinder	numerisch -9 = keine Angabe
BettR_E	Bettenzahl spezialisierter Rehabilitation für Erwachsene	numerisch -9 = keine Angabe
BettR_K	Bettenzahl spezialisierter Rehabilitation für Kinder	numerisch -9 = keine Angabe
SMN	Sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 SGB V	0 = nicht vorhanden 1 = vorhanden
Zert	Zertifizierung als Weaningzentrum (DGP, DGAI)	0 = nicht vorhanden 1 = vorhanden / Erwachsene 2 = vorhanden / Kinder 3 = vorhanden Erwachsene / Kinder
Träger	Trägerstruktur	1 = privat 2 = öffentlich 3 = freigemeinnützig

Tab. 10: Krankenhäuser und spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen Berlin

Nr.	Name	Adresse	VersFoE	VersFoK	PZ_Level	FW/H	BettG*	BettW/H_E	BettW/H_K	BettR_E	BettR_K	SMN	Zert	Träger
01	Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee	Gartenstraße 1, 13088 Berlin	1	0	0	0	321	0	0	0	0	0	0	3
02	Bundeswehrkrankenhaus Berlin	Scharnhorststraße 13, 10115 Berlin	1	0	0	0	190	0	0	0	0	0	0	2
03	Charite - Universitätsmedizin Berlin Campus Benjamin Franklin	Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin	3	1	0	0	823	0	0	20	0	0	0	2
04	Charité - Universitätsmedizin Berlin Campus Mitte	Charitéplatz 1, 10117 Berlin	1	1	1	1	804	30	0	0	0	0	1	2
05	Charite - Universitätsmedizin Berlin Campus Virchow-Klinikum	Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin	1	1	1	0	1289	0	0	0	0	1	0	2
06	Deutsches Herzzentrum Berlin	Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin	1	1	0	0	194	0	0	0	0	0	0	3
07	Dominikus-Krankenhaus Berlin	Kurhausstraße 30, 13467 Berlin	1	0	0	0	258	0	0	0	0	0	0	3
08	DRK Kliniken Berlin Köpenick	Salvador-Allende-Straße 2, 12559 Berlin	1	0	0	0	525	0	0	0	0	0	0	3
09	DRK Kliniken Berlin Mitte	Drontheimer Straße 39, 13359 Berlin	1	0	0	0	260	0	0	0	0	0	0	3
10	DRK Kliniken Berlin Westend	Spandauer Damm 130, 14050 Berlin	1	1	2	0	507	0	0	0	0	1	0	3
11	Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge	Herzbergstraße 79, 10365 Berlin	1	1	0	0	630	0	0	0	0	0	0	3
12	Ev. Elisabeth Klinik	Lützowstraße 24, 10785 Berlin	1	1	0	0	169	0	0	0	0	0	0	3
13	Ev. Lungenklinik Berlin	Lindenberger Weg 27, 13125 Berlin	1	0	0	1	152	11	0	0	0	0	1	3
14	Ev. Krankenhaus Hubertus	Spanische Allee 10, 14129 Berlin	1	0	0	0	210	0	0	0	0	0	0	3
15	Ev. Waldkrankenhaus Spandau	Stadtrandstraße 555, 13589 Berlin	1	1	1	0	483	0	0	0	0	1	0	3
16	Franziskus Krankenhaus Berlin	Budapester Straße 15, 10787 Berlin	1	0	0	0	200	0	0	0	0	0	0	3

Nr.	Name	Adresse	VersFoE	VersFoK	PZ_Level	FW/H	BettG*	BettW/H_E	BettW/H_K	BettR_E	BettR_K	SMN	Zert	Träger
17	Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe	Kladower Damm 221, 14089 Berlin	1	0	0	0	336	0	0	0	0	0	0	3
18	Havelklinik	Gatower Straße 191, 13595 Berlin	1	0	0	0	91	0	0	0	0	0	0	1
19	HELIOS Klinikum Berlin-Buch	Schwanebecker Chaussee 50, 13125 Berlin	1	1	1	1	1096	-9	0	0	0	0	0	1
20	HELIOS Klinikum Emil von Behring	Walterhöferstraße 11, 14165 Berlin	1	1	0	1	507	-9	0	0	0	0	0	1
21	Jüdisches Krankenhaus Berlin	Heinz-Galinski-Straße 1, 13347 Berlin	3	0	0	0	305	0	0	20	0	0	0	3
22	Klinik für MIC am ev. Kh. Hubertus	Kurstr. 11, 14129 Berlin	1	0	0	0	50	0	0	0	0	0	0	1
23	Klinik Helle Mitte	Alice-Salomon-Platz 2, 12627 Berlin	1	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	1
24	Klinik Hygiea	Fuggerstr. 23, 10777 Berlin	1	0	0	0	52	0	0	0	0	0	0	1
25	Immanuel Krankenhaus Berlin-Wannsee	Königstrasse 63, 14109 Berlin	1	0	0	0	200	0	0	0	0	0	0	3
26	Immanuel Krankenhaus Berlin-Buch	Lindenberger Weg 15, 13125 Berlin	1	0	0	0	80	0	0	0	0	0	0	3
27	Krankenhaus Bethel Berlin	Promenadenstraße 3, 12207 Berlin	1	0	0	1	276	10	0	0	0	0	0	3
28	Krankenhaus Waldfriede	Argentinische Allee 40, 14163 Berlin	1	0	0	0	170	0	0	0	0	0	0	3
29	Maria Heimsuchung Caritas-Klinik Pankow	Breite Straße 46, 13187 Berlin	1	0	0	0	245	0	0	0	0	0	0	3
30	Malteser Krankenhaus	Pillkaller Allee 1, 14055 Berlin	1	0	0	0	97	0	0	0	0	0	0	3
31	Martin-Luther-Krankenhaus	Caspar-Theyß-Straße 27, 14193 Berlin	1	1	0	0	298	0	0	0	0	0	0	3
32	MEDIAN Klinik Berlin-Kladow	Kladower Damm 222, 14089 Berlin	2	0	0	1	35	18	0	35	0	0	0	1
33	Park-Klinik Weißensee Berlin	Schönstraße 87, 13086 Berlin	1	0	0	0	350	0	0	0	0	0	0	1
34	Paulinenkrankenhaus Berlin	Dickensweg 25, 14055 Berlin	1	0	0	0	148	0	0	0	0	0	0	3

Nr.	Name	Adresse	VersFoE	VersFoK	PZ_Level	FW/H	BettG*	BettW/H_E	BettW/H_K	BettR_E	BettR_K	SMN	Zert	Träger
35	Sana Klinikum Lichtenberg	Fanningerstraße 32, 10365 Berlin	1	1	2	2	554	0	10	0	0	0	0	1
36	Schlosspark-Klinik	Heubnerweg 2, 14059 Berlin	1	0	0	0	356	0	0	0	0	0	0	1
37	Sankt Gertrauden-Krankenhaus	Paretzer Straße 12, 10713 Berlin	1	0	0	0	364	0	0	0	0	0	0	3
38	St. Hedwig-Kliniken Berlin, Standort: St. Hedwig	Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin	1	0	0	0	384	0	0	0	0	0	0	3
39	St. Hedwig-Kliniken Berlin, Standort Hedwigshöhe	Höhensteig 1, 12526 Berlin	1	0	0	0	382	0	0	0	0	0	0	3
40	St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof	Wüsthoffstraße 15, 12101 Berlin	1	1	1	0	481	0	0	0	0	0	0	3
41	St. Marien-Krankenhaus	Gallwitzallee 123, 12249 Berlin	1	0	0	0	274	0	0	0	0	0	0	3
42	Unfallkrankenhaus Berlin	Warener Straße 7, 12683 Berlin	3	0	0	0	546	0	0	30	0	0	0	2
43	Vivantes Klinikum im Friedrichshain	Landsberger Allee 49, 10249 Berlin	1	1	1	0	789	0	0	0	0	0	0	2
44	Vivantes Klinikum im Friedrichshain	Fröbelstraße 15, 10405 Berlin	1	0	0	0	146	0	0	0	0	0	0	2
45	Vivantes Klinikum am Urban	Dieffenbachstraße 1, 10967 Berlin	1	0	0	0	612	0	0	0	0	0	0	2
46	Vivantes Klinikum Hellersdorf	Myslowitzer Straße 45, 12621 Berlin	1	0	0	0	208	0	0	0	0	0	0	2
47	Vivantes Klinikum Neukölln	Rudower Straße 48, 12351 Berlin	3	1	1	1	1200	10	10	20	0	1	1	2
48	Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum	Rubensstraße 125, 12157 Berlin	1	0	0	0	572	0	0	0	0	0	0	2
49	Vivantes Wenckebach Klinikum	Wenckenbachstraße 23, 12099 Berlin	1	0	0	0	417	0	0	0	0	0	0	2
50	Vivantes Humboldt-Klinikum	Am Nordgraben 2, 13509 Berlin	2	0	0	0	626	0	0	20	0	0	0	2
51	Vivantes Klinikum Spandau	Neue Bergstraße 6, 13585 Berlin	2	0	0	0	586	0	0	60	0	0	0	2
52	Medical Park Berlin Humboldtmühle	An der Mühle 2, 13507 Berlin	3	0	0	1	276	8	0	8	0	0	0	1

Tab. 11: Krankenhäuser und spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen Brandenburg

Nr.	Name	Adresse	VersFoE	VersFoK	PZ_Level	FW/H	BettG	BettW/H_E	BettW/H_K	BettR_E	BettR_K	SMN	Zert	Träger
01	Ruppiner Kliniken	Fehrbelliner Straße 38, 16816 Neuruppin	1	1	2	0	808	0	0	0	0	0	0	3
02	Kreiskrankenhaus Prignitz	Dobberziner Straße 112, 19348 Perleberg	1	1	0	0	391	0	0	0	0	0	0	3
03	Oberhavel Kliniken	Marwitzer Straße 91, 16761 Hennigsdorf	1	0	0	0	474	0	0	0	0	0	0	3
04	Oberhavel Kliniken	Robert-Koch-Straße 2, 16515 Oranienburg	1	1	0	0	192	0	0	0	0	0	0	3
05	Oberhavel Klinik Gransee	Meseberger Weg 12, 16775 Gransee	1	0	0	0	70	0	0	0	0	0	0	3
06	KMG Klinikum Mitte Pritzwalk	Giesendorfer Weg 2, 16928 Pritzwalk	1	0	0	0	133	0	0	0	0	0	0	1
07	KMG Klinikum Wittstock Wittstock	Meyenburger Chaussee 23, 16909 Wittstock	1	0	0	0	148	0	0	0	0	0	0	1
08	KMG Klinikum Mitte Kyritz	Perleberger Straße 31, 16866 Kyritz	1	0	0	0	165	0	0	0	0	0	0	1
09	ASKLEPIOS Klinik Birkenwerder	Hubertusstraße 12, 16547 Birkenwerder	1	0	0	1	170	14	0	0	0	0	0	1
10	Sana Kliniken Sommerfeld	Waldhausstraße 44, 16766 Kremmen	1	0	0	0	296	0	0	0	0	0	0	1
11	ASKLEPIOS Klinikum Uckermark	Auguststraße 23, 16303 Schwedt/Oder	1	1	0	1	473	-9	0	0	0	0	0	1
12	Klinikum Barnim, Werner Forßmann Krankenhaus	Rudolf-Breitscheit-Straße 100, 16225 Eberswalde	1	1	2	0	528	0	0	0	0	0	0	2
13	Krankenhaus Angermünde	Rudolf-Breitscheit-Straße 37, 16278 Angermünde	1	0	0	1	142	-9	0	0	0	0	0	2
14	Immanuel Klinikum Bernau	Ladeburger Straße 17, 16321 Bernau bei Berlin	1	1	0	0	253	0	0	0	0	0	0	3
15	Kreiskrankenhaus Prenzlau	Stettiner Straße 121, 17291 Prenzlau	1	0	0	0	121	0	0	0	0	0	0	2
16	Sana Krankenhaus Templin	Robert-Koch-Straße 24, 17268 Templin	1	1	0	0	115	0	0	0	0	0	0	1
17	Epilepsieklinik Tabor	Ladeburger Straße 15, 16321 Bernau bei Berlin	1	0	0	0	50	0	0	0	0	0	0	3

Nr.	Name	Adresse	VersFoE	VersFoK	PZ_Level	FW/H	BettG*	BettW/H_E	BettW/H_K	BettR_E	BettR_K	SMN	Zert	Träger
18	Martin Gropius Krankenhaus	Oderberger Straße 8, 16225 Eberswalde	1	0	0	0	292	0	0	0	0	0	0	2
19	Brandenburgklinik	Brandenburgallee 1, 16321 Bernau-Waldsiedlung	2	0	0	1	100	15	0	100	0	0	0	1
20	GLG Fachklinik Wolletzsee	Zur Welse 2, 16278 Angermünde	2	0	0	0	20	0	0	20	0	0	0	2
21	Klinikum Ernst von Berg- mann	Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam	1	1	1	0	1099	0	0	0	0	1	0	2
22	Städtisches Klinikum Bran- denburg	Hochstraße 29, 14770 Brandenburg/Havel	1	1	1	0	494	0	0	0	0	0	0	2
23	DRK-Krankenhaus Lucken- walde	Saarstraße 1, 14943 Luckenwalde	1	1	0	0	236	0	0	0	0	0	0	3
24	Havelland Kliniken	Ketziner Straße 21, 14641 Nauen	1	1	0	0	345	0	0	0	0	0	0	2
25	Havelland Kliniken	Forststraße 45, 14712 Rathenow	1	1	0	0	185	0	0	0	0	0	0	2
26	Ernst von Bergmann Klinik	Niemegker Straße 45, 14806 Bad Belzig	1	0	0	1	160	-9	0	0	0	0	0	2
27	St. Marienkrankenhaus Bran- denburg	Bergstraße 1, 14770 Brandenburg/Havel	1	0	0	0	105	0	0	0	0	0	0	3
28	Ev. Kliniken Luise-Henriet- ten-Stift Lehnin	Klosterkirchplatz 8, 14797 Lehnin	1	0	0	0	55	0	0	0	0	0	0	3
29	Ev. Krankenhaus Ludwigs- felde-Teltow	Albert-Schweitzer-Straße 40, 14974 Ludwigsfelde	1	1	0	0	250	0	0	0	0	0	0	3
30	Ev. Zentrum für Altersmedi- zin	Weinbergstraße 18, 14469 Potsdam	1	0	0	0	117	0	0	0	0	0	0	3
31	St. Josefs-Krankenhaus Pots- dam	Allee nach Sanssouci 7, 14471 Potsdam	1	0	0	0	239	0	0	0	0	0	0	3
32	Johanniter-Krankenhaus im Fläming Treuenbrietzen	Johanniterstraße 1, 14929 Treuenbrietzen	1	0	0	1	370	8	0	0	0	0	0	3
33	Oberlinklinik	Rudolf-Breitscheit-Straße 24, 14482 Potsdam	1	1	0	0	160	0	0	0	0	0	0	3
34	ASKLEPIOS Fachklinikum Brandenburg	Anton-Saefkow-Allee 2, 14772 Brandenburg/Havel	3	0	0	0	455	0	0	7	0	0	0	1

Nr.	Name	Adresse	VersFoE	VersFoK	PZ_Level	FW/H	BettG*	BettW/H_E	BettW/H_K	BettR_E	BettR_K	SMN	Zert	Träger
35	Kliniken Beelitz, Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitation	Paracelsusring 6, 14547 Beelitz	2	0	0	1	173	23	0	40	0	0	0	1
36	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	3	1	1	2	1227	0	-9	19	0	0	0	2
37	Spreewaldklinik	Schillerstraße 29, 15907 Lübben	1	1	0	0	202	0	0	0	0	0	0	2
38	Achenbach Krankenhaus	Köpenicker Straße 29, 15711 Königs Wusterhausen	1	1	0	0	296	0	0	0	0	0	0	2
39	Klinikum Niederlausitz	Krankenhausstraße 10, 01968 Senftenberg	1	0	0	0	301	0	0	0	0	0	0	2
40	Klinikum Niederlausitz	Friedensstraße 18, 01979 Lauchhammer	1	1	0	0	253	0	0	0	0	0	0	2
41	Elbe-Elster-Klinikum	Elsterstraße 37, 04910 Elsterwerda	1	0	0	0	140	0	0	0	0	0	0	2
42	Elbe-Elster-Klinikum	Kirchhainer Straße 38, 03238 Finsterwalde	1	0	0	0	191	0	0	0	0	0	0	2
43	Elbe-Elster-Klinikum	Alte Prettiner Straße , 04916 Herzberg	1	1	0	0	168	0	0	0	0	0	0	2
44	Lausitz Klinik Forst	Robert-Koch-Straße 35, 03149 Forst	1	0	0	0	229	0	0	0	0	0	0	2
45	Naemi-Wilke-Stift	Dr.-Ayrer-Straße 1, 03172 Guben	1	0	0	0	151	0	0	0	0	0	0	3
46	Ev. Krankenhaus Luckau	Berliner Straße 24, 15926 Luckau	1	0	0	0	140	0	0	0	0	0	0	3
47	Krankenhaus Spremberg	Karl-Marx-Straße 80, 03130 Spremberg	1	0	0	0	215	0	0	0	0	0	0	2
48	ASKLEPIOS Fachklinikum Lübben	Luckauer Straße 17, 15907 Lübben	2	0	0	1	237	10	0	-9	0	0	0	1
49	ASKLEPIOS Fachklinikum Teupitz	Buchholzer Straße 21, 15755 Teupitz	1	0	0	0	215	0	0	0	0	0	0	1
50	Sana-Herzzentrum Cottbus	Leipziger Straße 50, 03048 Cottbus	1	0	0	0	80	0	0	0	0	0	0	1
51	Klinikum Frankfurt/Oder	Müllroser Chaussee 7, 15236 Frankfurt/Oder	1	1	1	0	835	0	0	0	0	0	0	2

Nr.	Name	Adresse	VersFoE	VersFoK	PZ_Level	FW/H	BettG*	BettW/H_E	BettW/H_K	BettR_E	BettR_K	SMN	Zert	Träger
52	HELIOS Klinikum Bad Saarow	Pieskower Straße 33, 15526 Bad Saarow	1	1	0	1	571	-9	0	0	0	0	0	1
53	Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt	Friedrich-Engels-Str. 39, 15890 Eisenhüttenstadt	1	1	0	0	330	0	0	0	0	0	0	2
54	Immanuel Klinik Rüdersdorf	Seebad 82, 15562 Rüdersdorf	1	1	0	0	372	0	0	0	0	0	0	3
55	Oder-Spree Krankenhaus	Schützenstraße 28, 15848 Beeskow	1	0	0	0	135	0	0	0	0	0	0	2
56	Ev. Krankenhaus Lutherstift	Robert-Koch-Straße 7, 15306 Seelow	1	0	0	1	88	4	0	0	0	0	0	3
57	Krankenhaus Märkisch-Oderland	Prötzeler Chaussee 5, 15331 Strausberg	1	0	0	0	206	0	0	0	0	0	0	2
58	Krankenhaus Märkisch-Oderland	Sonnenburger Weg 3, 16269 Wriezen	1	0	0	0	146	0	0	0	0	0	0	2
59	Ev. Krankenhaus "Gottesfriede"	Schleusenstraße 50, 15569 Woltersdorf	1	0	0	0	159	0	0	0	0	0	0	3
60	MEDIAN Klinik Grünheide	An der Reha-Klinik 1, 15537 Grünheide	2	0	0	1	114	16	0	114	0	0	0	1
61	HELIOS Klinik Hohenstücken	Brahmsstraße 38, 14772 Brandenburg/Havel	0	2	0	0	155	0	0	0	20	0	0	1

Tab. 12: Krankenhäuser und spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen Mecklenburg-Vorpommern

Nr.	Name	Adresse	VersFoE	VersFoK	PZ_Level	FW/H	BettG	BettW/H_E	BettW/H_K	BettR_E	BettR_K	SMN	Zert	Träger
01	Krankenhaus Bad Doberan	Am Waldrand 1, 18209 Hohenfelde	1	0	0	0	134	0	0	0	0	0	0	1
02	SANA Krankenhaus Rügen	Calandstraße 7, 18528 Bergen auf Rügen	1	1	0	0	206	0	0	0	0	0	0	1
03	KMG Klinik Boizenburg	Vor dem Mühlentor 3, 19258 Boizenburg/Elbe	1	0	0	0	48	0	0	0	0	0	0	1
04	Warnow-Klinik Bützow	Am ForsthoF 3, 18246 Bützow	1	0	0	0	71	0	0	0	0	0	0	3

Nr.	Name	Adresse	VersFoE	VersFoK	PZ_Level	FW/H	BettG	BettW/H_E	BettW/H_K	BettR_E	BettR_K	SMN	Zert	Träger
05	Mediclin Krankenhaus am Crivitzer See	Amtsstraße 1, 19087 Crivitz	1	0	0	0	74	0	0	0	0	0	0	1
06	Kreiskrankenhaus Demmin	Wollweberstraße 21, 17109 Demmin	1	1	0	0	193	0	0	0	0	0	0	2
07	BDH-Klinik Greifswald	Karl-Liebknecht-Ring 26, 17491 Greifswald	3	0	0	1	156	15	0	15	0	0	0	3
08	Short Care Klinik Greifswald	Pappelallee 1, 17489 Greifswald	1	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	1
09	Universitätsmedizin Greifswald	Fleischmannstraße 8, 17475 Greifswald	1	1	1	1	889	16	0	0	0	0	1	2
10	DRK-Krankenhaus Grevesmühlen	Klützer Straße 13, 23936 Grevesmühlen	1	0	0	0	122	0	0	0	0	0	0	3
11	DRK-Krankenhaus Grimmen	Dorfstraße 39, 18516 Süderholz-Bartmannshagen	1	0	0	0	106	0	0	0	0	0	0	3
12	KMG Klinikum Güstrow	Friedrich-Trendelenburg-Allee 1, 18273 Güstrow	1	1	0	0	400	0	0	0	0	0	0	1
13	Westmecklenburg Klinikum Helene von Bülow Hagenow	Parkstraße 12, 19230 Hagenow	1	1	0	0	165	0	0	0	0	0	0	2
14	Westmecklenburg Klinikum Helene v. Bülow Ludwigslust	Neustädter Straße 1, 19288 Ludwigslust	1	0	0	0	160	0	0	0	0	0	0	2
15	Klinikum Karlsburg	Greifswalder Straße 11, 17495 Karlsburg	1	0	0	0	236	0	0	0	0	0	0	1
16	HELIOS Klinik Leezen	Wittgensteiner Platz 1, 19067 Leezen	2	0	0	1	180	45	0	101	0	0	0	1
17	Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg	Dr.-Salvador-Allende-Straße 30, 17036 Neubrandenburg	3	1	1	3	665	0	12	8	0	0	0	2
18	Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Altentreptow	Am Klosterberg 1, 17087 Altentreptow	1	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	2
19	Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Malchin	Basedower Straße 33, 17139 Malchin	1	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	2
20	DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz	Penzliner Straße 56, 17235 Neustrelitz	1	0	0	0	164	0	0	0	0	0	0	3

Nr.	Name	Adresse	VersFoE	VersFoK	PZ_Level	FW/H	BettG*	BettW/H_E	BettW/H_K	BettR_E	BettR_K	SMN	Zert	Träger
21	Asklepios Klinik Parchim	John-Brinckman-Straße 8, 19370 Parchim	1	1	0	0	135	0	0	0	0	0	0	1
22	Asklepios Klinik Pasewalk	Prenzlauer Chaussee 30, 17309 Pasewalk	3	1	0	0	274	0	0	30	0	0	0	1
23	MediClin Krankenhaus Plau am See	Quetziner Straße 88, 19395 Plau am See	3	0	0	0	192	0	0	32	0	0	0	1
24	Bodden-Kliniken Ribnitz- Damgarten GmbH	Sandhufe 2, 18311 Ribnitz-Damgarten	1	1	0	0	154	0	0	0	0	0	0	2
25	Klinikum Südstadt Rostock	Südring 81, 18059 Rostock	1	1	1	0	444	0	0	0	0	0	0	2
26	Universitätsmedizin Rostock	Schillingallee 35, 18055 Rostock	1	1	0	2	826	0	-9	0	0	0	0	2
27	Fachklinik Waldeck	Dr.-Friedrich-Dittmann- Weg 1, 18258 Schwaan-Waldeck	2	0	0	1	210	56	0	56	0	0	0	1
28	Helios Kliniken Schwerin	Wismarsche Straße 393, 19049 Schwerin	1	1	1	1	1046	19	0	0	0	0	0	1
29	HELIOS Hansekllinikum Stralsund	Große Parower Straße 47, 18435 Stralsund	1	1	0	0	467	0	0	0	0	0	0	1
30	DRK Krankenhaus Teterow	Goethestraße 14, 17166 Teterow	1	0	0	0	95	0	0	0	0	0	0	3
31	AMEOS Klinikum Uecker- münde	Ravensteinstraße 23, 17373 Ueckermünde	1	0	0	0	105	0	0	0	0	0	0	1
32	AMEOS Klinikum Anklam	Hospitalstraße 19, 17389 Anklam	1	1	0	0	101	0	0	0	0	0	0	1
33	Klinik Amsee	Amsee 6, 17192 Waren (Müritz)	1	0	0	1	50	8	0	0	0	0	0	1
34	MediClin Müritz-Klinikum	Weinbergstraße 19, 17192 Waren (Müritz)	1	1	0	0	203	0	0	0	0	0	0	1
35	Sana Hanse-Klinikum Wismar	Störtebekerstraße 6, 23966 Wismar	1	1	0	0	320	0	0	0	0	0	0	1
36	Kreis Krankenhaus Wolgast	Chausseestraße 46, 17438 Wolgast	1	0	0	0	155	0	0	0	0	0	0	2

3. Daten spezialisierte Pflegeheime

Legende

Variable	Erläuterung	Ausprägung
Spez	Art der Spezialisierung	1 = nur tracheotomierte Patienten 2 = nur beatmete Patienten 3 = tracheotomierte UND beatmete Patienten
VersFo	Versorgungsform der Einrichtung	1 = ausschließlich Intensivversorgung 2 = weitere Versorgungsschwerpunkte
Ziel	Zielgruppe	1 = Erwachsene 2 = Kinder 3 = Erwachsene und Kinder
BettG	Gesamtbettenzahl (IST-Stand) lt. Datenabfrage	numerisch -9 = keine Angabe
BettS	Bettzahl für tracheotomierte / beatmete Patienten	numerisch -9 = keine Angabe
Träger	Trägerstruktur	1 = privat 2 = öffentlich 3 = freigemeinnützig

Tab. 13: Spezialisierte Pflegeheime Berlin

Nr.	Name	Adresse	Spez	VersFo	Ziel	BettG	BettS	Träger
01	Fugger-Klinik Senioren Residenz	Fuggerstraße 29, 10777 Berlin	3	2	1	108	8	1
02	Vivantes Hauptstadt-pflege Haus Wilmersdorf	Berkaer Straße 31, 14199 Berlin	3	2	1	123	12	1
03	Vitanas Senioren Centrum Rosengarten	Preysingstraße 40, 12249 Berlin	3	2	1	137	12	1
04	Zentrum für Beatmung und Intensivpflege im "Storkower Bogen"	Franz-Jacob-Str. 4, 10369 Berlin	3	1	1	12	12	1
05	Pro Seniore Krankenhaus Genthiner Straße	Genthiner Str. 24, 10785 Berlin	3	2	1	259	29	1
06	Pro Seniore Residenz Vis à vis der Hackeschen Höfe	Rosenthaler Str. 43, 10178 Berlin	1	2	1	233	12	1
07	REMEO Center Berlin	Ullsteinstraße 159, 12105 Berlin	2	1	1	23	23	1
08	Senioren- und Therapiezentrum Haus an der Spree	Bootsbauerstr. 17, 10245 Berlin	3	2	1	208	18	1
09	Alloheim Seniorenresidenz Kurt-Exner-Haus	Wutzkyallee 65, 12353 Berlin	3	2	1	156	-9	1
10	Sanatorium West Familie Franke	Dessauer Straße 1, 12249 Berlin	-9	2	1	180	20	1
11	Senioren- und Therapiezentrum Haus am Park	Schonensche Str. 25, 13189 Berlin	3	2	1	-9	-9	1
12	Senioren-Domizil Am Alexanderplatz	Magazinstraße 6, 10179 Berlin	3	2	1	-9	-9	1

Tab. 14: Spezialisierte Pflegeheime Brandenburg

Nr.	Name	Adresse	Spez	VersFo	Ziel	BettG	BettS	Träger
01	Senioren-Wohnpark Neuruppin	Artur-Becker-Straße 31, 16816 Neuruppin	3	2	1	160	-9	1
02	Wohn- und Pflegezentrum Havelland	Forststraße 39, 14712 Rathenow	3	2	1	-9	-9	1
03	Diakonisches Alten- und Pflegezentrum "Albert-Schweitzer-Haus"	Feldstraße 24, 03044 Cottbus	3	2	1	46	19	3
04	Wohn- und Pflegezentrum	Jungclausenweg 5, 15232 Frankfurt/Oder	-9	2	1	45	4	3
05	Wachkomazentrum Regine-Hildebrandt-Haus	Kurallee 45, 16321 Bernau-Waldsiedlung	3	1	3	30	30	1
06	Gesundheitszentrum Teltow	Straße nach Fichtenwalde 16, 14547 Beelitz-Heilstätten	3	2	1	-9	-9	3
07	Remeo Center Mahlow	Herbert-Tschäpe-Straße 12, 15831 Mahlow	2	1	1	40	40	1

Tab. 15: Spezialisierte Pflegeheime Mecklenburg-Vorpommern

Nr.	Name	Adresse	Spez	VersFo	Ziel	BettG	BettS	Träger
01	Klinik Malchower See	August Bebel Straße 27, 17213 Malchow	3	2	1	240	-9	1
02	AWO Pflegeheim MPVZ Tiefwareensee	Am Mühlenberg 25, 17192 Waren	3	2	1	-9	-9	2
03	Seniorenpflegeheim Haus am Freistrom	Bergstraße 34, 19386 Lübz	3	2	3	120	12	1
04	Pflegeheim Anklam	Lindenstraße 75, 17389 Anklam	1	2	1	139	4	1
05	Altenpflegeheim Ducherow	Hauptstraße 58, 17398 Ducherow	1	2	1	120	4	3
06	Kursana Domizil Greifswald	Talliner Straße 1, 17493 Greifswald	3	2	1	245	10	1
07	DRK Seniorenwohnanlage Evershagen	Aleksis-Kivi-Str. 1, 18106 Rostock	3	2	1	168	15	3
09	Malteserstift St. Elisabeth	Käferweg 1, 23966 Wismar	3	2	1	120	24	3
10	Sozius Pflege- und Betreuungsdienste Haus „Am Grünen Tal“	Vidiner Straße 21, 19063 Schwerin	3	2	1	91	27	3
11	Schaalsee-Residenz Zarrentin	Gudower Ring 14, 19246 Zarrentin	1	2	1	77	-9	1
12	DRK Fachpflegeeinrichtung für Menschen im Wachkoma	Penzliner Str. 54, 17235 Neustrelitz	3	1	1	20	20	3

4. Daten spezialisierte Pflegedienste

Legende

Variable	Erläuterung	Ausprägung
Ziel	Zielgruppe	1 = Erwachsene 2 = Kinder 3 = Erwachsene und Kinder
VersFo	Versorgungsform der Einrichtung	1 = ausschließlich Intensivversorgung 2 = weitere Versorgungsschwerpunkte
WG	Versorgungsangebot in ambulant betreuter WG	0 = nein 1 = ja
AsP	Versorgungsangebot im Assistenzpflege- / Arbeitgebermodell	0 = nein 1 = ja -9 = keine Angabe
Träger	Trägerstruktur	1 = privat 2 = öffentlich 3 = freigemeinnützig

Tab. 16: Spezialisierte Pflegedienste Berlin

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	VersFo	WG	AsP	Träger
01	A & S Nachbarschaftspflege	Treskowallee 62, 10318 Berlin	1	2	1	-9	1
02	KIS Krankenpflege Initiative Süd	Mehrower Allee 22, 12687 Berlin	1	2	1	-9	1
03	"Die Zehlendorfer" Pflegedienst	Potsdamer Straße 23, 14163 Berlin	1	2	1	-9	1
04	Futura GmbH – pflegen, betreuen, beraten	Ruhlebener Straße 128, 13597 Berlin	1	2	0	1	1
05	Ambulanter Pflegedienst FLORA	Suarezstraße 19, 14057 Berlin	1	2	0	-9	1
06	DELONGCARE Ambulanter Pflegedienst	Lietzenburger Straße 54, 10719 Berlin	1	1	0	-9	1
07	Rundum Pflegedienst	Oudenarder Straße 16, 13347 Berlin	3	2	1	-9	1
08	Elai Fachpflegeteam	Knorrpromenade 9, 10245 Berlin	3	1	1	-9	1
09	GIP Gesellschaft für medizinische Intensivpflege mbH	Marzahner Straße 34, 13053 Berlin	3	1	1	-9	1
10	Havelpflege HVVG- Ambulante Pflegedienste	Havelschanze 15, 13587 Berlin	1	1	1	-9	1
11	RENAFAN	Berliner Straße 36, 13507 Berlin	1	2	1	-9	1
12	Phönix Soziale Dienste	Grützmacherweg 81, 13599 Berlin	1	2	0	1	3
13	ITS Home	Allee der Kosmonauten 51, 12685 Berlin	3	1	1	-9	1
14	IMP-Team	Lankwitzer Straße 19, 12107 Berlin	3	1	0	-9	1
15	Hauskrankenpflege EVENTUS	Elsterwerdaer Platz 1, 12683 Berlin	1	2	1	1	1
16	Sentacura	Ollenhauer Straße 98, 13403 Berlin	1	2	1	-9	1
17	Ambulanter Pflegedienst Jill Lindemann	Auguste-Viktoria-Allee 85, 13403 Berlin	1	2	1	-9	1
18	Via Humana Pflegeteam	Gustav-Adolf-Straße 130, 13086 Berlin	1	2	1	-9	1
19	Intensive Care Home 24	Neue Grünstraße 9, 10179 Berlin	1	1	1	-9	1
20	Zentrum für Beatmung und Intensivpflege im "Storkower Bogen"	Franz-Jacob-Straße 4, 10369 Berlin	1	1	1	-9	1
21	Ambulanter Pflegedienst Liebenow	Mühlenstraße 4, 12247 Berlin	3	2	0	-9	1
22	Gesundheitspflege Helle-Mitte	Schleusinger Straße 8, 12687 Berlin	2	2	1	-9	1

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	VersFo	WG	AsP	Träger
23	Ambulanter Pflegedienst KURA-PLUS	Bozener Straße 11, 10825 Berlin	3	2	1	-9	1
24	Medizin mobil Nord	Zobeltitzstraße 47, 13403 Berlin	1	2	1	-9	1
25	Deta-Med Hauskrankenpflege	Tempelhofer Damm 184, 12099 Berlin	3	2	1	-9	1
26	Hesena Mobil	Mariendorfer Damm 148, 12107 Berlin	1	2	1	-9	1
27	Panke-Pflege	Breite Straße 22, 13187 Berlin	1	2	0	1	1
28	advita Pflegedienst	Schnellerstraße 123, 12439 Berlin	1	2	1	-9	1
29	sab	Komturstraße 18, 12099 Berlin	3	1	1	1	3
30	Proficare Pflegedienst	Karl-Marx-Straße 224, 12055 Berlin	1	1	1	-9	1
31	Beatmung Daheim	Köpenicker Straße 32, 12524 Berlin	2	1	0	-9	1
32	Life Cure	Prinzenallee 48, 13359 Berlin	1	1	1	-9	1
33	APD24-AmbulanterPflege-Dienst24	Warener Straße 1, 12683 Berlin	1	1	0	1	1
34	AvR Pflegedienste	Große Hamburger Straße 18, 10115 Berlin	1	1	0	-9	1
35	Ambulantes Pflegeteam Marc Bennerscheidt	Meininger Straße 10, 10823 Berlin	1	1	0	-9	1
36	Alegria Pflegedienst	Fechnerstraße 5, 10717 Berlin	1	1	1	-9	1
37	Arkon Pflegedienst	Martin-Luther-Straße 111, 10825 Berlin	1	2	0	-9	1
38	Pflegedienst Luna	Pichelsdorfer Straße 114, 13595 Berlin	1	1	0	1	1
39	Gardé Ambulanter Pflegedienst	Friedenstraße 29, 12107 Berlin	1	2	1	-9	1
40	Alfie & Friends Pflegedienst	Chausseestraße 5, 10115 Berlin	3	1	0	-9	1
41	Estella Cura	Alt-Kaulsdorf 23, 12621 Berlin	1	2	1	-9	1
42	Sodalith Pflegedienst	Alt-Kaulsdorf 23, 12621 Berlin	1	1	1	-9	1
43	Curamobil Berlin	Magazinstraße 8, 10179 Berlin	1	2	1	-9	1
44	DTP - Deutsch-Türkischer Krankenpflegedienst	Lützowstraße 21, 10785 Berlin	1	2	1	-9	1
45	MEDI + CARE Hauskrankenpflege	Grabbeallee 32, 13156 Berlin	1	2	1	-9	1
46	Life Air Hauskrankenpflege	Gäbler Straße 3, 13086 Berlin	1	1	0	-9	1
47	SYNO- ambulanter Pflegedienst	Gürtelstraße 29, 10247 Berlin	1	2	0	-9	1
48	miCura Pflegedienste Berlin	Möllendorffstraße 104, 10367 Berlin	3	2	0	1	1
49	Privatpflegedienste von Rupperecht	Kantstraße 66, 10627 Berlin	1	2	0	-9	1
50	TRIDUO PFLEGE	Hauptstraße 13, 13158 Berlin	-9	2	0	1	1
51	Ambulanter Pflegedienst Südwind – Beatmungs- und Intensivpflege	Blankenbergstraße 4, 12161 Berlin	1	1	0	-9	1
52	AIP Inter Care Berlin	Weißenhöher Straße 64, 12683 Berlin	1	1	0	-9	1
53	B.B.Z. Pneumocare	Claszeile 34, 14165 Berlin	-9	-9	-9	-9	1
54	Fredericks Intensivpflege	Caspar-Theyß-Straße 33, 14193 Berlin	2	2	1	-9	1
55	Pflegewerk Sozialstation Charlottenburg	Kurfürstendamm 126, 10711 Berlin	1	2	1	-9	1
56	HK24	Schonensche Straße 26, 13189 Berlin	1	1	1	-9	1
57	Ambulanter Dienst der	Oraniendamm 10,	1	2	1	1	3

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	VersFo	WG	AsP	Träger
	Fürst Donnersmarck Stiftung	13469 Berlin					
58	AID Ambulante Intensivpflege Daheim Norman Cieslik	Berliner Straße 32, 13467 Berlin	-9	-9	-9	-9	-9
59	APB GO Ambulantes Pflegezentrum	Cicerostraße 22, 10709 Berlin	1	2	1	-9	1
60	Comfort Homecare	Franklinstraße 8, 10587 Berlin	1	1	1	-9	1
61	Berliner Sternschnuppen	Blissestraße 61, 10713 Berlin	3	2	0	-9	1
62	Kinderintensivpflegedienst Gänseblümchen	Deutschmeisterstraße 4, 10367 Berlin	2	1	0	-9	1
63	Kleine Strolche Kinder-Intensivpflegedienst	Teltower Damm 20, 14169 Berlin	2	1	1	-9	1
64	Perspektive Daheim Intensivpflegedienst für Kinder und Jugendliche	Gubener Straße 44, 10243 Berlin	2	1	0	-9	1
65	GANZinFAMILIE	Flensburger Str. 27, 10557 Berlin	3	1	0	-9	1
66	Kinderpflegedienst ZwergNase	Müggelstraße 11, 10247 Berlin	2	2	0	-9	1
67	TAB - Team Außerklinische Beatmung	Lindenberger Weg 27, 13125 Berlin	2	1	0	-9	1
68	AIS - Ambulante Intensivpflege Steglitz	Filandastraße 5, 12169 Berlin	1	1	1	-9	1
69	allcare Pflegedienst	Eitelstraße 85, 10317 Berlin	3	1	1	-9	1
70	Hauskrankenpflege Jung und Alt	Groß Ziethener Chaussee 16, 12355 Berlin	-9	-9	-9	-9	-9

Tab. 17: Spezialisierte Pflegedienste Brandenburg

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	VersFo	WG	AsP	Träger
01	Pflegedienst IHPB Anni Falk	August-Bebel-Straße 23, 15517 Fürstenwalde	1	2	0	-9	1
02	Sukhavati Pflege	Karl-Marx-Damm 25, 15526 Bad Saarow	1	2	1	-9	3
03	Pflege mit Herz	Pieskower Straße 33, 15526 Bad Saarow	1	2	1	-9	1
04	Pflegeteam Gallus	Fürstenwalder Straße 22, 15234 Frankfurt/Oder	1	2	0	-9	1
05	Johanniter Ambulante Kinderkrankenpflege	Lindenpark 8, 15898 Neuzelle	2	2	0	-9	3
06	Häusliche Kinderkrankenpflege Brandenburg e. V.	Friedrichstraße 1, 15537 Erkner	2	2	0	-9	3
07	Life Cure	Prötzeler Chaussee 5, 15344 Strausberg	1	1	1	-9	1
08	Bettlex Pflegedienst	Prötzeler Chaussee 1, 15345 Strausberg	2	1	0	-9	1
09	Ihr mobiles Pflegeteam	Am Markt 21, 15345 Eggersdorf	1	2	0	-9	1
10	Hauskrankenpflege "Am Mühlenfließ"	Fließstraße 6, 15345 Eggersdorf	1	2	0	-9	1
11	Ambulant Anders Leben	Ludwigstraße 22, 15345 Eggersdorf	1	1	0	-9	1
12	AVICUS Hauskrankenpflege	Rüdersdorfer Straße 21, 15370 Fredersdorf-Vogelsdorf	1	2	1	-9	1
13	Intensivpflege Seilz	An der Schillerwarte 12, 15537 Gosen-Neu Zittau	3	1	1	-9	1
14	Kristallkinder Intensivpflege	Wilhelm-Pieck-Str. 157, 15370 Petershagen	2	1	1	-9	1
15	GIP-Gesellschaft für medizinische Intensivpflege mbH	Friedrichshagener Str. 14, 15566 Schöneiche	3	1	0	-9	1

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	VersFo	WG	AsP	Träger
16	Homes Mobiles Pflegezentrum	Rosa-Luxemburg-Damm 31, 15366 Neuenhagen	1	2	0	-9	1
17	Homes Mobiles Pflegezentrum	Am Grünzug 16, 15366 Hoppegarten	1	2	0	-9	1
18	ITS Home Dirk Böhlendorf	Hauptstraße 48, 15366 Neuenhagen	3	1	1	-9	1
19	Intensivpflege Heine	Blumenstraße 8, 15711 Königs Wusterhausen	1	1	1	-9	1
20	MEDIS außerklinische Intensivpflege	Bollendorfer Weg 38, 15366 Hoppegarten	1	1	1	-9	1
21	Mobilé Leben-mit-Service	Mahlsdorfer Straße 61, 15366 Hoppegarten	1	2	1	-9	1
22	Pflegedienst Marlis Lenz	Lindenplatz 1, 19348 Berge	1	1	1	-9	1
23	Johanniter Ambulante Kinderkrankenpflege	Eichhorster Weg 1, 16244 Schorfheide	2	2	0	-9	3
24	Häusliche Krankenpflege Karola Hinz	Am Markt 6, 17268 Templin	1	2	0	-9	1
25	Ambulanter Pflegedienst "WW" Wansner & Westphal	Ort Buchholz 12, 17268 Gerswalde	1	2	1	-9	1
26	AIB-Ambulante Intensivpflege Barnim	Eberswalder Straße 122, 16227 Eberswalde	1	1	1	-9	1
27	GLG - Ambulante Pflege & Service	R.-Breitscheid-Str. 36, 16225 Eberswalde	3	2	1	-9	1
28	Volkssolidarität Sozialstation Zehdenick	Klosterstraße 9, 16792 Zehdenick	1	2	0	-9	3
29	Sonnenengel Pflegedienst Uckermark	Badestraße 8, 17291 Prenzlau	1	2	1	-9	1
30	Sozialstation Dirk Weise	Brüssower Allee 91, 17291 Prenzlau	1	2	1	-9	1
31	Pflegedienst - Anker	Baustraße 31, 17291 Prenzlau	1	2	1	-9	1
32	PGS Pflege-, Gesundheits- & Sozialdienst	Stettiner Straße 15, 17291 Prenzlau	3	2	1	-9	1
33	AIP Ambulante Intensiv Pflege	Prenzlauer Chaussee 176, 16348 Wandlitz	1	2	1	-9	1
34	pro-Intensiv	Karthausstraße 10, 16303 Schwedt	3	1	1	-9	1
35	Sunshine - Pflegedienst	Berliner Straße 52, 16303 Schwedt	1	1	1	-9	1
36	M & B Atmungspflege	Friedenstaler Platz 16, 16321 Bernau	1	1	0	-9	1
37	ILMW - Intensiv Leben mit Wert	Straße der Jugend 21, 16341 Panketal	1	1	1	-9	1
38	Euviata 24 häusliche Pflege	Mühlenbecker Straße 36, 16552 Schildow	1	2	0	-9	1
39	HumanitAir Pflegedienst	Hermisdorfer Straße 114, 16552 Schildow	3	1	0	-9	1
40	PFLEGETEAM "Die Zwei" Anja Böhme & Silvia Hirsch	Stettiner Straße 5, 17291 Prenzlau	1	2	1	-9	1
41	Hauskrankenpflege Humanitas WHB	Straße des Friedens 8, 16816 Neuruppin	1	2	0	-9	1
42	Hauskrankenpflege "Humaniter"	Berliner Straße 43, 16866 Kyritz	1	2	0	-9	1
43	PiA 24	Rheinsberger Straße 16, 16909 Wittstock	1	1	1	-9	1
44	ipw Intensivpflege Wittstock	Pritzwalker Straße 10, 16909 Wittstock	1	1	1	-9	1
45	AlexA pro vita	Friedrich-Schiller-Str. 26, 16909 Wittstock	1	2	0	-9	1
46	StellaMED Hauskrankenpflege	Lucas-Cranach-Str 5, 16909 Wittstock	1	2	1	-9	1
47	Ambulanter- und Intensivpflegedienst Eichenhof	Eichenhof 3, 16767 Leegebruch	1	2	1	-9	1
48	Helping Hands	Neuendorf Straße 14, 16761 Hennigsdorf	1	1	0	-9	1
49	Adiuto Pflege	Falkenhagener Str. 101, 14612 Falkensee	3	2	0	-9	1

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	VersFo	WG	AsP	Träger
50	Elite das Pflgeteam - Ambulante Hauskrankenpflege	Neuendorfstraße 16, 16761 Hennigsdorf	3	2	1	-9	1
51	Best Home Hauskrankenpflege	Spandauer Straße 160, 14612 Falkensee	1	2	1	-9	1
52	Cura e Vita	Am Rosengarten 7, 14621 Schönwalde	3	2	0	-9	1
53	Häuslicher Pflegedienst "Elsterland"	Friedrich-Engels-Str. 19, 04910 Elsterwerda	1	2	1	-9	1
54	M&M Intensivpflegedienst	Albrecht-Dürer-Str. 11, 04916 Herzberg	1	1	0	-9	1
55	Intensivpflege Spreewald	Otto-Grotewohl-Str. 4, 03222 Lübbenau	1	1	0	-9	1
56	Johanniter Ambulanter Kinderkrankenpflegedienst	Werner-Seelenbinder-Ring 44, 03048 Cottbus	2	2	0	-9	3
57	Claudia "Ihr Pflegeservice mit Herz"	Hauptstraße 35, 03238 Rückersdorf	1	2	1	-9	1
58	Ambulante Gemeindepflege - Soziale Dienste - Herrn Rudolf Knorrek	R.-Breitscheid-Str. 12, 15859 Storkow	1	1	1	-9	1
59	WIBhomecare	Pferdestraße 10, 14913 Jüterbog	1	1	1	-9	1
60	Sozialstation Eveline Müller	Große Straße 77, 14913 Jüterbog	2	2	0	-9	1
61	COMCURA	Str. nach Fichtenwalde 16, 14547 Beelitz	1	2	1	-9	1
62	Krankenpflege Schüßler Blue Vital	Hubertusstraße 26, 14552 Michendorf	3	2	0	-9	1
63	Pflegedienst Nicole Tobias	Rennsteig 2, 14552 Michendorf	3	2	1	-9	1
64	Kipfl - KinderIntensivpflegedienst	Ricarda-Huch-Straße 2, 14480 Potsdam	2	2	0	-9	1
65	Fiato-Pflegedienst	Gerlachstraße 39, 14480 Potsdam	3	1	0	-9	1
66	3W Ambulante Pflege Intensiv	Französische Straße 19, 14467 Potsdam	1	1	1	-9	1
67	RIVA 24-7 Häusliche Kranken- und Intensivpflege	Waldhornweg 17, 14480 Potsdam	1	2	0	-9	1
68	Renafan ServiceLeben Havelpflege	Neuendorfer Straße 75, 14770 Brandenburg	1	1	1	-9	1
69	Atemzug Intensivpflege Burkart	Heidestraße 19, 14532 Stahnsdorf	3	1	0	-9	1
70	"Jedermann-Gruppe"	Bauhofstraße 48, 14776 Brandenburg	3	2	1	-9	3
71	Percurana	Magdeburger Straße 1, 14770 Brandenburg	1	2	0	-9	1
72	TIW Therapeutisch Intensives Wohnen	Baruther Straße 23, 15806 Zossen	1	1	1	-9	1
73	AZURIT Pflegedienst	Louis- Günther- Str. 15, 15806 Zossen	1	1	1	1	1
74	abp Ambulante Beatmungs- und Palliativ-Pflege	Rheinstraße 7, 14513 Teltow	1	1	0	-9	1
75	Pflege Daheim Tag & Nacht Intensiv- und Beatmungspflege	Potsdamer Straße 48, 14513 Teltow	1	1	1	-9	1
76	Hauskrankenpflege Thieke	Kallincher Straße 1, 15806 Zossen	1	2	1	-9	1
77	Linde Remeo	Herbert-Tschäpe-Straße 12, 15831 Mahlow	1	1	0	-9	1
78	Aktiv Pflege 24 GmbH	Karl-Marx-Straße 121, 12529 Schönefeld	1	2	0	-9	1

Tab. 18: Spezialisierte Pflegedienste Mecklenburg-Vorpommern

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	VersFo	WG	AsP	Träger
01	Pflegedienst Pommern	Steinstraße 11, 17389 Anklam	1	2	1	-9	1
02	Ambulanter Pflegedienst Martina Baltz	Ravelinstraße 14, 17389 Anklam	1	2	1	-9	1
03	Ambulanter Pflegedienst Martina Baltz	Hufelandstraße 4, 17438 Wolgast	1	2	0	-9	1
04	Gerovita	Schafbrückweg 79, 17373 Ueckermünde	3	1	1	-9	1
05	Ora Cura Intensiver Pflege- dienst	Am Koppelberg 14, 17489 Greifswald	3	2	1	-9	1
06	Hauskrankenpflege Nord- licht	Lomonossowallee 44, 17491 Greifswald	3	2	1	-9	1
07	Häusliche Krankenpflege Michael Beier	Lindenstraße 1, 17424 Ostseebad He- ringsdorf	1	2	0	-9	1
08	IPD-MV	An den Wurthen 26, 17489 Greifswald	3	1	1	-9	1
09	Pflege in Vorpommern	Am Koppelberg 14, 17489 Greifswald	3	2	0	-9	1
10	MSP-Intensivpflege	Baustraße 32, 17489 Greifswald	3	1	1	-9	1
11	Pommern Residenz Ambu- lanter Dienst	Dünenstraße 30, 17419 Seebad Ahlbeck	1	2	0	-9	1
12	Pflegedienst "Nordeck"	Lange Straße 13, 17489 Greifswald	1	2	0	-9	1
13	Böser & Briehn	Große Grüne Straße 12, 17192 Waren	1	2	1	-9	1
14	Hand in Hand Sozialstation	Retzower Straße 15, 17252 Mirow	1	1	1	-9	1
15	Häusliche Krankenpflege Andrea Lichterfeld	Penzliner Straße 15, 17235 Neustrelitz	1	2	0	1	1
16	MaxiCare Krankenpflege	Am Hoben 12, 17255 Wesenberg	1	2	0	-9	1
17	Greenlife-Comfort	Rostocker Straße 16, 17033 Neubrandenburg	1	2	1	-9	1
18	Wilma Pflegedienst	Hauerweg 4, 17036 Neubrandenburg	3	2	1	1	1
19	W&W Pflegedienstleistung MV	Friedrich-Engels- Str. 42, 18273 Güstrow	1	1	1	-9	1
20	Das Pflegeteam	Wallensteinstraße 22, 18273 Güstrow	1	2	1	-9	1
21	Pflegedienst Insepflege Sonnenblume	Schulstraße 116, 18551 Sagard	1	2	1	-9	1
22	Aktiv Pflegeservice	Ulmenallee 10, 18311 Ribnitz-Damgar- ten	3	2	1	1	1
23	Pflegekombinat Kranken- und Intensivpflege	Todenhäger Straße 4, 18320 Ahrenshagen- Daskow	3	2	1	-9	3
24	Intensivpflege Nord- deutschland	Am Strande 3, 18055 Rostock	3	1	1	1	1
25	Pflegeverbund Rostock	Güstrower Straße 7, 18109 Rostock	3	2	1	-9	1
26	Intensivpflegedienst Melita	Warnowufer 59, 18057 Rostock	3	1	1	-9	1
27	Lifetime MV	Am Vögenteich 25, 18055 Rostock	1	2	1	-9	1
28	D&D Intensiv	Doberaner Straße 43, 18057 Rostock	1	2	1	-9	1
29	KS Die Pflegespezialisten	Platz d. Freundschaft 1, 18059 Rostock	1	2	0	-9	1
30	Häuslicher Kranken- und Pflegedienst Barbara Jo- seph	Ulrich-v.-Hutten Str. 31, 18069 Rostock	1	2	-9	-9	1
31	Pflegeteam Ostseeküste	Dr.-Kurt-Fischer-Straße 1, 18507 Grimmen	1	2	1	-9	1
32	Pflegedienst Neumann	Schwedenweg 10, 18507 Grimmen	1	2	-9	-9	1

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	VersFo	WG	AsP	Träger
33	Hauskrankenpflege Nordlicht	Knieper Damm 25, 18435 Stralsund	3	2	1	-9	1
34	Intensivpflegedienst Lebens(T)raum	Sarnowstraße 7, 18435 Stralsund	1	2	1	-9	1
35	Sanitas Pflege & Betreuungs GmbH	Johannes-Stelling-Str. 3, 19053 Schwerin	3	1	1	-9	1
36	Pflegedienst Barkholdt	Rahlstedterstraße 29, 19057 Schwerin	3	2	1	-9	1
37	Hauskrankenpflege Human M-V	Hamburger Allee 140, 19063 Schwerin	1	2	0	-9	1
38	Luna Ambulanter Intensivpflegedienst MV	Eckdrift 14, 19061 Schwerin	3	1	1	-9	1
39	Ambulanter Lewitz Pflegedienst Birgit Rütz	Störstraße 2, 19086 Plate	3	2	1	-9	1
40	Aurora Pflegedienst Stefan Roloff	Ahornstraße 13, 19075 Pampow	3	2	0	-9	1
41	cAIRful med	Am Schloss 36, 23936 Bernstorf	1	1	1	-9	1
42	Pflegedienst Hoop	An der Koggenoor 23, 23966 Wismar	3	2	0	-9	1
43	Privater Ambulanter Pflegedienst Scharf & Kegel	An der Festwiese 3, 17129 Tutow	1	2	1	-9	1
44	PRO MENSCH Med. Betreuungs- u. Pflegedienst	Am Eicheneck 6, 18273 Güstrow	1	2	0	-9	1
45	Häuslicher Kranken- und Pflegedienst Grimmek	Akazienstr. 44, 17389 Anklam	1	2	1	-9	1

5. Spezialisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften

Legende

Variable	Erläuterung	Ausprägung
Ziel	Zielgruppe	1 = Erwachsene 2 = Kinder 3 = Erwachsene und Kinder
Plätze	verfügbare Platzzahl	numerisch -9 = keine Angabe

Tab. 19: Ambulant betreute Intensivpflege-Wohngemeinschaften Berlin

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	Plätze
01	Beatmungszentrum	Majakowskiring 43, 13156 Berlin	1	11
02	Wohngemeinschaft	Otawistr. 27, 13351 Berlin	-9	4
03	Wohngemeinschaft im Senioren- und Therapiezentrum Haus Havelblick	Havelschanze 3, 13587 Berlin	1	30
04	Zentrum für Beatmung und Intensivpflege im "Storkower Bogen"	Franz-Jacob-Straße 4, 10369 Berlin	1	46
05	Betreutes Wohnen Berlin Buch	Zepernicker Straße 2, 13125 Berlin	1	12
06	Treskowhöfe 24	Treskowallee 24, 10318 Berlin	1	12
07	Katrins WG für Intensivpflege	Zepernicker Straße 2, 13125 Berlin	1	7
08	Betreutes Wohnen Wendenschloßstraße	Wendenschloßstraße 324, 12557 Berlin	1	10
09	Betreutes Wohnen Wittenau	Olbendorfer Weg 50, 13403 Berlin	1	10
10	Betreutes Wohnen Tegel I	Berliner Straße 25, 13507 Berlin	1	24
11	Betreutes Wohnen Schloßstraße	Schloßstraße 6, 13507 Berlin	1	12
12	Wohngemeinschaft Traumfänger	Mariendorfer Damm 148, 12107 Berlin	1	13
13	WG Berlin Mitte	Leipziger Straße 58, 10117 Berlin	1	5
14	WG Berlin Pankow	Goethestraße 20, 13158 Berlin	1	8
15	Haus Tabbertstraße	Tabbertstraße 27, 12459 Berlin	1	4
16	Wohngemeinschaft Treptow	Allee der Kosmonauten 47, 12681 Berlin	1	7
17	Wohngemeinschaft Wittenau	Wesendorfer Straße 10, 13349 Berlin	1	5
18	Wohngemeinschaften Köpenick	Roedernstraße 15, 12459 Berlin	1	4
19	Wohngemeinschaft Charlottenburg	Soorstraße 86, 14050 Berlin	1	5
20	Intensive Care Home 24	Wallstraße 14, 10179 Berlin	1	8
21	Intensivpflege-Wohngemeinschaft I	Tempelhofer Damm 119, 12099 Berlin	1	7
22	Intensivpflege-Wohngemeinschaft II	Tempelhofer Damm 119, 12099 Berlin	1	-9
23	Wohngemeinschaft	Lloyd-G.-Wells-Straße 2, 14163 Berlin	1	7
24	Wohngemeinschaft	Edwin-C.-Diltz-Straße 8, 14129 Berlin	1	-9
25	WG "Intensiver im Leben"	Elsterwerdaer Platz 1, 12683 Berlin	1	11
26	WG Transvaalstraße	Transvaalstraße 18, 13351 Berlin	1	5
27	WG Exerzierstraße	Exerzierstraße 32, 13357 Berlin	1	6
28	Sentacura WG	Alt-Wittenau 91, 13437 Berlin	1	2
29	Via Humana-WG 1	Inselstraße 10, 10179 Berlin	1	3
30	Via Humana-WG 2	Beuthstraße 1, 10117 Berlin	1	8
31	24 Stunden Intensive Pflege	Glockenblumenweg 31, 12357 Berlin	-9	5
32	sab Wohngemeinschaft Pankow	n.a.	1	8
33	Wohngemeinschaft im Wutzky-Center	Joachim-Gottschalk-Weg 21, 12353 Berlin	1	5
34	Wohngemeinschaft Intensivpflege	Lüdersstraße 16, 12555 Berlin	1	8
35	Wohngemeinschaft "Kleeblatt"	Forddamm 6, 12107 Berlin	1	12

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	Plätze
36	Wohngemeinschaft Lichterfelde	Ostpreußendamm 18, 12207 Berlin	1	4
37	WG 1 des Sodalith Pflegedienstes	Myslowitzer Straße 51, 12621 Berlin	1	8
38	WG 2 des Sodalith Pflegedienstes	Myslowitzer Straße 51, 12621 Berlin	1	8
39	WG 3 des Sodalith Pflegedienstes	Kötteritzweg 9, 12623 Berlin	1	7
40	Betreutes Einzelwohnen	Magazinstraße 8, 10179 Berlin	1	11
41	Ambulantes Beatmungszentrum in Pankow	Grabbeallee 32, 13156 Berlin	1	12
42	Wohngemeinschaft für Intensivpflege Bergmannstraße	Bergmannstraße 5, 10961 Berlin	1	6
43	Wohngemeinschaft für Intensivpflege Münchener Straße	Münchener Straße 24, 10779 Berlin	1	5
44	Betreutes Wohnen am Blumberger Damm	Blumberger Damm 231, 12687 Berlin	1	17
45	Haus Wiesengrund	Pinnauweg 15, 14167 Berlin	1	15
46	Betreutes Wohnen am Kurfürstendamm	Kurfürstendamm 126, 10711 Berlin	1	27
47	Haus Paula	Ragniter Allee 11, 14055 Berlin	1	21
48	Haus am Park	Schononsche Straße 26, 13189 Berlin	1	23
49	Betreute WG	Veitstraße 1, 13507 Berlin	1	1
50	WG Alt-Reinickendorf	Alt-Reinickendorf 45, 13407 Berlin	1	6
51	WG Wilmersdorf	Kurfürstendamm 123, 10711 Berlin	1	1
52	WG Bundesallee	Bundesallee 213, 10719 Berlin	1	2
53	Wohngemeinschaft für junge Erwachsene "Junge Mitte"	Möllendorfstraße 58, 10367 Berlin	1	1
54	hauseins – Das Berliner Intensiv- und SAPV-Zentrum	Bismarckstraße 98, 10625 Berlin	1	11
55	Rundum Pflegedienst	Sophienstraße 8, 10317 Berlin	1	-9
56	Rundum Pflegedienst	Scherer Straße 1, 13347 Berlin	1	-9
57	WG Moosrosenstraße	Moosrosenstraße 25, 12347 Berlin	1	-9
58	Life Cure GmbH Berlin	Prinzenallee 48, 13559 Berlin	1	-9
59	B.B.Z. Pneumocare	Claszeile 34, 14165 Berlin	-9	-9
60	P.A.N. Ambulant im Fürst Donnersmarck-Haus	Wildkanzelweg 28, 13465 Berlin	1	-9
61	Kinder-Wohngemeinschaft „Max und Moritz“	Weißenseer Weg 111, 10369 Berlin	2	8
62	Kinderinsel Kolibri	Hannsdorfer Straße 3, 12621 Berlin	2	2
63	WGs des Pflegedienstes Estella Cura	n.a.	1	-9
64	Strolchen-Nest	Joachim-Friedrich-Straße , 10711 Berlin	2	7
65	Fredericks Piratenschiff	n.a.	2	-9
66	AIS - Ambulante Intensivpflege Steglitz	Filandastraße 5, 12169 Berlin	1	-9
67	Wohngemeinschaft für Intensivpflege	Chemnitzer Straße 213, 12621 Berlin	-9	6
68	APB GO Ambulantes Pflegezentrum Berlin	Cicerostraße 22, 10709 Berlin	1	-9

Tab. 20: Ambulant betreute Intensivpflege-Wohngemeinschaften Brandenburg

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	Plätze
01	ProCurand Seniorenresidenz Ferch	Burgstraße 9, 14548 Schwielowsee	1	8
02	Intensiv-Pflegeeinrichtung „Am Westend-Park“	Heegermühler Straße 19, 16225 Eberswalde	1	6
03	Renafan ServiceLeben Havelstadt	Neuendorfer Straße 75, 14770 Brandenburg	1	-9
04	Sukhavati Pflege	Karl-Marx-Damm 25, 15526 Bad Saarow	1	8
05	Beatmungszentrum	Karl-Marx-Damm 24, 15526 Bad Saarow	1	-9

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	Plätze
06	Life Cure Strausberg	Prätzeler Chaussee 5, 15344 Strausberg	1	18
07	AVICUS Pflegewohnanlage	Rüdersdorfer Straße 21, 15370 Fredersdorf-Vogelsdorf	1	-9
08	WG betreut durch den Pflegedienst Seilz	An der Schillerwarte 12, 15537 Gosen-Neu Zittau	3	-9
09	WG Kristallkinder Intensivpflege	Wilhelm-Pieck-Straße 157, 15370 Petershagen	2	7
10	Toskana-Villa	Rosa-Luxemburg-Straße 45, 15732 Schulzendorf	1	6
11	Zentrum für Dysphagie- und Weaning	Bollensdorfer Weg 38, 15366 Hoppegarten	1	11
12	WG Pflegedienst Wansner & Westphal	Hauptstraße 10, 17291 Ueckerfelde	1	6
13	Wohngemeinschaft für Intensivpflege	Hussitenstrasse 4, 16321 Bernau	1	6
14	Ambulante Intensivpflege Barnim	Eberswalder Straße 122, 16227 Eberswalde	1	8
15	Betreutes Wohnen	Badestraße 8, 17291 Prenzlau	1	-9
16	Pflege-Anker	Brüssower Straße 7, 17291 Prenzlau	1	6
17	Sozialstation Dirk Weise (ambulante Intensivstation)	Marktberg 36, 17291 Prenzlau	1	-9
18	Sozialstation Dirk Weise (ambulante Intensivstation)	Salvador-Allende-Straße 1, 17036 Neubrandenburg	1	-9
19	Haus Flemisdorf	Dorfstraße 27, 16278 Schöneberg	1	-9
20	Haus Schulenburg	Stettiner Straße 15, 17291 Prenzlau	1	-9
21	Wohngemeinschaft in der Kranichsiedlung	Bahnhofstraße 36, 16303 Schwedt	1	8
22	Unterstützte Wohnform	Kirchstraße 7, 16306 Schönow	1	10
23	Wohngemeinschaft Ahrensfelde	Dorfstraße 49, 16356 Ahrensfelde	1	8
24	Wohngemeinschaft Panketal	Straße der Jugend 21, 16341 Panketal	1	10
25	Wohngemeinschaften Wittstock	Rheinsberger Straße 16, 16909 Wittstock	1	10
26	Wohngemeinschaft "Alte Molkerei"	Pritzwalker Straße 10, 16909 Wittstock	1	-9
27	Wohngemeinschaft	Eichenhof 4, 16767 Leegebruch	1	-9
28	Wohngemeinschaft	Friedrich-Engels-Straße 19, 04910 Elsterwerda	1	4
29	WG des Pflegedienstes Claudia	Hauptstraße 35, 03238 Rückersdorf	1	-9
30	Wohngemeinschaft Storkow	Schützenstraße 47, 15859 Storkow	1	-9
31	Wohngemeinschaft Beeskow	Storkower Straße 17, 15848 Beeskow	1	-9
32	Wohngemeinschaft Lieberose	Cottbuser Straße 24, 15868 Lieberose	1	-9
33	Wohngemeinschaft Wildau	Friedrich-Engels-Straße 7, 15745 Wildau	1	-9
34	Wohngemeinschaft Fürstenwalde 1	Otto-Nuschke-Straße 14, 15517 Fürstenwalde	1	-9
35	Wohngemeinschaft Fürstenwalde 2	Ernst-Thälmann-Straße 55, 15518 Fürstenwalde	1	-9
36	Wohngemeinschaft Frankfurt	Lindenstraße 15, 15230 Frankfurt/Oder	1	-9
37	Betreutes Wohnen für Beatmungs- und Intensivpflegepatienten	Badergasse 2, 14913 Jüterbog	1	15
38	Wohngruppe Intensivpflege Wilhelmshorst	Rennsteig 2, 14552 Michendorf	1	-9
39	Wohnen an der Nikolaikirche	Am Kanal 12, 14467 Potsdam	1	11
40	Wohnen an der Französischen Kirche	Am Kanal 12, 14467 Potsdam	1	8
41	Wohnen am Luisenplatz	Zimmerstraße 15, 14471 Potsdam	1	6
42	Wohngemeinschaft Potsdamer Straße	Potsdamer Straße 3, 14776 Brandenburg/Havel	1	6
43	Intensivwohngruppen Zossen	Weinberge 57, 15806 Zossen	1	22
44	Intensivwohngruppe Wünsdorf	Berliner Allee 48, 15806 Zossen	1	5
45	Wohngemeinschaft für Beatmung	Brandenburger Straße 38, 15806 Zossen	1	8

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	Plätze
46	Wohngemeinschaft	Lindenstraße 7, 14532 Stahnsdorf	1	8
47	Seniorenhaus Thieke	Kallinchener Straße 1, 15806 Zossen	1	15
48	Wohngemeinschaft Teltow	Alte Potsdamer Str. 9, 14513 Teltow	1	6
49	Intensivpflege am Lindenplatz	Parchimer Straße 5, 19348 Berge	1	5
50	WG des Pflegedienstes Comcura	Straße nach Fichtenwalde 16, 14547 Beelitz	1	-9
51	AIP Ambulante Intensiv Pflege UG	Prenzlauer Chaussee 176, 16348 Wandlitz	1	-9
52	StellaMED Haus Auenland	Lucas-Cranach-Str 5, 16909 Wittstock	1	6
53	Haus am Park	Rosa-Luxemburg-Straße 21, 17291 Prenzlau	1	3
54	WG Wolfshagen	Prenzlauer Straße 9, 17337 Wolfshagen	1	3

Tab. 21: Ambulant betreute Intensivpflege-Wohngemeinschaften Mecklenburg-Vorpommern

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	Plätze
01	Renafan ServiceLeben Holzhalbinsel	Gaffelschonerweg 11, 18055 Rostock	1	-9
02	Seniorenwohnanlage Bahnhofshotel	Pasewalker Straße 18, 17389 Anklam	1	-9
03	Betreutes Wohnen des Ambulanten Pflegedienstes Martina Baltz	Ravelinstraße 14, 17389 Anklam	1	5
04	GEROVITA Wohngemeinschaft Torgelow	Pestalozzistraße 4, 17358 Torgelow	-9	-9
05	GEROVITA Wohngemeinschaft Ueckermünde	Ueckerstraße 48, 17373 Ueckermünde	-9	-9
06	Kinderwohngruppe „Kleiner Fuchs“	Hafenstraße 48, 17489 Greifswald	2	-9
07	Pflege-Pension „mora momentum“	Anklamer Straße 82, 17489 Greifswald	3	5
08	Wohngruppe „Am Ryck“	Hafenstraße 48, 17489 Greifswald	-9	5
09	Wohngruppe „vita mea“	Katharinenstraße 40, 17003 Neubrandenburg	-9	5
10	Wohngruppe "Am Kastanienwall"	Stephanistraße 8, 17489 Greifswald	3	11
11	Pflege-Wohngruppe der Hauskrankenpflege Nordlicht	Juri-Gagarin-Ring 33, 17036 Neubrandenburg	-9	15
12	Pflege-Wohngruppe der Hauskrankenpflege Nordlicht	Theodor-Körner-Straße 36, 17498 Neuenkirchen	-9	4
13	IPD-MV Wohngruppe 1	An den Wurthen 28, 17489 Greifswald	1	10
14	IPD-MV Wohngruppe 2	Werner-von-Siemens Straße 4, 18437 Stralsund	1	12
15	Ambulant betreute Wohngemeinschaft	Müritzstr. 12, 17192 Waren	1	3
16	Ambulant betreute Wohngemeinschaft	n.a., Neustrelitz	1	3
17	Wohngemeinschaft Siehdichum	Siehdichum 6, 17217 Penzlin/OT Siehdichum	1	5
18	Wohngemeinschaft Teterow	n.a.	1	5
19	Intensiv WG 1	Verbindungschausee 3, 18273 Güstrow	1	9
20	Intensiv WG 2	Bützower Straße 30, 18274 Güstrow	1	6
21	Intensiv WG 3	Goldbergerstraße 70, 18273 Güstrow	1	6
22	Intensiv WG 4	Goldbergerstraße 70, 18274 Güstrow	1	6
23	Intensivwohngruppe	Wallensteinstraße 22, 18273 Güstrow	1	3
24	Haus am Storchennest	Am Storchennest 5, 18184 Broderstorf	1	-9
25	WG des Pflegedienst Inselfpflege Sonnenblume	n.a.	-9	-9
26	WG "Intensiver Leben"	Mecklenburger Allee 14, 18109 Rostock	-9	3
27	Haus Warnow-Blick	Gerüstbauerring 2, 18109 Rostock	-9	8
28	WG des Intensivpflegedienstes Melita	n.a., Rostock	3	-9

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	Plätze
29	WG des Pflegeteams Ostseeküste	n.a.	-9	-9
30	Wohngemeinschaft Bergen	Calandstraße 7, 18528 Bergen auf Rügen	1	6
31	Wohngemeinschaft Stralsund	Heinrich-Heine-Ring 107, 18435 Stralsund	1	6
32	Wohngemeinschaft Stralsund	Wolfgang-Heinze- Straße 9, 18439 Stralsund	1	6
33	Wohngemeinschaft Seeblick	Seeblick 1, 19306 Neustadt-Glewe	-9	12
34	Ambulante Wohngemeinschaft mit intensivpflegerischem Bedarf	Robert-Koch-Straße 15, 19055 Schwerin	-9	4
35	Sanitas Intensivpflege-WG	Fliederweg 4, 19288 Ludwigslust	-9	9
36	Uns Hüsung	Schweriner Straße 5, 19243 Boddin	1	-9
37	WG des Pflegedienstes Luna	Stern Buchholz 16, 19061 Schwerin	-9	8
38	WG "Mut zum Glückhsein"	Straße der Befreiung 40, 19079 Banzkow	1	10
39	Schloss Bernstorf	Am Schloss 36, 23936 Bernstorf	-9	-9
40	Pflegeverbund Rostock GmbH	Großschmiedestraße 7, 23966 Wismar	-9	-9
41	D&D Intensiv	Doberaner Straße 43, 18057 Rostock	1	-9
42	Haus Hedwig	Görke 20, 17390 Postlow	1	3
43	Lifetime MV	Am Vögenteich 25, 18055 Rostock	1	-9
44	MSP-Intensivpflege	Baustraße 32, 17489 Greifswald	3	-9
45	Privater Ambulanter Pflegedienst B. Scharf & C. Kegel	Festwiese 3, 17129 Tutow	1	-9
46	Sozialstation Dirk Weise (ambulante Intensivstation)	Salvador-Allende-Str. 1, 17036 Neubrandenburg	1	-9
47	NZ - Weidenweg	Weidenweg , 17235 Neustrelitz	3	8

6. Sozialpädiatrische Zentren – SPZ

Legende

Variable	Erläuterung	Ausprägung
Träger	Trägerstruktur	1 = privat 2 = öffentlich 3 = freigemeinnützig

Tab. 22: SPZ Berlin

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Träger
01	SPZ Schöneberg/Tiergarten	Karl-Schrader-Str 6, 10781 Berlin	3
02	SPZ Charlottenburg - Wilmersdorf	Berliner Straße 40, 10715 Berlin	3
03	SPZ Reinickendorf/Wedding	Nazarethkirchstraße 52, 13347 Berlin	3
04	SPZ Spandau	Seeburger Straße 9, 13581 Berlin	3
05	SPZ Lichtenberg	Demminer Straße 6, 13059 Berlin	3
06	SPZ Charité Campus Virchow Klinikum	Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin	2
07	SPZ am Helios Klinikum Berlin-Buch	Schwanebecker Chaussee 50, 13125 Berlin	1
08	SPZ Marzahn	Blumenberger Damm 158, 12679 Berlin	3
09	SPZ Prenzlauer Berg	Paul-Robeson-Straße 35, 10439 Berlin	3
10	SPZ Neukölln	Britzer Damm 65, 12347 Berlin	3
11	SPZ Hellersdorf	Auerbacher Ring 43, 12619 Berlin	3
12	SPZ Köpenick	An der Wuhlheide 232, 12459 Berlin	3
13	SPZ Treptow	Edisonstraße 63, 12459 Berlin	3
14	SPZ am DBZ Vivantes Klinikum Neukölln	Rudower Straße 48, 12351 Berlin	1
15	SPZ Lichterfelde	Prettau Pfad 33, 12207 Berlin	1
16	SPZ Weissensee	Prenzlauer Allee 90, 10409 Berlin	1
17	SPZ Kreuzberg	Ritterstraße 3, 10969 Berlin	3
18	SPZ am Sana Klinikum Lichtenberg	Fanningerstraße 32, 10365 Berlin	1
19	SPZ Friedrichshain Vivantes Klinikum	Landsberger Allee 49, 10249 Berlin	1
20	SPZ Berlin Mitte	Rathausstraße 13, 10178 Berlin	1
21	SPZ Helios Klinikum Buch	Schwanebecker Chaussee 50, 13125 Berlin	1
22	SPZ Tempelhof	Riegerzeile 1, 12105 Berlin	3

Tab. 23: SPZ Brandenburg

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Träger
01	SPZ an den Ruppiner Kliniken	Fehrbelliner Straße 38, 16816 Neuruppin	1
02	SPZ des Klinikum Frankfurt/Oder	Heilbronner Straße 1, 15230 Frankfurt/Oder	1
03	SPZ im Klinikum Westbrandenburg	Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam	1
04	SPZ des Carl-Thiem-Klinikum	Thiemstraße 111, 03048 Cottbus	1

Tab. 24: SPZ Mecklenburg-Vorpommern

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Träger
01	SPZ Universitätsmedizin Rostock	Ernst-Heydemann-Straße 8, 18057 Rostock	2
02	SPZ Mecklenburg	Wismarsche Straße 308, 19055 Schwerin	3
03	SPZ Vorpommern	Makarenkostraße 8, 17491 Greifswald	3

7. Sozialmedizinische Nachsorge – SMN

Legende

Variable	Erläuterung	Ausprägung
Träger	Trägerstruktur	1 = privat 2 = öffentlich 3 = freigemeinnützig

Tab. 25: SMN Berlin

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Träger
01	Traglinge e.V.	Stadtrandstraße 555, 13589 Berlin	3
02	Kindergesundheitshaus Standort Vivantes Neukölln	Rudower Straße 48, 12351 Berlin	3
03	Kindergesundheitshaus Standort Charité CVK	Augustenburger Platz 1 1, 13353 Berlin	3
04	Kindergesundheitshaus Standort DRK Kliniken	Spandauer Damm 130, 14050 Berlin	3

Tab. 26: SMN Brandenburg

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Träger
01	Bunter Kreis am Klinikum Westbrandenburg	Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam	1
02	Future Care	St.-Annen-Straße 28, 14776 Brandenburg	1

Tab. 27: SMN Mecklenburg-Vorpommern

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Träger
01	Pro-Fil Kindernachsorge am Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg	Salvador-Allende-Straße 30, 17036 Neubrandenburg	3
02	Pro-Fil Kindernachsorge Greifswald	Ferdinand-Sauerbruch-Straße 1, 17489 Greifswald	3
03	Pro-Fil Kindernachsorge am Südstadt-Klinikum Rostock	Südring 81, 18059 Rostock	3
04	Pro-Fil Kindernachsorge Schwerin	Wismarsche Straße 390, 19055 Schwerin	3

8. Hospize für Kinder und Jugendliche

Legende

Variable	Erläuterung	Ausprägung
Plätze	Angebotene Platzzahl	numerisch -9 = keine Angabe
Träger	Trägerstruktur	1 = privat 2 = öffentlich 3 = freigemeinnützig

Tab. 28: Hospize für Kinder und Jugendliche Berlin

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Plätze	Träger
01	Sonnenhof Hospiz	Wilhelm-Wolff-Straße 38, 13156 Berlin	16	3
02	Kindertages- und Nachthospiz Berliner Herz	Lebuser Straße 15, 10243 Berlin	12	3

9. Spezialisierte ambulante (pädiatrische) Palliativversorgung – SAP(P)V

Legende

Variable	Erläuterung	Ausprägung
Ziel	Zielgruppe	1 = Erwachsene
		2 = Kinder
		3 = Erwachsene und Kinder
Träger	Trägerstruktur	1 = privat
		2 = öffentlich
		3 = freigemeinnützig

Tab. 29: SAP(P)V Berlin

Nr.	Name der Einrichtung	Zielgruppe
01	SAPV-Netzwerk Süd	1
02	Netzwerk Mitte-Nord	1
03	Palliativnetzwerk Mitte-Südwest	1
04	SAPV-Netzwerk Berlin Süd-West	1
05	Palliativnetz Spandau	1
06	Netzwerk Berlin Ost/Brandenburg	1
07	Palliativnetz Berlin Nordost	1
08	Netzwerk Berlin Biesdorf	1
09	SAPV Kinder und Jugendliche	2

Tab. 30: SAP(P)V Brandenburg

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	Träger
01	DRK Ambulanter Pflegedienst "Prignitzer Elbland"	Horning 60, 19322 Wittenberge	1	2
02	Diakoniestation Wittenberge	Perleberger Straße 24, 19322 Wittenberge	1	3
03	AWO Sozialstation Falkenberg	Liebenwerdaer Straße 3, 04895 Falkenberg	1	2
04	Palliative-Care-Team Barnim	Rudolph-Breitscheid-Straße 100, 16225 Eberswalde	1	1
05	AIP Ambulante Intensiv Pflege	Prenzlauer Chaussee 176, 16348 Wandlitz	1	1
06	Palliativstützpunkt Neuruppin	Fehrbelliner Straße 38, 16816 Neuruppin	1	1
07	Palliative-Team „Potsdam Umland“	Karl-Marx-Straße 42, 14482 Potsdam	1	1
08	SAPV Helios Klinikum Bad Saarow	Pieskower Straße 33, 15526 Bad Saarow	1	1
09	SAPV PCT Am Oderfluss	Lessingstraße 17, 15230 Frankfurt/Oder	1	1
10	Pflegedienst Kehle	Ruppinstraße 1, 15749 Mittenwalde	1	1
11	gemeinnützige Palliativmedizin Luckenwalde	Saarstraße 1, 14943 Luckenwalde	1	3
12	SAPV Gesundheitszentrum Brandenburg/Havel	Hochstraße 29, 14770 Brandenburg	1	2
13	Palliative Care Team Brandenburg-Havelland	Bauhofstraße 50, 14774 Brandenburg	1	1
14	Palliativ-Care-Team Brandenburg/Havel	Bauhofstraße 42, 14776 Brandenburg	1	1
15	MEDIS Palliativnetz Südbrandenburg	Ackerstraße 20, 04910 Elsterwerda	1	1
16	Elbe-Elster-Pflegedienst	Weststraße 26, 04910 Elsterwerda	1	1
17	PalliativTeam Cottbus/Spree-Neiße	Bahnhofstraße 62, 03046 Cottbus	1	1
18	SAPV Havelland	Ketziner Straße 19, 14641 Nauen	1	1
19	Onkologisches Versorgungszentrum Märkisch-Oderland	Seebad 82, 15562 Rüdersdorf	1	1

Tab. 31: SAP(P)V Mecklenburg-Vorpommern

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Ziel	Träger
01	DRK Ambulanter Pflegedienst "Am Schlosspark"	Marktstraße 15, 16945 Meyenburg	1	3
02	SAPV-Team Mecklenburgische Seenplatte	Lessingstraße 70, 17235 Neustrelitz	1	3
03	Diakonie Sozialstation Neubrandenburg	Cölpiner Straße 72, 17034 Neubrandenburg	1	3
04	SAPV-Team am Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum	Salvador-Allende-Straße 30, 17036 Neubrandenburg	1	3
05	Pflegedienst Roggenhagen	Dahlener Straße 7, 17039 Roggenhagen	1	3
06	AWO Ambulanter Pflegedienst	Burgtorstr 16, 17348 Woldegk	1	3
07	Palliativmedizinisches Netz Rostock GbR	Wismarsche Straße 32, 18057 Rostock	1	1
08	Greifswalder Hospiz SAPV Team	Ellerholzstraße 1, 17487 Greifswald	1	2
09	PALLI-Med-Netz Ludwigslust	Fliederweg 2, 19288 Wöbbelin	1	1
10	Palliativnetzwerk Vorpommern	Fleischmannstraße 8, 17489 Greifswald	1	2
11	Palliativnetz Ribnitz-Damgarten	Ulmenallee 20, 18311 Ribnitz-Damgarten	1	1
12	Palliativnetz Landkreis Rostock	Boergerenderstraße 11, 18211 Erethisch	1	1
13	Sozialstation Dom/Schloss	Platz der Jugend 25, 19053 Schwerin	1	3
14	SAPV-Team Schwerin Helios Kliniken	Wismarsche Straße 397, 19055 Schwerin	3	1
15	SAPV-Team Mike Möwenherz	Ernst-Heydemann-Straße 8, 18057 Rostock	2	2
16	HaffNet Management GmbH SAPV-Team	Goethestraße 7, 17358 Torgelow	1	1
17	Palliativambulanz Stralsund-Rügen	Olof-Palme-Platz 5, 18439 Stralsund	1	1

**Working Paper der Unit
Gesundheitswissenschaften
und ihre Didaktik**

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin | Deutschland