



# DIGAB

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft  
für Außerklinische Beatmung  
und Intensivversorgung



Fachmagazin der Deutschen  
Interdisziplinären Gesellschaft für  
Außerklinische Beatmung und Intensiv-  
versorgung (DIGAB) e.V.

## DIGAB magazin

Ausgabe 4  
Dezember 2025  
digab.de



# **DIGAB** kongress

**2. - 3. Juni 2026 in ERFURT**



32. Jahrestagung der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für  
Außerklinische Beatmung und Intensivversorgung (DIGAB) e.V.

[www.digab.de](http://www.digab.de)



**DIGAB**

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft  
für Außerklinische Beatmung  
und Intensivversorgung



*Dr. med. Martin Groß, Johannes Koch, Kay Wilke-Schultz, Christoph Jaschke (von li. n. re.)*

## Liebe Leser\*innen,

ein - auch für die DIGAB - spannendes Jahr geht zu Ende. Anfang Dezember fand unsere Mitgliederversammlung statt und damit ist unser Vorstandsfoto, das wir im Mai in Rostock anlässlich unserer 31. Jahrestagung aufgenommen haben, schon wieder veraltet. Es gibt die schöne Neuigkeit zu vermelden, dass der DIGAB-Vorstand wieder komplett ist! Laura Mench ist neue Präsidentin elect der DIGAB. Liebe Laura, wir heißen Dich herzlich willkommen und freuen uns auf die Zusammenarbeit!

Mehr zu Laura Menchs Vita und zu ihrem Tätigkeitsbereich finden Sie in diesem Heft.

Zudem wurde auf der Mitgliederversammlung beschlossen, dass es Veränderungen hinsichtlich der Sektionen der DIGAB gibt. In einer geheimen Abstimmung wurden Sektionen, die vormals einzeln bestanden, zusammengefasst. Einige Sektionen, in denen es keine aktive Mitarbeit mehr gab, wurden auf-

gelöst. Die neue Sektionsstruktur ist auf der Webseite der DIGAB zu finden. Weiterhin gilt unser Aufruf zur aktiven Mitarbeit in den Sektionen - wir freuen uns über neue Mitstreiter\*innen.

Für unsere 32. Jahrestagung, die 2026 in der thüringischen Landeshauptstadt Erfurt stattfinden wird, laufen die Planungen. Das Grußwort der Kongresspräsident\*innen Anika Zinken, Dr. med. Martin Groß und Dr. med. Nick Weidner können Sie auf den folgenden Seiten nachlesen, um mehr über den Kongress und die Themenschwerpunkte zu erfahren. Der Call for abstracts steht auf der DIGAB-Webseite. Bitte beachten Sie, dass der Einsendeschluss für Beiträge der 31. Januar 2026 ist. Aussteller, die in Erfurt mit einem Stand in der Fachausstellung dabei sein möchten, sollten mit ihrer Standbuchung nicht lange zögern, denn die kleine, aber feine Fachausstellung ist inzwischen fast ausgebucht. Melden Sie sich gerne für unseren Kongressnewsletter an, um stets auf

dem Laufenden zu bleiben. Ebenso sind Sie herzlich willkommen, der DIGAB auf LinkedIn zu folgen, wo wir regelmäßig Beiträge einstellen. Wir wünschen Ihnen einen guten Jahreswechsel und einen rundum gelungenen Start ins neue Jahr. Viel Spaß bei der Lektüre der 4. Ausgabe unseres Magazins! Herzliche Grüße

*Dr. med. Martin Groß  
Laura Mench  
Christoph Jaschke  
Kay Wilke-Schultz  
Johannes Koch*

Werden auch Sie Mitglied des DIGAB e.V.!





3. - 4. Februar 2026 in Hamburg

# MAIK Update

STRATEGIETAGE

AUSSERKLINISCHE INTENSIVVERSORGUNG

[www.maik-update.de](http://www.maik-update.de)



# Inhalt

- 6**    **DIGAB**    **Laura Mench zur Präsidentin elect der DIGAB gewählt**
- 8**    **AUSBLICK**    **Einladung zur DIGAB Jahrestagung nach Erfurt**
- 10**    **RÜCKBLICK**    **DIGAB Jahrestagung 2025 in Rostock**
- 12**    **STUDIE**    **Intrapulmonale perkussive Ventilationstherapie**  
von Sandra Soworka, Arlind Ljamovic und Martin Groß
- 16**    **CURRICULUM**    **Assistenzkräfte bei Menschen mit außerklinischer Intensivversorgung im Persönlichen Budget**  
von Cornelia Ermeier, Uwe Frevert, Martin Groß, Ilka Martin, Laura Mench, Johannes Messerschmid, Christian Pfeuffer, Dinah Radtke, Anika Zinken
- 20**    **EXKURS**    **„Himmelhoch und abgrundtief“ Paragliding im Zillertal**  
von Werner Pohl
- 23**    **AKADEMIE**    **Die DIGAB Pflegelernplattform**
- 24**    **RATGEBER**    **Neuer Ratgeber zur Hilfsmittelversorgung ist erschienen**





# Laura Mench wurde als Präsidentin elect in den DIGAB-Vorstand gewählt

## Vita von Laura Mench

Laura Mench, geboren 1997, arbeitet als Peer-Beraterin, spezialisiert auf den Bereich der Außerklinischen Intensivpflege beim Verein „aktiv und selbstbestimmt (akse) e.V.“ Der Verein berät und begleitet im Rahmen seines Intensivpflege-Projekts, welches ein Partnerprojekt des ISL-AKI-Projektes ist, Menschen mit Intensivpflegebedarf rund um das Thema selbstbestimmt leben mit Intensivpflege. Zudem ist Laura Mench Mitglied im Aufsichtsrat der Genossenschaft behinderte Arbeitgebende – GbA-Bund eG.

Als Aktivistin beobachtet sie die Entwicklungen rund um das GKV-IPReG von Anfang an und ist aktuell Mitglied im GKV-IPReG ThinkTank. Laura Mench hat eine fortschreitende neuromuskuläre Erkrankung und ist Vollzeit nichtinvasiv beatmet. Sie lebt mit persönlicher Assistenz im Arbeitgebermodell im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege.

## Interview mit Laura Mench

DIGAB magazin (Dm): Herzlichen Glückwunsch zur Wahl als Präsidentin elect der DIGAB!

Du wirst nun sechs Jahre lang im Vorstand der DIGAB sein. Hast Du Ideen, die Du gern einbringen würdest?

Laura Mench (LM): Zuerst muss ich mir einen Überblick verschaffen, was in der DIGAB gerade schon erarbeitet wird. Außerdem finde ich es schwierig, direkt mit eigenen Vorstellungen und Vorhaben in etwas Neues zu starten, ohne zunächst geschaut zu haben, was innerhalb des Vereins jetzt schon los ist.

Mein Anliegen ist es auf jeden Fall, die Sektionen und die Basis zu fördern und da auch aktiv mitzuarbeiten. Ich trete die Vorstandsarbeit nicht mit einem großen Ziel an, dass ich der DIGAB überstülpen möchte. Das muss sich entwickeln.

Dm: Du bist ja in vielen Vereinen aktiv. Siehst Du Schnittmengen, die Kooperationsmöglichkeiten bieten könnten?

LM: Im Rahmen des akse e.V. ko-

operiere ich ja schon mit der DIGAB. Insbesondere mit unserem Projekt zur außerklinischen Intensivpflege. Ich könnte mir vorstellen, dass diese Verbindung langfristig noch weiter ausgebaut werden könnte.

Seit dem 1. November bin ich außerdem im Aufsichtsrat der Genossenschaft behinderte Arbeitgebende - GbA Bund eG und ich denke, die Genossenschaft und die DIGAB haben große Schnittmengen. Die Arbeit der Genossenschaft wird im Januar 2026 beginnen und hier könnte ich mir eine Zusammenarbeit vorstellen, denn die Genossenschaft hat u.a. das Ziel auch intensivpflichtige Arbeitgeber\*innen gut zu vertreten und Fortbildungen sowohl für das Personal als auch für die Arbeitgeber\*innen anzubieten.

Dm: Auf welche Themen legst Du besonders wert?

LM: Das Thema Fortbildung liegt mir am Herzen und in diesem Bereich habe ich schon in der DIGAB mitgearbeitet. Dieses Thema ist eines der wichtigsten. Ich sehe in

meiner Beratungstätigkeit, dass die Menschen damit aktuell allein gelassen sind und das finde ich nicht akzeptabel. Wenn ich in der Beratung anfangen, Einarbeitungskonzepte zu schreiben, die mit passenden Angeboten gar nicht nötig wären, dann läuft etwas schief. Die Lösung wäre an dieser Stelle eine gute Fort- und Weiterbildungsmöglichkeit. Es ist mir ein großes Anliegen, dass diese Angebote besser werden.

Zudem geht es mir darum, die Nutzbarkeit der Außerklinischen Intensivversorgung für die Menschen so individuell und zielführend wie möglich zu machen. Ich denke, dass es nicht gut ist, dass es verallgemeinerte Zielvereinbarungen mit Kostenträgern gibt. Ich plädiere für ein Baukastensystem, das für alle verfügbar ist. Das könnte so funktionieren, dass sich die jeweiligen Kostenträger, passend für den individuellen Fall, Bausteine herausuchen und damit eine Zielvereinbarung treffen. Aktuell kommt es vor, dass z. B. in der Zielvereinbarung von einer Person mit Epilepsie ohne Beatmung ein Absaugprotokoll oder ein Beatmungsprotokoll gefordert werden, und das macht keinen Sinn.

Dm: Was ist für Dich das Besondere an der DIGAB?

LM: Im Verein und im Rahmen des DIGAB Kongresses haben AKI nutzende Menschen großes Mitspracherecht. An der Arbeit der Sektionen wirken Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen aktiv mit und bringen Vorhaben auf den Weg. Das ist in dieser Form bei anderen Gesellschaften nicht der Fall. Die Vortragsthemen auf dem Kongress richten sich explizit an die AKI nutzenden Menschen und das schätze ich sehr.

Dm: Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit!

FÜR ALLE, DIE ES  
SCHWARZ AUF  
WEISS BRAUCHEN



CERTI.CARE

ZERTIFIZIERT

BILDUNGSANBIETER.

[www.certi-care.net](http://www.certi-care.net)



Die „Zentralheize“ in Erfurt, Veranstaltungsort des DIGAB Kongresses 2026

## Einladung zum 32. Jahreskongress der DIGAB e.V. nach Erfurt

Vom 2. bis 3. Juni 2026 ist es so weit: Wir laden herzlich zur 32. Jahrestagung der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung und Intensivversorgung (DIGAB) e.V. in die thüringische Landeshauptstadt Erfurt ein.

Der Kongress steht unter dem Motto:

**„Interdisziplinarität im Dienst der Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivversorgung.“**

Dieses Motto bringt den Kern unseres Wirkens auf den Punkt: Die außerklinische Beatmung und Intensivversorgung ist ein gemeinschaftliches Projekt von Menschen für Menschen. Es betont die besondere Bedeutung der Zusammenarbeit über Berufs- und Fachgrenzen hinweg – von Ärzt\*innen verschiedener Disziplinen, Pflegefachpersonen, Atmungstherapeut\*innen, Logopäd\*innen, Physio- und Ergotherapeut\*innen bis hin zu Ver-

sorgern, Assistenzgebenden sowie Menschen, die außerklinische Intensivversorgung benötigen, und ihren An- und Zugehörigen. Die Stärke der DIGAB liegt in dieser Vielfalt der Perspektiven von Menschen, die sich auf Augenhöhe begegnen und ein gemeinsames Ziel verfolgen: Lebensqualität, Teilhabe und Selbstbestimmung zu sichern. Wir freuen uns sehr, Sie in der außergewöhnlichen Kulisse der Zentralheize Erfurt, einem aufwendig sanierten Industriedenkmal, persönlich begrüßen zu dürfen.

Der Kongress bietet ein Forum für wissenschaftliche Beiträge, praxisnahe Impulse, kritische Diskussionen und wertvollen persönlichen Austausch – und damit die Möglichkeit, gemeinsam Antworten auf die Zukunftsfragen der außerklinischen Beatmung und Intensivversorgung zu entwickeln.

Wir gestalten das Programm bewusst kompakt: Die wissenschaft-

lichen Sitzungen mit Vorträgen und Diskussionen finden im großen Kesselsaal in 90-minütigen Abschnitten statt. Ergänzend wird es Kurz- und Posterpräsentation geben, um eine breite Vielfalt an Forschung und Praxisbeiträgen abzubilden. Parallel dazu präsentiert sich die Industrie mit einer Ausstellung und praxisorientierten Workshops, die Raum für interaktives Lernen und das Kennenlernen innovativer Lösungen bieten.

Alle Formate – wissenschaftliche Sitzungen, Posterpräsentation, Industrieausstellung und Workshops – finden barrierefrei auf einer Ebene im Erdgeschoss statt. Damit können Sie Ihren Kongresstag flexibel und ohne Wegebarrieren gestalten.

Den Abschluss des ersten Kongresstages bildet – wie jedes Jahr – ein musikalisches Highlight mit „The Vents“ und die Gelegenheit, in der besonderen Atmosphäre der

Zentralheize miteinander zu feiern, Kontakte zu knüpfen und bestehende Netzwerke zu vertiefen. Das Abendprogramm findet ebenfalls im Industriedenkmal statt, sodass alle Teilnehmenden ohne Ortswechsel verweilen und die Eindrücke des Tages nachwirken lassen können.

Durch die zentrale Lage Erfurts mitten in Deutschland möchten wir möglichst viele Interessierte erreichen, die den Kongress durch ihre Beiträge bereichern und zugleich Anregungen aus der Community mitnehmen. Nutzen Sie die Gelegenheit, die malerische Altstadt zu erkunden oder Ihren Aufenthalt in der Region – mit Städten wie Weimar, Eisenach und Jena in unmittelbarer Nähe – zu verlängern.

Seien Sie dabei, bringen Sie Ihre Expertise ein und gestalten Sie mit uns die Zukunft der außerklinischen Beatmung und Intensivversorgung.

### **Herzlich willkommen in Erfurt!**

Es freuen sich auf Sie

**Anika Zinken, Dr. med. Martin Groß und Dr. med. Nick Weidner**  
Kongresspräsident\*innen

Wer einen Vortrag beitragen möchte sollte den Call for abstracts auf der DIGAB-Webseite beachten.



*Anika Zinken, Kongresspräsidentin*



*Dr. med. Nick Weidner, Kongresspräsident*



*Dr. med. Martin Groß, Kongresspräsident*





*Kongresseröffnung des Kongresspräsidiums (v. li. n. re.) Dr. med. Christian Warnke, Claudia Lohse-Jarchow, Prof. Dr. med. Ralf Ewert*

## Rückblick: Die 31. DIGAB-Jahrestagung in Rostock

Unter dem Motto „Außerklinische Beatmung in Bewegung“ fand vom 22. bis 23. Mai 2025 in der Stadthalle Rostock der 31. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung und Intensivversorgung (DIGAB) e. V. statt. Das Kongresspräsidium, dem Claudia Lohse-Jarchow, Prof. Dr. Ralf Ewert und Dr. Christian Warnke angehörten, waren hocherfreut über die rege Teilnahme und den engagierten Austausch mit den Referierenden im Rahmen von wissenschaftlichen Sitzungen, Diskussionsforen, Workshops, Gesprächskreisen, einem Wissenschaftsforum und einer Ideenwerkstatt, im Open Stage und inmitten der Fachaustellung. „Die Herausforderungen,

vor denen wir stehen, können wir nur bewältigen, wenn wir interdisziplinär, professionsübergreifend und gemeinsam auftreten“, so Christoph Jaschke, der damalige Präsident der DIGAB e.V., in seiner Begrüßungsrede, „wenn wir unsere Stimmen bündeln und uns solidarisch für eine menschenwürdige und qualitätsgesicherte außerklinische Versorgung einsetzen. Hierfür ist die DIGAB der richtige Ort – ein Ort des Austauschs, der Debatte, der Gestaltung.“

Der DIGAB-Jahreskongress bot tatsächlich die einzigartige Möglichkeit, Menschen, die aus den verschiedensten Perspektiven mit außerklinischer Beatmung befasst sind, zusammenzubringen und in

einen fruchtbaren Austausch zu treten. Besonders erfreulich war es, dass sich auch viele Menschen mit außerklinischer Beatmung und Intensivversorgung auf den Weg in den hohen Norden gemacht hatten. Sie standen im Mittelpunkt der Jahrestagung, prominent und beeindruckend vertreten durch Kongresspräsidentin Claudia Lohse-Jarchow, die als Seelsorgerin und Künstlerin tätig ist. Sie setzte besondere Akzente, gemeinsam mit ihren Co-Präsidenten aus der Ärzteschaft.

Das Themenspektrum war breit gefächert, denn die Sessions dauerten jeweils eine Stunde. Dies machte das Programm so abwechslungsreich, an dessen Gestaltung sich die Deutsche Gesellschaft für

Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke (DGM) und die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) beteiligten. In allen Formaten ging es um Inklusion von Menschen mit Beatmung, ihre Mobilität, um die Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), den Schlaf, um Chancen durch Künstliche Intelligenz, individuelle Hilfsmittelversorgung und sozialrechtliche Fragestellungen.

In der begleitenden Fachaussstellung zeigten außerdem Unternehmen, insbesondere der Medizintechnik, Produkte und Innovationen. Am ersten Kongresstag ging es im Rahmen einer Diskussionsrunde um „Die außerklinische Intensivversorgung im politischen Spannungsfeld“. Daran nahmen Jessica Mendle, Vorsitzende des Vereins für Intensivpflege in Mecklenburg-Vorpommern e.V., Kongresspräsident Prof. Dr. Ralf Ewert, Rechtsanwältin Franziska Dunker, LL.M. und als Moderator Christoph Jaschke teil.

Am Abend des ersten Kongresstages lud die DIGAB e.V. zu einem Gesellschaftsabend in der Rostocker Stadthalle ein. Nachdem zwei Rollstuhl Tänzerinnen für Gänsehautmomente gesorgt hatten, wurden an diesem Abend auch die Preisträger\*innen des Wissenschaftsforums 2025 für ihre eingereichten Abstracts geehrt. Ausgezeichnet wurden:

- 1. Preis:** Nataliia Brehmer (Berlin): „Defizite in der Heil- und Hilfsmittelversorgung tracheotomierter Patient:innen: Interviews mit Betroffenen und Leistungserbringenden“
- 2. Preis:** Sarah Steinbrecher (Berlin): „T-CABS: Telemedizinische Versorgung in der außerklinischen Beatmung“
- 3. Preis:** PD Dr. Phillipp Gonser (Hann. Münden): „Positive Kosten- und Versorgungseffekte durch gerätegestützte Telemedizin in der Außerklinischen Intensivpflege“

Anschließend wurde bei Live-Musik noch bis in die Nacht hinein das Tanzbein geschwungen.



*Nataliia Brehmer wurde auf dem Gesellschaftsabend die Urkunde für den 1. Platz des Wissenschaftsforums verliehen.*



# Machbarkeit und Sicherheit der intrapulmonalen perkussiven Ventilationstherapie (IPV) als Teil des strukturierten Sekretmanagements bei tracheotomierten Patienten der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

*Sandra Soworka, Arlind Ljamovic, Martin Groß*

## Hintergrund

Menschen mit neurologischen Erkrankungen können aufgrund einer oder mehrerer der folgenden Faktoren eine tracheobronchiale Sekretretention entwickeln: eine Dysphagie mit Speichelaspiration, eine Husteninsuffizienz sowie Komorbiditäten wie die COPD. Wenn die klinische Erholung verzögert verläuft und ein hoher Bedarf an multiprofessioneller Therapie besteht, erfolgt nach Aufenthalt im Akutkrankenhaus oft die Verlegung in Einrichtungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Mittlerweile ist in diesen Einrichtungen die Behandlung beatmeter und tracheotomierter Patienten fest etabliert, und es sind ca. 30 Einrichtungen als Zentren für Beatmungsentwöhnung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation zertifiziert. In diesen Einrichtungen ist die Entwöhnung von der Beatmung und der Trachealkanüle ein fester Teil des Behandlungskonzepts, und ein besonderer Fokus liegt auf dem Sekretmanagement. Ein effektives Sekretmanagement zielt auf die Reduktion der Symptomlast, die Vermeidung von Pneumonien, die Verminderung von Mortalität, die Entwöhnung von der Trachealkanüle und die Verbesserung der Lebensqualität ab. Maßnahmen adressieren symptomabhängig 1.) die Husteninsuffizienz – zum Beispiel durch mechanische Insufflation-Exsufflation oder Capsaicin-Inhalation –, 2.) die Dysphagie/

Speichelaspiration – zum Beispiel durch funktionelle Dysphagietherapie oder anticholinerge Therapie – und 3.) die erhöhte Viskosität des Sekrets und den gestörten Transport von Sekret aus den tieferen Lungenbereichen – zum Beispiel durch Verneblung oder durch die intrapulmonale perkussive Ventilationstherapie (IPV).

Die IPV-Therapie führte in einer randomisiert-kontrollierten Studie bei COPD gegenüber der High Frequency Chest Wall Oscillation (HFCWO) zu einer signifikanten Verbesserung der Maximal Inspiratory Pressure (MIP) und der Maximal Expiratory Pressure (MEP), zu einer Reduktion der Entzündungszellen im Sputum und einer Verbesserung in der Breathlessness, Cough und Sputum Scale (BCSS) sowie des COPD Assessment Tests (CAT, Nicolini et al. 2018). Bei extubierten COPD-Patienten führte die IPV-Therapie über 30 Minuten zu einer signifikanten Abnahme der expiratorischen Flusslimitation und des P 0,1 sowie zu einer signifikanten Verbesserung des Gasaustauschs (Vargas et al. 2009). Bei Patienten mit COPD-Exazerbation konnte schließlich in einer randomisiert-kontrollierten Studie in der IPV-Gruppe ein Aufhalten der Exazerbation und eine signifikante Reduktion der Dauer des Krankenhausaufenthalts erreicht werden (Vargas et al. 2003). Bei pädiatrischen Patienten wurde in einer kontrollierten Studie mit IPV versus konventionelle Atem-

physiotherapie eine Verbesserung von Atelektasen erreicht, mittels konventioneller Atemtherapie aber nicht (Deakins und Chatburn 2002). Bei Patienten mit Muskeldystrophie Typ Duchenne konnte schließlich in einer randomisiert-kontrollierten Studie durch die IPV eine signifikante Zunahme der Menge eliminierten Sekrets erreicht werden (Toussaint et al. 2005). Die Anwendung der IPV-Therapie zusätzlich zur Atemphysiotherapie bei tracheotomierten, geweahten Patienten ergab in einer randomisiert-kontrollierten Studie eine Verbesserung des Gasaustauschs, eine Verbesserung des MEP und eine Verminderung der Inzidenz von Pneumonien (Clini et al. 2006). Die Anwendung der IPV-Therapie hat sich als sicher erwiesen (Clini et al. 2006).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Darstellung der Integration der IPV-Therapie in das strukturierte Sekretmanagement sowie der Behandlungsergebnisse und etwaiger Komplikationen in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.

## Methoden

Zur intrapulmonalen Perkussionstherapie wurde das Gerät IPV 1 der Firma Sentec eingesetzt. Behandelt wurden Patienten mit zähem Trachealsekret trotz Verneblung mit NaCl 0,9% oder NaCl 3%. Dieses war definiert als Grad 2 oder 3 der Sekretzähigkeit im Airway Care Score nach Tanwar (Tanwar et al.



Abb. 1 a) Ausgangseinstellung des IPV 1



Abb. 1 b) Beispiel für eine Therapieeinstellung des IPV 1

2019). Kontraindikationen wären entsprechend der Gebrauchsanweisung Patienten mit unbehandeltem Spannungspneumothorax oder anders bedingtem Luftaustritt aus der Lunge, früher stattgehabtem Pneumothorax, Pneumonektomie (ohne funktionsfähige Pleuradrainage), pulmonaler Blutung, akutem Myokardinfarkt oder akutem Erbrechen.

#### Therapie

Die Verordnung der intrapulmonalen Perkussionstherapie mit dem Sentec IPV 1 erfolgt durch den Arzt. Die Anwendung des IPV 1 erfolgte zweimal täglich durch die Atmungs- oder Physiotherapeuten in Kombination mit einer NaCl 0,9%-Inhalation über das IPV 1-Gerät. Zusätzliche Verneblung mittels pneumatischem Vernebler erfolgt grundsätzlich mit NaCl 0,9% sowie in Abhängigkeit von pulmonalen Vorerkrankungen auch mit entsprechender Medikation. Vor der Therapie wird bei hoher Sekretlast eine Absaugung über die Trachealkanüle vorgenommen. Die Amplitude sowie die Frequenz der Perkussionen werden in Abhängigkeit der individuellen Gegebenheiten des Patienten jeweils spezifisch angepasst, auch während der laufenden Therapie. Hierbei wurden berücksichtigt: Feedback des Patienten, falls möglich, Körperposition und Vibration der Thoraxwand („Chest Wiggle“) nach Palpation.

Grundsätzlich wird die Therapie mit einer hohen Frequenz und einer niedrigen Amplitude begonnen und entsprechend dem Feedback (falls möglich: Patientenkomfort) angepasst (Abbildung 1). Die Anpassung wird zur Gewöhnung des Patienten an die Therapie wie folgt vorgenommen: Die erste Anwendung im Rahmen der Anpassung dauert 10 Minuten, die zweite 20 Minuten und ab der dritten wird auf 30 Minuten gesteigert. Vom Hersteller empfohlen werden 3 Therapiesitzungen pro Tag mit einer Dauer von jeweils 15-20 Minuten. Im Anschluss an die therapeutische Intervention wurde bei Patienten mit Husteninsuffizienz, definiert als Grad 2 oder 3 auf der Subskala in Bezug auf Husten während des Absaugvorgangs im Airway Care Score nach Tanwar (Tanwar et al. 2019), immer der mechanische Insufflator-Exsufflator BiWaze Cough der Firma ABM eingesetzt.

#### Datenerfassung und -auswertung

Im Rahmen des Qualitätsmanagements wurden aus den Routinedaten der in der ersten Jahreshälfte 2025 behandelten Patienten ein anonymisierter Datensatz abgeleitet, der Alter, Geschlecht, Diagnosen und Outcomes (Pneumonierate, Behandlungsdauer, Dekanülierung, Beatmungsentwöhnung) aller mit IPV 1 behandelten Patienten erfasste. Die

wissenschaftliche Auswertung von anonymisierten Qualitätsmanagementdaten ist zulässig.

#### Ergebnisse

Die Daten von 11 Patienten wurden ausgewertet, darunter waren 10 Männer und eine Frau. Das mittlere Alter war 65,8 Jahre. Die neurologischen Hauptdiagnosen waren bei 4 Patienten eine zerebrale Erkrankung, bei 5 Patienten eine Critical-Illness-Polyneuropathie/-Myopathie und bei 2 Patienten sowohl eine zerebrale Erkrankung als auch eine Critical-Illness-Polyneuropathie/-Myopathie. Vier Patienten (36%) wurden dekanüliert, und alle bei Aufnahme beatmeten Patienten wurden geweant. Ein Patient, der bei Aufnahme nicht beatmet war, musste aufgrund eines erworbenen zentralen Hypoventilationssyndroms elektiv auf eine Beatmung eingestellt werden und konnte aus diesem Grund nicht geweant werden. Zwei Patienten (18%) verstarben. Die Pneumonierate betrug 3,8/1000 Patiententage. Methodenspezifische Komplikationen traten nicht auf.

#### Diskussion

Die Integration der intrapulmonalen perkussiven Ventilations-therapie mit dem Sentec IPV 1 in das bereits bestehende Konzept des Sekretmanagements im multiprofessionellen Setting der

neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation war für tracheotomierte, beatmete Patienten machbar. Die Pneumonierate von 3,8 auf 1000 Behandlungstage ist bei eingeschränkter Vergleichbarkeit aufgrund unterschiedlicher Kollektive zumindest deutlich unter den Angaben in der Literatur für beatmungsassoziierte Pneumonien mit 7 bis 43 pro tausend Behandlungstage (Mumtaz et al 2023). Da sich Maßnahmenbündel als besonders effektiv zur Senkung der Rate beatmungsassoziiierter Pneumonien erwiesen haben, und die intrapulmonale Perkussionstherapie hier als Teil eines Maßnahmenbündels zum Einsatz kam, ist davon auszugehen, dass die niedrige Pneumonierate aus der Anwendung eines Maßnahmenbündels für das Sekretmanagement resultierte und nicht ausschließlich auf die IPV-Therapie zurückzuführen war.

### Limitationen

Die geringe Zahl der hier behandelten Patienten limitiert die Aussagekraft der Ergebnisse und lässt keinen direkten Schluss auf die Effektivität der intrapulmonalen Perkussionstherapie zu. Eine weitere Limitation ist, dass keine Daten zur Einstellung des IPV 1-Geräts erfasst wurden, was wiederum die Reproduzierbarkeit der Vorgehensweise und Behandlungsergebnisse einschränkt. Die zweite Limitation ist das Fehlen einer Kontrollgruppe, so dass kein Wirksamkeitsnachweis geführt werden konnte. Außerdem ließ die Verfügbarkeit eingewiesenen Personals nur den Einsatz des IPV1 2\*tgl. zu, was von der empfohlenen Anwendung 3-4\*tgl. abweicht. Mit der höheren Anwendungshäufigkeit könnten bessere Ergebnisse erzielt werden.

### Fazit

Die Implementierung der intrapulmonalen perkussiven Ventilationstherapie mit dem Sentec IPV 1 bei tracheotomierten und beatmeten Patienten in das multiprofessionelle Behandlungsetting der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation ist machbar, und Komplikationen sind nicht beobachtet worden. Für den Effektivitätsnachweis sind nun randomisiert-kontrollierte Studien erforderlich.

### Literatur:

- Clini EM, Antoni FD, Vitacca M, Crisafulli E, Paneroni M, Chezzi-Silva S, Moretti M, Trianni L, Fabbri LM. Intrapulmonary percussive ventilation in tracheostomized patients: a randomized controlled trial. *Intensive Care Med.* 2006 Dec;32(12):1994-2001. doi: 10.1007/s00134-006-0427-8. Epub 2006 Oct 24. PMID: 17061020.
- Deakins K, Chatburn RL. A comparison of intrapulmonary percussive ventilation and conventional chest physiotherapy for the treatment of atelectasis in the pediatric patient. *Respir Care.* 2002 Oct;47(10):1162-7. PMID: 12354335.
- Mumtaz H, Saqib M, Khan W, Ismail SM, Sohail H, Muneeb M, Sheikh SS. Ventilator associated pneumonia in intensive care unit patients: a systematic review. *Ann Med Surg (Lond).* 2023 May 12;85(6):2932-2939. doi: 10.1097/MS9.0000000000000836. PMID: 37363470; PMCID: PMC10289715.
- Nicolini A, Grecchi B, Ferrari-Bravo M, Barlascini C. Safety and effectiveness of the high-frequency chest wall oscillation vs intrapul-

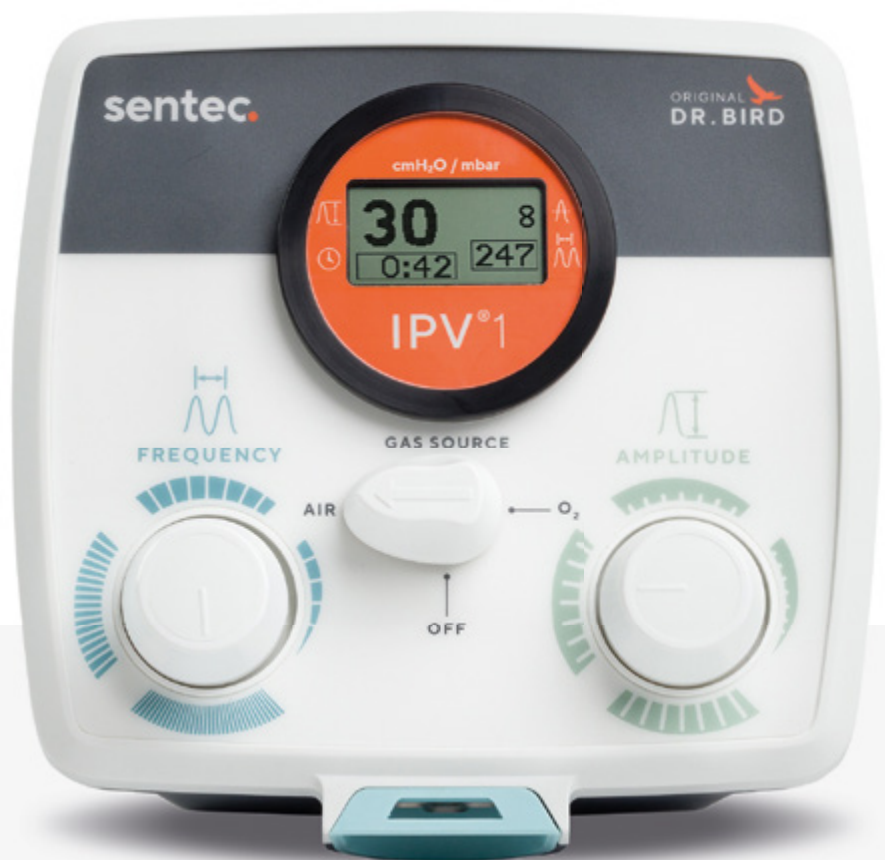
monary percussive ventilation in patients with severe COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2018 Feb 16;13:617-625. doi: 10.2147/COPD.S145440. PMID: 29497290; PMCID: PMC5819581.

- Sentec. IPV<sup>®</sup> Quick Reference Guide. <https://global.sentec.com/fileadmin/sites/2/2024/02/IPV-1-Quick-Reference-Guide.pdf>. Accessed May 13th, 2025.
- Tanwar G, Singh U, Kundra S, Chaudhary AK, Kaytal S, Grewal A. Evaluation of airway care score as a criterion for extubation in patients admitted in neurosurgery intensive care unit. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2019 Jan-Mar;35(1):85-91. doi: 10.4103/joacp.JOACP\_362\_17. PMID: 31057247; PMCID: PMC6495608.
- Toussaint M, De Win H, Steens M, Soudon P. Effect of intrapulmonary percussive ventilation on mucus clearance in duchenne muscular dystrophy patients: a preliminary report. *Respir Care.* 2003 Oct;48(10):940-7. PMID: 14525630.
- Vargas F, Boyer A, Bui HN, Guenard H, Gruson D, Hilbert G. Effect of intrapulmonary percussive ventilation on expiratory flow limitation in chronic obstructive pulmonary disease patients. *J Crit Care.* 2009 Jun;24(2):212-9. doi: 10.1016/j.jcrc.2008.02.006. Epub 2008 May 14. PMID: 19327288.
- Vargas F, Bui HN, Boyer A, Salmi LR, Gbikpi-Benissan G, Guenard H, Gruson D, Hilbert G. Intrapulmonary percussive ventilation in acute exacerbations of COPD patients with mild respiratory acidosis: a randomized controlled trial [ISRCTN17802078]. *Crit Care.* 2005 Aug;9(4):R382-9. doi: 10.1186/cc3724. Epub 2005 Jun 1. PMID: 16137351; PMCID: PMC1269449.



# Lernen Sie das **IPV<sup>®</sup>1** kennen

Die bewährte Lösung zur Sekret-  
mobilisierung und Lungenrekrutierung



Sekrete **lösen**.  
Überblähung **lindern**.  
Die Lunge **rekrutieren**.



Erfahren Sie  
mehr zu IPV<sup>®</sup>1

ORIGINAL  
**DR. BIRD**

**sentec.**

# Curriculum zur Fort- und Weiterbildung von Assistenzkräften bei Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf im Persönlichen Budget

**Autor\*innen:** Cornelia Ermeier, Uwe Frevert, Martin Groß, Ilka Martin, Laura Mench, Johannes Messerschmid, Christian Pfeuffer, Dinah Radtke, Anika Zinken

## Einleitung

In den letzten Jahren hat sich das Persönliche Budget als Finanzierungs- und Organisationsform eines selbstbestimmten Lebens von Menschen mit Behinderungen bewährt und etabliert. Die Finanzierungsgrundlage ist § 29 SGB IX. Diese Vorschrift ermöglicht die Bündelung der Leistungen aller zuständiger Kostenträger im sog. Persönlichen Budget. Auf dieser Basis kann ein Mensch mit Behinderungen selbst Assistenzkräfte organisieren, die sämtliche benötigten Unterstützungsleistungen erbringen.

Diese Organisationsform der praktischen Unterstützung wird, neben den verschiedenen professionellen Pflegeeinrichtungen und Dienstleistern, von allen Kostenträgern gleichermaßen als eigenständige akzeptiert. Vorrangiges Ziel hierbei ist der Aufbau, die Weiterführung und die Erhaltung eines selbstbestimmten Lebens des Menschen mit Assistenzbedarf in seinem gewohnten sozialen Umfeld.

Bei Menschen mit Bedarf an Außerklinischer Intensivpflege schließt diese Organisationsform zudem die in der professionellen Pflege bestehende Lücke zur sozialen Teilhabe. Wie oben beschrieben, ermöglicht sie die Kombination der Leistungen nach allen Sozialgesetzbüchern. Darin

eingeschlossen sind auch die Leistungen zur Teilhabe (SGB IX) und damit aller Formen der Assistenz, sowie die Hilfe zur Pflege (SGB XII). Das Persönliche Budget erfüllt auf diese Weise auch die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK).

Gemäß der UN-BRK (Art. 19) hat ein Mensch mit Behinderungen das Recht, sowohl Ort und Zeit, als auch die assistenzleistenden Personen, Art und Umfang, sowie die Art und Weise der Durchführung der Assistenzleistung, selbst zu bestimmen.

Die Assistenz umfasst dabei das gesamte Lebensumfeld des Menschen mit Behinderungen und beinhaltet z. B. auch Arbeiten im Haushalt, Begleitungen außerhalb der Wohnung, Hilfen am Arbeitsplatz oder Hilfen für behinderte Eltern.

Diese nicht abschließende und nicht abschließbare Palette an Assistenzleistungen ermöglicht erst eine in etwa gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Sie eröffnet die Möglichkeit zur Entfaltung und Weiterentwicklung der persönlichen Fähigkeiten in den Bereichen Bildung, Kultur und Arbeit.

## Zielgruppe des Curriculums

Das Curriculum wurde entwickelt zur Fort- und Weiterbildung von Assistenzpersonen, die auf Grund-

lage eines Persönlichen Budgets bei Arbeitgeber\*innen mit AKI-Bedarf beschäftigt sind oder sich für eine solche Arbeitsstelle beworben haben.

Assistenzpersonen definieren sich vorwiegend als Quereinsteigende ohne Vorbildung- / Erfahrung in der Intensivpflege.

## Grundvoraussetzungen zur Beschäftigung von Assistenzkräften

Eine Basis für die Beschäftigung von Assistenzpersonen bei Arbeitgeber\*innen mit persönlichem Budget und AKI-Bedarf ist das Bewusstsein, dass der/die Arbeitgeber\*in einen hohen pflegerischen Bedarf hat. Dies bedeutet in der Regel aber nicht, dass die Assistenzkräfte einen pflegepädagogischen oder therapeutischen Auftrag haben.

Lediglich in Ausnahmefällen kann ein solcher Auftrag, zeitlich begrenzt und arbeitsvertraglich vereinbart, vorliegen, z.B. bei einem Kind, das im Rahmen eines PB versorgt wird,

Der Auswahlprozess für Assistenzpersonen besteht aus einem Bewerbungsgespräch, einer Hospitation und einer individuellen Einarbeitung. Innerhalb dieses Prozesses werden z.B. folgende Grundvoraussetzungen der Bewerbenden abgeklärt:

- Einfühlungsvermögen und

- Taktgefühl
- ausreichende körperliche Belastbarkeit
- Akzeptanz der vorgegebenen Dienstvereinbarungen
- Polizeiliches Führungszeugnis
- Bereitschaft zu regelmäßigen, fachbezogenen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

### **Ziele des Curriculums**

Menschen mit erworbener oder fortschreitender Behinderung können ein Leben in ihrem gewohnten sozialen Umfeld führen, sofern die notwendigen technischen und personellen Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden.

Zur selbstbestimmten Lebensführung und aktiven Teilhabe bedarf es daneben der Vermittlung der notwendigen Kenntnisse an alle Beteiligten. Sowohl an den Menschen mit Behinderungen selbst, als auch an die assistenzleistenden Personen.

Der AKI-Bedarf stellt dabei eine besondere Herausforderung dar, mit der es adäquat umzugehen gilt. Der Mensch mit Behinderungen ebenso wie seine Assistenzkräfte müssen Gelegenheit erhalten, das notwendige Wissen zu erwerben, um den Notwendigkeiten in der Situation bei Intensivpflegebedarf adäquat entsprechen zu können.

Die Fort- und Weiterbildung ist darauf ausgerichtet, die Lücke zwischen der Außerklinischen Intensivpflege (AKI) und der sozialen Teilhabe zu schließen. Hierfür werden sowohl spezifisches Wissen zur AKI, als auch praktische Fähigkeiten zur Umsetzung sozialer Teilhabe vermittelt. Beide sind hier erforderlich, um einerseits die Sicherheit des Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten und gleichzeitig die selbstbestimmte

Teilhabe am Leben der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Ein Ersatz der pflegefachlichen Expertise ist mit der Fortbildung nicht angestrebt und mit einem Format wie diesem auch nicht zu erzielen. Das Curriculum soll den assistenzleistenden Personen die notwendige Sicherheit bei ihren pflegerischen Tätigkeiten vermitteln, indem sie dafür eine fachliche Untermauerung erhalten. Vorrangiges Ziel ist diesbezüglich die Gesunderhaltung und körperliche Unversehrtheit des Menschen mit Behinderungen und AKI-Pflegebedarf.

Die mit diesem Curriculum skizzierte Fortbildung betont daneben ausdrücklich die Orientierung der Assistenz Tätigkeiten am Willen und an den Selbstbestimmungsrechten des Menschen mit Behinderungen und AKI-Bedarf. Somit liegt der zweite Schwerpunkt der Fort- und Weiterbildung auf der Förderung einer wertschätzenden und respektvollen Unterstützung des Menschen mit Behinderungen. Diese Art der Assistenz gewährleistet die größtmögliche Selbstbestimmung in der individuellen Lebenslage mit Behinderungen und AKI-Bedarf.

### **Rahmenbedingungen und Methodik des Curriculums**

Das notwendige Wissen umfasst soziale Kompetenzen, medizinisch-pflegerische Kompetenzen und Kenntnisse zu den rechtlichen Rahmenbedingungen.

Zu vermittelnde Kenntnisse werden im Folgenden mit Lehrinhalten und zu erreichenden Lernzielen in Modulen tabellarisch dargestellt.

Im Anschluss an die theoretische Wissensvermittlung schließt sich eine Überprüfung des erworbe-

nen Wissens in Form einer schriftlichen Prüfung an.

Zur Umsetzung des theoretischen Wissens wird begleitend zur Fortbildung eine individuelle Einarbeitung am künftigen Arbeitsplatz durchgeführt. Unter enger Begleitung einer erfahrenen Pflegefachkraft / Assistenzperson wird die Praxis eingeübt und gefestigt.

Nach Absolvierung der Einarbeitung (nach ca. 3 Monaten), sowie nach Zustimmung des Menschen mit Behinderungen und der anleitenden Pflegekraft / Assistenzperson, erhält der Absolvent / die Absolventin der Fortbildung ein Zertifikat über den erfolgreichen Abschluss.

Der theoretische und praktische Unterricht fördert die Fach- und Handlungskompetenz der Teilnehmenden. Die gesamten Unterrichtseinheiten sind fallorientiert und praxisbezogen zu gestalten. Die durchzuführenden erworbenen Fähigkeiten müssen, wie oben benannt während der Einarbeitung, unter ständiger Begleitung einer pflegefachlichen Praxisanleitung in Zusammenarbeit mit einem Peer Counselor erfolgen.

### **Lerninhalte und Lernziele**

Die erforderlichen sozialen und medizinisch-pflegerischen Kompetenzen, sowie Kenntnissen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen werden im Folgenden in Modulen tabellarisch dargestellt.

#### **Modul 1: Soziale Kompetenzen**

Im Rahmen des Curriculums sollen soziale Kompetenzen erworben werden, die zur Begleitung und Unterstützung innerhalb des Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverhältnisses notwendig sind – im Bedarfsfall auch die eigenverantwortliche Übernahme – der zuvor

vereinbarten Aufgaben.

Schwerpunkt ist dabei die Entwicklung folgender Fähigkeiten:

- die Fähigkeit zur Kommunikation und Interaktion
- die Fähigkeit zur Wahrnehmung des Selbstverständnisses eigener Handlungen und deren Reflexion
- die Fähigkeit zur Eigenmotivation
- das Erlangen von Wissen und Kenntnissen über Bereiche, die für den Lebensalltag von Menschen mit Behinderungen von Bedeutung sind und wie diesbezüglich gute Assistenz praktiziert werden kann

1. Wahrnehmung von Behinderung, Kommunikation und Zusammenarbeit
2. Selbstbestimmung statt Bevormundung; Nähe und Distanz (Die Rolle als Assistent, zwischen Weisungsbefugnis und Abhängigkeitsverhältnis)
3. Schweigepflicht und Privatsphäre
4. Schulung zu sozialen, persönlichen Fähigkeiten und deren Weiterentwicklung
5. Assistenz im Privathaushalt und an sonstigen geeigneten Orten
6. Die besondere Rolle der Arbeit im Familiensystem; Praktische Fähigkeiten
7. Psychosoziale Begleitung schwerkranker Menschen
8. Beratungs- und Unterstützungsangebote
9. Methoden der Alltagsaktivierung

**Modul 2:** medizinisch-pflegerische Kompetenzen

Die medizinisch-pflegerischen Kompetenzen umfassen mehr als die reine Durchführung der Grundpflege. Es wird grundsätz-

liches Basiswissen zu verschiedenen Krankheitsbildern und der damit verbundenen, notwendigen fachpflegerischen Tätigkeiten erworben.

In einem zweiten Schritt wird exemplarisch dieses Wissen auf die speziellen Bedürfnisse vertieft, die die Diagnosen des zukünftigen Arbeitgebers mit sich bringt.

1. Fachkenntnisse rund um die Assistenz
2. Hauswirtschaftslehre und Hygiene
3. Ernährung bei Beatmung und im Alter
4. Kenntnisse über häufige Krankheitsbilder
5. Verständnis der Anatomie und Physiologie der Atmung im Unterschied zur Beatmung
6. Grundlagen von Sauerstofftherapie, Beatmung und IPPV-Beatmung
7. Geräteüberwachung und Erkennung von Red Flags
8. Bezug zwischen Diagnosen und spezieller Beobachtung, Dokumentation von Beatmungs- und Geräteparametern und deren Verlaufskontrolle und notwendiger Prophylaxen
9. Trachealkanülenmanagement
10. Sekretmanagement
11. Außerklinisches Notfallmanagement und erste Hilfe
12. Geräte und Materialkunde
13. Kinästetik (Lagerung, Transfer, rückschonende Pflege, Sturzprophylaxe)
14. Qualitätssicherung und Dokumentation
15. Palliative Care
16. Besonderheiten bei der Versorgung von Kindern
17. Medikamentenkunde
18. Hygiene bei der Pflege
19. Hilfsmittel (Funktion, Einweisung, Reinigung, Pflege und

Wartung)

20. Kenntnisse interkultureller Aspekte

**Modul 3:** Kenntnisse zu rechtlichen Rahmenbedingungen

Dazu gehören sowohl die Pflichten und Rechte des Arbeitgebenden als auch die Rechte und Pflichten des Arbeitnehmers, sowie die Folgen der Nichteinhaltung.

1. Leistungsübersicht (Pflegekasse, Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe, existentielle Leistungen SGB XI und XII)
2. Assistenz für Menschen mit Behinderung (Sachleistung, das trägerübergreifende Persönliche Budget, Dienstleistungsmodell, Arbeitgebermodell); SGB IX Bundesteilhabegesetz
3. SGB XIII (Kinder mit Behinderung bis 27 Jahre werden im Rahmen des Kinderstärkungsgesetzes ab 2028 nach den rechtlichen Grundlagen des neu reformierten SGB VIII versorgt)
4. Juristische Grundlagen der Intensivpflege
5. § 37 - Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V); Artikel 2 - Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG)
6. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung („Was passiert, wenn ein Mensch mit Behinderungen nicht reanimiert werden möchte?)

**Hinweise zur Umsetzung**

Die Qualifizierung von Assistenzkräften für Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf im Persönlichen Budget sollte von professionellen Bildungsanbietern mit großem multidisziplinä-

ren Referentennetzwerk (z.B. der „DIGAB Akademie“) durchgeführt werden. Für die Fortbildung müssen Expert\*innen der verschiedenen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Fachrichtungen herangezogen werden. Unerslässlich ist es außerdem, Peer Counselor, z.B. aus der „Selbstbestimmt Leben Bewegung“ als Referent\*innen einzubeziehen, um ein breites Spektrum an Fachwissen und praktischen Fähigkeiten zu vermitteln. Diese multidisziplinäre Zusammensetzung der Referierenden gewährleistet, dass die Teilnehmenden ein umfassendes Verständnis der vielfältigen Aspekte der außerklinischen Intensivpflege erlangen, von technischen Fähigkeiten bis hin zu ethischen, menschenrechtsbasierten und psychologischen Betrachtungsweisen.

Teilnehmende können alle Module durchlaufen und ein Praktikum in der Versorgung absolvieren. Das Praktikum findet mit Unterstützung einer eingearbeiteten Assistenzkraft beim zukünftigen Arbeitgebenden statt. Ein Praktikum entfällt, falls die Assistenzkraft schon vor Beginn der Fort-

bildung bei dem Arbeitgebenden gearbeitet hat, bei dem sie weiterhin arbeiten wird. Nach erfolgreichem Abschluss dieser Qualifizierungsmaßnahme, bestehen die Voraussetzungen als speziell, qualifizierte Hilfskraft eingruppiert zu werden.

Teilnehmende können aber auch einzelne Module buchen. Das wiederum hat den Vorteil, dass Module über das Persönliche Budget bezahlt werden können, denn Fort- und Weiterbildungen sind budgetfähig. Eine Qualifizierung in eine neue Gehaltsgruppe wäre eine Ausbildung und somit nicht budgetfähig. Arbeitgeber\*innen/ Assistenznehmer\*innen können die einzelnen Module über das Fort- und Weiterbildungsbudget finanzieren, dann wäre nur noch eine Gebühr für die Abschlussprüfung fällig, die man ggf. über einen steuerfreien Sachbezugs-gutschein bezuschussen könnte.

31. Juli 2025

Das Curriculum kann auf der Webseite der DIGAB auch als PDF heruntergeladen werden.



*Maria-Cristina Hallwachs während ihres Flugs im Zillertal*

# Himmelhoch und abgrundtief - Paragliding im Zillertal

**Werner Pohl**

**Hier und da begegnet man noch der unseligen Verbalentgleisung, man sei „an den Rollstuhl gefesselt“, die so plastisch das Erdschwere dieses Schicksals ausdrücken will. Die Sache ist nur – Rollstühle können fliegen und Atemgeräte auch! Wir haben's ausprobiert.**

„Warum ich Menschen im Rollstuhl in die Luft bringe? Sieh mal, ich liebe das Fliegen. Es ist meine Passion, mein Leben. Ich möchte mit anderen Menschen, und gerade mit denen, für die das mit besonderen Schwierigkeiten verbunden ist, diese Leidenschaft teilen.“ Während ich mich mit Marco unterhalte, zerrt der Wind an meiner Jacke. Marco ist Paragliding-Pilot der Organisation Wheels4Flying und im Lauf unseres Gesprächs habe ich schon erfahren, dass er seit 18 Jahren fliegt und unter anderem rund 5000 Tandem-Gleitschirmflüge absolviert hat. Mein Blick gleitet über schroffe Bergänge; tausend Meter unter mir liegt, eingebettet in grüne Wiesen und von der Mittagssonne beschienen, der quirlige österreichische Touristenhotspot Mayrhofen. Ich sehe die Talstation der Bergbahn, an der vor einer guten

Stunde meine Reise begann. Mein Pulsschlag ist leicht beschleunigt. Aber obwohl ich nicht leugnen kann, dass mich auf dem Weg zu dieser Aktion ein mulmiges Gefühl in der Magengegend begleitet hat, genieße ich den Moment in vollen Zügen. Alle meine Bedenken sind verflogen. Gleitschirmfliegen ist herrlich!

## **Am Anfang war die Idee**

Eigentlich zieht es mich in meiner Freizeit eher an die See. Berge sind sonst nicht so mein Ding. Aber an diesem Wochenende im September war einfach mal ein Perspektivwechsel fällig. Und wem habe ich das zu verdanken? Meiner besten Freundin Maria-Cristina. Die hatte irgendwann vor längerer Zeit mal gemeint, ein Tandem-Gleitschirmflug wäre bestimmt eine tolle Sache. So richtig gewundert hat mich das nicht,

schließlich kennen wir uns schon ein Weilchen. Ich hatte schon Fotos von Maria-Cristina beim Badevergnügen in den Wellen des Mittelmeers gesehen, im Cockpit eines Segelflugzeugs und beim Skiabfahrtslauf in den Alpen. Warum also nicht auch mal Tandem-Paragliding ausprobieren? Die majestätisch in der Luft zirkelnden bunten Segel, wie man sie so oft an schönen Orten und bei schönem Wetter sieht, sind schließlich prädestiniert dazu, Sehnsüchte zu wecken. Es keimte der Gedanke an einen Geburtstagsgeschenkgutschein und in unserer Clique wurde dieser Gedanke sofort begeistert aufgenommen. Aber ich ahnte, dass die Durchführung des Unterfangens mir einiges an Vorab-Recherche abverlangen würde. Maria-Cristinas Leben mit höchstmöglicher Querschnittlähmung, Immobilität vom Hals abwärts

und künstlicher Beatmung mittels eines implantierten Zwerchfellstimulators geht in aller Regel schon bei einfacheren Unternehmungen mit erhöhtem Planungsaufwand einher.

### **Und dann gab's keine Ausrede mehr**

Aber dann war alles einfacher als erwartet, und die größte Herausforderung war nicht, einen Partner für das spezielle Unterfangen zu finden, sondern Unterkunft für alle Beteiligten an der Aktion zu organisieren und alle Terminkalender in Einklang zu bringen. Netzrecherche führte mich zu Wheels4flying, einer gemeinnützigen Organisation, die sich auf die Fahnen geschrieben hat, Menschen mit Mobilitätseinschränkung die Ausübung des Sports Paragliding zu ermöglichen. Schon der erste Telefonkontakt ließ sich gut an. Ich schilderte die speziellen Umstände und mir wurde versichert, dass es da keine unüberwindbaren Hindernisse gäbe, man habe schon vergleichbare Tandemflüge ausgeführt. Lediglich eine ärztliche Flugtauglichkeitsbescheinigung wegen des implantierten Zwerchfellnervenstimulators sei erforderlich, und wir mögen am besten ein paar Tage Zeit mitbringen, weil die Fliegerei ja wetterabhängig sei und eine Reservierung punktgenau auf ein Datum deswegen nicht immer funktioniere.

Die Sache nahm Gestalt an. Und sie entwickelte eine gewisse Eigendynamik, denn unter den Involvierten entdeckten plötzlich etliche ebenfalls ihre Fluglust. Das vorläufige Endergebnis: Sechs Tandemflug-Buchungen – davon zwei für Rollstuhlnutzer – und ein dreitägiger Hotelaufenthalt für insgesamt elf Teilnehmer an diesem Wochenendausflug der etwas anderen Art. Mit einem Vorlauf von rund einem Vierteljahr gelang es, einen gemeinsamen Termin festzulegen, ein Quartier mit barrierefreien Zimmern in Nachbarschaft der Basis von Wheels4flying ausfindig zu machen und für alle Fluginteressierten Tandempiloten zu buchen. Jetzt musste nur noch das Wetter mitspielen.

Die diesbezügliche Zuversicht wurde am Anreisetag auf eine harte Probe gestellt, denn es goss in Strömen, und wer Berge im Regen kennt, weiß, dass das auch für die sonnigsten Gemüter eine harte Prüfung ist. Die Google-Vorhersage indes prognostizierte auf die Stunde genau einen Wetterumschwung, und sie sollte Recht behalten. Der Samstagmorgen begrüßte uns mit tiefblauem Himmel, strahlendem Sonnenschein und perfektem Flugwetter.

### **Der perfekte Tag**

Überhaupt sollte an diesem und dem folgenden Tag alles bilderbuchmäßig ablaufen. Mit Lucio,

Maria-Cristinas Tandempilot, trafen wir uns an der Talstation der Penkenbahn. Im Himmel über Mayrhofen zogen da schon etliche Gleitschirmflieger ihre Kreise. Die Bergfahrt auf 2000 Meter Höhe mit schwindelerregendem Alpenrundblick löste in mir gemischte Gefühle aus, aber gottlob wartete der in der Gipfelstation schon bereitstehende Flugrollstuhl ja nicht auf mich, sondern auf die mutige Maria-Cristina. Die wurde auch unverzüglich in das Gefährt umgesetzt, fest angegurtet und mit stabiler Kopfstütze und Helm flugfertig gemacht. Während ihr eigener Rollstuhl von ihrem Assistenten schon wieder talwärts transportiert wurde, legten wir die rund hundert Meter bis zum Starthang zurück. Was dann folgte, sah ganz einfach aus und war es vermutlich auch. Rollstuhl in Position bringen, Fluggeschirr einklinken und den Schirm aufziehen. Es folgten einige wenige Meter Anlauf auf dem steil abschüssigen Hang und sanft und majestätisch entschwebten Pilot und Passagierin talwärts. Das sollte mich am folgenden Tag also auch erwarten. Ich blickte in Richtung Talgrund und schluckte. In der folgenden Stunde, während zwei Fußgänger aus unserer Gruppe auf ihre Piloten warteten, verfolgte ich etliche Starts und sah den davonschwebenden Schirmen nach. Schließlich trennte sich unsere Gruppe – die einen mach-



ten sich per Schirm auf ins Tal, die anderen per Seilbahn. Am Landeplatz am Ortsrand von Mayrhofen waren wir alle wieder glücklich vereint. „Unbedingt machen“ lautete das Fazit der nun Flugerfahrenen auf meine zögerliche Frage, wie's denn gewesen sei. Ein leicht entrücktes Grinsen zeichnete sich auf ihren Gesichtern ab.

### **Völlig losgelöst...**

Ich hatte trotzdem eine unruhige Nacht, und das vorzügliche Hotelfrühstück konnte ich auch nicht so recht genießen. Wieder an der Talstation angekommen, kam Marco auf mich zu. Groß, schlank, sportlich, mit charmantem italienischem Akzent und das Selbstvertrauen in Person. Ab diesem Zeitpunkt gab's kein Zurück mehr. Seine Art, in sich zu ruhen, hatte etwas Ansteckendes. Eine halbe Stunde später, flugfertig verschnürt, verspürte ich erstmals so etwas wie Vorfreude auf das bevorstehende Abenteuer. Es blieb nicht lange bei der Vorfreude, denn schon Minuten später rumpelte der Rollstuhl über die Grasnarbe, um sich nach kurzem Anlauf vom Boden zu lösen. Und

auch wenn ich es vorher nicht geglaubt hätte, blieben am Startplatz alle Bedenken zurück. Stattdessen stellte sich ein Gefühl schwebender Leichtigkeit ein. Ich genoss den Wind, die Sonne auf der Haut und den unglaublichen Ausblick. Vor allem fühlte ich mich in dem speziell für diese Art des Fliegens konstruierten Rollstuhl sicher, geborgen und komfortabel – als hätte mein eigener Rollstuhl Flügel bekommen. Und wie um zu beweisen, dass Rollstuhl und Gleitschirm eine super Kombination sind, setzte mich Marco nach gut zwanzig Minuten Flug mit einer butterweichen Punktlandung auf der Landewiese ab. Helfer schoben mich an den Rand der Landefläche, wo ich entspannt zurückgelehnt im Flugstuhl auf meinen eigenen Rollstuhl wartete, der nach einer Viertelstunde schließlich auch eintraf.

### **Der perfekte Sport für Rollstuhlfahrer**

Es bedarf keiner Erwähnung, dass auch ich noch den ganzen Tag ein breites, innerliches Grinsen mit mir herumtrug. Nicht anders erging es den beiden weiteren Ab-

gehobenen aus unserer Reisegesellschaft, die am zweiten Tag ihr Flugerlebnis genossen. Wohl jeder von uns wäre bereit gewesen, unverzüglich zum Wiederholungs-täter zu werden. „Paragliding ist der perfekte Sport für Rollstuhlfahrer“, hatte einer unserer Piloten gesagt. „Eine kleine Hilfestellung beim Start – und sobald du in der Luft bist, bist du den Piloten ohne Handicap ebenbürtig, denn um den Schirm zu kontrollieren brauchst du nur deine Arme und Hände.“ Eine verlockende Vorstellung. Wheels4flying bietet Interessierten mit Mobilitätseinschränkung die Ausbildung zum Gleitschirmpiloten an. Ich für meinen Teil will nicht ausschließen, dass ich bei sich bietender Gelegenheit wieder einmal in die Luft gehen werde. Auf jeden Fall sehe ich die Sache jetzt mit anderen Augen als zuvor. Eine Erfahrung, die ich nicht missen möchte.

*Abdruck mit freundlicher Genehmigung von „RehaTreff - Das Magazin für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen“*



# Erweitern Sie Ihr Wissen zur außerklinischen Intensivpflege mit der DIGAB Pflegelernplattform

The screenshot displays the DIGAB Pflegelernplattform interface. On the left, a sidebar lists course modules under 'Tracheostoma- und Trachealkanülenmanagement (Pädiatrie) | Modul'. The main content area shows the title 'Beeinträchtigung der Sprachentwicklung' and a progress bar indicating 8% completion (6/26 steps). Below the title, there is an illustration of a child and a caregiver. To the right of the illustration, there are two anatomical diagrams of the human head and neck, showing the vocal tract and the placement of a tracheostomy tube. The diagrams are labeled 'Expiration (Ausatmung) und Phonation (Stimmgebung)' and 'Expiration (Ausatmung)'. The text below the diagrams explains that tracheostomized children often have difficulties in language development because the tracheostomy tube interrupts the normal airflow to the vocal cords. It states that for speech formation, it is crucial that air from the lungs reaches the vocal cords, which then vibrate to produce sound. The text is partially cut off at the bottom.

## Beispielansicht der DIGAB Pflegelernplattform

Im Rahmen der DIGAB Akademie haben in den letzten Monaten zahlreiche Webinare von Expert\*innen der außerklinischen Intensivversorgung stattgefunden, z.B. mit PD Dr. med. habil. Sven Hirschfeld und DIGAB Präsident Dr. med. Martin Groß. Auch regelmäßige Sprechstunden von betroffenen Menschen für Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen wurden angeboten. Außerdem gibt es jetzt die DIGAB Pflegelernplattform mit Lerninhalten, die sich an Assistenzpersonen und pflegende Angehörige in der außerklinischen Intensivversorgung richten. Die Inhalte sind in 56 thematisch breit gefächerte Module unterteilt und als eine Ergänzung zu Fort- und Weiterbildung in Präsenz zu verstehen. Die DIGAB Pflegelernplattform bietet keine berufsqualifizierenden Online-Kurse. Vielmehr soll das Tool dazu dienen, das Wissen zur außerklinischen Intensivversorgung zu erweitern, aufzufrischen und den eigenen Wissensstand zu

überprüfen. Ein personalisiertes Teilnahmezertifikat für jedes einzelne Modul kann nach Bestehen der Tests innerhalb der Plattform heruntergeladen werden. Die Inhalte der Lernplattform wurden von Expert\*innen der außerklinischen Intensivversorgung erstellt. Sie werden regelmäßig auf Aktualität überprüft und ggf. überarbeitet und erweitert. Die DIGAB Pflegelernplattform ist benutzerfreundlich, so sind keine technischen Fähigkeiten erforderlich. Zudem sind die Inhalte der Plattform werbefrei, qualitätsgeprüft und interaktiv. Abbildungen, Lernvideos und Rätsel wechseln einander ab, sodass das Lernen auch Spaß macht. Das Themenspektrum reicht von allgemeinen Pflegeethemen wie Ethik in der Pflege, Hygiene oder Ernährung bis hin zu intensivpflegespezifischen Inhalten wie z.B. Beatmungseinstellungen und Trachealkanülenmanagement. Jedes Modul bietet umfassende Quellenangaben zu weiterführen-

der Literatur.

Ideal einsetzbar ist die Lernplattform für Arbeitgeber\*innen im Persönlichen Budget, die ihre Assistenzen einarbeiten, zu einem Thema gezielt schulen und weiterbilden möchten. Vorteil ist, dass keine Reisen zu Bildungsanbietern anfallen und Assistenzen tageweise gebunden sind, sondern die einzelnen Module je nach verfügbarer Zeit von überall aus absolvieren können. Arbeitgeber\*innen können über ein Abonnement ihre Assistenzen auf der Pflegelernplattform anmelden und jederzeit deren Lernfortschritt überprüfen. Informieren Sie sich zudem bei Ihrer Krankenkasse, wie Sie sich die Kosten für das Abonnement erstatten lassen können.

Auf der DIGAB-Webseite finden Sie alle Infos zur DIGAB akademie und zur Lernplattform.

Die DIGAB Pflegelernplattform ist eine Kooperation der DIGAB mit der Pflegelernplattform GmbH.

# Gemeinsam Unterwegs zur Steigerung der Versorgungsqualität und Teilhabe

*Focus CP rehaKIND-Kongress widmet sich den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen*

Fachleute aus allen Professionen und Disziplinen der Kinder-Versorgung an einem Ort versammeln, dieses Ziel hat sich der Kongress „Focus CP rehaKIND 2026“ gesetzt. Drei Jahre nach der letzten Ausgabe findet die Veranstaltung vom 4. bis 6. Februar erneut in den Westfalenhallen/Messe Dortmund statt. Das Motto „Gemeinsam Unterwegs“ gibt die Richtung vor. Die program-matischen Inhalte sind unter der Kongresspräsidentschaft von Dr. Carmen Lechleuthner und Prof. Dr. Volker Mall konzipiert worden. Begleitet werden die Fachvorträge von einer jederzeit kostenlos zu besuchenden großen Ausstellung mit zahlreichen Herstellern von Hilfsmitteln und pharmazeutischen Produkten, Versorgern aus dem Fachhandel, aus Pflege, Beratungsangeboten von Vereinen der Selbsthilfe, Ausbildungsangeboten im Gesundheitsprofessionen, Schulen, Kliniken und Elternvereinen.

Ein Highlight des ersten Tages wird die Keynote von Florian Heinen und Roslyn Boyd aus Australien werden, die gemeinsam auf 30 Jahre Versorgungsgeschichte von Cerebralparese zurückschauen. Tag zwei und drei beginnen jeweils früh mit einem achtzügigen Programm mit spannenden interprofessionellen Symposien zu medizinischen Themen, aber auch Hilfsmittelversorgung, therapeutischer Praxis in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit CP und anderen Behinderungen. Auch rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen werden thematisiert. So referiert der rehaKIND-Vorsitzende Jörg Hackstein gemeinsam mit Stefan Steinebach zu den gesetzlichen

Grundlagen im Kontext von Versorgungsbegründungen.

Offiziell eröffnet wird der Kongress am 5. Februar mit einer Podiumsdiskussion, an der u. a. Jürgen Dusel, der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Stefan Schwartze, der Patientenbeauftragte, Dr. Carmen Lechleuthner als Ärztin und Mutter eines Sohnes mit Behinderung, Prof. Volker Mall als Sozialpädiater teilnehmen, sowie einer „Mutmach-Keynote“ von Inklusionsexperten Janis McDavid. Am Nachmittag geht es z.B. um Shared Decision Management, oft findet sich die der Perspektive von Anwender und Anwenderinnen auf ihre Hilfsmittel und Versorgungssituation wieder. Aktuelle interprofessionelle Leitlinien, Orthopädietechnik und Medizin im Dialog, der Einsatz Künstlicher Intelligenz zur Diagnostik und Therapie von Bewegungsstörungen und viele Themen mehr.

Auch spezialisierte Themen zu aktuellen Fertigungstechniken wie 3-D-Druck, transdisziplinäre Ansätze zu über die Kindheit hinausgehende Transitions- und Inklusions-Modellen bieten Spannung am Freitag, 6.2.2026. Ab Mittag sind Ausstellungs- und Kongressbesuch frei, dort wird ein zusätzliches Programm für Familien mit viel Beratung, von Recht, über Schule, Reha, Pflege, Ausbildung und aktiver Selbsthilfe, Lesungen, Bastelan-geboten, Walkerrennen und Rolli-Tryout angeboten.

Die besondere Herausforderung für die Organisatoren des Focus CP rehaKIND-Kongresses bestand einmal mehr darin, sowohl für das

Fachpublikum aus der Gesundheitsversorgung als auch für die Anwenderinnen und Anwender sowie deren Angehörige ein lohnenswertes Programm zu konzipieren. Aber gerade der Austausch zwischen allen Beteiligten kann ein echter Erkenntnisgewinn für eine Verbesserung der Versorgungsqualität von Kindern und Jugendlichen darstellen, betont rehaKIND-Vorstandsmitglied Christiana Hennemann im Vorfeld: „Unser Kongressmodell ist europaweit einzigartig: Das Motto ‚Evidenz - Individualität und Praxis‘ zeigt gerade in Zeiten angespannter Gesundheitsbudgets auf, wie wichtig die Expertise aus allen Versorgungsbereichen für gute Ergebnisse ist. Unsere zu versorgenden jungen Menschen sind einzigartig, da gibt es noch nicht viele Studien mit hohen Evidenzlevels, aber Fachwissen und Erfahrung aller Beteiligten aus Medizin, OT- und Reha-technik, Therapie und das Expertenwissen der betroffenen Familien sorgen dafür, dass gemeinsam die alltagsrelevanten Versorgungsziele erreicht werden können. Der Austausch auf Augenhöhe kennzeichnet das Miteinander, das unvoreingenommene ‚voneinander lernen‘ ist das Erfolgsrezept für den Focus CP rehaKIND-Kongress.“ Diesen Dialog zu leben und zu fördern, ist gleichwohl eine Herausforderung.

Wenn sich Fachleute aus verschiedenen Disziplinen unter einem Dach versammeln und gemeinsam ein Thema vorantreiben, entsteht daher eine besondere Atmosphäre. Wie kann eine individuelle, alltagsnahe Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung gelingen – trotz steigender Anforder-



rungen an Evidenz, Wirtschaftlichkeit und Bürokratie? Und wie lässt sich Lebensqualität und Teilhabe nicht nur im Kindesalter, sondern auch im Übergang zum Erwachsenenleben sichern? Über 180 Referierende wollen in 72 Session und zusätzlichen Skills Labs Antworten auf diese Fragen finden.

Hier geht es zur Kongresshomepage: <https://focuscprehakind.de> und zum Programm.

Wir sehen uns in Dortmund!

## Neuer Handlungsratgeber zur Hilfsmittelversorgung

Nach fast fünf Jahren engagierter Informationsarbeit wurde aus der Petition von Dr. Carmen Lechleuthner endlich eine Gesetzesänderung. Im Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung (GVSG) war der § 33 SGB V enthalten, der um den Absatz 5c erweitert wurde und seit Anfang März gilt. Hilfsmittel-Verordnungen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die in Sozialpädiatrischen Zentren oder Medizinischen Zentren für Erwachsene Menschen mit Behinderungen behandelt werden, gelten als medizinisch notwendig, und sollen daher beschleunigt, unbürokratisch und ressourcensparend vonstattegehen.

Erklärtes Ziel des Gesetzgebers war eine zeit- und bedarfsgerechte Hilfsmittel-Versorgung von Kindern und Erwachsenen mit Behinderungen. Sie bietet für alle am Hilfsmittelversorgungsprozess Beteiligten einen erheblichen Bürokratieabbau.

Die Umsetzung dieser Neuregelung im Alltag stößt auf Schwierigkeiten, die in Round Tables und vielen Gesprächen in individuellen

Konstellationen aller Beteiligten erörtert wurden. Das Aktionsbündnis bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung versucht in den folgenden Ausführungen, den aktuellen Sachstand darzustellen. Wenn dieser als Konsens gelten könnte, würde der Versorgungsprozess deutlich erleichtert und die Intention des Gesetzgebers unterstützt.

Dieses „How to Handle §33, Abs. 5c“ liegt in einer juristisch kommentierten Langform und einer einfachen formulierten Kurzform vor und steht zum Download unter:



sowie:



bereit. Dort wird beschrieben, wie alle beteiligten Akteure bei der Hilfsmittelversorgung, inklusive der Familien, ressourcenschonend und

effizient miteinander die benötigten Informationen austauschen, um im Sinne des Gesetzgebers die richtigen Hilfsmittel zum richtigen Zeitpunkt und ohne bürokratische Belastungen zu den Menschen zu bringen, die sie benötigen.

Wer sich mit dem Aktionsbündnis für bedarfsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung c/o rehaKIND e.V., dem Dr. Carmen Lechleuthner, Brigitte Bührlen, Dr. Mona Dreesmann, Prof. Rüdiger Krauspe und Christiana Hennemann angehören, in Verbindung setzen möchte, schreibe eine Mail an:

[kontakt@aktionsbueundnis-hilfsmittelversorgung.de](mailto:kontakt@aktionsbueundnis-hilfsmittelversorgung.de)

# Impressum

Das DIGAB magazin ist das Mitglieder-magazin der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung und Intensivversorgung e.V. (DIGAB), Freiburg.

Das DIGAB magazin erscheint halbjährlich.

## Herausgeber

Deutsche Interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung und Intensivversorgung e.V. (DIGAB)

DIGAB e.V.  
Kohlstattstraße 25  
82041 Oberhaching  
Tel.: 0800 66 80 100  
E-Mail: geschaeftsstelle@digab.de  
www.digab.de

## Redaktion

DIGAB GmbH

**E-Mail** presse@digab.de

**Gestaltung** DIGAB GmbH

**Lektorat** DIGAB GmbH

**Fotonachweise** Titelfoto: © MAIK Kongress, S. 3 Vorstand des DIGAB e.V. © Intercongress / T. Tanzyna, S. 5 Laura Mench © MAIK Kongress, Besucher\*innen DIGAB Kongress Rostock © Intercongress / T. Tanzyna, Paragliding © Rehatreff, S. 6 Laura Mench © MAIK Kongress, S. 8 Zentralheize Erfurt © Zentralheize Erfurt, S. 9 Anika Zinken © privat, Dr. med. Nick Weidner © privat, Dr. med. Martin Groß © Intercongress / T. Tanzyna, S. 10 Kongresspräsidium Rostock © Intercongress / T. Tanzyna, S. 11 Nataliia Brehmer © Intercongress / T. Tanzyna, Rollstuhltänzerinnen © Intercongress / T. Tanzyna, S. 13 IPV 1 © Sentec, S. 20 - 24 Himmelhoch und abgrundtief: Paragliding im Zillertal © Rehatreff, S. 25 © rehaKIND

## Anzeigen & Aboservice

DIGAB GmbH  
Christoph Jaschke  
Tel.: 0174-333 63 63  
E-Mail: christoph.jaschke@digab.de

**Druck** print24

**Auflage** 2.500 Exemplare

Nachdruck, Einspeisung ins Internet und Vervielfältigung der im DIGAB magazin erscheinenden Beiträge auf Datenträgern bedürfen der schriftlichen Genehmigung des Herausgebers. Für den Inhalt der geschalteten Anzeigen und für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Unterlagen wird keine Gewähr übernommen. Die im DIGAB magazin veröffentlichten Links sind sorgfältig recherchiert.

Die Redaktion ist jedoch nicht für die Inhalte der verlinkten Seiten verantwortlich – hier haftet allein der/die Anbieter\*in der jeweiligen Website.

## Autor\*innen

Dr. med. Martin Groß, Laura Mench, Christoph Jaschke, Kay Wilke-Schultz, Johannes Koch, Dr. Maria Panzer, Dr. Lena Panzer-Selz, Sandra Soworka, Arlind Ljamic, Cornelia Ermeier, Uwe Frevert, Ilka Martin, Johannes Messerschmid, Christian Pfeuffer, Dinah Radtke, Anika Zinken, Dr. med. Nick Weidner



DEUTSCHE **FACHPFLEGE**



# WEIL PFLEGE SO VIEL MEHR IST.

Die DEUTSCHE**FACHPFLEGE** setzt Maßstäbe für die qualitativ hochwertige Versorgung von Pflegebedürftigen aller Pflegegrade. Denn Qualität in der Pflege muss nicht nur spürbar, sondern auch objektiv nachvollziehbar sein. Unsere systematische Datenerhebung liefert wertvolle Erkenntnisse für die gesamte Pflegebranche – und schafft höchste Pflegequalität für jeden einzelnen Menschen, der sich uns anvertraut.

Übrigens: All das und vieles mehr finden Sie in unserem  
aktuellen Unternehmens- und Qualitätsbericht.



# CARO & LUISA

Versorgung kann leichtfallen und trotzdem sicher sein. Unsere Systemlösung für Beatmung und Sekretmanagement bedeutet nicht nur für Patient:innen eine Erleichterung. Auch die Anwendung ist besonders einfach. Das Beatmungsgerät LUISA und der mechanische Insufflator-Exsufflator CARO können optional zusammen mit dem Atemgasbefeuchter AIRcon Gen2 auf einem fahrbaren Gestell angebracht werden, sodass Anwender:innen nur wenige gezielte Handgriffe für die ganzheitliche Patientenversorgung benötigen. Sie sparen Zeit, die für das Miteinander bleibt.

**Überall durchatmen. Mit CARO und LUISA.**

