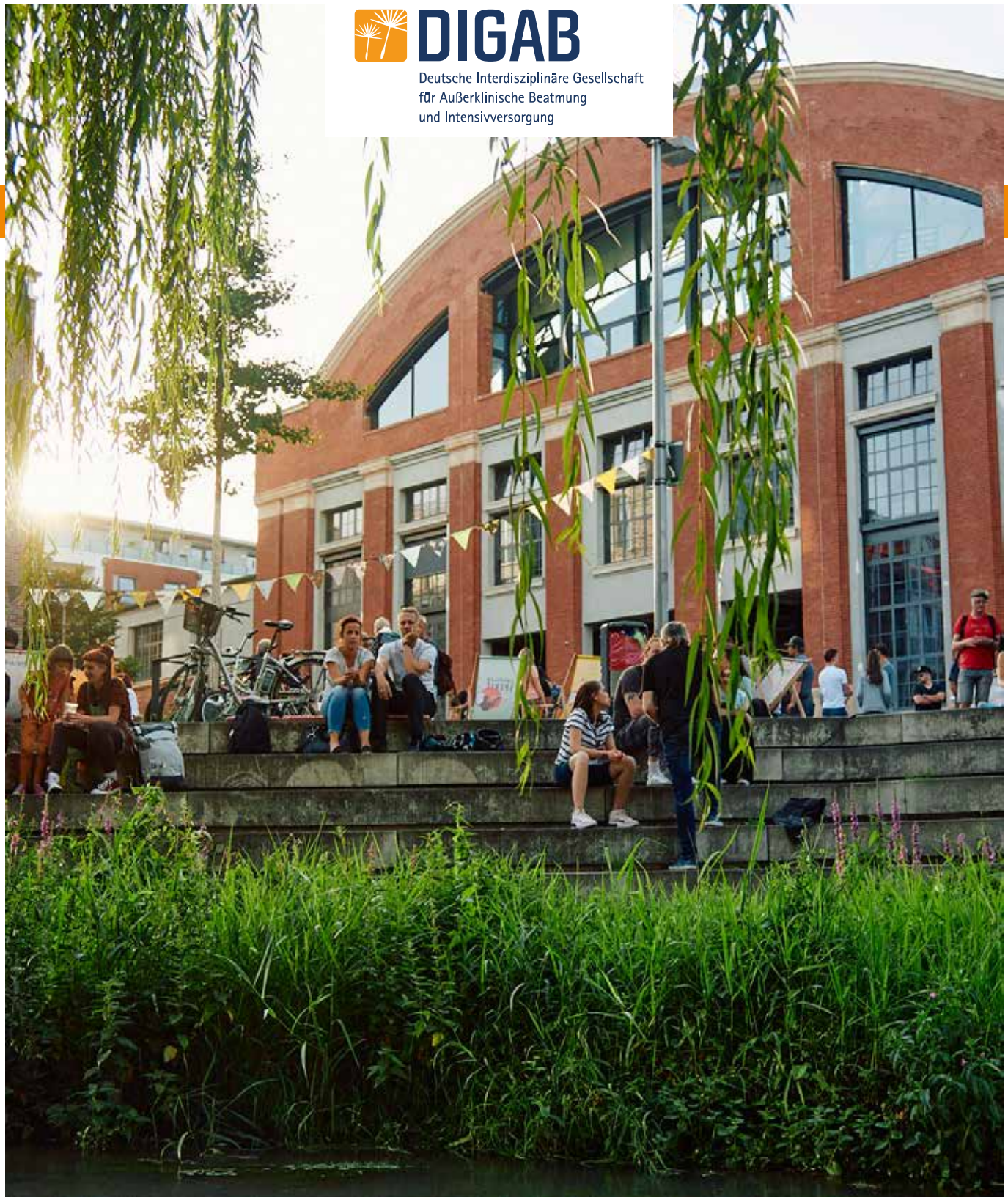
DIGAB

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft
für Außerklinische Beatmung
und Intensivversorgung



DIGAB magazin

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

Ausgabe 5
Mai 2026
digab.de

linimed gruppe

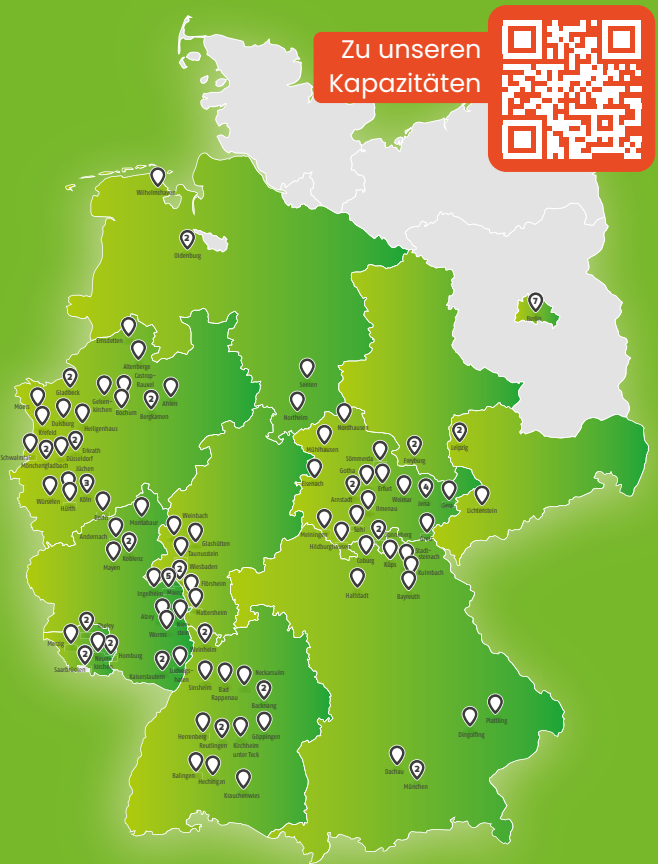
INTENSIV VERSORGT MIT LINIMED.

Außerklinische Intensivpflege
1:1 Versorgung
Kinderintensivpflege

Wir beraten Sie gern!
0800 5464633
casemanagement@linimed-gruppe.de

www.linimed-gruppe.de

Zu unseren Kapazitäten



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

Liebe Leser*innen,

in wenigen Tagen ist es soweit! Unsere 32. Jahrestagung findet vom 2. - 3. Juni in der Zentralheize in Erfurt statt. Einen ersten Eindruck des Veranstaltungsortes erhalten Sie beim Blick auf das Cover dieser Ausgabe des DIGAB magazins. Wir freuen uns darauf, in Erfurt viele Mitglieder und Freund*innen der DIGAB begrüßen zu dürfen! Alle, die - vielleicht auch zum ersten Mal - an einem DIGAB Kongress teilnehmen heißen das Kongresspräsidium und wir herzlich willkommen.

Auf unserer Kongresswebseite: www.digab-kongresse.de finden Sie das Kongressprogramm, den Ticketbuchungslink und alle informationen zum Veranstaltungsort. Das Kongressprogramm ist in diesem Jahr bewusst sehr kompakt gestaltet und lädt ausdrücklich zum Dialog ein. Nutzen Sie die Gelegenheit, sich mit Akteur*innen der außerklinischen Intensivversorgung zu vernetzen und in der Fachausstellung Innovationen zu entdecken! Allen Ausstellern & Sponsoren des diesjährigen DIGAB Kongresses gilt unser Dank - ohne Sie gäbe es diesen Kongress nicht.

Für die außerklinische Intensivversorgung könnten tiefgreifende Veränderungen bevorstehen, wenn die Rahmenbedingungen für diese hochkomplexe Versorgung reformiert werden. Die DIGAB hat sich intensiv mit den Reformvorschlägen auseinandergesetzt und Stellungnahmen verfasst, um darauf aufmerksam zu machen, welch tiefgreifenden Folgen dies für Menschen mit außerklinischer Intensivversorgung haben könnte. Die Stellungnahmen finden sich in dieser Ausgabe unseres Magazins.

In dieser Ausgabe erwartet Sie zudem ein Interview mit Kongresspräsidentin Anika Zinken. Pflegeexpertin Christine Keller hat das Fachbuch „Fachpflege Außerklinische Intensivpflege“ herausgegeben, das inzwischen in der 2. Auflage erschienen ist. Christine Keller beschreibt in einem Artikel den Entstehungsprozess des Buches. Weiterbildungsdozent Mattias Peitzmeier hat zum Fachbuch eine Rezension verfasst, die Sie hier nachlesen können. Weiterhin gibt es einen Berichtüber das geplante Gastsymposium der DIGAB auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Neurorehabilitation. Besonders freuen wir uns außerden über zwei Fachartikel von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung für Menschen mit Bedarf an außerklinischer Beatmung und Intensivversorgung anbieten: Es handelt sich um das Projekt „Air-leben Weaning“ und die Station „Lebensluft“ am Asklepios Klinikum Harburg.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre der 5. 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.!

23. - 24. Oktober 2026

DER KONGRESS DER AUSSERKLINISCHEN INTENSIVVERSORGUNG IN MÜNCHEN.

Lerne Neues kennen,
tausche Erfahrungen aus,
diskutiere mit und vernetze Dich.

MAIK
KONGRESS

www.maik-online.org

DEUTSCHE FACHPFLEGE
KONGRESS

Inhalt

6	DIGAB	Interview mit Kongresspräsidentin Anika Zinken
10	DIGAB	Stellungnahme zum Entwurf enes GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes
14	DIGAB	Stellungnahme zum Arbeitspapier „Effizienter Ressourceneinsatz bei Leistungsgesetzen“
16	WEANING	AIr-leben Weaning stellt sich vor von Dr. Corina Schiegl, Heike Kemeter und Sandra Thate
23	FACHGESELL-SCHAFTEN	Gastsymposium der DIGAB auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Neurorehabilitation (DGiNR)
24	BUCHTIPP	Zur Entstehungsgeschichte des Buches „Fachpflege Außerklinische Intensivpflege“ von Christine Keller
32	BUCHTIPP	„Lebensqualität und Teilhabe bei neurologischer Erkrankung“ von Dr. med. Martin Groß
34	WEANING	Das Konzept der Station „Lebensluft“ in Hamburg Harburg von Dr. med. Frank Escherich

Anika Zinken, Kongresspräsidentin der 32. Jahrestagung der DIGAB

Kongresspräsidentin Anika Zinken im Interview

Du bist die vierte Kongresspräsidentin der DIGAB - nach Dinah Radtke, Maria-Cristina Hallwachs und Claudia Lohse-Jarchow. Kannst Du Dich bitte kurz vorstellen?

Anika Zinken: „Es freut mich sehr, dass es nun im dritten Jahr in Folge eine Kongresspräsidentin gibt und alle selbst beatmet sind, wie auch unsere Vorreiterin Dinah Radtke. Als mich Christoph Jaschke gefragt hat, habe ich mich sehr gefreut, dass mir der Vorstand das Vertrauen schenkt, jedoch bin ich auch aufgeregt, nach solchen Power-Frauen Gastgeberin zu sein. Mit unseren Präsidenten Dr. med. Martin Groß und Dr. med. Nick Weidner im Team der Kongresspräsidenten fühle ich sehr gut aufgehoben.

Seit 28 Jahren lebe ich mit Intensivpflege. Ich hatte einen Autounfall, bei dem ich auf dem Rücksitz saß, der keine Kopfstütze hatte. Dabei habe ich mir einen Bruch des 2. Halswirbels zugezogen, wodurch ich ab dem Hals querschnittgelähmt bin und auch nicht mehr selbständig atmen kann. So kurz vor dem Abitur wollte ich dieses beenden, denn mein Kopf funktionierte noch und bei der ganzen traumatischen Situation war ich immer noch dieselbe Person mit denselben Interessen - Kultur, Livemusik, Reisen und wissbegierig - und ich hatte keine Lust, mich jeden Tag nur um meine Reha zu kümmern. Ich wollte mehr – vielleicht auch als Ablenkung oder auch, um ein Ziel zu haben.

Rechtlich war die Situation damals sehr angespannt, heutzutage ist das leider wieder der Fall. Intensivpflegedienste gab es damals praktisch nicht. Aber: Wieso sollte ich nicht weiter machen wie bisher? Wie? Wird man dann schon sehen! Das war meine Antwort darauf. Nach dem Abitur und einer Ausbildung zur Informatikkauffrau bin ich erst später zur Selbsthilfe gelangt, besonders durch Maria-Cristina Hallwachs. Mit ihr stehe ich quasi von Anfang an in Kontakt. Zunächst gab ich Rede und Antwort in Pflegekursen, dann als Referentin auf Kongressen, auch der DIGAB, aber diese kollidierten oft mit dem Festival Rock am Ring oder waren zu weit entfernt, sodass ich noch nicht oft Gast war. Über die fortschreitende Digitalisierung war es mir möglich, mit immer mehr mit Menschen mit Beatmung in Kontakt zu kommen. Die Corona Pandemie gab dem ganzen bekannterweise einen gehörigen Schub. Seitdem bin ich auch aktiver in der Selbsthilfe sowie in der DIGAB."

Auf welchen Programmpunkt auf dem DIGAB Kongress in Erfurt freust Du dich besonders? Welches ist Dein Programmhighlight?

Anika Zinken: „Ein einzelnes Highlight vermag ich nicht ausmachen, jedoch wie andere mit der Beatmung leben, ist mir ein besonderes Anliegen. Dabei lerne ich immer dazu, welche Lösungen andere für ihre Belange gefunden haben. Ich freue mich, abseits des Tagesprogramms, am meisten auf das Wiedersehen mit Bekannten und Freunden. Das hat etwas von einem Klassentreffen, weil man so viele kennt. Sehr freue ich mich auf die große Anzahl von Menschen mit Intensivpflegebedarf, die man im Alltag sonst nicht sieht. Ich freue mich aber auch auf die zufälligen Begegnungen, bei denen man neue Kontakte knüpfen kann."

Welche Rolle spielt Deiner Meinung nach der DIGAB Kongress für Menschen mit Bedarf an außerklinischer Beatmung und Intensivversorgung

VIVISOL
Home Care Services

Unser Ziel ist es die **Lebensqualität** von chronisch kranken Patientinnen und Patienten zu **verbessern**, indem wir ihnen die besten medizintechnischen Lösungen für eine optimale Versorgung **im häuslichen Umfeld oder in spezialisierten Einrichtungen** zusichern.

Erfahren Sie mehr unter: **homecare.VIVISOL.de**

Sauerstoff-Therapie

Beatmungs-Therapie

Folgen Sie uns auch auf

VIVISOL Deutschland GmbH • Werner-von-Siemens-Straße 1 • 85375 Neufahrn bei Freising
Tel.: 03628 92110 • E-Mail: info@**VIVISOL**.de • Web: homecare.vivisol.de

und warum sollten Menschen Mitglied der DIGAB werden?

Anika Zinken: „Die DIGAB hat nicht ohne Grund Interdisziplinarität in ihrem Namen stehen und sie lebt das auch, dass jeder, egal welcher Profession, sich einbringen kann, und das ist auch erwünscht, das macht diesen Verein aus. Wie man sich engagiert, ist die Entscheidung von jedem selbst: durch eine Mitgliedschaft, als Förderer oder aktiv in einer Sektion – was zählt ist auch die Mitgliederzahl, denn mit der Zahl der Mitglieder steigt auch das Gewicht der DIGAB, sich in die Standards der Versorgung von Menschen mit Intensivpflegebedarf und in den politischen Entscheidungsprozessen einzubringen.

Nicht nur Mitglieder aus allen Berufsgruppen, sondern auch die Menschen mit Intensivpflegebedarf sind herzlich willkommen, denn wir können aus unserer Sichtweise berichten und so den Stand der Versorgung mitgestalten. Wir sind hier nicht allein und nur hier kommen so viele Menschen mit Beatmung und Intensivpflegebedarf zusammen, die sich austauschen. Hier bekomme ich die Informationen, die ich brauche. Deshalb bin ich Mitglied geworden. Ich lerne immer wieder von den anderen hinzu, wie sie ihre Herausforderungen lösen, genau so kann ich auf diese Gemeinschaft zurückgreifen."

Du bist auch sehr aktiv bei der Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V. (FGQ). Kannst Du Deine Tätigkeit dort kurz vorstellen?

Anika Zinken: „Als ausgebildete Peer-Counselor bei der FGQ gebe ich meine Erfahrung direkt an Menschen mit Querschnittlähmung und deren Angehörige weiter. Von der Akutphase in der Klinik bis weit nach der Entlassung begleite ich Menschen meist mit hoher Lähmung zurück in den Alltag, persönlich, per Video oder Telefon. Neben dem Vor-Ort-Stammtisch im QZ Bonn moderiere ich mit anderen Peers unsere wöchentlichen Online-Treffen und habe das Format „atemWEGE" mit ins Leben gerufen, um den Austausch von Menschen mit Beatmung digital zu fördern."

Du bist ein „Urgestein" aus dem Rheinland. Der DIGAB Kongress findet in diesem Jahr zum ersten Mal in der thüringischen Landeshauptstadt Erfurt statt. Hast Du über Deine vielfältigen Tätigkeiten Verbindungen nach Erfurt oder Thüringen?

Anika Zinken: „In Thüringen liegen gleich zwei Querschnittgelähmten Zentren, die ich nicht persönlich kenne, an denen jedoch auch Peers der FGQ engagiert sind. Mich verbinden die beiden Kongresspräsidenten Dr. med. Martin Groß und Dr. med. Nick Weidner in diesem Jahr mit Erfurt. Dort war ich noch nicht, aber ich reise gerne und hoffe, mir die Stadt ansehen zu können."

„Wie ich bei den ‚Blauröcken' mein jeckes Zuhause fand

Anika Zinken

Als ich vor ein paar Jahren in unsere Gemeinde zog, hatte ich ein klares Ziel: Ich wollte nicht nur hier wohnen, ich wollte dazugehören.

Und wie findet man im Rheinland Anschluss? Man geht in einen Verein, einen Karnevalsverein. Den kannte ich schon durch meine Krankenschwester. So führte mich mein Weg zur KG Frohsinn 1971 Oberzier e.V.

Heute kann ich sagen: Das war die beste Entscheidung, die ich treffen konnte. Doch der Anfang war – wie so oft im Leben – von vorsichtigem Beschnuppern geprägt.

Wenn ich mit meinem großen E-Rollstuhl um die Ecke komme, dazu die hohe Querschnittlähmung ab dem 2, Halswirbel, durch die ich nicht mehr mal eben jemanden zuwinken kann, weil nicht nur die Beine, sondern auch die Arme gelähmt sind, löst das bei manchen erst einmal Zurückhaltung aus. Gelähmt bin ich seit einem Autounfall vor 28 Jahren. Dass ich auch noch beatmet werden muss, fällt zunächst gar nicht auf, weil ich tagsüber mit einem Zwerchfellstimulator (PNS-phrenicus nerv stimulator) beatmet werde. Da brauche ich nur ein kleines Gerät, etwa so groß wie ein Handy.

Karneval verbindet

Der Karneval hat eine wunderbare Eigenschaft: Er verbindet. So oft, wie ich kann, bin ich bei den Terminen nicht nur in der Session, die jecke Zeit zwischen dem 11.11. und Aschermittwoch, sondern auch über das ganze Jahr verteilt dabei – ob bei Veranstaltungen in der Gemeinde oder Freundschaftsbesuchen bei anderen Vereinen. Meistens läuft dann irgendwo Musik, dann hält mich nichts mehr still

Anika Zinken ist Rheinländerin und aktive Karnevalistin.

und ich tanze und singe mit. Mit meinem Rollstuhl brauche ich etwas Platz dafür, wenn ich den nicht habe, bewege ich meinen Kopf zur Musik. Nur in der lauten Umgebung ist die Kommunikation nicht immer einfach, weil ich wegen der Beatmung nicht so laut sprechen kann. Da unterstützen mich meine Pflegekräfte, falls nötig, als Übersetzer, um diese Hürde zu überwinden.

Bei den Festlichkeiten kann ich zwar nicht helfen, Tische und Stühle aufzubauen, usw., aber so darf ich zur Sessionseröffnug bei unserer Mundartmesse, die „op kölsch“ gehalten wird, meinen kleinen Beitrag leisten, denn „kalle“ kann ich. Seit drei Jahren gehe ich mit Freunden im Veilchendienstagszug in einer eigenen Gruppe zu unserem krönenden Abschluss des Straßenkarnevals, dem Umzug durchs Dorf, und so verlieren nicht nur die Mitglieder bei all diesen Aktivitäten immer mehr ihre Scheu.

Highlight in diesem Jahr

Der Verein hat mich mit offenen Armen aufgenommen und gezeigt, was echte Inklusion bedeutet, ohne dass man das Wort groß in den Mund nehmen muss.

In dieser Session gibt es für mich ein ganz besonderes Highlight: Ich bin festes Mitglied der „Blauröcke“, die den Verein repräsentieren. Wir begleiten stolz die „Männergarde“ mit „dem schönsten und gelenkigsten, was sie zu bieten haben“, dem Mariechen, zu ihren Auftritten, und was dann passiert, rührt mich jedes Mal aufs Neue. Damit ich nicht nur am Bühnenrand zuschauen muss, wechseln wir auf meinen kleineren, leichteren Rollstuhl. Und dann heißt es: „Packen wir es an!“

Auf der Bühne habe ich nur meinen Zwerchfellstimulator mit. Das andere Beatmungsgerät, die Absaugung und meine Notfalltasche lasse ich an meinen E-Rollstuhl hinten im Saal stehen. An einem Tag mit mehreren Auftritten reise ich mit dem kleinen Schieberollstuhl und spare den Transfer, dann lasse ich die Geräte oft gleich im Auto, nur der Ambubeutel kommt immer in einem Rucksack mit meinen persönlichen Sachen mit rein. Ob die Absaugung mit in den Saal genommen wird, hängt vom Sekret ab, das kann ich für diesen Zeitraum gut abschätzen. So gerüstet, lassen mich die Blauröcke nicht unten stehen. Sie tragen mich mitsamt Rollstuhl die Treppen hinauf auf die Bühne. Mittendrin im Scheinwerferlicht, umgeben vom Verein, spüre ich das pure Karnevalsgefühl. Die anfängliche Distanz ist mehr und mehr vergessen; es bleibt das Gefühl, ein wertvoller Teil dieser Gemeinschaft zu sein.

Stellungnahme der DIGAB e.V. zum Entwurf eines GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes und dessen Auswirkungen auf die außerklinische Intensivversorgung

Satzungsgemäß unterstützt und fördert die Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung und Intensivversorgung (DIGAB) e.V. die Versorgung und die Versorgungsstrukturen von außerklinisch beatmeten und intensivversorgten Menschen und vertritt deren Interessen in der Öffentlichkeit. Sie nimmt zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) des Bundesministeriums vom 16.04.2026 Stellung, da dieser bei der Umsetzung in der jetzigen Form zu einer Beeinträchtigung der Sicherheit, Lebensqualität und Teilhabe der von ihr vertretenen Menschen führen wird.

Der Gesetzentwurf verfolgt das Ziel, die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine strikte Begrenzung der Ausgabenentwicklung dauerhaft zu stabilisieren. Dieses Ziel mag finanzpolitisch nachvollziehbar erscheinen, aber die Folgen für Menschen mit Bedarf an außerklinischer Beatmung und Intensivversorgung sind gravierend. Es drohen erhebliche negative Auswirkungen auf Versorgungsqualität, Personalbindung und Angebotsstabilität in der Langzeitversorgung und der Teilhabe schwerstkranker und sehr vulnerabler Menschen.

Besonders problematisch ist, dass laut Gesetzentwurf die Preis- und Vergütungssteigerungen aller Leistungserbringer künftig grundsätzlich an die Grundlohnrate gekoppelt werden soll. Dies wird ausdrücklich auch auf „Unternehmen der medizinischen Behandlungspflege“ sowie auf Hersteller von Hilfsmitteln bezogen. Zugleich soll die bisherige vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen oberhalb der Grundlohnrate nicht fortgeführt werden. Damit wird der ökonomische Druck in einem Bereich weiter verstärkt, der personalintensiv und fachkraftabhängig ist und schon jetzt unter erheblichem Fachkräftemangel leidet.

Die außerklinische Intensivversorgung ist kein standardisierter Massenleistungsbereich, sondern ein hochkomplexes, individuell ausgerichtetes Versorgungsmodell. Sie lebt von Beziehungsstabilität, strukturierter Qualifikation und fachlicher Expertise, multiprofessioneller Koordination, dem korrekten Einsatz assistiver und lebenserhaltender Technologien und einer hohen Reaktionsfähigkeit im Alltag. Menschen mit Beatmung, Trachealkanüle oder anderen lebensbedrohlichen Symptomkomplexen benötigen daher eine sehr leistungsfähige und gleichzeitig verlässliche Struktur. Die gesetzlich forcierte Deckelung der Vergütungsentwicklung hat zur Folge, dass notwendige Kostensteigerungen im Personalbereich nicht mehr refinanziert werden können.

Gerade in der außerklinischen Intensivversorgung ist diese Entwicklung gefährlich. Wenn steigende Tariflöhne, Fachkräfteengpässe, Qualifizierungsanforderungen, Ausfallkompensation und regionale Besonderheiten nicht mehr ausreichend abgebildet werden, geraten Leistungserbringer unter massiven wirtschaftlichen Druck. Dies wird zu erschwerter Personalgewinnung, zu einer Reduktion von Versorgungsangeboten, zu Rückzügen aus bestimmten Regionen und letztlich zu einer Destabilisierung bereits bestehender Patientenversorgungen führen. Die DIGAB warnt ausdrücklich davor, wirtschaftliche Steuerungsinstrumente in einem Versorgungsbereich einzusetzen, in dem Instabilität lebensbedrohliche Folgen für Betroffene haben kann.

Hinzu kommt eine direkte Mehrbelastung der betroffenen Versicherten. Der Gesetzentwurf sieht in § 61 SGB V n. F. vor, dass bei außerklinischer Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI sowie in Wohneinheiten nach § 132l Abs. 5 Nr. 1 eine Zuzahlung von 15 Euro je Kalendertag erhoben wird. Für außerklinische Intensivpflege an den in § 37c Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 genannten Orten soll zudem eine Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent

der Kosten sowie 15 Euro je Verordnung gelten. Darüber hinaus sollen die Zuzahlungsbeträge künftig dynamisch entsprechend der Grundlohnrate angepasst werden. Dies führt zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung in ohnehin hochverdichteten Lebenssituationen und einer Verschiebung der Kosten für die Eigenanteile in die Sozialleistungen.

Aus Sicht der DIGAB ist dies sozial- und gesundheitspolitisch äußerst problematisch. Menschen in der außerklinischen Intensivversorgung befinden sich in einer dauerhaften Abhängigkeit von komplexen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen und einer lebensbedrohlichen Situation.

Dass der Gesetzentwurf offen ausweist, dass ein relevanter Teil der Entlastung über Zuzahlungen und Belastungen der Patient*innen erzielt werden soll, macht die politische Stoßrichtung deutlich. Für 2027 werden 3,8 Milliarden Euro, für 2030 rund 4,4 Milliarden Euro als Beitrag der Patient*innen veranschlagt.

Auch mittelbar erhöht der Gesetzentwurf den Druck auf die außerklinische Intensivversorgung. Im Hilfsmittelbereich werden Festbeträge neu strukturiert und stärker auf wirtschaftliche Reserven sowie preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten ausgerichtet. Maßstab soll künftig unter anderem die obere Preislinie des unteren Drittels der Herstellerabgabepreise sein. Es ist zu erwarten, dass Fehlversorgungen zunehmen und die Ziele der Hilfsmittelversorgung nicht erreicht werden. Zudem ist für bestimmte vertragliche Vergütungen im Hilfsmittelbereich für ab Januar 2027 beginnende Versorgungen bis Ende 2028 eine Minderung um drei Prozent vorgesehen.

Für die außerklinische Intensivversorgung ist das kein Randthema. Sie ist in hohem Maß auf funktionierende Hilfsmittel- und Medizintechnikstrukturen angewiesen. Wenn in diesem Bereich zusätzlicher Preis- und Refinanzierungsdruck entsteht, wirkt sich das mittelbar auf Verfügbarkeit, Servicequalität, Reaktionszeiten, technische Anpassungen und Versorgungssicherheit aus. Auch wenn der Gesetzentwurf formuliert, eine „angemessene Versorgung“ solle gewährleistet bleiben, bleibt offen, wie dies unter wachsendem ökonomischem Druck praktisch sichergestellt werden soll. Wer die nötige Bewertung über die Angemessenheit der Versorgung durchführt, bleibt völlig offen. Der Gesetzentwurf macht ferner deutlich, dass die Stabilisierung der Beitragssätze im Wesentlichen über Einsparungen bei Patient*innen und deren Angehörigen, Leistungserbringern, Herstellern und Krankenkassen erfolgen soll. Für 2027 werden in diesem Block 11,8 Milliarden Euro Entlastung angesetzt, für 2030 sogar 30,9 Milliarden Euro. Allein die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik soll 2027 Einsparungen von 4,9 Milliarden Euro und 2030 von 21 Milliarden Euro erzielen. Daraus folgt: Der ökonomische Druck auf die Versorgungsstrukturen ist kein Nebeneffekt, sondern zentrales Konstruktionsprinzip des Gesetzentwurfs.

Die DIGAB hält es für einen gesundheitspolitischen Fehler, ausgerechnet die Versorgung der vulnerabelsten Gruppen diesem Konsolidierungsdruck zu unterwerfen.

Die außerklinische Intensivversorgung sichert Leben, Stabilität, Lebensqualität, Selbstbestimmung und Teilhabe. Sie ermöglicht Menschen mit schwersten Behinderungen ein Leben außerhalb des Krankenhauses und schützt zugleich stationäre Strukturen vor Fehlbelegungen und garantiert örtlich letzlich die Funktionsfähigkeit der Intensiv- und Notfallversorgung in Deutschland.

Die DIGAB fordert daher:

1. **Keine pauschale Vergütungsdeckelung in der außerklinischen Intensivversorgung**: Die außerklinische Intensivversorgung (AKI) muss als personalintensiver, hochspezialisierter und sicherheitskritischer Versorgungsbereich von starren Begrenzungen auf die Grundlohnrate ausgenommen werden. Tarifentwicklungen und tatsächliche Kostensteigerungen müssen weiterhin sachgerecht refinanzierbar bleiben.
2. **Keine zusätzlichen Zuzahlungen für Menschen in der außerklinischen Intensivversorgung:** Medizinisch notwendige Intensivversorgung darf nicht durch neue oder dynamisierte Eigenbeteiligungen weiter belastet werden. Für diesen Personenkreis braucht es Schutz und Unterstützung statt zusätzlicher finanzieller Hürden.
3. **Versorgungssicherheit vor reiner Kostendämpfung**: Im Hilfsmittel- und Medizintechnikbereich müssen Qualität, Verfügbarkeit, Anpassungsfähigkeit und Service verbindlich Vorrang vor einseitiger Preisorientierung haben.
4. **Berücksichtigung der besonderen Struktur der AKI im Gesetzgebungsverfahren:** Die außerklinische Intensivversorgung darf nicht als gewöhnlicher Ausgabenposten behandelt werden. Sie ist ein sensibler Teil der Daseinsvorsorge für Menschen mit komplexem medizinischem Unterstützungsbedarf.
5. **Dialog mit Fachgesellschaften und Betroffenenvertretungen:** Vor einer gesetzlichen Umsetzung sind die praktischen Fol-

gen gemeinsam mit Fachgesellschaften, Leistungserbringern, Betroffenen und Angehörigen systematisch zu prüfen.

6. Wissenschaftliche Einordnung: Für Versicherte lebensentscheidende gesetzliche Änderungen sollten unter Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgen, und die Auswirkungen der Änderungen auf Lebensqualität, Teilhabe und Patientensicherheit sowie auf die Angehörigen sollten wissenschaftlich evaluiert werden.

Schlussbemerkung

Die Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung und Intensivversorgung steht für eine qualitativ hochwertige, interdisziplinäre und menschenzentrierte außerklinische Intensivversorgung. Sie steht damit für Selbstbestimmung, Teilhabe und Versorgungssicherheit. Der vorliegende Gesetzentwurf droht diese Ziele zu unterlaufen, weil er die ökonomische Stabilisierung der GKV in Teilen zulasten eines hochvulnerablen Versorgungsbereichs organisiert. Eine nachhaltige Reform darf nicht dort sparen, wo Menschen auf verlässliche, sehr komplexe und lebensnotwendige Versorgung angewiesen sind. Die DIGAB appelliert daher nachdrücklich an die politisch Verantwortlichen, die vorgesehenen Regelungen für die außerklinische Intensivversorgung grundlegend zu überarbeiten.

Dr. med. Martin Groß (Präsident)
Laura Mench (Präsidentin elect)
Kay Wilke-Schultz (Schatzmeister)
Christoph Jaschke (Past Präsident)
Johannes Koch (Vertreter der Menschen mit außerklinischer Beatmung und Intensivversorgung)

21. Ulmer Kindertagung - Interdisziplinäre Fachtagung für außerklinische Beatmung und Intensivversorgung 9. - 10. Oktober 2026, Ulm-Seligweiler

Bereits seit über 20 Jahren findet die Tagung „Außerklinische Beatmung bei Kindern, Kleinkindern und jungen Menschen“ in Ulm-Seligweiler statt.
Im vergangenen Jahr war das 20. Jubiläum der Tagung. Geleitet wurde sie von Dr. med. Kurt Wollinsky und Prof. Dr. Winckelmann. Die nächste und wegen ihrer Einzigartigkeit geschätzte Tagung mit Vorträgen und vielen praxisnahen Workshops findet am 9. und 10. Oktober 2026 statt.

Neu sind in diesem Jahr der Titel „Ulmer Kindertagung – Interdisziplinäre Fachtagung für außerklinische Beatmung und Intensivversorgung“ und die Kooperation mit der Deutschen nInterdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung und Intensivversorgung (DIGAB) e.V. Sowohl die Tagung als auch die DIGAB teilen die fachliche Ausrichtung und die Leidenschaft für die außerklinische Beatmung und Intensivversorgung. Die Veranstaltung erfolgt zudem in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Ulm.
Im Rahmen der begleitenden Industrieausstellung und auf dem Gesellschaftsabend am ersten Kongresstag besteht die Möglichkeit, sich miteinander auszutauschen, neue Teilnehmende kennenzulernen und bei Live-Musik zu feiern.
Tickets für die Tagung sind bereits erhältlich. Die Kongresswebseite mit dem Programm befindet sich in Vorbereitung.

Bei Fragen - insbesondere auch zur Fachausstellung - wenden Sie sich bitte an Frau Monika Berlinghof: Monika.Berlinghof@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. med. Hans Fuchs (li.) und Dr. med. Kurt Wollinsky (re.)

Monika Berlinghof

Tickets für die 21. Ulmer Kindertagung können Sie hier buchen:

FÜR ALLE, DIE ES SCHWARZ AUF WEISS BRAUCHEN

CERTI.CARE

ZERTIFIZIERT BILDUNGSANBIETER.

www.certi-care.net

Stellungnahme des DIGAB e.V. zum Arbeitspapier von Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden für das Arbeitstreffen „Effizienter Ressourceneinsatz bei Leistungsgesetzen“ am 25.3.2026

Satzungsgemäß unterstützt und fördert die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung und Intensivversorgung (DIGAB) e.V. die Versorgung und die Versorgungsstrukturen von außerklinisch beatmeten und intensivversorgten Menschen und vertritt deren Interessen in der Öffentlichkeit. Die im Arbeitspapier von Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden vertretenen Positionen beeinträchtigen die Rechte, Teilhabe und Lebensqualität von außerklinisch beatmeten und intensivversorgten Menschen.

Die Analyse des Paritätischen Gesamtverbands

Am 16. April 2026 veröffentlichte Der Paritätische Gesamtverband eine Analyse des aktuellen Arbeitspapiers von Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden für das Arbeitstreffen „Effizienter Ressourceneinsatz bei Leistungsgesetzen“ am 25.3.2026. Die Stellungnahme war mit “Drohender Kahlschlag im Sozialen” betitelt. Laut Paritätischem Gesamtverband finde unter dem harmlosen Titel „Effizienter Ressourceneinsatz” ein „Angriff auf Errungenschaften, für die Betroffene, Verbände und Fachleute jahrzehntelang gekämpft haben”, statt. Eine Abwägung, „was die vorgeschlagenen Einschnitte für die betroffenen Menschen bedeuten” und „ob die Einsparung den Schaden rechtfertigt”, würden vollständig fehlen, und die Umsetzung sei rechtlich problematisch. Grundsätzlich sollten „teure individuelle Hilfen (…) durch billigere kollektive Angebote ersetzt werden, egal ob diese Angebote überhaupt existieren oder den Bedarf decken können.” In Tabelle 2 der sehr lesenswerten Veröffentlichung wird die Bedeutung der Inhalte des Arbeitspapiers sehr detailliert aufgearbeitet. Dies betrifft viele Bereiche, von denen einige im Folgenden exemplarisch in Bezug auf ihre Bedeutung für Menschen mit außerklinischer Beatmung oder Intensivversorgung diskutiert werden.

Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Die durch die Streichung von §112 SGB IX Leistungen zur Teilhabe an Bildung (Eingliederungshilfe) wird Kindern und Erwachsenen mit Behinderungen die bedarfsgerechte Unterstützung in Kindergarten, Schule und Erwachsenenbildung entzogen. Folgekosten werden nicht berücksichtigt. Menschen mit Bedarf an außerklinischer Beatmung oder Intensivversorgung dürfen in Bezug auf Bildung nicht benachteiligt werden. Sie benötigen aufgrund der aufwändigen Versorgung mit Fokus auf lebenserhaltende Körperfunktionen besonders viel Unterstützung, haben allerdings auch häufig eine hohe Motivationslage, sind daher erfolgreich in Schule und Studium und können hochqualifizierte Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt ausüben, wenn sie die benötigte Förderung und Unterstützung erhalten.

Wunsch- und Wahlrecht

Das Wunsch- und Wahlrecht (§8 SGB VI, §104 SGB IX) wird auf „wirtschaftlich angemessene“ Angebote begrenzt, sodass die Grundrechte auf Teilhabe und Selbstbestimmung und das Recht, in einer eigenen Wohnung zu leben, eingeschränkt werden. Die Kürzungsvorschläge konterkarieren außerdem das Recht auf Selbstbestimmung, welches die von Deutschland 2009 ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention garantiert. Die Einschränkungen des Wunsch- und Wahlrechts sind ein Verstoß gegen die im Grundgesetz verankerte unantastbare Menschenwürde. Jeder Mensch, ob mit einer Behinderung lebend oder nicht, muss die Möglichkeit haben zu entscheiden, wo er z. B. wohnen möchte, oder ob er sich mit Freunden treffen will.

Pooling

Die Bevorzugung des Poolings (gemeinsame Inanspruchnahme) gegenüber 1:1-Unterstützung (bei Unzumutbarkeit) und damit die Aufgabe von Individualansprüchen, verstößt gegen das in der UN-Behindertenrechtskonvention verbriefte

Prinzip der Personenzentrierung. Der Leistungsträger entscheidet über, nicht mit dem Menschen mit Behinderungen. Pooling von Assistenzpersonal schränkt die Bewegungsfreiheit von Menschen mit Behinderung massiv ein. Es ist auch aufgrund der besonders schweren Beeinträchtigung und hohen medizinischen und technischen Herausforderungen bei Menschen mit Bedarf an außerklinischer Beatmung und Intensivversorgung weder machbar noch sicher.

Hilfsmittel

Eine weitere Einschränkung bei der Hilfsmittelversorgung (Positivliste, Finanzierungsobergrenze) führt dazu, dass Teilhabe nur für finanzstarke Menschen möglich wird. Insbesondere Hilfsmittel zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft geraten hier in den Blick. Bei Menschen mit Bedarf an außerklinischer Beatmung oder Intensivversorgung ist der Hilfsmittelbedarf beispielsweise aufgrund schwergradiger Lähmungen besonders hoch. Gerade bei ihnen besteht also die Gefahr, dass sie in der Ausübung ihres Rechts auf gleichberechtigte Teilhabe beeinträchtigt werden, da sie sich die durch die Kürzungen entstehenden hohen Zuzahlungen zu speziellen Hilfsmitteln, die die Teilhabe verbessern, finanziell nicht leisten können.

Absenkung von Einkommens- und Vermögensfreigrenzen

Die Einkommens- und Vermögensfreigrenzen sollen abgesenkt werden, und zusätzlich sollen Fahrtkosten gedeckelt und Eigenanteile festgelegt werden. Menschen mit Behinderung, also auch Menschen mit Bedarf an außerklinischer Beatmung oder Intensivversorgung, würden hierdurch einerseits vom Arbeiten faktisch abgehalten, da Arbeiten dann gar nicht mehr wirtschaftlich wäre. Entsprechend fehlen ihre Leistung und ihre Sozialabgabe der Gesellschaft. Zudem führt dies zu höheren Ausgaben im Rahmen der Grundsicherungsleistungen. Menschen mit Bedarf an außerklinischer Beatmung und Intensivversorgung können sehr leistungsfähige Arbeitskräfte sein – wie jeder andere auch. Wir sollten alles daransetzen, dass möglichst viele von ihnen auf dem ersten Arbeitsmarkt arbeiten.

Einstellung von Fahrtdiensten

Fahrtdienste zugunsten der Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs sollen eingestellt werden. Die Ansprüche an die Barrierefreiheit sind bei Menschen mit Bedarf an außerklinischer Beatmung oder Intensivversorgung außerordentlich hoch. Spezialrollstühle können sehr schwer und ausladend sein. Beatmungsgeräte, Hustenhilfen, Absauggeräte, Notfallausstattung, Kommunikationshilfsmittel und anderes können erforderlich sein. Die Rollstuhlsteuerung über Sondersteuerungen ist aufgrund der hohen Sensitivität fehleranfällig. Bei unsachgemäßer Handhabung zum Beispiel durch Fremde, die einfach nur helfen wollen, kann es schnell zu gefährlichen Situationen kommen. Die geforderte Nutzung des Öffentlichen Nahverkehrs (ÖPNV) ist aber nicht nur durch die erforderlichen umfangreichen körperlichen Anstrengungen eine Herausforderung für Menschen mit Bedarf an außerklinischer Beatmung oder Intensivversorgung, sie ist auch mit Gesundheitsgefährdungen verbunden. So besteht für Menschen mit Beatmung oder Tracheotomie das Risiko, im öffentlichen Nahverkehr transportbedingte Zwischenfälle zu erleiden.

Geld darf nie über dem Menschen und seiner Würde stehen.

Zusammenfassend entsteht der Eindruck, dass das Arbeitspapier die vulnerable Personengruppe von Menschen mit Behinderung, zu denen auch Menschen mit außerklinischer Beatmung und Intensivversorgung als verhältnismäßig einfache Zielgruppe für Kürzungen identifiziert hat. Kürzungen sollten jedoch nicht an den vulnerablen Personengruppen vorgenommen werden, die durch ihre Erkrankungen ohnehin schon schwer beeinträchtigt sind. Die Spezifika der Gruppe der Menschen mit Bedarf an außerklinischer Beatmung oder Intensivversorgung müssen berücksichtigt werden. Die DIGAB verfügt über langjährige Expertise im Bereich der außerklinischen Beatmung und Intensivversorgung und steht zum Austausch über die in dieser Stellungnahme genannten Themen zur Verfügung.

Dr. med. Martin Groß (Präsident)
Laura Mench (Präsidentin elect)
Kay Wilke-Schultz (Schatzmeister)
Christoph Jaschke (Past Präsident)
Johannes Koch (Vertreter der Menschen mit außerklinischer Beatmung und Intensivversorgung)

Literatur:

Der Paritätische Gesamtverband (2026) Drohender Kahlschlag im Sozialen. https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/doc/paritaetischer_drohender-kahlschlag-2026.pdf (Letzter Zugriff am 20.04.2026)

Das prolongierte Weaning in der Außerklinik - ein Behandlungsansatz zur Förderung von Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität

Corina Schiegl, Heike Kemeter, Sandra Thate

Hintergrund

Sofern es bei Patientinnen und Patienten zu einer respiratorischen Insuffizienz kommt, ist die Beatmungstherapie in der modernen Intensivmedizin heute Standard (Lang 2020: 20). Bei multimorbiden Menschen mit komplexen Grunderkrankungen und höherem Lebensalter steigt das Risiko, dass die Entwöhnung vom Beatmungsgerät und/oder von der Trachealkanüle prolongiert verläuft (Karagiannidis et al 2019: 674; Dreher et al 2017: 56). Die Prognose für diese Patientinnen und Patienten wird bei vorliegender Stufe 3 der internationalen Weaning-Klassifikation als eher ungünstig eingeschätzt, zumal sich bei längerer Beatmungszeit Komplikationen einstellen können, die die mit der Beatmung ohnehin assoziierten Beeinträchtigungen (z.B. in der Ernährung oder in der Kommunikation) verstärken können (Geiseler/Westhoff 2021: 716; Boles et al 2007: 1.036; Weber et al 2014: 15).

Diese Personengruppe von Patientinnen und Patienten hatte bislang zur Stabilisierung des Akutzustandes sehr lange Liegezeiten im Krankenhaus, wobei dieses Umfeld ein erfolgreiches Weaning vom Beatmungsgerät und/oder von der Trachealkanüle erschweren kann, da u.a. keine Privatsphäre besteht und der Tag-Nacht-Rhythmus gestört wird (Dreher et al 2017: 60). Obschon bei diesen Patientinnen und Patienten aus ärztlicher Sicht ein grundsätzliches Weaning-Potential angenommen wird, wird dieses Potential aufgrund der Bedingungen im Krankenhaussetting nicht ausgeschöpft. Die Patientinnen und Patienten werden stattdessen in die außerklinische Intensivpflege übergeleitet, in welcher auch bei adäquater pflegerischer Versorgung sowie bei angemessener technischer Ausstattung die Lebensqualität bei fortbestehender Device-Abhängigkeit reduziert sein kann (Huttmann et al 2015: 316; Huttmann et al 2018, Schönhofer et al 2025: 141 ff). Außerdem widerspricht diese Praxis dem Willen des Gesetzgebers, der mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) das Ausschöpfen aller Weaning-Potentiale vorgeschrieben hat (Richter 2022: 26 f.). Aufgrund der beschriebenen Ausgangssituation haben wir im Januar 2021 in Sinzing (Landkreis Regensburg) eine außerklinische Übergangswohnform zum prolongierten Weaning eröffnet, in welcher den Patientinnen und Patienten ein wohnliches und überschaubares Setting zur professionellen Weaning-Behandlung geboten wird. Die Behandlung bietet Vorteile auf mehreren Ebenen: Die Patientinnen und Patienten erlangen auf der Mikroebene bei einer erfolgreichen Weaning-Behandlung im Vergleich zur fortbestehenden Intensivpflegebedürftigkeit ein Mehr an Selbstbestimmung (v.a. im Sinne der Selbst- und Eigenständigkeit) sowie Freiheitsgrade (beispielsweise bei der Alltagsgestaltung). Auf der Meso- und Makroebene wird hingegen Personal entlastet, das bspw. in der Krankenhausakutbehandlung dringend benötigt wird. Zudem tragen erfolgreiche Weaning-Behandlungen zu einer monetären Entlastung der Solidargemeinschaft bei und fördern die Ambulantisierung des Krankenhauswesens (Michels et al 2023: 818; Bublitz et al 2025: 43).

Konzeption unserer Übergangswohnform

Unsere Übergangswohnform zeichnet sich dadurch aus, dass den Patientinnen und Patienten ein individuell zu gestaltendes Einzelzimmer (21-26 qm) zur Verfügung steht (siehe Bild 1), gemeinschaftlich zu nutzende Aufenthaltsräume und eine Küche (siehe Bild 2 und 3) disponibel sind und dass eine Einbindung in die soziale Infrastruktur von Sinzing besteht (z.B. durch Einkaufsmöglichkeiten im nahen Discounter). Wir nehmen maximal zwölf Patientinnen und Patienten auf, was eine Übersichtlichkeit des Settings gewährleistet. Soweit krankheitsbedingt möglich, können die Patientinnen und Patienten ihren Alltag nach der häufig belastenden Zeit auf der Intensivstation selbst gestalten (etwa bzgl. der Aufstehzeiten). Die An- und Zugehörigen werden (falls gewünscht) in die Weaning-Behandlung der Patientinnen und Patienten einbezogen (etwa durch Anleitung in der Pflege). Hierzu bestehen analog offene und flexible Besuchszeiten. Neben diesen, an eine ambulant betreute Wohngemeinschaft erinnernden Eigenschaften (Krizek 2016: 34 ff.), gewährleisten wir eine engmaschige fachärztliche, fachpflegerische prolongierte Weaning-Behandlung.

Air-Leben Weaning (Bild 1)

Hierbei gehen wir grundsätzlich davon aus, dass nicht wir die Behandlung (z.B. hinsichtlich des Tempos) vorgeben, sondern die Patientinnen und Patienten mit ihren Bedarfen und Bedürfnissen (Wade 2023: 875).

Die Weaning-Behandlung in unserer Übergangswohnform erfolgt unter fachärztlicher Leitung (Innere Medizin, Pneumologie). Durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt werden werktäglich Visiten bei allen Patientinnen und Patienten durchgeführt. Unterstützt wird der Weaning-Prozess durch eine Atmungstherapeutin oder einen Atmungstherapeuten; hier erfolgen therapeutische Interventionen engmaschig nach Bedarf der Patientinnen und Patienten. Für die körperbezogene Pflege sowie für die Alltagshilfe stehen Pflegefachpersonen (mindestens mit AIP-Kurs) mit einem Schlüssel von 1:3 sowie eine Hauswirtschaftskraft zur Verfügung. Die Koordination unserer Weaning-Behandlung erfolgt von der Aufnahme bis zur Entlassung durch ein Case Management, insbesondere da unsere Übergangswohnform sozialleistungsrechtlich als ambulante Einrichtung gilt (wie eine ambulant betreute Wohngemeinschaft) und dementsprechend niedergelassene Gesundheitsdienstleister (insbesondere hinsichtlich der Physio- und Ergotherapie sowie der Logopädie) hinzugezogen werden müssen (zum Case Management-Konzept Monzer 2024). Die Patientinnen und Patienten erhalten damit in unserer Übergangswohnform eine multidisziplinäre Behandlung, wobei sich das Team v.a. aus unseren medizinischen und pflegerischen sowie aus externen Fachkompetenzen (bspw. bzgl. der Therapien) zusammensetzt.

Hinsichtlich unserer technischen Ausstattung bestehen vor dem Hintergrund unseres Weaning-Auftrages patientenunabhängig u.a. eine BGA, ein Ultraschallgerät, 12-Kanal-EKG sowie ein Polygraphie-Screening-Gerät. Die sonstige Ausstattung mit Medizintechnik und Hilfsmitteln richtet sich nach den individuellen Bedarfen der Patientinnen und Patienten. Diesbezüglich erfolgen entsprechende ärztliche Verordnungen, zumeist bereits in der abverlegenden Klinik durch Organisation des klinischen Sozialdienstes. Da wir dennoch nicht alle nötigen Untersuchungen gewährleisten können und zudem nicht mehr beherrschbare Notfälle bei unseren vulnerablen Patientinnen und Patienten denkbar sind, kooperieren wir mit regionalen Krankenhäusern engmaschig.

Population unserer Patientinnen und Patienten

Unsere Patientinnen und Patienten zeichnen sich dadurch aus, dass sie beatmungspflichtig und/oder mit einer Trachealkanüle versorgt sind. Zudem liegt ein prolongiertes Weaning nach Stufe 3 der internationalen Weaning-Klassifikation vor (Boles et al 2007: 1.036). Bei Aufnahme in unsere Übergangswohnform ist die intensivmedizinische Diagnostik und Therapie abgeschlossen. Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme in unsere Übergangswohnform sind ein ärztlich ermitteltes Weaning-Potential, eine klinische Stabilität sowie die Zustimmung und Motivation der Patientin oder des Patienten nach Aufklärung über die Weaning-Behandlung.

Seit Januar 2021 haben wir 167 Patientinnen und Patienten aufgenommen. Davon waren 63,5% männlichen und 36,5% weiblichen Geschlechts. 80,8% der zu behandelnden Personen wurden aus Krankenhäusern zuverlegt. Die weiteren Patientinnen und Patienten wurden aus anderen Settings (z.B. aus der häuslichen intensivpflegerischen Versorgung bei Weaning-Potential-Feststellung) übergeleitet. Bei den Patientinnen und Patienten hatten wir in 91,6% der Fälle einen klaren Weaning-Auftrag. Die weiteren Patientinnen und Patientinnen haben wir aufgrund anderer Auftragsprofile (z.B. zur NIV-Einstellung oder zur Ausdehnung von Spontanatemphasen mit Zwerchfell-Schrittmacher) aufgenommen. 77,4% der Patientinnen und Patienten verblie-

ben weniger als 150 Tage in unserer Übergangswohnform. Hinsichtlich des Altersspektrums zeigt sich, dass 75,5% der zu behandelnden Personen 61 Jahre oder älter sind. Mit 40,1% bilden die 61- bis 70-Jährigen die größte Gruppe unserer Patientinnen und Patienten. Bei 70,6% der Patientinnen oder Patienten dominieren pneumologische oder neurologische Hauptdiagnosen. Zumeist sind unsere Patientinnen und Patienten jedoch multimorbide und weisen multikomplexe Problemstellungen auf. Die impliziert, dass neben den physischen Einschränkungen auch psychische (z.B. Panikstörungen) und soziale Problemlagen (z.B. sozio-ökonomische Benachteiligungen) vorhanden sein können. Hinzu tritt noch, dass bei einer Weaning-Behandlung jederzeit Komplikationen denkbar sind, die potenzielle Zukunftsängste verstärken können. Zudem sind gerade An- und Zugehörige mit einer hohen Bürokratielast zumeist aus sozialrechtlichen Gründen konfrontiert. Vor dem Hintergrund dieser zahlreichen Herausforderungen hat sich - wie oben erwähnt - eine Behandlung und Betreuung durch verschiedene Fachkompetenzen als zielführend erwiesen. Unser Behandlungsansatz ist dementsprechend als sehr individualisiert und personenzentriert zu beschreiben.

Weaning-Prozess

Die Zusammenarbeit mit unseren Patientinnen und Patienten beginnt i.d.R. bereits im vorbehandelnden Setting, da wir hier gemeinsam mit den bisherigen Behandlungspersonen den Beatmungsmodus am außerklinischen Beatmungsgerät einstellen. Danach erfolgt das Überleitungsmanagement durch ein multiprofessionelles Team, wobei unser Case Management hier die hauptsächliche Koordination übernimmt. Wenn die Patientinnen und Patienten in unserer Übergangswohnform ankommen, erfolgt nach der Übergabe an das Pflegeteam die Erfassung aller aktuellen kardio-respiratorischen Daten und Vitalparameter. Für die Patientinnen und Patienten beginnt inzwischen die Zeit der Eingewöhnung. Zeitlich ist die Eingewöhnungsphase individuell von verschiedenen Faktoren abhängig. Es ist bspw. denkbar, dass eine Patientin oder ein Patient auf der vorbehandelnden Intensivstation subjektiv wenig persönliche Zuwendung erfahren hat und erst allmählich Vertrauen z.B. zur Expertise des Teams aufbauen muss. Nach unserer Erfahrung ist ein solches Vertrauen aber eine grundlegende Voraussetzung für die nachfolgende aktive Weaning-Phase. Das die Erkrankungen und Belastungen der Patientinnen und Patienten mitberücksichtigende Weaning-Konzept wird je nach aktueller respiratorischer Situation, Stadium des Weaning-Prozesses sowie nach individuellen Bedarfen, Bedürfnissen und Wünschen stetig angepasst.

Ziel des Weaning-Prozesses ist es, die Atemmuskulatur wieder in einen Zustand zu versetzen, damit die eigenständige Bewältigung des Atmens gelingt. Einerseits ist dies möglich, sofern die die Beatmung auslösenden Erkrankungen und Begleiterkrankungen effektiv medizinisch therapiert werden. Andererseits ist die Wiederherstellung der atemmuskulären Kapazität Bestandteil des Weaning-Prozesses. In diesem Rahmen erfolgt das Training der Atemmuskulatur bzw. die graduelle Übernahme der Atemarbeit durch kontinuierliche Reduktion der Atemunterstützung mit Hilfe assistierter Beatmungsformen oder durch intermittierende Spontanatmung. Gleichzeitig findet eine Optimierung des Sekretmanagements mittels Inhalationen, physiotherapeutischer Atemübun-

Air-Leben Weaning (Bild 2 und 3): Gemeinschaftlich zu nutzende Küche und Aufenthaltsraum

Ihr Werkzeug für eine effektive respiratorische Versorgung

IPV® 1

Intrapulmonare Perkussive Ventilationstherapie

Die Sentec IPV®-Therapie ist eine wirksame und gut verträgliche Atemwegstherapie, bei verschiedensten Patientengruppen, klinisch und ausserklinisch.

- Mobilisiert Sekret auch in der Tiefe
- Öffnet kollabierte Lungenareale
- Ermöglicht eine proaktive Atemwegstherapie

tCOM+

Transkutanes CO_2-Monitoring

Kontinuierliches, nichtinvasives und präzises CO_2- und SpO_2-Monitoring ohne den Schlaf zu beeinträchtigen. Zur Diagnostik nächtlicher Hypoventilation und zur NIV Therapiekontrolle.

- Überwachung der Ventilation während der gesamten Nacht
- Bessere Einblicke für fundiertere klinische Entscheidungen

Erfahren Sie hier **mehr zum IPV® 1**

Erfahren Sie hier **mehr zum tCOM+**

gen, Mobilisierung, oszillierender Therapiegeräte, Cough Assist, EzPAP oder High-Flow statt. Im außerklinischen Weaning bevorzugen wir ein diskontinuierliches Weaning, bei welchem die kontrollierte Beatmung (insbesondere nachts) und die Spontanatmung wechselnd durchgeführt werden. Die konsequente Benutzung eines Weaning-Algorithmus zusammen mit einem Weaning-Protokoll ist entscheidend für den Erfolg der Beatmungsentwöhnung (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. 2019: 43). Nicht die Fixierung auf eine bestimmte Methode, sondern die tägliche individuelle Einschätzung der Situation der Patientinnen und Patienten ist hierbei gefragt und hat sich in unserer Übergangswohnform als zielführend erwiesen.

Da unser Behandlungsauftrag auch ausschließlich im Trachealkanülen-Weaning ohne Beatmung bzw. nach Beendigung der Beatmung liegen kann, steht in diesem Fall die Verbesserung der Dysphagie sowie die Optimierung des Trachealkanülen- und Sekretmanagements mit engmaschigem Einbezug der logopädischen Therapie im Zentrum.

Am Ende des Weaning-Prozesses sollen die Ausdehnung der Spontanatmungszeit, die Beendigung der Beatmung sowie die Dekanülierung stehen. Der Dekanülierungsprozess kann grundsätzlich in unserer Übergangswohnform erfolgen, sofern bei den Patientinnen und Patienten die Kooperationsfähigkeit, klinische Stabilität, eine ausreichende Spontanatmung bzw. Fähigkeit zur NIV, keine relevante Schluck- und Aspirationsstörung, ein effektiver Hustenstoß (alternativ: nichtinvasives Sekretmanagement) und der Ausschluss einer Obstruktion im Glottis-, Kehlkopfbereich oder der Trachea vorliegen. Nach der Dekanülierung ist ein Nachbeobachtungszeitraum von mindestens drei bis vier Tagen vorgesehen. Bei Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Dekanülierung eine NIV notwendig ist, kann diese vor der Entlassung eingestellt und optimiert werden.

Die Dauer der subjektiven Weaning-Prozesse liegt in unserem außerklinischen Weaning individuell zwischen wenigen Wochen und neun Monaten. Unter Vorlage einer medizinischen Begründung ist bedarfsweise eine Verlängerung des Prozesses möglich. Wie aber schon beschrieben, ist bei fast 80% unserer Patientinnen und Patienten der Weaning-Prozess nach 150 Tagen abgeschlossen.

Outcome

Bei der Bewertung des Outcomes legen wir die Weaning-Klassifikation der S2k-Behandlungsleitlinie „Prolongiertes Weaning“ zugrunde (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. 2019: 22). Nach unserer letzten statistischen Auswertung konnten die Patientinnen und Patienten, die wir aus unserer Übergangswohnform entlassen haben, zu 38,7% der Gruppe 3aI, zu 24,6% der Gruppe 3aII sowie zu jeweils 4,2% den Gruppen 3bI und 3bII zugeordnet werden. Dies impliziert, dass bei 71,7% der Patientinnen und Patienten ein Weaning-Erfolg erreicht wurde. Vor dem Hintergrund dieser Erfolge konnten trotz der ursprünglich vorliegenden schwersten Erkrankungen und Beeinträchtigungen 36,1% der Patientinnen und Patienten nach Hause bzw. in die vorherige und gewohnte Wohnform zurückkehren. Zwar bleiben die Patientinnen und Patienten nach der Weaning-Behandlung bei fortbestehender Multimorbidität i.d.R. pflegebedürftig, sie verlieren aber den intensivpflegerischen Status bzw. sind nicht mehr oder reduziert auf intensivpflegerische und technische Unterstützung angewiesen. Die Alltagsgestaltung ist dementsprechend wieder mit vergleichsweise mehr Freiheitsgraden möglich. Die Anschlussversorgung bzw. die Nachsorge wird durch unser Case Management nach den Wünschen der Patientinnen und Patienten und/oder der An- und Zugehörigen organisiert und koordiniert (Wendt 2024: 223 ff.). Die Versorgung z.B. mittels häuslicher Pflege wird somit vor der Entlassung geregelt. Dadurch bestehen Analoga zum pflegerischen Entlassungsmanagement (Wingenfeld 2020: 9 ff.). Bei einem (vorläufig) endgültigen Weaning-Versagen (z.B. aufgrund von Komplikationen) und damit bei einer fortbestehenden Intensivpflegebedürftigkeit wird unter Achtung der Bedarfe, Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten und/oder der An- und Zugehörigen ein Intensivpflegesetting gesucht.

Fazit

Wir haben mit unserem Konzept zum prolongierten Weaning in einer Übergangswohnform bewiesen, dass ein außerklinisches Weaning erfolgreich möglich ist, sofern multidisziplinäre Fachkompetenzen sowie ambulante und stationäre Einrichtungen engmaschig und kooperativ zusammenarbeiten. Die Patientinnen und Patienten profitieren von unserer personenzentrierten und individualisierten Behandlung, die sich u.a. am Tempo der erkrankten Menschen orientiert. Als zielführend vor und während der Behandlung sowie zur Entlassungsplanung hat sich ein koordinierendes Case Management erwiesen. Im Sinne der Ergebnisse der ATME-Studie greifen wir bei der Planung und Durchführung des Weanings die Ziele der Patientinnen und Patienten sowie der An- und Zugehörigen auf und

air-be-c
einfach gut betreut

Hilfsmittel für Ihre Beatmungspatienten

zuverlässig und individuell.

Mit 30 Jahren Erfahrung im Entlassmanagement unterstützt air-be-c Medizintechnik die außerklinische Versorgung von Beatmungspatienten – aus Mitteldeutschland für die Region, persönlich erreichbar und mit starken Partnern aus Pflege und Homecare.

Mehrwert für Verordner:

- Lieferung vor Kassengenehmigung
- Einweisung und Probestellung
- Hilfe beim Genehmigungsverfahren
- Schulung des medizinischen Personals
- Unterstützung beim Telemonitoring

Vollständiger Service durch Anwendungsspezialisten

Anpassung & Beratung

Individuell abgestimmt auf Patient, Klinik und Versorgungsumfeld.

Patienten-training

Einweisung mit Ruhe, Klarheit und Fokus auf eine sichere Anwendung.

Überleitung vorbereiten

Strukturierte Begleitung vom Entlassmanagement bis in die Häuslichkeit.

Regional vernetzt

Kurze Wege in Mitteldeutschland und Zusammenarbeit mit Partnern vor Ort.

Alle führenden Hersteller:

Löwenstein • Breas • ResMed • Fisher & Paykel • Porta • DeVilbiss • u. v. m.

air-be-c Medizintechnik GmbH
Fasaneninsel 1 • 07548 Gera
0365 / 20 57 18 22 • verordnung@air-be-c.de • www.air-be-c.de

betrachten diese als unsere grundsätzliche Leitlinie während der Behandlung (Knizia et al 2025: 59 f.).

Literatur:

- Boles J, Bion J, Connors A et al. Weaning from mechanical ventilation. European Respiratory Journal 2007, 29 (5), 1.033-1.056. DOI: 10/1183/09031936.00010206.
- Bublitz T, Kattelmann L, Kwak P. Notwendige Strukturreformen: Krankenhausversorgung effizienter machen. Gesundheits- und Sozialpolitik. Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen 2025, 79 (3-4), 41-44. DOI: 10.5771/1611-5821-2025-3-4-41.
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (Hrsg.). Prolongiertes Weaning. S2k-Leitlinie. Laatzen 2019.
- Dreher M, Adrian T., Ayeko, E et al. Prolongiertes Weaning – Das interdisziplinäre Team. DIVI 2017, 8, 55-61. DOI: 10.3238/DIVI.2017:0055-0061.
- Geiseler J, Westhoff M. Weaning von invasiver Beatmung. Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin 2021, 8, 715-726. DOI: 10.1007/s00063-021-00858-5.
- Huttmann S, Windisch W, Storre J. Invasive Home Mechanical Ventilation: Living Conditions and Health-Related Quality of Life. Respiration 2015, 89 (4), 312-321. DOI: 10.1159/000375169.
- Huttmann S, Magnet F, Karagiannidis C et al. Quality of Life and life satisfaction are severely impaired in patients with long-term invasive ventilation following ICU treatment and unsuccessful weaning. Annals of Intensive Care 2018, 8 (38). DOI: 10.1186/s13613-018-0384-8.
- Karagiannidis C, Strassmann S, Callegari J et al. Epidemiologische Entwicklung der außerklinischen Beatmung: Eine rasant zunehmende Herausforderung für die ambulante und stationäre Patientenversorgung. Pneumologie 2019, 73, 670-676. DOI: 10.1055/a-0758-4512.
- Knizia N, Büscher A, Englert N et al. Bedarfslagen, Bedürfnisse und sektorenübergreifende Versorgungsabläufe außerklinisch beatmeter Intensivpatienten (ATME Studie). 2025.
- Krizek I. Idealtypische Ausprägungen von Philosophien. In: Hasenau C, Michel H (Hrsg.). Ambulant betreute Wohngemeinschaften. Gestalten, finanzieren, umsetzen. Hannover 2016: Vincentz Network, 34-39.
- Lang H. Beatmung für Einsteiger. Theorie und Praxis für die Gesundheits- und Krankenpflege. Berlin 2020: Springer-Nature.
- Michels J, Trudzinski F, Bornitz F et. al. Costs of Weaning Failure: A Prospective, Multicentre, Controlled, Non-Randomised, Interventional Study on Economic Implications for the German Health Care System. Respiration 2023, 813-820. DOI: 10.1159/000533333.
- Monzer M. Case Management Grundlagen. 3., neu bearbeitete Auflage. Heidelberg 2024: medhochzwei Verlag.
- Richter R. Intensivpflege und das GKV-IPReG. Impulse für ambulante und stationäre Leistungserbringer. Hannover 2022: Vincentz Network.
- Schönhofer B, Paul A, Suchi S et al. Lebensqualität im Langzeitverlauf nach prolongiertem Weaning in Abhängigkeit vom Weaning-Status. Pneumologie 2025, 79 (02), 141-146. DOI: 10.1055/a-2368-4865.
- Wade D. Rehabilitation potential: A critical review of its meaning and validity. Clinical Rehabilitation 2023, 37 (7), 869-875. DOI: 10.1177/02692155221147606.
- Weber C, Schröder S, Kugler C. Erleben der eingeschränkten Kommunikation erwachsener, beatmeter Intensivpatienten: eine Literaturanalyse. DIVI 2014, 5, 10-17. DOI: 10.3238/DIVI.2014:0010-0017.
- Wendt W. Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 8., durchgesehene Auflage 2024. Freiburg im Breisgau 2024: Lambertus-Verlag.
- Wingenfeld K. Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart 2020: Kohlhammer.

Gastsymposium der DIGAB auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Neurorehabilitation (DGiNR)

Die DIGAB ist interdisziplinär. Das bedeutet nicht nur, das in der DIGAB viele Disziplinen und Professionen, Menschen mit Bedarf an außerklinischer Beatmung oder Intensivversorgung und deren Angehörige zusammenarbeiten. Es bedeutet auch, dass wir eng mit anderen Fachgesellschaften zusammenarbeiten, zum Beispiel bei Leitlinien, wissenschaftlichen Projekten und Fachveranstaltungen. Im Fokus der Zusammenarbeit steht dabei immer die Förderung der Selbstbestimmung, Lebensqualität und Teilhabe der von uns vertretenen Menschen.

Vom 3. bis 5. Dezember 2026 findet in Dresden der Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Neurorehabilitation (DGiNR) statt. Dr. Martin Groß, Präsident der DIGAB, wird neben Volker Völzke, Präsident des Jahreskongresses der DGiNR sein. Dr. Martin Groß ist der Ansicht, dass Neurorehabilitation, ebenso wie außerklinische Beatmung und Intensivversorgung als lebenslanges Kontinuum gedacht werden muss, das interdisziplinäres Arbeiten und eine enge Vernetzung der ambulanten und der stationären Versorgung erfordert.

Viele Schwerpunktthemen des diesjährigen Jahreskongresses der DGiNR sind für Menschen mit Bedarf an außerklinischer Beatmung und Intensivversorgung und diejenigen, die sie versorgen, hochrelevant, wie zum Beispiel:

- Rehabilitation beatmeter und tracheotomierter Patienten
- Rehabilitation bei chronisch progredienten Erkrankungen aus dem neurologischen Fachgebiet
- Rehabilitationstechnologien, künstliche Intelligenz und Telerehabilitation
- Rehabilitation bei Störungen von Sprache, Kognition und Bewusstsein
- Management von Ernährung, Vegetativum, Darm und Blase in der Neurorehabilitation
- Berufliche Rehabilitation und Teilhabe
- Intersektorale Konzepte und das Continuum of Care in der Neurorehabilitation

Die DIGAB freut sich besonders, dass sie bei diesem Kongress ein Gastsymposium veranstalten wird. Das ist eine tolle Chance, die Bedeutung von Selbstbestimmung, Lebensqualität und Teilhabe für Menschen mit Bedarf an außerklinischer Beatmung und Intensivversorgung einem großen, interdisziplinären Publikum näherbringen und das Interesse für die Belange der von der DIGAB vertretenen Menschen bei Profis aus der Neurorehabilitation zu wecken. Mehr Informationen über die Bedeutung der interdisziplinären Förderung von Lebensqualität und Teilhabe bei neurologischer Erkrankung auf Augenhöhe gibt der Buchtipp in diesem Heft.

Wir freuen uns auf den Jahreskongress der DGiNR und laden euch herzlich ein, auch dort mit dabei zu sein.

Mehr unter:
https://dginr-tagung.de/

Cover des Buches „Fachpflege Außerklinische Intensivpflege“, 2. Auflage, Herausgegeben von Christine Keller. Auf dem Titelfoto: Amelie Luna Cartolano

Von der Idee zum Lehr- und Praxisbuch

Die Idee für *Fachpflege Außerklinische Intensivpflege* entstand inzwischen vor rund 13 Jahren. Es gab kein Fachbuch für die außerklinische Intensivpflege.

Christine Keller

Als ich 2004 als Krankenschwester in der außerklinischen Intensivpflege zu arbeiten begann, war ich schon seit 1988 Krankenschwester mit einer dreijährigen Berufserfahrung auf einer anästhesiologischen und interdisziplinären Intensivstation, zudem hatte ich 11 Jahre als Lehrerin für Pflegeberufe an Krankenpflegeschulen gearbeitet. Viel Erfahrung würde man denken – und doch war dieser neue Arbeitsbereich eine Herausforderung und ich hätte mir ein Buch gewünscht, mit dem ich mich in die spezifischen Kompetenzen hätte einarbeiten können. Das gab es nicht. Es gab natürlich eine Vielzahl von Fachbüchern für die stationäre Intensivpflege, die waren aber nicht wirklich hilfreich. Zudem fehlte es in dieser Zeit in einem neuen, aufstrebenden pflegerischen Berufsfeld insgesamt an pflegerischen Standards und Erfahrungen. Hinzu kam, dass Pflegefachpersonen damals fast ausschließlich in Einzelversorgungen tätig waren, sodass auch der fachliche Austausch innerhalb eines Teams erschwert war.

2009 begann ich in Weiterbildungen für Pflegefachpersonen in der außerklinischen Intensivpflege zu unterrichten. Die Erkenntnis, dass Pflegende für diesen spezifischen pflegerischen Bereich besonders qualifiziert sein müssen, setzte sich immer mehr durch. Die Zahl der Kurse pro Jahr nahm schnell zu – so war es jedenfalls beim Institut für pflegerische Weiterbildung (IPW), für das ich für die pflegerischen und psychosozialen Themen zuständig war.

In den Kursen wurden Manfred Vavrinek, Geschäftsführer der IPW GmbH und wir Dozenten immer wieder gefragt, ob wir ein begleitendes Buch empfehlen könnten. Wir konnten auf das eine oder andere Intensivpflege- oder Beatmungsbuch verweisen, wussten aber, dass diese Bücher für die Kursteilnehmer nicht wirklich nützlich waren.

Es gab kein spezifisches Fachbuch, das die außerklinische Intensivpflege in ihrer fachlichen Komplexität, mit rechtlichen Grundlagen

BREAS

Neue Features

Exspiratorische-Rampe
Auto-Home Modus
SD-Karten Update
Smart-Start

Breas Stand Nr.: 10

Neue Features

neues Userinterface
optionaler Flow-Trigger
neuer Diskonnektionsalarm
High-Flow mit internem Befeuchter

breas.com/de-DE

und psychosozialen Besonderheiten abbildete.

Ich erinnere mich noch gut, dass Manfred Vavrinek, Dr. Axel Müll und ich bei einem gemeinsamen Abendessen nach einem Kurstag sagten: *„Wir müssen ein Buch machen! Und dieses Buch muss alle Themen abdecken, die für die außerklinische Intensivpflege relevant sind.“*

So war die Idee entstanden – bis die erste Auflage zu kaufen war, war es aber ein langer Weg.

So ein Buch ist nur mit einem Fachverlag zu realisieren.

Mir war klar, dass ein solches Buch nur mit einem Fachverlag realisiert werden kann. Ich arbeitete zu dieser Zeit schon für den Elsevier Verlag und wusste, wie aufwendig u.a. Bildrechte, Layout, Verträge mit Autoren und Abrechnung sind.

Ich trug meine Idee im Elsevier Verlag vor, mehrmals. Und immer wieder sagte man mir nach einer Prüfung der Buchidee, dass die außerklinische Intensivpflege zu klein sei, sprich: es gibt zu wenige potentielle Käufer – und ein Verlag hat mit einem Fachbuch natürlich auch wirtschaftliche Interessen.

Ich blieb geduldig und immer wieder dran – während die außerklinische Intensivpflege in den nächsten Jahren zahlenmäßig immer größer wurde – sowohl bei den zu Pflegenden als auch bei den Pflegefachpersonen.

Der MAIK 2014 war die Geburtsstunde von *Fachpflege Außerklinische Intensivpflege*.

Ich lud eine der Verantwortlichen für neue Bücher beim Elsevier Verlag auf den MAIK ein. Frau Salaja (damals Seitz), selbst aus der Pflege, war so begeistert von ALLEM, dass sie sagte. „Ich setzte mich ganz stark dafür ein, dass wir ein Fachbuch für die außerklinische Intensivpflege machen können.“ Nur kurze Zeit später bekam ich die Zusage für das Fachbuch.

Es waren hauptsächlich Manfred Vavrinek von der IPW GmbH und ich, die die inhaltliche Konzeption erstellten. Immer wieder fragten wir auch Dozentenkollegen und Kursteilnehmer, was aus ihrer Sicht in ein solches Grundlagenbuch gehöre. Und so standen bald die grundlegenden Kapitel und Inhalte.

Das Buch sollte Pflegefachpersonen abholen, die in der außerklinischen Intensivpflege beginnen – und es sollte diese weitestmöglich beschreiben.

Ein Grundlagen-Lehrbuch kann Fachthemen nicht bis in die komplette Tiefe abbilden – dafür gibt es vertiefende Fachbücher. Stattdessen wollten wir die Themen möglichst breit behandeln – von den rechtlichen Grundlagen, über die Anatomie und Physiologie der Atemwege, über Beatmung, Trachealkanülenmanagement und Sauerstofftherapie bis zur Hygiene, Neurologie und Notfallmanagement.

Unser Netzwerk war enorm groß und so fanden sich schnell fachlich hochqualifizierte und mögliche Autorinnen und Autoren. Die Begeisterung war groß und schnell gab es Zusagen für eine Autorenschaft. Leider stand die oder der eine oder andere in der Folge dann doch nicht mehr zu Verfügung, teilweise gab es ganz kurzfristige Absagen. Ich erinnere mich, dass am kurzfristigsten Dr. Martin Groß für das Neurologie-Kapitel eingesprungen ist, mit dem mich seit damals eine tolle Arbeitsbeziehung und weitere Projekte verbinden.

Der Verlag setzte den organisatorischen Rahmen.

Alle Autoren erhalten bei Elsevier Verlag einen Autorenvertrag und werden finanziell am Verkauf der Bücher beteiligt.

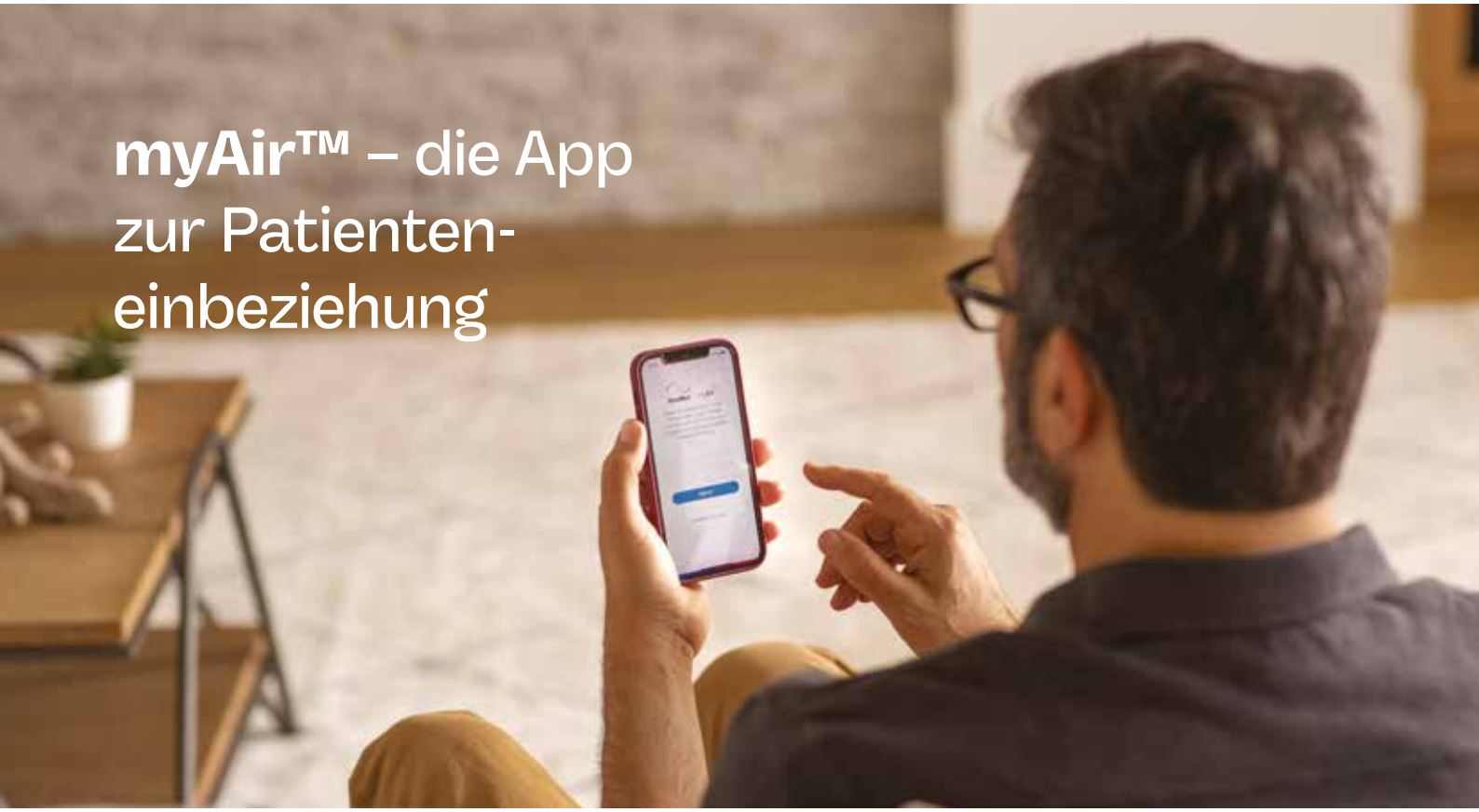
Eine spezielle Schreibvorlage des Verlages vereinfacht das Schreiben von Fachtexten. Damit haben Überschriften automatisch die richtige Formatierung, ebenso Kästen und Tabellen, Abbildungslegenden werden eingefügt und die Nummerierung fortlaufend fortgesetzt. Das ist vor allem auch für die spätere Redaktion eine große Erleichterung.

Ich habe die Herausgeberschaft übernommen. Zu den Aufgaben einer Herausgeberin gehört u.a. Kontakt zu den Autoren halten und sie bei den Inhalten zu unterstützen, die Vorgaben des Verlags überwachen in Bezug auf Sprache, inhaltliche Tiefe bzw. Seitenzahl und Termine. Und das ist gar nicht so einfach. Jeder Autor will natürlich sein Fach- oder „Herzens“thema so ausführlich wie möglich darstellen – da muss der Herausgeber darauf achten, dass alle Themen ausgewogen sind und auch passend für die Zielgruppe. Insbesondere sollten das Beatmungs- und Trachealkanülenkapitel ganz bei der Basis beginnen und nicht bis in die maximale Tiefe gehen, denn inzwischen arbeiteten immer mehr Pflegefachpersonen in der außerklinischen Intensivpflege, die keine Intensiverfahrung hatten. Maßstab war und ist der pflegerische Alltag in der AKI.

Bei einem Fachbuch wird verlagsseitig zu Beginn auch die Seitenzahl und die Zahl der Abbildungen geplant. Beides hat Auswirkungen auf den Preis. Für mich war klar, dass nur farbige Abbildungen und ein mehrfarbiges Layout infrage kommen. 50 € für ein Fachbuch scheinen für Pflegende eine ‚Schallmauer‘ zu sein, so sagte man es mir. Also sollte das Buch unter 50 € kos-

Resmed

myAir™



myAir™ – die App zur Patienten-einbeziehung

Weniger Therapieabbrecher und bessere Nutzung dank myAir

47 %
weniger Therapie-abbruch im ersten Jahr bei Therapie-einsteigern[1]

+1 STUNDE
Steigerung der täglichen PAP-Nutzung[2]

1 Resmed, unveröffentlichte, interne Datenanalyse aus dem Jahr 2025

2 Malhotra et al. „Patient engagement using new technology to improve adherence to positive airway pressure therapy: A retrospective analysis," (von Resmed gesponsert; AirSense 10) Chest 153, no. 4 (April 2018): 843–850. Quelle: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5989636.

Vertrieb durch: ResMed Deutschland GmbH, Haferwende 40, 28357 Bremen,
Tel. 0421 48993–0, Fax 0421 48993–10, E-Mail info@resmed-deutschland.de
© 2026 ResMed Deutschland GmbH, Obj.-ID. C397359 · 2 · 02 26

ten. Und dafür musste ich auf die Einhaltung der Zeichenzahl bzw. Seitenzahl achten. Das brachte hin und wieder Diskussionen mit Autoren. Ich erinnere mich an solche Diskussionen mit Dr. Paul Diesener, den ich für seine Fachkompetenz und konstruktive Mitarbeit an dem Buch so schätze.

Fachpflege Außerklinische Intensivpflege ist unter dem Dach der „Fachpflegen-Reihe" beim Elsevier Verlag zuhause. In dieser Reihe gibt es verschiedene Titel, die alle im Layout und Aufbau ähnlich sind.

Welches Cover lässt sofort auf die außerklinische Intensivpflege schließen?

Besonders wichtig ist das Cover eines Buchs, denn das ist das Erste, was man von einem Buch wahrnimmt. Die Frage kam vom Verlag: „Wie soll das Cover werden?" Ich wollte, dass mit dem Bild auf dem Cover sofort klar wird, dass es hier um die außerklinische Intensivpflege geht. Ideen, wie ein Zimmer in einer häuslichen Versorgung mit den Medizinprodukten und einem Betroffenen, waren erste Ideen. Ich fragte Andrea Linder vom HW-Studio Weber nach Kontakten. Und sie sagte: „Sprich doch mal den Oliver Jünke in Berlin an, ich stelle dir den Kontakt her."

„Ich werde auf einem solchen Foto nicht im Schlafanzug im Bett liegen."

Herr Jünke, ich habe ihn später persönlich mehrmals auf dem MAIK in München getroffen, war nach kurzer Überlegung bereit, für *Fachpflege Außerklinische Intensivpflege* auf dem Cover zu sein. Was für eine Auszeichnung für das Buch! Er wollte auf keinen Fall ein Bild von sich im Bett liegend. Und es transportierte genau das, was die AKI auch ist, die Teilhabe von Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf am Leben – und Oliver Jünke hat das über so viele Jahre gelebt. Oliver Jünke ist im Januar 2025 verstorben. Mit größter Achtung vor seinem Leben mit der ALS sage ich, dass er über das Buch vielleicht noch ein bisschen unsterblicher ist und in Erinnerung bleiben wird als er es sowieso schon tut.

Am Ende wird die Zeit immer knapp.

Anfangs scheint die Zeit bis zur Erscheinung unendlich lange zu sein – und dann wird es am Ende doch immer knapp.

Besonders aufwendig ist die Rechteklärung von Abbildungen. *Fachpflege Außerklinische Intensivpflege* hat sehr viele Abbildungen von Medizinprodukten – für den Abdruck müssen die jeweiligen Hersteller eine rechtlich sichere Zustimmung geben. Zudem hatten wir die Möglichkeit, Fotos speziell von einem Fotografen fotografieren zu lassen und Abbildungen von einem Zeichner erstellen zu lassen. Ziel war und ist ein Buch, das nicht nur mit den geschriebenen Inhalten überzeugt, sondern diese durch eine Vielzahl von Fotos und Abbildungen fachlich ergänzt und aufgewertet.

Nach der Abgabe der Manuskripte durch die Autoren bin ich als Herausgeberin mit der Redakteurin gefragt, sprachlich und formal alles ‚rund' zu machen – dafür gibt es vom Verlag Redaktionsrichtlinien. Hier und da stellten sich auch noch fachliche Fragen. Abschließend erhalten die Autoren ihr Kapitel für einen letzten Blick und erteilen mit der Imprimatur die Druckgenehmigung.

Vorher hatte ich schon den sog. Combiprint zu kontrollieren. Hier sind alle Abbildungen vom Satzbüro in einem Dokument zusammengestellt. Wichtig ist zu überprüfen, ob die Abbildungsnummern im Combiprint mit den Abbildungsnummern im Manuskript übereinstimmen, denn nur dann sind die Abbildungen im Buch auch an der richtigen Stelle und mit der richtigen Bildunterschrift.

Die Spannung steigt vor dem Satz.

Einige Wochen später kommt das gesetzte Buch als PDF. Man sieht erstmals, wie es auch gedruckt aussehen wird, einschließlich der richtigen Farben bei den Überschriften und Kästen und den eingefügten Abbildungen. Es ist ein aufregender Moment, das fast fertige Werk in den Händen zu halten.

Jetzt braucht es als letzte Aufgabe von der Herausgeberin und der Redakteurin noch eine akribische Satzkorrektur. Manches Mal sind Abbildungen nicht ideal platziert oder es gibt Überhänge auf den Seiten. Mit etwas Abstand sieht man jetzt auch Tipp- und Rechtschreibfehler leichter und hier und da lässt sich auch Fachliches noch klarstellen. Das ist die letzte Möglichkeit für Veränderungen.

Das Satzbüro nimmt die notwendigen Änderungen vor und dann können die Daten in die Druckerei gehen.

Die erste Auflage von Fachpflege Außerklinische Intensivpflege ist da.

Wir konnten das Buch druckfrisch im April 2017 auf dem CUWI in Ulm präsentieren. Das was wirklich ein so besonderer Moment – verbunden mit der Hoffnung, dass es vielen Pflegenden ein wertvoller Begleiter sein möge. 22 Kapitel mit Themen rund um die außerklinische Intensivpflege.

Und die Rückmeldungen waren so positiv. Sowohl von den Teilnehmenden in Kursen als auch auf

Amazon und anderen Plattformen. Alle Autoren zusammen haben erreicht, was das Ziel war: ein leichtverständliches und umfassendes Lehrbuch für alle, die in den Fachbereich starten und/oder eine Weiterbildung machen und ein Nachschlagewerk für die Praxis.
Die Institut für pflegerische Weiterbildung GmbH (da weiß ich es sicher) und wohl auch andere Weiterbildungsinstitute stellen das Buch ihren Kursteilnehmenden zur Verfügung – entweder als Leihexemplar während der Fortbildung oder als Möglichkeit zum Kauf. Was für eine Adelung!

Wir machen eine zweite Auflage.

Etwa zweieinhalb Jahre nach dem Erscheinen von Fachpflege Außerklinische Intensivpflege war klar, dass wir machen eine 2. Auflage machen. Ziel des Elsevier Verlags ist, alle vier Jahre die Bücher inhaltlich zu überarbeiten und gegebenfalls auch die Struktur anzupassen.
Konzeptionell war schnell klar, dass es so passt, wie es ist – das haben ja auch die zahlreichen Rückmeldungen ergeben. Neben der fachlichen Überarbeitung der Inhalte kamen in der zweiten Auflage hinzu: ein Kapitel zu Palliative Care, ein Teilkapitel zu chronischer Krankheit und soziales Sterben. Hygiene und die Besonderheiten bei Kindern wurden erweitert. Und es gab über 60 Abbildungen mehr als in der ersten Auflage.
Fast alle Autoren der ersten Auflage waren wieder mit großem Engagement dabei.
Auf dem Cover der zweiten Auflage sollte natürlich dieses Mal eine Frau sein. Und ich bin sehr dankbar, dass Maria-Cristina Hallwachs dafür bereit war. Auch Frau Hallwachs steht mit ihrer besonderen Lebensgeschichte für die außerklinische Intensivpflege im besten Sinne.
Die 2. Auflage ist in 2021 erschienen. Der Preis ist mit 52 € knapp über der ‚Schallgrenze' von 50 €. Energiekosten, Löhne usw. machten es notwendig, das Buch etwas teurer zu verkaufen
Die dritte Auflage (und sicher nicht die letzte) erschien am 10. März 2026.
Rund eineinhalb Jahre sind seit dem Start der 3. Auflage vergangen. Das Buch wurde inhaltlich aktualisiert und den neuesten pflegerischen, medizinischen und rechtlichen Vorgaben angepasst. Es wurde auch wieder erweitert: neu hinzugekommen ist ein Ethik-Kapitel, das Kapitel Palliative Care wurde erweitert, ebenso das Kapitel Psychosoziale Besonderheiten.
Und wieder sind die allermeisten Autoren mit an Bord gewesen, einige neu hinzugekommen.
Tief erschüttert hat mich die Nachricht von der schweren Erkrankung von Michael Kasparek. Michael hat das Beatmungskapitel gemeinsam mit mir seit der ersten Auflage geschrieben. Er hat auch noch die inhaltliche Überarbeitung für die dritte Auflage übernommen. Noch bevor das Buch erschienen ist, ist Michael am 18.11.2025 verstorben.
Wieder war es Andrea Linder, die mir den Tipp für eine geeignete Person für das Cover der dritten Auflage gab. Ich freue mich sehr, dass Amelie Luna Cartolano bereit war, sich kurz im Buch vorzustellen und das Cover zu schmücken.
Fachpflege Außerklinische Intensivpflege hat nun 592 Seiten, 90 mehr als die zweite Auflage – da haben wir einen ganz schönen Schreck bekommen, als Frau Schlaginweit, die Redakteurin, und ich die Zeichen überschlagen haben und diese Seitenzahl rauskam. Glücklicherweise hat der Verlag zugestimmt und wir mussten nicht kürzen. Das Buch hat 235 farbige Abbildungen. Es kostet 54 €, was ich für einen sehr moderaten Preisanstieg halte.
Der Erfolg von Fachpflege Außerklinische Intensivpflege ist der Erfolg aller.
Ich konnte hier nur ein paar wenige Namen nennen. Alle Autor:innen sind mit ihren Kompetenzen im Buch genannt. Jeder Einzelne hat Anteil daran, dass das Buch zurecht großen Erfolg hat. Das Buch hat 21 Autor:innen aus der Vorauflage, die dieses Mal nicht mehr dabei waren.
Ich danke jedem Einzelnen für sein Engagement.
Unser gemeinsames Ziel ist, Pflegefachpersonen zu stärken und zu unterstützen – damit sie Menschen in komplexen außerklinischen Versorgungssituationen professionell, empathisch und mit hoher Fachkompetenz begleiten können.

Christine Keller, M.A Systemische Beratung,
Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Ethikberaterin im Gesundheitswesen, Pain Nurse, Qualitätsberaterin im Gesundheitswesen und Wundexpertin ICW

Christine Keller

Ein gut strukturierter Einstieg für Pflegende in der außerklinischen Intensivpflege

Rezension von Matthias Peitzmeier, Weiterbildungsdozent an der PflegeLeicht Akademie GmbH & Co. KG zum Fachbuch *Fachpflege Außerklinische Intensivpflege* von Christine Keller

In der außerklinischen Intensivpflege (AKI) ist Fachliteratur besonders hilfreich, wenn sie nicht nur einzelne Themen vertieft, sondern das Versorgungsfeld als Ganzes verständlich macht: von klinisch-pflegerischen Grundlagen über Technik bis hin zu rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen. Dieser Anspruch wird auch in der 3. Auflage des Buchs „Fachpflege Außerklinische Intensivpflege" (Hrsg. Christine Keller) gerecht und das Werk eignet sich sowohl zum systematischen Lernen als auch zum punktuellen Nachschlagen.

Der Aufbau macht deutlich, dass die AKI im Alltag deutlich mehr ist als nur Beatmung und Trachealkanüle. Neben den pflegerisch-medizinischen Themen werden auch jene Fragen behandelt, die die Versorgung in der Häuslichkeit oder in Wohngruppen häufig mitprägen. Schnittstellen, Verantwortlichkeiten, Leistungsansprüche, Überleitung, Hygieneorganisation und Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren. Gerade diese Einbettung wirkt praxisnah, da sie typische Herausforderungen aus dem Versorgungsgeschehen aufgreift, ohne den Blick ausschließlich auf Technik zu verengen.

Im Vergleich zur zweiten Auflage fällt auf, dass die dritte Auflage insbesondere dort überarbeitet und ergänzt wurde, wo sich die Rahmenbedingungen in den letzten Jahren spürbar verändert haben. Dazu zählen vor allem die aktualisierten Bezüge zum GKV-IPReG und zur AKI-Richtlinie (AKI-RL). Damit werden zentrale Entwicklungen der Versorgungslandschaft aufgegriffen, die in Pflegeteams häufig Fragen auslösen, etwa im Hinblick auf Anforderungen, Rollen und Nachweispflichten.

Deutlich überarbeitet wurde zudem das Kapitel zu Medizinprodukten: Der Wechsel vom MPG (Medizinproduktegesetz) hin zum MPDG (Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz) und die Einordnung von MDR/IVDR (EU 2017/745 und EU 2017/746) werden nachvollziehbar erläutert und auf die Praxis heruntergebrochen. Besonders hilfreich sind die konkreten Hinweise zur Einweisung, zur Dokumentation und zu Betreiber- und Benutzerpflichten. Dadurch wirkt es weniger wie „Paragraphenwissen" und vielmehr wie eine Orientierungshilfe für die Gewährleistung der Geräte- und Patientensicherheit.

Auch technisch greift die 3. Auflage moderne Entwicklungen auf. Beatmungsgeräte und -funktionen werden so beschrieben, dass aktuelle Optionen (z. B. High-Flow-Anwendungen, Alarm- und Triggerlogik) sowie Aspekte von Konnektivität und Telemonitoring berücksichtigt werden. Dies entspricht vielen heutigen Versorgungsrealitäten und unterstützt dabei, Begriffe und Funktionsweisen sicherer einzuordnen.

Herauszuheben ist außerdem, dass psychosoziale und palliative Perspektiven nicht als Randthema behandelt werden. Palliative Care bleibt als Thema gut sichtbar und wird mit relevanten Aspekten (u. a. Atemnot, Schmerzen, ethische und rechtliche Fragen sowie pädiatrische Bezüge) so dargestellt, dass es als wichtiger Teil des AKI-Alltags verstanden werden kann, ohne zu suggerieren, dass es dafür „eine einfache Lösung" gäbe.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Pflegende, die in der AKI einen breiten, gut strukturierten Einstieg suchen und zugleich Wert darauf legen, bestimmte Themen vertiefen zu können, finden in der 3. Auflage weiterhin eine sehr hilfreiche Grundlage. Für Dozierende bietet das Werk zudem viele Anknüpfungspunkte, beispielsweise für die Unterrichtsgestaltung, Fallbesprechungen und die fachliche Einordnung von Fragen aus der Praxis. Dieses Fachbuch ist und bleibt eine absolute Empfehlung, es gehört in jede AKI-Versorgung.

Matthias Peitzmeier

Drobe | Anwenderin, Voice and Respiratory Care

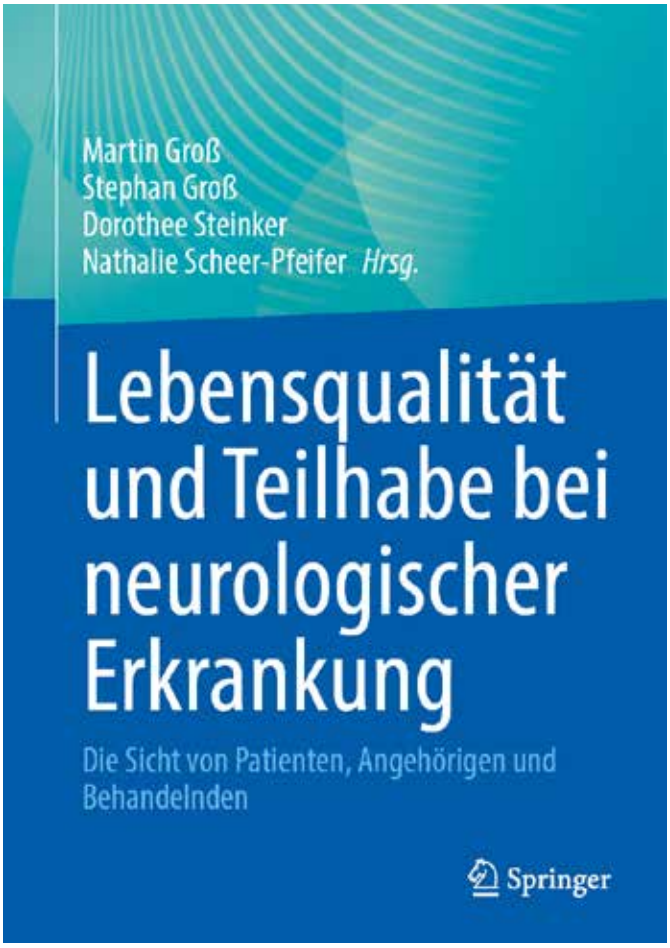
Ihr Partner im Bereich der Laryngektomie und Tracheotomie

Unser Ziel ist es, das Leben für Menschen mit einem Halsstoma zu vereinfachen.

Mit unseren innovativen Produkten, umfassenden Dienstleistungen und gezielten Weiterbildungen unterstützen wir sowohl Patienten als auch Fachkräfte in medizinischen Einrichtungen und der häuslichen Betreuung.

Buchtipp: Lebensqualität und Teilhabe bei neurologischer Erkrankung: Die Sicht von Patienten, Angehörigen und Behandelnden

In diesem fallbasierten Fachbuch berichten Patienten mit neurologischen Erkrankungen verschiedener Schweregrade – bis hin zur Abhängigkeit von der Beatmung – und deren Angehörige über ihre persönlichen Erfahrungen. Menschen mit chronischen und fortschreitenden neurologischen Erkrankungen benötigen eine lebenslange Versorgung durch ein multidisziplinäres Team. Expertinnen und Experten u.a. aus Medizin, Therapie und Pflege stellen hier Ansätze zur Verbesserung von Lebensqualität und Teilhabe auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse dar. Das Buch erleichtert es der Fachleserschaft, patientenzentriert und angehörigenorientiert zu arbeiten. Lesende werden befähigt, in komplexen Behandlungssituationen Entscheidungen zu treffen, die sich sowohl am aktuellen Stand der Forschung als auch an den Wünschen der Patienten orientieren. Überdies werden Modelle der interdisziplinären und intersektoralen Versorgung aufgezeigt, die es ermöglichen, über den Tellerrand ihres Arbeitsbereichs hinaus zu denken und zu handeln.



Herausgegeben von Martin Groß, Stephan Groß, Dorothee Steinker und Nathalie Scheer-Pfeifer
Springer-Verlag, 284 Seiten, ISBN-10: 3662729431, ISBN-13: 978-3662729434

Primed®

TRACHEOSTOMY

Design
Development
Distribution

MADE IN GERMANY

Ihr Spezialist für Tracheotomie

WWW.PRIMED-HALBERSTADT.DE

Die Station Lebensluft des Weaningzentrums am Asklepios Klinikum Hamburg Harburg. Ein neues sektorenübergreifendes Entwöhnungsangebot.

Dr. med. Frank Escherich

Einleitung

In Folge der Verabschiedung des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-IPReG) 2020 sowie der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (AKI-RL des GBA) 2021 und den sich daraus ergebenden strukturellen Herausforderungen wurde das Angebot des Weaning-Zentrums am Asklepios Klinikum Hamburg Harburg um sektorenübergreifende Angebote erweitert. Diese vertiefen die Zusammenarbeit zwischen dem Weaning-zentrum und den Einrichtungen der außerklinischen Intensivpflege. Bereits seit 2017 besteht eine Tagesklinik, in der insbesondere aufwendige und nicht ambulanzfähige Personen, beispielweise mit neuromuskulären Erkrankungen, aus der außerklinischen Intensivpflege teilstationär betreut werden können. 2024 wurde die Genehmigung zur Potenzialerhebung und 2026 die Ermächtigung zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege durch Kassenärztliche Vereinigung Hamburg erteilt. Es erfolgt die kooperative Betreuung von Einrichtungen der außerklinischen Intensivpflege durch Visiten vor Ort sowie durch Televisiten, die 2026 weiter ausgebaut werden soll. Im Oktober 2025 wurde zudem die erste Station Lebensluft in Norddeutschland eröffnet, die Eröffnung erfolgte zunächst mit 3 Entwöhnungsplätzen, der weitere Ausbau soll schrittweise erfolgen. Die Station Lebensluft ist eine Station zum mittelfristigen prolongierten Weaning, deren Schwerpunkte die Entwöhnung von der invasiven Langzeitbeatmung (Weaning) und/oder der Trachealkanüle (Dekanülierung) von Personen aus der außerklinischen Intensivpflege sind.

Hintergrund

Wurden 2005 ca. 1000 Personen mit invasiver Beatmung bzw. mit alleiniger Trachealkanülierung außerklinisch versorgt, so wurde 2017 diese Zahl bereits auf 15.000-

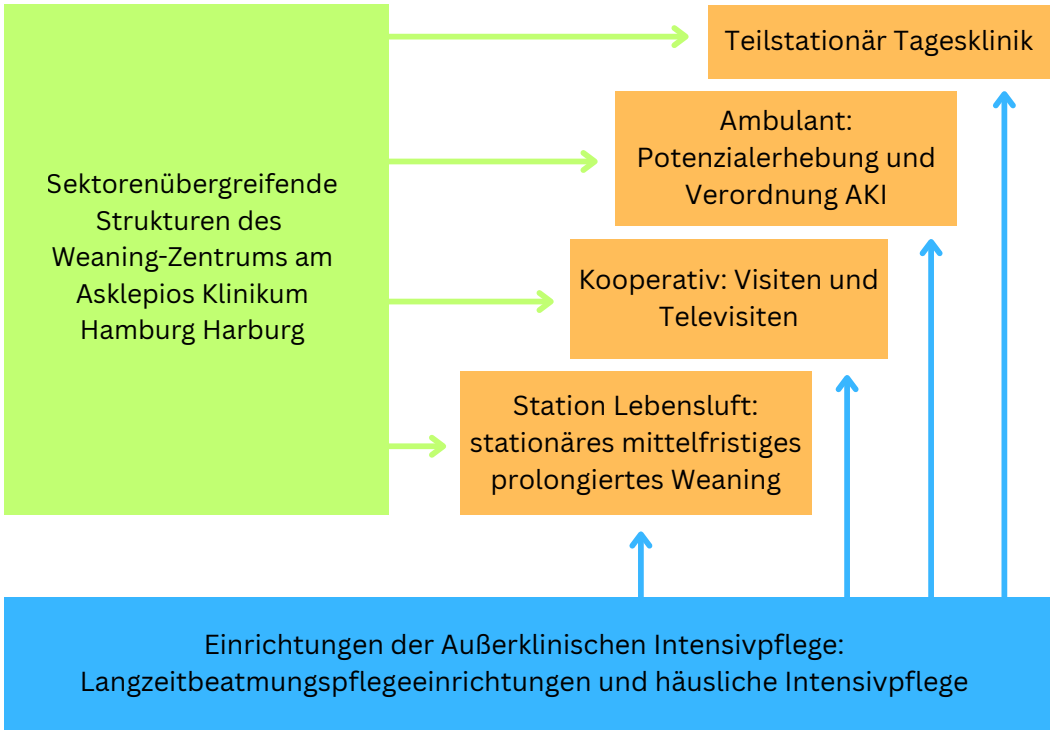


Abb.1: Sektorenübergreifende Strukturen des Weaning-Zentrums am Asklepios Klinikum Hamburg Harburg

30.000 geschätzt (1). Da es für diese Personen kein Register gibt, ist die Datenlage unsicher. Daten von 2019 zeigen, dass die Anzahl außerklinisch beatmeten Personen zunimmt, bei gleichzeitiger Abnahme der Mortalität (2). Ca. 25 % der Personen, die nicht in der Weaning-Einheit verstorben sind, werden aufgrund von Weaning-Versagen mit außerklinischer invasiver Beatmung entlassen (3). Unter Berücksichtigung dieser Daten, sowie der demographischen und der medizinischen Entwicklungen ist damit zu rechnen, dass die Anzahl der außerklinisch invasiv beatmeten, bzw. trachealkanülierten Personen weiter zunimmt. Personen, die eine erfolglose Entwöhnung in einer Weaningeinheit durchlaufen haben, werden invasiv beatmet (Weaningkategorie 3cI) oder trachealkanüliert (Weaningkategorie 3aII) in die außerklinische Intensivpflege übergeleitet. Wird bei diesen Personen ein Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial festgestellt, ist es wegen der Kapazitätsengpässe im Bereich der Weaning-Einheiten häufig schwierig, diese Personen zu entwöhnen. Die Station Lebensluft bietet diesen Personen die Möglichkeit eines Entwöhnungsprozesses. Da bei diesem anspruchsvollen Klientel ein Weaning von der Beatmung, bzw. eine Dekanülierung nicht unter 4 Wochen zu erwarten ist, beträgt der für die Entwöhnung veranschlagte Zeitraum auf der Station Lebensluft 4 Wochen bis 6 Monate.

Das Konzept: mittelfristiges prolongiertes Weaning

In Abgrenzung zum prolongierten Weaning in der Weaning-Einheit eines Weaning-Zentrums, das in der Regel ca. 2 bis 4 Wochen dauert, bezeichnet das mittelfristige prolongierte Weaning die Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder auch nur von der Trachealkanüle, bei dem ein Entwöhnungserfolg in einem Zeitraum von 4 Wochen bis 6 Monaten zu erwarten ist. Das Entwöhnungskonzept ist therapieorientiert: Atmungstherapie findet täglich an fünf Tagen der Woche statt, Physiotherapie und/oder Ergotherapie findet zweimal täglich an fünf Tagen der Woche statt, Logopädie findet dreimal wöchentlich statt. Die pflegerische Versorgung erfolgt durch in der Versorgung von beatmeten und tracheotomierten Personen erfahrenes Fachpersonal. Ärztliche Visiten finden fünfmal wöchentlich statt. Ein Überleitmanagement ist zentraler Bestandteil des Behandlungsteams. Die Station Lebensluft ist dem Weaning-Zentrum am Asklepios Klinikum Hamburg Harburg angegliedert. Das Weaning-Zentrum wurde 2006 gegründet und wurde seit 2011 bereits 4-mal durch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) zertifiziert. Langjährige Erfahrung sowie die Expertise im Umgang mit invasiv langzeitbeatmeten, bzw. trachealkanülierten Personen aus der außerklinischen Intensivpflege und den Herausforderungen des prolongierten Weanings sind in diesem Kontext vorhanden. Die Infrastruktur eines Krankenhauses der Maximalversorgung gewährleistet die optimale medizinische Versorgung, wenn erforderlich kann die Mitbehandlung durch alle medizinischen Fachabteilungen des Klinikums erfolgen.

Abb. 2: von li. n. re.: Pflegerische Leitung Frau Cordes, Patient FG, pflegerische Leitung Frau Scholz (mit freundlicher Genehmigung)

Abb. 3: Patient FG nach Dekanülierung mit IPV-Therapie über Mundstück (mit freundlicher Genehmigung)

Abb. 4: Aufenthaltsraum

Die Station Lebensluft ist eine eigenständige Station und ist räumlich von der akutmedizinischen Versorgung im Klinikum und in der Weaning-Einheit getrennt. Konzept und Ausstattung entsprechen einer Station für die außerklinische Intensivversorgung. Die Station und die Einzelzimmer sind ruhig und wohnlich gestaltet. Die Einbindung von Angehörigen ist räumlich möglich und ausdrücklich gewünscht. Raum für gemeinschaftliche Aktivitäten wie kochen, basteln, spielen, Bewegung und Therapie ist vorhanden. Die Station verfügt über eine Gemeinschaftsküche, Aufenthaltsräume und eigene Therapieräume. Klientel und Aufnahmevoraussetzungen

Das Angebot richtet sich insbesondere an Personen, die bereits ein erfolgloses Weaning durchlaufen haben und sich in der außerklinischen Intensivpflege befinden: zum Beispiel in Langzeitbeatmungspflegeeinrichtungen oder in der häuslichen Intensivpflege. Das Angebot richtet sich sowohl an invasiv beatmete Personen, als auch an Personen die trachealkanüliert, aber nicht beatmet sind. Diese Personen werden unter anderem im Rahmen der regelmäßigen Potenzialerhebungen, bzw. in den Begehungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen vor Ort identifiziert. Die Station Lebensluft bietet diesen Personen die Möglichkeit der Entwöhnung und ist somit ein wichtiger Beitrag zur Verringerung des Kapazitätsengpasses im Bereich der Weaning-Zentren.

Eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten zum Entwöhnungsprozess ist erforderlich. Zu den Voraussetzungen gehört zudem das erfolgreiche Durchlaufen eines differenzierten Aufnahmescreenings bezüglich der medizinischen Eignung für die Station Lebensluft: Anamnese, Sichtung der Krankengschichte sowie unter anderem Erfassung der Modalitäten: Qualität des Schluckaktes, Nahrungsaufnahme, Vigilanz, Inspirationskraft, pCO2, Sauerstoffbedarf, Mobilität, Hustenstoß, Sekretmenge, Sekretmobilisation, Vorliegen eines Dekubitus und Beatmungsdauer. Da es sich bei der Station Lebensluft um einen Selektivvertrag handelt, ist es zudem Voraussetzung, dass die Personen Versicherungsnehmer bei einer der am Selektivvertrag beteiligten Krankenkassen sind. Die am Selektivvertrag Lebensluft beteiligten Krankenkassen sind mit Stand Mai 2026: AOK Rheinland/Hamburg, AOK NordWest, AOK Niedersachsen, DAK, TK, hkk, BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER, SBK, VIACTIV, BKK ProVita, Energie-BKK und BKK Novitas.

Behandlungsziele

Durch die Entwöhnung von der invasiven Beatmung (Weaning) und/ oder die Entwöhnung von der Trachealkanüle (Dekanülierung) sollen Selbständigkeit, Selbstbestimmung und die Lebensqualität gesteigert werden. Bei erfolgreicher Entwöhnung ist eine Überführung aus der außerklinischen Intensivpflege in andere Versorgungsformen möglich, beispielsweise in die häusliche Versorgung mit und ohne zusätzlichen Pflegedienst.

Eigene Erfahrungen

Seit Oktober 2025 wurden 9 Behandlungen abgeschlossen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 8 Wochen (Minimum: 1 Woche, Maximum 15 Wochen). (Siehe Abb. 6). In 6 Fällen von 9 Fällen konnte eine Dekanülierung er-

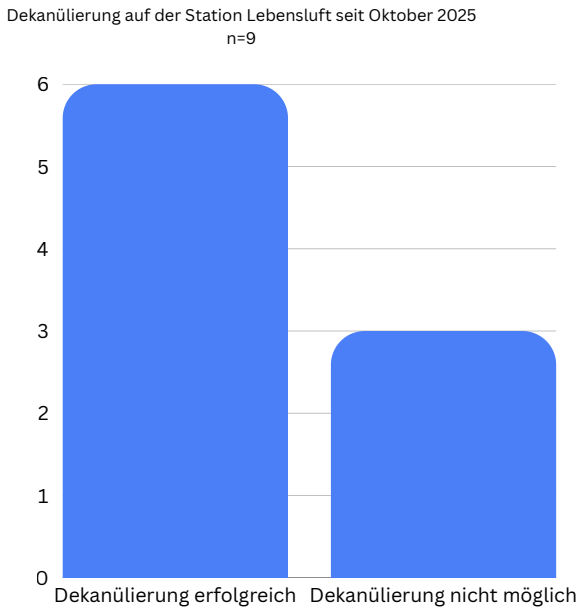


Abb. 5: Seit Oktober 2025 konnten 6 von 9 Patienten erfolgreich dekanüliert werden

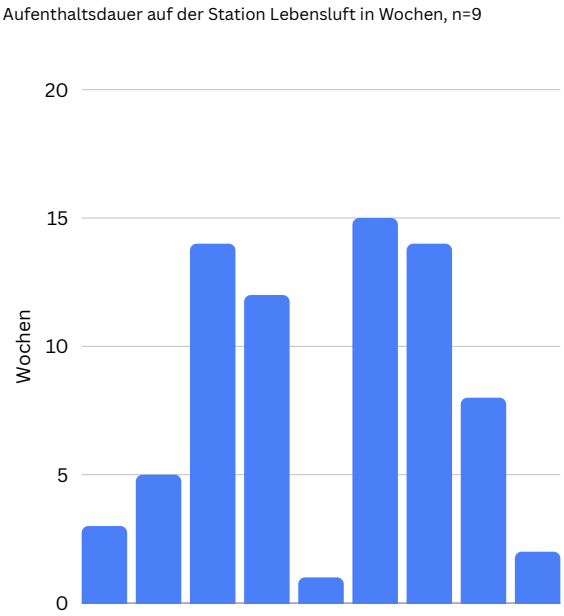


Abb. 6: Aufenthaltsdauer auf der Station Lebensluft in Wochen

MEDIAN

Mehr Lebensqualität und Teilhabe

Wir sind für Sie da!

Rehabilitation für Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege

Wir sind spezialisiert auf die neurologische Frührehabilitation und begleiten Menschen, die vorübergehend oder dauerhaft auf eine Beatmung oder eine Trachealkanüle angewiesen sind.

Erfahren Sie mehr!

Was wir Ihnen bieten können:

- ✓ Interdisziplinäre Expertise und höchste wissenschaftliche Standards
- ✓ Umfassende Betreuung auch für angeborene und fortschreitende Krankheitsbilder
- ✓ Optimierung einer außerklinischen invasiven und nichtinvasiven Beatmung und Hilfsmittelversorgung
- ✓ Entwöhnung von Beatmung oder Trachealkanüle
- ✓ Enge Zusammenarbeit unserer Kliniken für eine schnelle Aufnahme in der am besten passenden Klinik

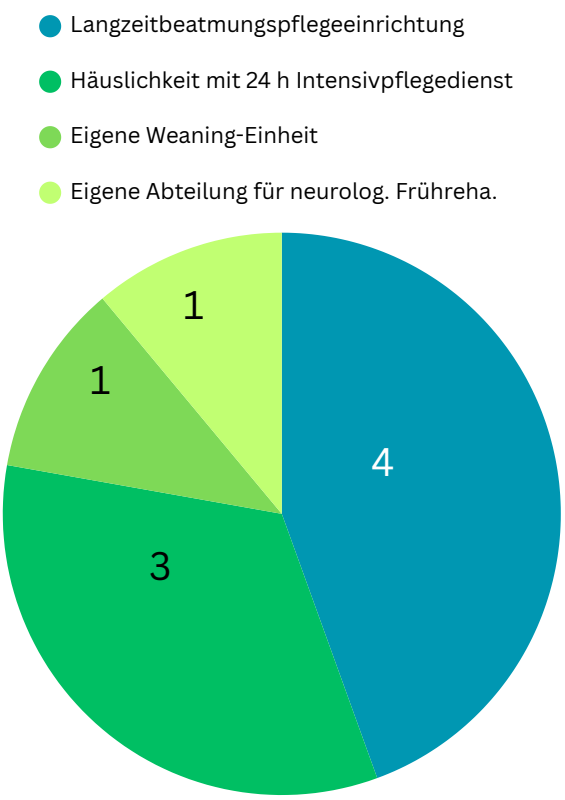


Abb. 7: Herkunft der Patienten der Station Lebensluft

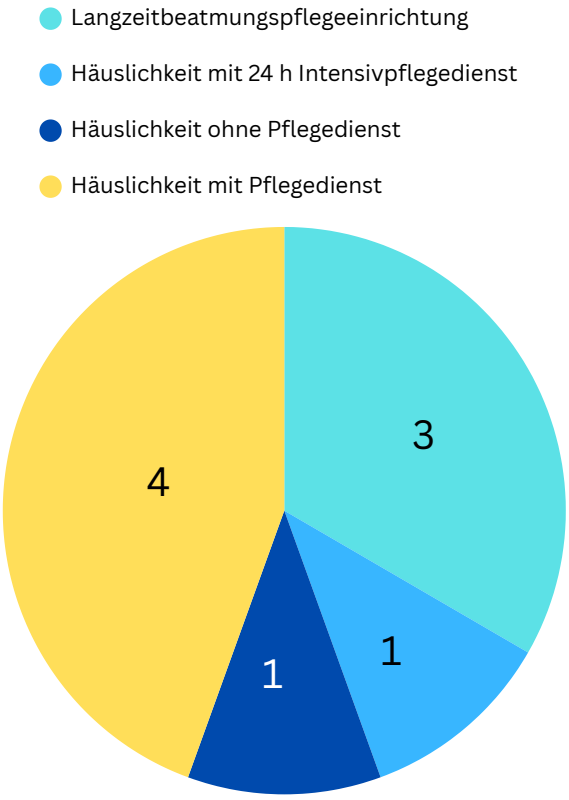


Abb. 8: Entlassungsziel von der Station Lebensluft

folgreich durchgeführt werden, in 3 Fällen war eine Dekanülierung nicht möglich. (Siehe Abb. 5). Nach der erfolgreichen Dekanülierung und Umstellung von der invasiven auf die nichtinvasive Ventilation (NIV) wurde in einem Fall die Versorgung in der außerklinischen Intensivpflege/Langzeitbeatmungspflegeeinrichtung bei Erfordernis der NIV und eines Sekretmanagementes mit einem In-/Exsufflator über Mundstück bei inkompletten Querschnittsyndrom fortgesetzt. In 5 Fällen erfolgte nach erfolgreicher Dekanülierung die Entlassung in die Häuslichkeit mit, bzw. in einem Fall ohne, Pflegedienst. (Siehe Abb. 7 und 8). Die Ursachen, dass eine Dekanülierung in drei Fällen nicht durchgeführt werden konnte waren: Fall 1: Tracheomalazie, Fall 2: Aspirationsneigung und Fall 3: rezidivierende Aspirationen und Regurgitationen und Erfordernis der Fortführung der invasiven Beatmung. In allen 3 Fällen erfolgte eine Rückverlegung in die vorherige Versorgungsform in der außerklinischen Intensivpflege: Fall 1: Häuslichkeit mit 24 h Intensivpflegedienst, Fall 2 und 3: Langzeitbeatmungspflegeeinrichtung. (Siehe Abb. 7 und 8).

Diskussion:

Das Projekt Lebensluft wurde 2016 als Modellprojekt durch die AOK Rheinland/Hamburg initiiert und erfährt durch die Umstellungen im Rahmen des IPReG und der AKI-RL neue Aktualität. Inzwischen handelt es sich um einen Selektivvertrag, dem weitere Krankenkassen beigetreten sind (4). Die Anzahl der beigetretenen Krankenkassen ist begrenzt und eine Erweiterung um weitere Krankenkassen ist wünschenswert. Einige der großen Krankenkassen Deutschlands sind dem Selektivvertrag bisher noch nicht beigetreten.

Vor dem Hintergrund der weiterhin zu erwartenden Zunahme der Personen in der außerklinischen Intensivpflege ist die Station Lebensluft am Asklepios Klinikum Hamburg Harburg ein wichtiger Beitrag zum Aufbau einer neuen sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur. Durch die Verpflichtung zur regelmäßigen Erhebung des Weaning- und Dekanülierungspotenzials durch das IPReG sowie durch die Begehungen des MD der Krankenkassen vor Ort, ist eine Zunahme von Personen zu erwarten, die zur stationären Ent-

wöhnung in den Weaning-Zentren angemeldet werden. Bisher wenig beachtet wird die Gruppe der Personen, die sich mit invasiver Beatmung oder Trachealkanüle in der außerklinischen Intensivpflege befinden und bei denen, ungeachtet der gesetzlichen Vorgaben, ein Wunsch und eine hohe Motivation zur Entwöhnung besteht, die aber wegen Kapazitätsmangel in den Weaning-Zentren nicht zur Entwöhnung einbestellt werden können. Personen, für die ein weiteres Weaning realistisch ist, müssen daher gezielt ausgewählt werden (6). Beispielsweise konnten im Jahr 2024 im Weaning-Zentrum des Asklepios Klinikums Harburg über 200 Anfragen zum prolongierten Weaning aus Kapazitätsgründen nicht angenommen werden. Invasiv beatmete Personen aus der außerklinischen Intensivversorgung, die wegen des Kapazitätsmangels auf den Weaning-Einheiten nicht elektiv zum Weaning einbestellt werden können profitieren von dem Angebot der Station Lebensluft, da es vom Akutgeschehen des Weaning-Zentrums und des Klinikums abgekoppelt ist. Eine weitere Gruppe, die von dem Angebot profitiert, sind trachealkanülierte Personen ohne Beatmung. Diese Personen sind im Akutgeschehen des Klinikums noch schwieriger unterzubringen und benötigen wegen der mit der Dekanülierung verbundenen Komplikationen die stationäre Expertise eines pneumologischen Weaning-Zentrums oder eines Zentrums für Beatmungsentwöhnung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Zusätzlich erschwert wird die elektive Aufnahme dieser Personengruppe dadurch, dass die Erfordernis dieser vollständigen Expertise sich bisher nicht in den bestehenden Vergütungsstrukturen abbildet. Eine nichtstationäre, bzw. ambulante Dekanülierung ist hier wegen der hohen Risiken, die mit einer Dekanülierung verbunden sind, nicht der richtige Ansatz.

Zu den geforderten medizinischen Voraussetzungen für die Station Lebensluft gehören unter anderem: Leitung durch einen Facharzt für Pneumologie und Intensivmedizin, die Zertifizierung des Weaningzentrums durch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) sowie die Struktur eines Maximalversorgers. Diese spiegeln die hohe Anforderung an die notwendige medizinische Qualität wider.

Beschrieben werden Vorbehalte von Seiten der Patienten und deren Angehörigen gegenüber einer Beatmungsentwöhnung und einer Dekanülierung, da hiermit oft ein Wechsel der Pflegeeinrichtung verbunden ist (5). Alle Patienten, die bisher auf die Station Lebensluft aufgenommen wurden, waren im Hinblick auf die Entwöhnung hoch motiviert und von dem Willen getragen ihre Selbständigkeit, Selbstbestimmung und die damit verbundene Lebensqualität zu steigern. Weitere Erfahrungen sind hier abzuwarten. Die Freiwilligkeit des Entwöhnungsprozesses sowie die Erfordernis einer Einverständniserklärung zum Entwöhnungsprozess sind hier ebenso hervorzuheben wie die streng medizinische Indikationsstellung. Bei erfolgreicher Entwöhnung ist eine Überführung aus der außerklinischen Intensivpflege in andere Versorgungsformen möglich, beispielsweise in die häusliche Versorgung mit, bzw. ohne Pflegedienst. Eigene Beobachtungen zeigen, dass die Rückkehr in die Häuslichkeit ist die Hauptmotivation für den Entwöhnungsprozess ist. Eine umfängliche und frühzeitige Aufklärung und Information der Patienten ist erforderlich, speziell im Hinblick auf die Umversorgung von der außerklinischen Intensivpflege in die häusliche Pflege mit, bzw. ohne Pflegedienst oder bei der Überleitung in ein Pflegeheim. Die damit verbundenen Perspektiven müssen bereits vor dem Beginn der Entwöhnung mit allen Beteiligten erörtert werden. Dem Überleitmanagement kommt in diesem Kontext eine zentrale Rolle zu. Die Unterstützung der Krankenkassen im Überleitprozess ist unentbehrlich.

Aktuell existieren in Deutschland vier Stationen Lebensluft: Helios Klinikum Krefeld (seit 2016), Helios Universitätsklinikum Wuppertal (seit 2019), Asklepios Klinikum Hamburg Harburg (seit 2025), Celletinnen-Severinsklösterchen Krankenhaus Köln (seit 2025). Die Dekanülierungsquote wird unter Berücksichtigung der Zahlen des Helios Klinikums Krefeld, im Zeitraum von 2016 bis 2024 mit 56% angegeben (4). Unsere Zahlen zeigen mit 6 von 9 Dekanülierungen in die gleiche Richtung, sind aber wegen der geringen Fallzahl noch nicht aussagekräftig.

Zusammenfassung

- Das Projekt Lebensluft wurde 2016 als Modellprojekt durch die AOK Rheinland/Hamburg initiiert und erfährt durch die Umstellungen im Rahmen des IPReG und der AKI-RL neue Aktualität. Inzwischen handelt es sich um einen Selektivvertrag dem weitere Krankenkassen beigetreten sind.
- Voraussetzung zur Aufnahme ist, dass die Personen Versicherungsnehmer bei einer der am Selektivvertrag beteiligten Krankenkassen sind.
- Es handelt sich um eine Station zur mittelfristigen prolongierten Entwöhnung von Personen, die sich in der außerklinischen Intensivpflege befinden.
- Die Entwöhnung kann von der invasiven Beatmung (Weaning)

erfolgen und/oder von der Trachealkanüle (Dekanülierung).

- Entwöhnungserfolge sind in einem Zeitraum von 4 Wochen bis zu 6 Monaten zu erwarten.
- Das Angebot schafft eine Möglichkeit zur Entwöhnung von Personen aus der außerklinischen Intensivpflege und entlastet die knappen Kapazitäten der Weaning-Zentren. Dort ist eine elektive Einbestellung dieser Personen häufig nicht möglich.
- Die Identifizierung dieser Personen erfolgt unter anderem durch die halbjährliche Potenzialerhebung, bzw. durch die Begehungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen vor Ort.
- Die Entwöhnung ist freiwillig, eine schriftliche Einverständniserklärung ist Voraussetzung.
- Die Steigerung der Lebensqualität und Selbstbestimmung sind Ziele der Station Lebensluft. Hauptmotivation für den Entwöhnungsprozess ist die Rückkehr in die Häuslichkeit.

Kontakt:

Anmeldung für die Station Lebensluft:
Fr. Blöcker
Tel.: 040-1818-86-4575
Fax.: 040-1818-86-3879
eMail: j.bloecker@asklepios.com

Ansprechperson für die Station Lebensluft am Asklepios Klinikum Hamburg Harburg:
Dr. med. Frank Escherich
Tel.: 040-1818-86-2470
eMail: f.escherich@asklepios.com

Quellenangaben:

1. Deutscher Hausärzteverband e.V.; Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Beatmungsmedizin (DIGAB e.V.) zusammen mit dem Bund der Pneumologen (BdP); Deutsche Gesellschaft für Neurologische Intensivmedizin (DGNI e.V.); Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP e.V.); Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI e.V.); Verband Pneumologischer Kliniken (VPK) Positionspapier zur aufwendigen ambulanten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung nach Langzeit-Intensivtherapie (sogenannte ambulante Intensivpflege) Pneumologie 2017; 71: 204-206
2. Karagiannidis C et al.: Epidemiologische Entwicklung der außerklinischen Beatmung: Eine rasant zunehmende Herausforderung für die ambulante und stationäre Patientenversorgung. Pneumologie 2019; 73: 670-676.
3. Windisch W et al., Prolongiertes Weaning von der mechanischen Beatmung, Ergebnisse in spezialisierten Weaning-Zentren-eine Registerstudie basierend auf der Initiative WeanNet. Dtsch Arztebl Int 2020; 117:197-204
4. https://www.helios-gesundheit.de/unternehmen/presse/news/2024/station-lebensluft-selbstbestimmtes-leben/; abgerufen am 01.05.2026
5. Dahlhoff JC et al., Herausforderungen und Chancen des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG): Meinungsbild und interprofessioneller sektorenübergreifender Dialog. Pneumologie 2025; 79: 653-660
6. Jafari C et al., Verbesserung der fachärztlichen Versorgung für Patienten in der außerklinischen Intensivpflege durch regelmäßige pneumologische Videovisiten: eine Real-Life-Studie, Pneumologie 2025; 79: 567-576

26. - 27. Januar 2027 in Hamburg

STRATEGIETAGE

AUSSERKLINISCHE INTENSIVVERSORGUNG

MAIK Update

MAIK UPDATE

www.maik-update.de

DEUTSCHE FACHPFLEGE KONGRESS

Impressum

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

Das DIGAB magazin erscheint halbjährlich.

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

E-Mail presse@digab.de

Gestaltung DIGAB GmbH

Lektorat DIGAB GmbH

Fotonachweise Titelfoto: © Zentralheize, Marco Fischer, S. 3 Vorstand des DIGAB e.V. © Intercongress / H.- G. unrau, S. 5 Anika Zinken © privat, Christine Keller © privat, S. 6 Anika Zinken © privat, S. 9 Anika Zinken © privat, S. 8 Zentralheize Erfurt © Zentralheize Erfurt, S. 13 Ulmer Kindertagung © Ulmer Kindertagung, S. 17 Patientenzimmer © air-leben Weaning, S. 18 Küche und Aufenthaltsraum © air-leben Weaning, S. 20 Untersuchung © air-leben Weaning, S. 29 Christine Keller © privat, S. 30 Matthias Peitzmeier © privat, S. 35 Patientenfotos © Station Lebensluft Asklepios Klinikum Hamburg Harburg

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 übernom; men. 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, Christoph Jaschke, Laura, Mench, Kay Wilke-Schultz, Johannes Koch, Dr. Maria Panzer, Dr. Lena Panzer-Selz, Anika Zinken, Dr. med. Frank Escherich, Corina Schiegl, Heike Kemeter, Sandra Thate, Christine Keller, Matthias Peitzmeier

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: In unserem Podcast sprechen wir über alles, was mit qualitativ hochwertiger Pflege zu tun hat, geben wichtige und spannende Einblicke in die Branche. Jetzt reinhören!

LÖWENSTEIN
medical

CARO & LUISA

Atmungstherapie und Sekretmanagement fest vereint.

Einfach in der Bedienung, effizient und sicher für Patient*innen: Bei dieser Versorgungslösung sind das Beatmungsgerät LUISA und der mechanische Insufflator-Exsufflator CARO gemeinsam auf einem Fahrgestell montiert.

Die Kombination kann um den Sektretsauger Allegra M30 und den Befeuchter AirCon Gen2 ergänzt werden. So sitzt bei der Patientenversorgung jeder Handgriff.

Erfahren Sie mehr:

TOP 100
top100.de
Top-Innovator 2026

loewensteinmedical.com

Menschen im Mittelpunkt