PARAplegiker

Das Magazin für den Querschnitt.



Themenschwerpunkt: Querschnittlähmung global betrachtet

Arbeit

Existenzgründung: „Wir gehen die Reise mit“

Therapie

Zertifizierung der Querschnittgelähmtenzentren

Sommer 2021

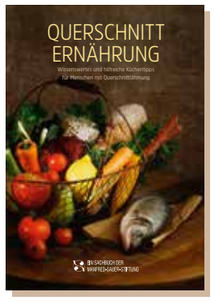
Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V.

DMGP Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie



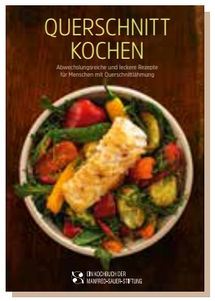
VERSTOPFT?
INKONTINENT?

Stundenlanges Auf-der-Toilette-Sitzen
oder gehen Sie an Abführtagen
nicht aus dem Haus?



Band 1
QUERSCHNITT
ERNÄHRUNG

Wissenswertes und
hilfreiche Küchentipps
für Menschen mit
Querschnittlähmung



Band 2
QUERSCHNITT
KOCHEN

Abwechslungsreiche
und leckere Rezep-
te für Menschen mit
Querschnittlähmung

Nur bei der Manfred-Sauer-Stiftung
www.manfred-sauer-stiftung.de/kontakt/
beratungszentrum-buchbestellung

... dann sollten Sie im **Beratungszentrum für Ernährung und Verdauung Querschnittgelähmter** anrufen.

Wir können keine Wunder bewirken, aber wir nehmen uns Ihrer Verdauungs- und Ernährungsprobleme an und versuchen, mit Ihnen zusammen eine Lösung zu finden.
Also anrufen und einen Termin für ein Erstgespräch (ca. 45 Minuten) vereinbaren. Das Beratungsgespräch kann auch telefonisch geführt werden.
Die Beratung ist für Menschen mit Querschnittlähmung und deren Angehörige als Dienstleistung der Manfred-Sauer-Stiftung kostenfrei. Aber auch medizinische Fachpersonen können sich mit Fragen an uns wenden.

MANFRED-SAUER-STIFTUNG
Beratungszentrum für Ernährung & Verdauung Querschnittgelähmter

Neurott 20 • 74931 Lobbach
Tel. +49 6226 960 2530
info@bz-ernaehrung • www.bz-ernaehrung.de

„Behinderung fördert Armut und Armut fördert Behinderung“

Liebe Leserin, lieber Leser,

drei Dinge spielen für die Bewältigung und den Verlauf einer Querschnittlähmung (QSL) eine wichtige Rolle – Ort, Psyche und Vermögen. Das soll heißen: Wo lebt der betroffene Mensch? Welche Behandlungsmöglichkeiten stehen dort zur Verfügung und welche psychischen und finanziellen Ressourcen sind mobilisierbar? Es ist unklar, wie viele Menschen weltweit mit einer QSL leben, aber internationalen Inzidenzdaten zufolge kommt es weltweit bei circa 790.000 Menschen pro Jahr zu einer traumatischen Verletzung des Rückenmarks. Es zeigt sich, dass die Fallzahlen in Ländern mit geringem Durchschnittseinkommen signifikant höher sind als in Ländern mit hohem Einkommen.

Chancen und Möglichkeiten

Damit ist die QSL – Gott sei Dank – ein relativ seltenes, aber wie wir selbst erlebt haben, ein lebensveränderndes Ereignis. Der Verlauf hängt stark von der Verfügbarkeit und der Qualität der medizinischen Versorgung, der Rehabilitation und der Hilfsmittel ab. Ich bin sehr froh, dass ich das Privileg hatte, in einer spezialisierten Klinik für Rückenmarkverletzte behandelt zu werden und dass ich die richtige Therapie und die notwendigen Hilfsmittel erhalte. Das war und ist mein Glück im Unglück. Ich bin mir sehr wohl bewusst, das ist eine Chance, die Menschen in vielen Ländern nicht haben. Nach wie vor variiert die Versorgungssituation von Menschen mit einer Querschnittlähmung im globalen Vergleich deutlich. Was weltweit gleich ist: Eine QSL ist am Anfang kaum zu begreifen und sie ist schwer anzunehmen. Wichtig sind daher gerade in der ersten Phase die Unterstützung und der Rückhalt durch das Umfeld sowie der Austausch mit anderen Betroffenen. Das gilt auch für Angehörige. Denn geteiltes Leid ist sprichwörtlich halbes Leid.

Hilfe und Unterstützung

Ich gestehe, ich weiß leider sehr wenig über die Situation von Menschen mit einer Querschnittlähmung in entfernten Ländern. Aber mich interessiert, mehr darüber zu erfahren und ich hege größte Hochachtung vor denjenigen, die diesen Menschen helfen weiterzumachen, um sich selbstbestimmt eine Perspektive zu erarbeiten. So wie zum Beispiel die Organisationen Haydom-Friends e.V. (S. 22–24) und Konvoi der Hoffnung e.V. (S. 42), die wir in dieser Ausgabe vorstellen. Aber auch vor Prof. Dr. Gerhard Trabert. Der Arzt und Sozialmediziner setzt sich dort ein, wo wir oftmals wegschauen. Gerhard Trabert betreut Obdachlose und unterstützt aktuell Geflüchtete auf



Foto: luftsprung-fotografie.de

Elisa Chirino eröffnet mit dem Editorial den PARAplegiker.

den griechischen Inseln, darunter viele Menschen mit Behinderung. So auch Abdulkarim, der auf seiner Flucht vor dem Militärdienst in Syrien durch eine Schussverletzung querschnittgelähmt wurde (S. 18–21). Der „Arzt der Armen“ – wie Gerhard Trabert häufig genannt wird – weiß um die Wechselbeziehung zwischen Armut und Behinderung. Er sagt: „Behinderung fördert Armut und Armut fördert Behinderung.“

Armut ist Krieg

Erlebt, was Armut anrichtet, hat auch der Journalist Loan Brossmer. Wie Abdulkarim hatte er die Chance, in Deutschland neu zu starten, nachdem ihm im Vietnamkrieg das Rückenmark durchtrennt wurde. Da war er vier Jahre alt. Seine Mutter, aus deren Armen er von einer Hilfsorganisation übernommen wurde, sah er nie wieder. Der Versuch, seine Familie in Vietnam viele Jahre später zu unterstützen, scheiterte jäh. Auf den Seiten 14 bis 17 lesen Sie seine Geschichte.

Machen wir uns aber nichts vor. Menschen mit Behinderung unterliegen auch in Deutschland der Gefahr von Ausgrenzung und Armut. Da, wo sie nicht teilhaben können und keine gleichen Chancen haben, da ist diese Gefahr ganz real. Die FGQ setzt sich ein, sie fordert und fördert Verbesserungen und bleibt dazu mit der Politik im Gespräch. So setzen wir auch in dieser Ausgabe unsere Interviewreihe mit Politikern fort. Wir mischen uns weiter ein.

Herzlichst, Ihre Elisa Chirino

Inhalt



Foto: Susann Winter, BG Klinikum Halle

Peers

Die neun Gefährten

Acht Peers – gemeinsam mit Psychologin Barbara Schulz – unterstützen seit Mitte 2019 im Ballungsraum Halle/Leipzig Menschen mit einer Querschnittlähmung. Der PARAplegiker zeigt Meilensteine der gemeinsamen Arbeit auf und stellt das BG Klinikum Bergmannstrost in Halle näher vor.



Foto: PixaBay.com

Menschen

Träume fressen Seelen

Loan Brossmer wurde als Kind im Vietnamkrieg verwundet und ist seither querschnittgelähmt. Dank einer Hilfsorganisation kam er 1968 als Vierjähriger nach Deutschland und wurde adoptiert. 22 Jahre später kehrt er das erste Mal zu seiner Familie zurück. Es herrscht Frieden. Aber ein Feind wird immer lauern: die Armut. Eine wahre Geschichte über das zerbrochene Glück.



Foto: Alea Horst

Menschen

Auf der Flucht

Abdulkarim S. wird 2019 auf der Flucht von Syrien nach Europa von einer Kugel getroffen. Die Folge: eine Querschnittlähmung. Wie es ihm dennoch gelang, seinen Weg fortzusetzen und in Deutschland anzukommen, erzählt auf bewegende Weise PARAplegiker-Autorin Ruth Justen.

FGQ NEWS

06 Ein Tag, der bewegt
Projekt „Barrierefreier ÖPNV und Fernverkehr“

07 Verabredung zum Online-Stammtisch
Sie haben die Wahl! I Fertig ausgebildet

08 Gedenken an einen Pionier –
Zum Ableben von Dr. Patrick Kluger

09 Crip camp I Blase und Darm mit Charme

FAKTEN

10 Querschnittlähmung weltweit

PEERS

12 Die neun Gefährten –
Großes Peer-Team der FGQ in Halle (Saale)

MENSCHEN

14 Träume fressen Seelen

18 Auf der Flucht

22 Unterstützung mit Kreativität und Pragmatismus

25 Peer-Beratung in Indien:
„Wir werden ständig gebraucht.“

MOBILITÄT

26 Israel – barrierefrei durch die Jahrtausende

MEDIZIN & FORSCHUNG

30 Wachsendes Bewusstsein für die Belange von Menschen mit Behinderung

32 Der langersehnte Durchbruch?

KOMMENTAR

35 „Da müsste man doch wirklich mal was gegen tun!“

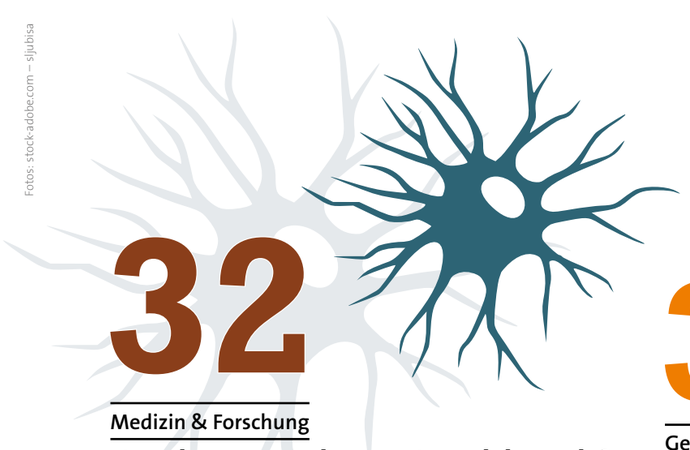
GESUNDHEIT

36 Unkompliziertes Darmmanagement mithilfe der Ernährung

38 Lernen durch Erfahrung – Therapie des Schulter-Nacken-Bereiches des Rollstuhlfahrers nach dem N.A.P.-Konzept

Titelfoto: Lars Wehrmann, Haydom-Friends e.V.

Fotos: stock-adobe.com – sljubisa



Medizin & Forschung

Der langersehnte Durchbruch?

Prof. Dr. Dietmar Fischer von der Ruhr-Universität Bochum setze den Signalstoff Interleukin bei querschnittgelähmten Mäusen erfolgreich ein: Die therapierten Mäuse konnten wieder laufen. Dr. Ulrike Gebhardt hat mit dem Wissenschaftler über die Methode gesprochen.

INTERVIEW

40 Ein modernes Teilhaberecht ist die Zukunft –
Interview mit Martina Stamm-Fiebich

42 Drei Fragen an den Konvoi der Hoffnung e. V.

RECHT & SOZIALES

43 Chance vertan – Barrierefreiheitsstärkungsgesetz vom Bundestag beschlossen

44 Das Bundesteilhabegesetz –
Ein Schritt in die richtige Richtung?

ARBEIT

46 „Wir gehen die Reise mit“ – Gründungsberatung für Menschen mit Behinderungen

THERAPIE

48 Ein Meilenstein: Zertifizierung der Querschnittgelähmtenzentren der DMGP

ERNÄHRUNG

50 Misosuppe mit Pak Choi

51 Vegetarisch & vegan: eine gleichwertige Alternative?!

SERVICE

52 Arbeitsgemeinschaften (ARGE) der FGQ

52 Autoren

54 Vorschau I Beirat I Impressum

DAS ALLERLETZTE

55 Warum gibt es keinen Rechtsanspruch auf Ästhetik?

Themenschwerpunkt: QSL weltweit betrachtet

Weitere interessante Beiträge finden Sie auch bei unserem Medienpartner **der-querschnitt.de.**

QR-Code scannen und direkt zur Webseite gelangen



Foto: Hans Hellstern

Gesundheit

Lernen durch Erfahrung

Die Sitzhaltung im Rollstuhl bringt oftmals funktionelle Probleme im Schulter- und Nackenbereich mit sich. Das N.A.P.-Konzept nach Renata Horst orientiert sich am Alltag des Rollifahrers und leitet Eigenübungen, die im Alltag integriert werden können, an. Physiotherapeutin Stephanie Hellstern stellt den Therapieansatz vor.



Foto: Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V. (DBSV)

Recht & Soziales

Chance vertan

Am 20. Mai 2021 wurde das neue Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) vom Bundestag beschlossen. Die Reaktionen auf die Bundestagsdebatte und auf den Inhalt des verabschiedeten Gesetzes sind harsch.



Foto: Thomas Pritschet

Ernährung

Misosuppe mit Pak Choi

Christian Rach verrät den PARAplegiker-Lesern, wie eine Miso-Suppe im Handumdrehen gelingt. Der Spitzenkoch richtet das japanische Nationalgericht mit Pak Choi – eine milde Kohlart – und weiteren schmackhaften Zutaten an. Ideal für den Sommer!



Foto: stock.adobe.com – LIGHTFIELD STUDIOS

Ein Tag, der bewegt

Die ADAC Stiftung startet im September mit den ersten bundesweiten Mobilitätstagen für Rollstuhlfahrer. Das Ziel ist mehr Selbstständigkeit und Mobilität im Alltag.

Mit ihrem Projekt „Erleben, was möglich ist!“ richtet sich die ADAC Stiftung an Rollstuhlfahrer und deren Angehörige. Die eintägigen Veranstaltungen werden von der FGQ durchgeführt und bieten Wissenswertes über den Querschnitt sowie ein Training zur Stärkung der Alltagsmobilität.

Das Programm besteht aus einem theoretischen und einem praktischen Modul. Nach Fachvorträgen rund um das Thema „gesundheitliche Aspekte der Mobilität“, geht es im Praxisteil um das gemeinsame Trainieren von Alltagssituationen unter Anleitung einer Fachkraft des Forschungsinstituts für Inklusion durch Bewegung und Sport (FIBS) und das Ausprobieren von Mobilitätslösungen, wie zum Beispiel verschiedene Rollstühle, Handbikes und weitere innovative Hilfsmittel.

Die ersten Veranstaltungen finden in Hamburg (25. September 2021) und Bayreuth (2. Oktober 2021) statt. Weitere Termine an Querschnittzentren in ganz Deutschland sind in Vorbereitung. Anmeldungen zu den Veranstaltungen können ab sofort online erfolgen. Die Durchführung erfolgt unter Einhaltung eines strengen Sicherheits- und Hygienekonzepts und unter Berücksichtigung der jeweiligen klinikspezifischen Hygienevorgaben.

Dr. Andrea David

Sie möchten Ihre Mobilität im Rollstuhl stärken?

Erfahren Sie an unserem Mobilitätstag für Rollstuhlfahrer mehr über gesundheitliche Aspekte der Mobilität und erleben Sie im Training, was möglich ist.

- Ihre Fahrtkosten erstatten wir bis maximal 50 Euro.
- Melden Sie sich direkt zu einer der kostenlosen Veranstaltungen an.

Weitere Informationen zur Veranstaltung und Anmeldung

QR-Code scannen und direkt zur Webseite der ADAC Stiftung gelangen.

Die FGQ beantwortet Fragen zur Veranstaltung.

Kontakt: info@fgq.de oder 06226 960211

Projekt „Barrierefreier ÖPNV und Fernverkehr“

Seit Ende 2019 läuft mit Unterstützung der Münchner Barbara Rauck Stiftung Comeback Querschnittgelähmter das Projekt „Barrierefreier ÖPNV und Fernverkehr“ der FGQ.

Ziel des Projektes ist es, einen Überblick über die Barrierefreiheit des öffentlichen (Nah-)Verkehrs in Deutschland zu erhalten und Akteure zu vernetzen. Hierzu wurden alle relevanten Verbände, Organisationen, Sozialverbände und die Behindertenbeauftragten der Länder und Gemeinden angesprochen. Auch wurde Kontakt zu den behindertenpolitischen Sprechern der Bundestagsfraktionen sowie der jeweiligen Landtagsfraktionen in den einzelnen Bundesländern aufgenommen.

Weiterhin wurden die Verkehrsunternehmen angeschrieben, um ihre Einschätzung zu dieser Thematik zu erhalten. Das Augenmerk liegt dabei auf alle Arten von Behinderungen und Einschränkungen. So sollen die speziellen Anforderungen von Rollstuhlfahrern, aber auch zum Beispiel von Menschen mit kognitiven Einschränkungen und sämtlichen weiteren Gruppen einbezogen werden.

Ziel ist es, sich zu einem Aktionsbündnis zusammen zu schließen, gemeinsame Ziele zu formulieren, um schließlich eine universelle Barrierefreiheit nachhaltig anzugehen und zu erreichen. Am 6. September 2021 ist ein „Gipfel“ in Berlin geplant, zu dem die oben genannten Gruppen und Personen eingeladen werden. Vorgesehen ist, einen Forderungskatalog zu erarbeiten und eine gemeinsame Abschlusserklärung zu formulieren, die an relevante Ansprechpartner in Ministerien, Abgeordnete und Vertreter der Verkehrsbetriebe übergeben wird. Der PARAplegiker wird berichten.

Stephan Neumann



Verabredung zum Online-Stammtisch

Für alle Fragen, Probleme oder einfach nur zum Klönschnack laden wir herzlich ein. Für Spezialfragen nehmen Experten aus den Arbeitsgemeinschaften (ARGE) der FGQ teil. Moderiert werden die Stammtische abwechselnd von den Peers Maria-Cristina Hallwachs und Rudolf Mensing.

Der Online-Stammtisch findet im wöchentlichen Wechsel statt:

- **donnerstags um 16.00 Uhr und**
- **freitags um 18.00 Uhr.**

Der entsprechende Zoom-Link wird jeweils auf der Website der FGQ veröffentlicht.

QR-Code scannen und direkt zur Webseite gelangen

Sie haben die Wahl!

Mitgliederversammlung und Vorstandswahl, erstmalig als Hybridveranstaltung

Termin: 18. September 2021, 14 bis 16 Uhr



Weitere Infos:

Teilen Sie Ihre E-Mail-Adresse bitte mit der FGQ!

Der Vorstand der FGQ hat sich aufgrund der anhaltenden Covid 19-Pandemie dazu entschlossen, in diesem Jahr eine Hybridveranstaltung zu realisieren, also eine Kombination aus Präsenzveranstaltung und Onlineformat. Somit haben erstmalig Mitglieder die Möglichkeit, auch virtuell teilzunehmen. Um sich zu registrieren und einen Zugangslink zu erhalten, benötigen wir Ihre E-Mail-Adresse. Daher bitten wir alle Mitglieder (wenn noch nicht geschehen), uns ihre E-Mail-Adresse mitzuteilen. Einfach per E-Mail an **info@fgq.de**.

Für Fragen und weitere Informationen steht die Geschäftsstelle der FGQ auch telefonisch unter 06226 - 960211 gerne zur Verfügung.

Foto: stock.adobe.com – Julien Eichinger









FGQ Peers

Fertig ausgebildet

Die FGQ hat das Schulungsprogramm für Peers in den letzten Jahren stark ausgebaut. Neben einer Erstschulung stehen für die Peers drei Schulungswochenenden zu den Themen „Bewältigung“, „Kommunikation“ und „Recht und Soziales“ auf dem Ausbildungsplan. Diese können ehrenamtbegleitend besucht werden. Die Teilnahme an mindestens einer Schulung pro Jahr ist für die FGQ-Peers verbindlich.

Nun haben die ersten acht Peers an allen vier Bausteinen der Schulung teilgenommen und die Ausbildung erfolgreich abgeschlossen. **Herzlichen Glückwunsch!**









Fotos (8): Georg Dietrich, Diana Kolbe, Veli Kunz, Rudolf Mensing: FGQ; privat

Susanne Bell, Frankfurt; Georg Dietrich, Bayreuth; Anette Götz, Frankfurt; Diana Kolbe, Koblenz; Veli Kunz, Frankfurt; Christine Kwiatowski, Berlin; Rudolf Mensing, Frankfurt; Werner Vogt, Duisburg (v.l.n.r.).

Gedenken an einen Pionier

Zum Ableben von Dr. Patrick Kluger

Dr. Patrick Kluger war ein Pionier auf dem Gebiet der Wirbelsäulenchirurgie und ein Chirurg aus Leidenschaft. Er hat auch die Entwicklung der Versorgung von Rückenmarkverletzungen entscheidend mitgestaltet. Unerwartet verstarb er am Freitag, 20. Februar 2021, im Alter von 74 Jahren.

Dr. Patrick Kluger begann seine medizinische Laufbahn in der Traumaabteilung der Universität Essen und wechselte dann nach Kiel, wo er sein Interesse für die Wirbelsäulenchirurgie entwickelte. Anschließend arbeitete er an der SCI Unit der Werner Wicker Klinik in Bad Wildungen, wo er stellvertretender Abteilungsleiter wurde. 1988 wechselte er ins Rehabilitationskrankenhaus Ulm (RKU), wo er als Oberarzt und Leiter des Querschnittgelähmtenzentrums tätig war.



Dr. Kluger war ein leidenschaftlicher Orthopäde, insbesondere in der Wirbelsäulenchirurgie. Während seiner Tätigkeit in Bad Wildungen erfand er zeitgleich mit Walter Dick aus Basel den ersten Innenfixateur für die Wirbelsäule. Er gilt damit als Mitbegründer der modernen Wirbelsäulenchirurgie und wurde später für seine Verdienste zum Ehrenmitglied der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft ernannt. Er war auch an der ersten Anwendung von Phrenicus-Stimulatoren (Atemhilfe) bei Querschnittpatienten beteiligt. Nach seinem Wechsel nach Ulm baute Dr. Kluger das Rückenmarkverletztenzentrum am RKU mit damals 24 Betten auf und erkannte schnell den Wert einer multiprofessionellen Zusammenarbeit aller an der Behandlung und Rehabilitation von Rückenmarkverletzten beteiligten Berufsgruppen.

Weltweites Engagement

National engagierte er sich in der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP), in der Deutschen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie (DWG) und international in der International Spinal Cord Society (ISCoS) mit großem Erfolg. Dr. Kluger bildete zahlreiche Wirbelsäulenchirurgen und Paraplegiologen in Deutschland, Europa und weltweit aus. Als Mitglied des Education Committee der ISCoS betonte er die Notwendigkeit eines standardisierten Curriculums für die Ausbildung von Wirbelsäulenchirurgen. Er unterstrich auch, wie wichtig es sei, mit den zuständigen Behörden in Kontakt zu treten, um das SCI-Management in den Lehrplan der verschiedenen Gesundheitsberufe aufzunehmen, die sich mit dem SCI-Management beschäftigen. Als Mitglied der Spine Trauma Study Group trug er zur Formulierung verschiedener Protokolle für das Management von Wirbelkörperfrakturen bei und auch zur „Definition und Einstufung einer Wirbelsäuleneinheit, die sowohl für entwickelte als auch für Schwellenländer von Bedeutung ist."

Besonderer Einsatz in Indien

1999 verließ Dr. Kluger das RKU und wechselte an das Stoke Mandeville Hospital bei Oxford, Großbritannien. Von dort aus baute er seine internationalen Kontakte weltweit aus, insbesondere zum indischen Zentrum für Wirbelsäulenverletzungen in Neu-Delhi, wo er höchste Wertschätzung genoss. Er setzte seine akademische Arbeit auf dem Gebiet der Wirbelsäulenchirurgie fort und unterrichtete in zahllosen Workshops und Schulungen auf der ganzen Welt, unter anderem in Kanada, Mexiko, Guatemala, Honduras, Brasilien, Südafrika, Ägypten, Südkorea, Vietnam, Iran, Indien und mehreren europäischen Ländern. Er hatte eine besondere Leidenschaft für die Entwicklung des Wirbelsäulenmanagements in Indien. Seit 2006 sponserte er jedes Jahr den Preis für die beste veröffentlichte Arbeit, um die Dokumentation zu fördern. Zudem führte er jährlich eine Gruppe von Experten für Rückenmarkverletzungen aus Deutschland zur Teilnahme an der Jahreskonferenz der Spinal Cord Society an, blieb für lange Zeit im Land, um Chirurgen praktisch zu schulen und Fortbildungsveranstaltungen zu leiten, und beherbergte und sponserte junge Wirbelsäulenchirurgen für Hospitationen in Großbritannien und Deutschland. Er tat schlicht alles, was möglich war, um medizinisches Fachpersonal, das mit der Behandlung von Rückenmarkverletzungen zu tun hat, weiterzubilden.

Ausgezeichneter Chirurg

Dr. Patrick Kluger wurde im Jahr 2019 mit dem Fellowship der International Spinal Cord Society geehrt. Außerdem wurde er 2015 mit dem Lifetime Achievement Award der Spinal Cord Society ausgezeichnet. Dr. Patrick Kluger aus Erbach hinterlässt seine Frau Marie-Theres, vier Kinder und neun Enkelkinder. Er wird von zahlreichen internationalen Studenten, Fellows und Freunden auf dem Gebiet der Wirbelsäulenchirurgie und Paraplegiologie schmerzlich vermisst werden.

PD Dr. Frank Rainer Abel,
Dr. Harvinder Singh Chhabra, Dr. Doris Maier

Crip camp*

Kein Oscar, aber absolut sehenswert!

Die Geschichte der unglaublichen Reise von einem Hippie-Camp in Jened, New York 1971, bis zur US-amerikanischen Behindertenbewegung und dem American with Disabilities Act (ADA).

Der ADA, ein US-amerikanisches Bundesgesetz von 1990 war ein Meilenstein, der in Anlehnung an den Civil Rights Act von 1964 die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen vorschreibt. Erstmals verbietet dieser umfassend die Diskriminierung von Menschen mit Beeinträchtigungen durch Unternehmen und staatliche Institutionen und ist bis heute weltweit ein Vorbild für die Durchsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderungen. Die Dokumentation mit Originalaufnahmen aus den 70er- und 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts wurde unter anderem von Michelle und Barack Obama produziert und war für den diesjährigen Oscar nominiert.



Fotos (4): www.imdb.com, wikipedia, stock.adobe.com – AlexOakenman, SUE

*Deutscher Titel:
Sommer der Krüppelbewegung

NETFLIX
YouTube

Blase und Darm

mit Charme

Die Fachtagung „Neurogene Blasen- und Darmfunktionsstörung" findet am 9. Oktober 2021 in Zusammenarbeit mit der Manfred-Sauer-Stiftung statt.

Mit den Begriffen „neurogene Blase" bzw. „neurogener Darm" bezeichnet man die Formen einer Blasen- oder Darmfunktionsstörung, die durch eine Fehlfunktion oder Verletzung des Nervensystems verursacht werden. Die Fachtagung möchte Betroffenen grundlegende Informationen vermitteln, die verschiedenen Formen neurogener Funktionsstörungen sowie die Diagnostik und Therapiemöglichkeiten vorstellen.

Referenten: Veronika Geng
Dr. Johannes Kutzenberger
Dr. Heiko Lienhard, Andreas Wendl

Termin: 9. Oktober 2021, 10 bis 16 Uhr
Ort: Manfred-Sauer-Stiftung, Lobbach
Teilnahmegebühr: 38,- Euro inkl. Verpflegung

Anmeldung über die Geschäftsstelle der FGQ,
Übernachtungsmöglichkeiten in der
Manfred-Sauer-Stiftung

Weitere Infos:



Querschnittlähmung weltweit

Studienteilnehmer
12.591

Durchschnittsalter
52 Jahre

63 % der Befragten **Paraplegiker**

¾ ♂ männlich

Die am häufigsten genannten Probleme
(mehr als 70 % der Befragten)

- Müdigkeitsgefühl
- Darmstörungen
- sexuelle Funktionsstörungen
- Spastik
- Schmerzen
- Verrichtung der täglichen Routine
- Hausarbeit
- Aufstehen aus der Rückenlage
- Aufstoßen einer schweren Tür
- freies Stehen

Weltweite Beschäftigungsquote
38 %

Schwankungsbreite zwischen den Ländern

↓ **10,3 %** Marokko

↑ **61,4 %** Schweiz

Lebensqualität
Die Teilnehmer aus Ländern mit einem höheren Einkommen berichteten über eine höhere Lebensqualität als Personen aus Ländern mit niedrigerem Einkommen.

Beste Lebensqualität: Niederlande **66 %**

Indikatoren für die Lebensqualität
Angaben von Personen mit Querschnittläsionen (Mehrfachnennungen möglich)

Zugang zu Gesundheitsdiensten	81,9 %
Erwerbsunfähigkeitsrente	59,5 %
Medikamente und Hilfsmittel	58,1 %
soziale Einstellungen	56,8 %
Pflege	54,1 %
Fortbewegungsmittel	41,8 %
Bereitstellung von beruflicher Rehabilitation	30,0 %
Zugang zu öffentlichen Gebäuden	24,3 %
Zugang zu öffentlichem Personenverkehr	24,3 %

Weitere Informationen zur Studie gibt es auf den Seiten 30 bis 31.

Quelle: Die International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) und die International Society of Spinal Cord Injury (ISCoS) haben mit Unterstützung der WHO eine Studie mit dem Titel „International Spinal Cord Injury (InSCI) community survey" aufgelegt. Die Studienergebnisse zeigen die Lebenssituationen von Menschen mit Querschnittläsionen im internationalen Vergleich. Die Studie wurde inzwischen in 22 Ländern abgeschlossen und in ihren Kernpunkten veröffentlicht.

QR-Code scannen und direkt zur Webseite gelangen

Grafik: stock.adobe.com – dlyastokiv, ylivdesign, antto, blinkblink, Ylivdesign, The Modern Canvas

PubliCare

0221
709049 4760
SERVICENUMMER

Selbstbestimmt mit ISK – Wir begleiten Sie!

Als Ihr zuverlässiger Homecare Spezialist bei Blasenentleerungsstörungen bieten wir Ihnen eine einfühlsame und kompetente Beratung. Bestellen Sie Ihre Gebrauchsanleitung zur Selbstkatheterisierung unter:

↘ www.publicare-gmbh.de/kontinenz



Foto: Susann Winter, BG Klinikum Halle

Die neun Gefährten

Großes Peer-Team der FGQ in Halle (Saale)

Mitte 2019 brach eine Gruppe von acht Peers auf, um mit Unterstützung des BG Klinikums Bergmannstrost in Halle Menschen mit einer Querschnittlähmung im Ballungsraum Halle/Leipzig als Peer-Counseler zu beraten und zu begleiten. Der Start einer gemeinsamen Reise, durch Corona jäh unterbrochen, die noch lange nicht abgeschlossen ist.

Seit 2016 baut die FGQ die Peer-Teams in den Querschnittgelähmtenzentren aus. Nach und nach kamen auch in Halle neue Bewerber an den Start, nahmen an den Schulungen der FGQ teil und lernten sich kennen. Wie bei jedem neuen Team, das aus Menschen mit gänzlich unterschiedlichen Charakteren besteht, gab es auch hier zunächst Uneinigkeiten über das Vorgehen und die Peer-Mannschaft musste erst zusammenwachsen. Daran arbeiten weiterhin alle gemeinsam. Die Stadt Halle bildet mit der benachbarten Metropole Leipzig den Ballungsraum Halle/Leipzig, in dem rund 1,2 Millionen Menschen leben. Die acht Peers, die in und um Halle und Leipzig herum ansässig sind, decken die Region gut ab.

Meilensteine vor und nach dem Lockdown

Im Januar und im Oktober 2020 fanden zwei wichtige Peer-Treffen statt, um die Arbeit in Halle auf den Weg zu bringen. Zunächst traf man sich in der Klinik, um die weitere Beratungsarbeit zu besprechen. Im Oktober folgte dann ein Teamtreffen in geselliger Runde, zu dem auch die Sponsoren des Peer-Programms der FGQ eingeladen waren. Weiterhin gab es im Frühjahr vergangenen Jahres ein erstes Teamer-Wochenende zum Thema Teambuilding, an dem auch zwei Vertreterinnen aus Halle teilgenommen haben. Mit diesen jährlichen Treffen aller sogenannten Teamer (Teamorganisatoren) aus ganz Deutschland will die FGQ die Teamentwicklung vor Ort und das Netzwerken unterstützen. „Das Treffen mit den vielen anderen Peers von verschiedenen Stützpunkten der FGQ hat mich sehr motiviert“, berichtet Katja Hettwer, eine der Peers in Halle. So ist es trotz Corona gelungen, die Grundlage für eine geregelte Peer-Arbeit zu schaffen, die sofort wieder aufgenommen werden soll, wenn die Peers regulären Zugang zu der Klinik bekommen. Bis dahin stehen die Peers für die Metropolregion Halle/Leipzig für einen Kontakt per Telefon oder Videokonferenz zur Verfügung.



Foto: privat

„Durch Vorbildwirkung werden bei den Betroffenen selbstgesteuerte Lösungs- und Bewältigungsstrategien initiiert.“

Barbara Schulz, Psychologin

Eine Klinik mit Historie

Von der Erstversorgung bis zur Rehabilitation – in dem hoch spezialisierten Zentrum in Halle werden Rückmarkverletzte akut versorgt und lebenslang betreut. In den 1990er-Jahren fiel der Entschluss, das 1894 gegründete und denkmalgeschützte „Kranken- und Genesungshaus Bergmannstrost“ zu einer zeitgemäßen Unfallklinik auszubauen. Dazu zählen ein Traumazentrum, ein überregionales Brandverletztenzentrum, ein Zentrum für Rückenmarkverletzte und viele weitere Spezialisierungen mit insgesamt 580 Betten. Seit 2016 ist das Bergmannstrost Teil des Konzerns „BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH“. Das achtköpfige Team organisiert die Peer-Arbeit dort gemeinsam mit Barbara Schulz, langjährige Diplom-Psychologin der Abteilung Medizinische Psychologie am BG Klinikum. Barbara Schulz, die auch Ausbildungen in Spezieller Psychotraumatherapie (DeGPT), Hypnotherapie und Hypnose (DGH) besitzt, zeigte sich bereits seit vielen Jahren an der Peer-Arbeit interessiert. Sie unterstützt das Team umfassend und ist Bindeglied zum BG Klinikum Bergmannstrost.

Acht Peers mit unterschiedlichem Hintergrund

Fünf zu drei – die Frauen sind im Hallenser Team in der Überzahl. Tetras und Paras, sportbegeistert oder Couch-Potatoes, berufstätig oder berentet mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Hobbys und Interessen: Die acht Peers haben einen gänzlich unterschiedlichen Hintergrund, aber zusammen viele Jahre Lebenserfahrung mit einer Querschnittlähmung. Gemeinsam mit Barbara Schulz werden sie zukünftig in Halle und Umgebung für Querschnittgelähmte einen Unterschied machen. Davon sind alle neun Mitglieder des Teams überzeugt.

Kevin Schultes

„Erfahrene Peers geben Hilfe zur Selbsthilfe für Betroffene und zeigen, dass das Leben im Rolli auch seinen Sinn und Reiz hat.“

Frank Semmler, Teamer in Halle

Einige der „Gefährten“ am BG Klinikum Bergmannstrost in Halle (v.l.n.r.): Mathias Sinang, Katja Hettwer, Frank Semmler, Christiane Arendt und Manuela Schlett. Nicht abgebildet: Hanka Burczyk, Ramona Hoppe und Jens Sauerbier.

hohenzollern apotheke

Ihr Partner für die Versorgung mit Fertigspritzen

zur Instillation von Arzneimitteln in die Blase



Die Herstellung der Fertigspritzen erfolgt auf ärztliche Verordnung **patientenindividuell** als Rezeptur.

Für die **sichere Anwendung** durch den Patienten wird nur die vom Arzt verordnete Dosis sowie – falls erforderlich – **sterile Luft*** in die Spritze gegeben.

*Empfehlung zur Vermeidung von Unterdosierungen bei Instillation über einen ISK-Katheter.

Wir sind für Sie da:

- ☑ Schnelle Reaktion auf Therapieänderungen möglich
- ☑ Versand innerhalb von drei Arbeitstagen an die gewünschte Adresse des Patienten
- ☑ Erinnerungsservice, damit keine Versorgungslücken entstehen

Unser Team ist bei Fragen von montags bis freitags jeweils von 08:00 bis 17:00 Uhr für Sie erreichbar:

Service-Telefon: 0251 200 780-25
E-Mail: sterilherstellung@hohenzollern-apotheke.de

Hohenzollern Apotheke | Eberwein & Plassmann OHG | Hohenzollernring 57 | 48145 Münster
Tel.: 0251/200780-25 | Fax: 0251/200780-26 | sterilherstellung@hohenzollern-apotheke.de
www.hohenzollern-apotheke.de



Armut ist Krieg

Träume fressen Seelen

Als der Autor das erste Mal sein Geburtsland Vietnam und seine Familie besuchte, war der Krieg vorbei, und es herrschte Frieden. Aber ein Feind, so lernte er, wird immer lauern: die ARMUT. Eine wahre Geschichte über das zerbrochene Glück.

Alles verdanke ich meiner Mutter. In einer Februarnacht während der Tet-Offensive 1968 in Hue wurde ich von einem Granatsplitter verwundet. Mutter verkaufte das Hausboot, auf dem wir lebten, um medizinische Hilfe zu besorgen, und brachte die anderen Kinder bei Verwandten unter. Als die Ärzte nach einem halben Jahr aufgaben, schleppte mich Mutter, sie war im siebten Monat schwanger, zum Flughafen. Dort warteten Mitarbeiter einer deutschen Hilfsorganisation auf mich.

In jenem Augenblick erwuchs in mir eine Melancholie, die ich nie mehr verlor. Es war ein beliebiger Tag in einem beliebigen Krieg, der auch im Nachhinein ohne Sinn bleibt. Er tötete 58.000 Amerikaner und mehr als drei Millionen Vietnamesen. Mir wurde nur das Rückenmark durchtrennt, anderen aber das Gehirn aus dem Schädel gerissen, mit einem Schrapnell der Körper zerfetzt oder die Haut wie ein Stück Papier verbrannt. Also Mutter: Sie legt ihren Sohn in fremde Hände, um ihn zu retten. Sinkt auf dem Beton einer Landepiste zu Boden in eine Öllache, die ein Fahrzeug zurückgelassen hat. Leute, die anfangs gaffend um sie herumstehen, wenden sich von der schluchzenden Frau ab. Wenige Jahre später wird sie sterben, ohne den Sohn je wiedergesehen zu haben. Man berichtete mir, dass ich nicht mehr weinte, sobald ich im Flugzeug saß – manchmal verstummen Kinder, wenn ihr Schmerz zu groß ist, habe ich mir sagen lassen. Meine Melancholie sollte der lächerliche Versuch werden, diese Tränen nachzuholen.

Die Schwermut hat sich auch eingegraben in das Herz meines Vaters und meiner sechs Geschwister. Meine Familie, das ist eine von Hunderten Fischerfamilien in Hue, die auf Sampanbooten leben. Diese Schwermut trieb meine zwei Jahre ältere Schwester Thê regelmäßig zur Wahrsagerin: Bleibe an diesem Ort, so lautet die Auskunft, und du wirst deine Bestimmung finden. Vater, so berichten die Kinder, verlässt immer wieder aus heiterem Himmel seinen angestammten Platz am Bug, um unters Dach zu krabbeln und seinen kleinen Holzschrank zu öffnen. Zwischen Räucherstäbchen und Briefrollen ist das rund 15 Jahre alte Bild von Mutter aufbewahrt. Es ist fast verblichen. Doch er kann sich auf die gewaltige Kraft seiner Erinnerungen verlassen. Wenn Vater vor seinem Altar sitzt, spricht er mit der Seele der Verstorbenen.

Zweiundzwanzig Jahre lang hatte der Vater nicht ernsthaft geglaubt, seinen verlorenen Sohn noch einmal zu umarmen. Deshalb verzeiht er ihm alles.

Dazu muss man wissen: Ganz in der Nähe der Thien-Mu-Pagode am Ufer des Parfümflusses, wo die feuerroten Flamboyants so hoch wachsen, dass sie Schatten werfen, trat Vater in

eine Mine, und man musste ihm beide Beine amputieren – geschehen im März 1975, sechs Wochen vor Kriegsende. Er hat nie darüber geklagt. Genauso wenig würden die Kinder laut darüber spekulieren, dass „Mutter auf uns herabblickt", wie mir Thê insgeheim verrät und dass „viel Unglück nicht geschehen wäre", wenn sie noch lebte. Darüber in Hue zu lamentieren, wäre so, als würde man sich über die allabendliche Invasion der Moskitos beschweren. In kaum einem Landstrich sind derart viele Kriegsopfer zu beklagen wie in Annam, durch den die Demarkationslinie lief.

Vielleicht, nein, ganz gewiss hätte Mutters Anwesenheit verhindert, dass manche Träume so jäh wachsen können, dass sie zerstören. Ich spreche von meinem Bruder Phong. Er ist der zäheste Bursche von allen, die auf dem „Fluss der Wohlgerüche" leben und arbeiten. Eine Entschlossenheit liegt in seinem Gesicht, die ihn von seinen Geschwistern unterscheidet. Man sieht ihn nie lächeln. Seine Hände packen noch zu, wenn die anderen Fischer schon aufgegeben haben. Um vier Uhr morgens springen sie ins Meer, und Phong bleibt so lange unter Wasser, um die Netze auszulegen, dass man fürchtet, er werde nie wieder auftauchen. In jenen Tagen, als Phong noch nicht wusste, dass Träume Seelen auffressen können, beobachtete ich ihn bei seiner zweiten Arbeit: Wie er einen Sack voller Steine mit dem doppelten Gewicht seines Körpers auf einer Baustelle herumwuchtete und dabei nur unterbrach, wenn er vor Erschöpfung kotzen musste. Dies ist sein Kapital: eiserne Muskeln, Pferdelungen und der Ehrgeiz, niemals aufzugeben.

Doch dann kam der Schmerz. Mit meinem ersten Besuch in Hue im Jahr 1990 – 22 Jahre nach meiner Kriegsverletzung, die mich in den Rollstuhl gebracht hatte – veränderte sich das Leben meiner Familie auf fatale Art. In den kommenden Wochen war Phong noch der zärtlichste Mensch auf Erden. Wir lagen Arm in Arm auf der Terrasse des Huong-Giang-Hotels mit Blick auf den Fluss. Wir tauschten unsere Träume aus. Ich stellte mir eine kleine weiße Villa in Hue vor, in der ich eines Tages leben würde.

Ein grüner Umschlag, der alles veränderte

Seine Illusion war genauso ungeheuerlich: Er wollte das Meer mit einem kleinen Schiff überqueren und plötzlich an meine Münchner Haustür klopfen. „Du weißt doch nicht einmal, wo Europa liegt!", lachte ich. Mit ernster Miene zeigte Phong auf den Horizont, wo sich der Fluss krümmte und zwischen Bananenpalmen und Wasserefeu verschwand: Dies war die Anschrift des Paradieses.

Ich dachte daran, was ich zu tun hatte, und dies war nichts Geringeres, als das Geschenk meiner Mutter zurückzugeben. Kurz vor meinem Abflug kaufte ich ein Haus, damit sie nicht mehr auf dem engen Sampan leben mussten: der Vater, Phong, der Ältere (28) und Phóng, der Jüngere (24); dessen Zwillingsschwester Thu und die drei anderen Schwestern Thê (32), Hiên (22) und Bé (17) samt Anhang und Kindern. Phong starrte ungläubig auf den grünen Umschlag mit dem Geld, für das er mehr als dreißig Jahre lang hätte schuften müssen. Glotzte seinen Bruder an, der da draußen in Europa fett geworden war, aber ein frisches T-Shirt trug, seine schlaffen Beine, die nicht mehr laufen konnten, aber in amerikanischen Jeans steckten. Von diesem Tag an wusste Phong, dass er der Bruder war, der verloren hatte. Die neue Unterkunft konnte noch so majestätisch sein – niemals würde sie seinen Schmerz betäuben, dass es Orte gab, an denen man offenbar auch ohne zwei gesunde Füße scheinbar unendlich reich werden konnte, während er seinen Körper bis zum Letzten quälte und doch stets einer

Die Schwermut hat sich auch eingegraben in das Herz meines Vaters und meiner sechs Geschwister.

dieser armen Fischer bleiben würde, die früh am Morgen mit ihren stets zu leeren Netzen, nach Schnecken und Tang stinkend, heimkehrten und sich zu allem Überfluss noch auf dem Markt herumschlagen mussten. Mit keifenden Weibern, die jeden Abalon und Aal so lange umdrehten, prüften, wogen und bemäkelten, bis ihre Feilscherei ein Ende hatte. Das brachte Phong täglich kaum 8.000 Dong ein, weniger als einen Dollar.

Warum zum Teufel hatte der Bruder seiner Familie nicht zwei, nicht drei, nicht vier Häuser eingerichtet? Warum nicht mindestens eines nahe der Dong-Ba-Einkaufshallen, wo er den Marktfrauen lässig von oben herab hätte zuwinken können?

Zweiundzwanzig Jahre lang hatte der Vater nicht ernsthaft geglaubt, seinen verlorenen Sohn noch einmal zu umarmen. Deshalb verzeiht er ihm alles: die Jeans, das weiße T-Shirt, den grünen Umschlag, den späten Besuch. Deshalb ermahnte er den anderen Sohn, der verloren hatte: „Du musst dankbar sein." Phong, dem der Vater schon lange nichts mehr vorschreiben konnte, nickte und schwieg. Doch es schien, als krieche eine finstere Wut aus seiner Seele, so düster war sein Antlitz. Kurz nachdem ich nach Deutschland zurückgekehrt war, erreichte mich die Nachricht, die Phong, der weder schreiben noch lesen kann, jemandem diktiert haben musste: „Geister brachten Krankheiten und Pech über unser Haus. Wir müssen ein neues kaufen. Bitte hilf uns." Ja – nicht selten brechen in Vietnam übersinnliche Mächte in dein Haus ein und verhexen dich, und wehe dir, wenn du sie nicht ernst nimmst. Doch Phong hatte gelogen. Der einzige Mensch, den hochprozentige Geister heimsuchten, war mein Bruder, wie mir ein Arzt aus Hue berichtete, den ich aus Deutschland kannte. Größenwahnsinnig und betrunken rannte Phong seit meiner Abreise durch das Dorf und verprügelte jeden, der seine Angebereien nicht hören oder ihm kein Geld leihen wollte.

Als nunmehr ältester Sohn in der Familie nahm Phong nach Vater Platz zwei in der Hierarchie ein. Wenn der jüngere Phóng den Motor des Fischerbootes anwerfen wollte, stieß ihn der ältere unwirsch zur Seite, und jeder akzeptierte diese Allüren. Doch jetzt schlug Phong nicht nur seine Freunde und Geschwis-

ter, sondern er vergriff sich ebenso an den älteren Verwandten, sogar am Bruder unserer Mutter, der seit ihrem Tod vorbeischaute und mit anpackte, wann immer es ihm möglich war.

Ein Vater ohne Macht

Selbst Vater fürchtete sich vor Phongs Zornesausbrüchen: Wenn der Sohn betrunken war, konnte ihn jede falsche Antwort zur Weißglut bringen. Daran dachte Vater, als Phong in einer dieser späten Nächte an seine Seite rückte. Der Sohn hatte vergebens auf die Geldanweisung aus Deutschland gewartet und roch nach Bier: „Ich habe Schulden. Wir müssen wieder zurück auf das Boot. Wir werden das Haus verkaufen."

Und so geschah es. Lange Zeit verriet mir Vater nicht die wahren Hintergründe dieses Handels. Wenn ich ihn fragte, lächelte er gequält. Jahre später erst sollte ich erfahren, dass Vater verzweifelt war und sich schämte – sprechen mochte er darüber nicht. Die Schande, die ihm seine Kinder brachten, empfand er als die eigene. Die Angst vor dem Gesichtsverlust



Die Fischerei spielt in der Wirtschaft Vietnams traditionell eine besondere Rolle. Armut prägt das Leben vieler Fischer.

ist ein asiatischer Wesenszug, den jeder billige Reiseführer zu erklären weiß. Selten aber habe ich eindrucksvoller erfahren, was er wirklich bedeutet. Mit unbeirrbarer Absolutheit, Würde und Selbstverleugnung lud der Vater die Last der Welt auf sich. Nichts konnte ihn davon überzeugen, dass nicht er schuld daran war, dass die Traditionen, die alten Werte und Weisheiten verraten wurden – obwohl es Phong war, der es getan hatte.
In Vietnam gibt es kaum einen schlimmeren Makel als eine Familie, die nicht intakt ist. Das Kollektiv ist eines der Geheimnisse in diesem Land, wo jeder in eine Gemeinschaft hineingeboren wird und von Kindesbeinen an lernt, Verantwortung für den anderen zu tragen. Man teilt die Leidenschaften, die Siege, die Niederlagen. Unverzeihlich war es, dass Phong das gemeinsame Haus verkauft hatte – denn persönliche Interessen dürfen niemals die Familie gefährden. Viel eher muss man sie selbst verlassen; doch für diesen Rauswurf war der Vater, ein Mann ohne Beine und Autorität, viel zu schwach. Und das rächte sich: Ein Kind nach dem anderen kündigte den Generationenvertrag.

Auch du also, Schwester Thê. Einst war sie wie Mutter: umsichtig im Haushalt, streng und verständnisvoll zu den jüngeren Geschwistern, deren Erziehung sie, wie es in solch einer Situation üblich war, mit übernommen hatte. Doch dann kam die Verwandlung. Thê begann zu rauchen und zu fluchen wie die derben Mädchen. Beim Kartenspiel verlor sie die Familienkasse, was sonst nicht einmal die wildesten Zockerinnen fertigbringen. Musste man sich darüber wundern, dass Thê nur einen Mann abbekam, für den sie schon die zweite Frau war? Selbst die Worte der Wahrsagerin verloren ihre Macht. Thê beschloss, nach Saigon zu ziehen, eine jener Städte, die aus Tellerwäschern Millionäre machen. Dort erwarten dich japanische Stereoanlagen, Hotels bis zum Himmel hinauf, Abenteuer an jeder Ecke und die Zugehörigkeit zur groß-städtischen Elite.

The city never sleeps: Man lacht, schreit und fährt Motorrad in dieser energiestrotzenden Metropole, selbst dann, wenn die ganze restliche Welt schläft. Unzählige Menschen verlegten in den vergangenen Jahren vom Umland und aus anderen Regionen ihren Wohnsitz nach Saigon. Kaum eine andere Stadt der Welt wächst ähnlich dramatisch schnell, und wenn es nach ihrem Anspruch geht, wird Saigon bald Asiens aufregendster Fixstern sein, noch vor Singapur oder Hongkong. Wer morgen nicht zu den Losern gehören will, wird deshalb heute seine Koffer packen. „Go Saigon" lautet die Zauberformel, die unzählige Glücksuchende anlockt. Wie meine Schwestern Thu und Hiên, die glaubten, nichts mehr in Hue verloren zu haben. Und vielleicht hatten sie ja recht: Was hätte denn Hiên erwarten sollen, mit einem unehelichen Kind im Bauch? Die letzten Tage vor der Niederkunft verbrachte sie im hintersten Winkel des Sampans, wo sie der Vater vor den giftigen Worten der Verwandten und Nachbarn schützte. Kaum war das Baby zur Welt gekommen, waren Hiên und Thu nach Saigon verschwunden.

Phóng der Jüngere (sein Spitzname ist „Dummkopf") blieb mit Phong dem Älteren in Hue. Er weigerte sich, die für ihn von Vater ausgewählte Frau zu heiraten. Lief davon (natürlich nach Saigon), direkt in die Arme einer Hure. Das Geld langte nur, um ihren Busen berühren zu dürfen – doch kaum wieder zurück auf dem Sampan, prahlte Phóng in aller Öffentlichkeit von seinen Mannestaten. Selbst nachts trug er seine neu erworbene Sonnenbrille, ein Ray-Ban-Imitat. Die Yuppies in Saigon hatten ihm gesagt, dies sei jetzt wahnsinnig schick.

Die 17-jährige Bé sollte eigentlich das erste Kind seit Thê sein, das wieder die Schule besucht. Thê erinnert sich noch gut, wie Mutter ihr damals verboten hatte zu schwänzen. Bé aber ließ sich bislang nicht einmal in der Klasse blicken. Stattdessen pumpte sie sich mit Hinweis auf den vermeintlichen Bürgen aus „Tay Duc" (Westdeutschland) Summen von 50 oder 100 Dollar, was zwei durchschnittlichen Monatsgehältern entspricht – weiß der Teufel, was sie damit anstellte.

Die drei Schwestern in Saigon haben inzwischen eine kleine Garküche eröffnet – Spezialität: Gebackene Shrimps in kaltem Teig, die ihnen ein monatliches Einkommen von jeweils 50 Dollar ermöglicht. Und sie erleben in der Wunderstadt Dinge, von denen die Zurückgebliebenen in Hue nicht einmal zu träumen wissen – etwa, als sie das erste Mal mit einem Fahrstuhl fuhren und fürchteten, im nächsten Moment abzustürzen. Oder als Thê irgendwann zu telefonieren lernte, wobei sie anfangs nicht wusste, in welchen Teil des Hörers sie sprechen musste. Einmal glaubten die drei beim Anblick einer Dusche, dass es sich dabei ebenfalls um ein Zaubergerät der Telekommunikation handle. Doch sie warteten vergebens auf Stimmen, während sie den Hebel auf Rot stellten. Kochend heißes Wasser verbrannte beinahe ihre nackten Füße. Eigentlich aber, sagt Thu, würden sie gern wieder in Hue leben. Sie denkt an Vater, dem nur noch wenig Zeit bleibt. Daran, dass sie alle Streitereien vergessen möchte. Daran, dass ihr kein Ort einfällt, wo sie wirklich glücklich sein könne. Wenn Thu darüber nachdenkt, wohin sie gehört, befällt sie eine Traurigkeit, die sie stumm werden lässt.

Fünf Minuten nur

Vielleicht ist es diese Melancholie, die uns eint. Ich meine, man braucht so viel Kraft für seine Lebensentwürfe, und am Schluss fehlen womöglich die Energie und die Mittel, weiter an sie zu glauben. In meinen Fantasien gibt es keine weiße Villa mehr in Hue. Sie wird niemals gebaut werden, weil ich trotz Klimaanlage an der Hitze verzweifeln und ich meine deutsche Zeitung vermissen würde (Anm. d. Red.: Damals gab es noch kein öffentliches Internet). Es mag nichts Schöneres geben, als auf der Veranda zu sitzen, schwarzen Tee aus Bao Loc zu schlürfen und Romane in den Laptop zu tippen – aber nein, diese Sehnsucht wird niemals wahr werden.

Auch meine Geschwister verloren ihre Zuversicht an jenem Tag, als ich in Hue auftauchte. Während ich glaubte, ihnen das Glück kaufen zu können, raubte ich ihnen den Stolz und die Selbstachtung, die man noch in sich trägt, wenn man seine Träume mit eigener Arbeit verwirklichen kann. Vater ist viel zu zermürbt und entkräftet, als dass man noch darüber mit ihm sprechen könnte. Es gibt nicht viele Menschen, mit denen ich überhaupt darüber reden könnte. Es gibt eine Frau, die mir zuhören würde, die träumt und handelt, wir alle würden plötzlich viel mehr Mut haben, wenn wir in ihre sanften Augen blicken dürften. Ich würde gern noch einmal mit dir gesprochen haben, Mutter, fünf Minuten nur.

Loan Brossmer

Quelle: Das große Merian Buch, Hoffmann und Campe Verlag

Die Sampan Boote werden in Ostasien vielfach auch als Hausboot verwendet.



Fotos (3): pixabay. com



Noch voller Hoffnung: Abdulkarim mit Fabiola Velasquez in Moria im Sommer 2020.

Fotos (3): Alea Horst

Auf der Flucht

Abdulkarim S. will 2019 vor dem Militärdienst in Syrien nach Europa flüchten. Doch das erste, was ihn an der syrisch-türkischen Grenze trifft, ist eine Kugel in den Rücken aus dem Gewehr eines türkischen Grenzsoldaten. Die Folge: eine Querschnittlähmung (T5-6). Dennoch gelingt es ihm, seine Flucht fortzusetzen. Der heute 26-Jährige strandet knapp ein Jahr – von Januar bis November 2020 – in Flüchtlingslagern auf Lesbos bevor er nach Deutschland reisen kann.

Dass Abdulkarim jetzt in Mainz ist, verdankt er Prof. Dr. Gerhard Trabert (64), Arzt für Allgemein- und Notfallmedizin, Professor für Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie an der Hochschule Rhein-Main in Wiesbaden, und der Physiotherapeutin Fabiola Velasquez (40). Velasquez gründete 2018 auf Lesbos die Nichtregierungsorganisation „Earth Medicine“ zur Versorgung von Flüchtlingen mit chronischen Erkrankungen.

Kein Schutz für besonders schützenswerte Menschen

„Wir sind in Europa und in einem der größten Flüchtlingslager in Griechenland gibt es keine medizinische oder therapeutische Versorgung für behinderte Menschen in extremer Notlage“, kritisiert Velasquez. „Die zuständigen Behörden müssen die Verantwortung für die am meisten gefährdeten Menschen übernehmen. Denn diese humanitäre Krise geht uns alle an!“ Diese Einschätzung teilt Trabert: „Menschen mit Behinderung sind eine besonders schützenswerte Gruppe. Umso skandalöser ist es, dass in den vom UN-Flüchtlingskommissariat UNHCR geführten Flüchtlingslagern auf Lesbos die UN-Behindertenkonvention aus dem Jahr 2008 klar gebrochen wird“, so der Mediziner. Seit 1997 setzt er sich mit seinem Verein Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. für obdachlose und sozial benachteiligte Menschen ein, reiste 2017 erstmals nach Lesbos und besuchte dort im Jahre 2020 viermal die Flüchtlingslager. „Erst vor Ort wurde mir das Ausmaß der Menschenrechtsverletzungen gegenüber Geflüchteten mit Behinderung durch die UNHCR und die EU bewusst.“ Trabert schätzt die Zahl der Geflüchteten mit körperlichen Einschränkungen in den Camps auf mindestens 15 bis 20 Prozent, darunter viele Querschnittgelähmte: „Schließlich kommen die Menschen aus einer Kriegsregion, was körperliche Verletzungen nach sich zieht, von den seelischen Traumata durch Krieg und Flucht mal abgesehen.“

Solidarität unter Fluchtbedingungen

Ein Beispiel für die Schicksale von Geflüchteten mit Behinderung sei die Ge-

„Bei unserem Treffen im September 2020 hatte Abdulkarim alle Hoffnung verloren.“

Prof. Dr. Gerhard Trabert



*unentgeltlich

JETZT **INFOPAKET*** BESTELLEN

Selbstbestimmt leben – jetzt noch intuitiver.

Anale Irrigation – selbstbestimmt leben trotz Darmschwäche.

Darmfunktionsstörungen wirken sich bei jedem Menschen anders aus, doch sie gehen oft mit einem gesenktem Selbstwertgefühl und einer verminderten Lebensqualität einher. Aus Scham fällt es vielen Betroffenen schwer, offen über das Thema zu reden und sich professionelle und vor allem auch passende Hilfe zu suchen.

Peristeen® Plus ist sanft und effektiv
Peristeen® Plus ist ein anales Irrigationssystem, das sich bei Verstopfung und Stuhlinkontinenz effektiv bewährt hat. Basierend auf Anwender-Feedback haben wir Peristeen® weiterentwickelt und mit dem neuen Peristeen® Plus System die Anwendung noch einfacher und intuitiver gestaltet.

Jetzt bestellen!
Ihre kostenfreie Produktbroschüre auf *coloplast.to/peristeen_para* oder einfach den QR-Code scannen



Einfachere Bedienung
Neue *Konnektoren* an Katheter, Kontrolleinheit und Deckel



Selbsterklärend
Neue Symbole auf der *Kontrolleinheit*



Flexibel unterwegs
Neue, noch diskretere *Kulturtasche*

Das Peristeen® Plus Komplettsystem ist nun auch **ohne** Kulturtasche erhältlich.
Die Taschenproduktion soll so reduziert und unser ökologischer Fußabdruck verkleinert werden.

Coloplast

Peristeen® Plus

PM-16715 The Coloplast logo is a registered trademark of Coloplast A/S. © 2021-06. All rights reserved Coloplast A/S, 3050 Humlebaek, Denmark.



Prof. Dr. Gerhard Trabert trifft auf Abdulkarim im Not-Einmannzelt nach dem Brand in Moria im September 2020.

schichte von Abdulkarim und seinem zwei Jahre älteren Cousin Wael S., so Trabert. Wael, dessen Fuß durch eine Bombenexplosion deformiert wurde, hatte seinen schwerverletzten Cousin gemeinsam mit anderen Flüchtenden zur Erstversorgung zurück nach Syrien getragen. Doch die Überlebenschancen dort waren gering – und so trugen sie ihn über die Grenze in ein türkisches Krankenhaus und schließlich bis zu dem Schlauchboot, das beide nach Lesbos brachte. „Was für eine solidarische Leistung, die unter den Geflüchteten keine Seltenheit ist. Warum nehmen wir diese Solidarität nicht wahr oder gar als Vorbild?“, fragt Trabert.

Im Bett mit Ratten

Getragen werden musste Abdulkarim auch im Flüchtlingslager Moria Camp, wo er seit Anfang 2020 untergebracht war. Denn auf den sandigen und steinigen Wegen sind Rollstühle – falls vorhanden – genauso wenig nutzbar wie Gehhilfen. Abdulkarims Bewegungsradius beschränkte sich daher auf die winzige Kammer mit zwei Etagenbetten, die er sich mit den zwei weiteren körperhinderten Geflüchteten Wael und Samir D. im Camp Moria teilten musste. „Menschenunwürdig“ nennt Velasquez die Unterbringung des jungen Geflüchteten, den sie im Juni 2020 erstmals traf. „Abdulkarim hat eine Harninkontinenz und muss alle vier Stunden einen Blasenkatheter benutzen sowie seinen Darm stimulieren. Im Camp konnte er sich vorher nicht einmal die Hände waschen“, berichtet Velasquez. „Die hygienischen Bedingungen in der Kammer waren so katastrophal, dass er praktisch von Kakerlaken, Ratten und Insekten umgeben lebte.“ Im Spätsommer 2020 spitzte sich die Lage zu: „Eines Nachts wurde er von Ratten in seine Beine gebissen, da er kein Gefühl in seinen Gliedmaßen hatte, bemerkte er das nicht. Er litt ständig unter Fieberschüben und autonomen Dysreflexie-Symptomen“, so die auf Lesbos lebende Physiotherapeutin.



Zwei Helfer in der Not: Prof. Dr. Gerhard Trabert und die Physiotherapeutin Fabiola Velasquez auf Lesbos.

> *„Von der Erde bis zum Himmel – so ist der Unterschied zwischen dem Leben in Moria und in Deutschland.“*
>
> **Abdulkarim**

Vielfältiger Therapieansatz

Um Abdulkarims ständigen Stress und seine Ängste zu verringern, arbeitete Velasquez zunächst mit sanften Entspannungs- und Atemübungen. Später kam manuelle Therapie hinzu, um die Beweglichkeit von Bauch und Brustkorb zu stimulieren. „Meine größte Herausforderung war es, sein Immunsystem zu stärken“, erinnert sie sich. „Wir führten eine spezielle Diät ein, die auf ballaststoffreichen Lebensmitteln, grünen Säften und Vitaminzusätzen basierte. Das war schwer, denn er hatte keinen Zugang zu einer Küche.“ In ihren weiteren therapeutischen Bemühungen konzentrierte sie sich darauf, Abdulakarim zu mobilisieren sowie die Blutzirkulation zu verbessern, um eine bessere Versorgung der Organe und des Gewebes zu gewährleisten.

> *„Die hygienischen Bedingungen in der Kammer waren so katastrophal, dass er praktisch von Kakerlaken, Ratten und Insekten umgeben lebte.“*
>
> **Fabiola Velasquez**

Hoffnungslose Lage

Spätestens mit dem Brand im Moria-Camp am 9. September 2020 kippte die Stimmung bei Abdulkarim. Sein Cousin konnte ihn zwar aus dem brennenden Lager retten, aber in einem provisorischen Übergangs-Camp verließ ihn der Lebensmut. „Bei unserem Treffen im September hatte Abdulkarim alle Hoffnung verloren“, meint Trabert. Gemeinsam erreichten die Ehrenamtlichen nach dem Brand eine Unterbringung in einem Hotelzimmer. Dennoch verbesserte sich die seelische Verfassung Abdulkarims nicht. „Aufgrund seiner posttraumatischen Belastungsstörung schaffte er es erst nach drei Wochen, das Hotelzimmer für 30 Minuten zu verlassen“, sagt Velasquez.

Kampf mit den Institutionen

Was folgte, war ein Kampf. Trotz eines ärztlichen Attests von Prof. Dr. Trabert erklärten die griechischen Behörden, es ginge Abdulkarim gut, so der Arzt. Der Mediziner setzte auf Korrespondenz mit der UNHCR und dem Europäischen Gerichtshof sowie auf Telefonate mit verschiedenen Persönlichkeiten in Deutschland, darunter mit der rheinland-pfälzischen Ministerpräsidentin Malu Dreyer und der Integrationsministerin Anne Spiegel. Mit Erfolg: Die Cousins durften am 4. November in Richtung Deutschland fliegen.

Durchwachsene Perspektiven

„Von der Erde bis zum Himmel“ – so groß sei der Unterschied zwischen seinem Leben in Moria und in Deutschland, sagte Abdulkarim im Dezember gegenüber einen ZDF-Fernsehteam. Nach einem Aufenthalt im Erstaufnahmelager in Speyer sowie in einer Sammelunterkunft in Mainz konnten die Cousins Mitte März, unter Vermittlung durch den Bischof von Mainz, Peter Kohlgraf, in eine barrierefreie Wohnung in Mainz ziehen. Die ersten medizinischen Checks brachten Abdulkarim kein Glück: Er wird weiterhin auf einen Rollstuhl angewiesen sein. Bei Wael kann eine Operation eventuell die schmerzhaften Folgen seines Trümmerbruchs mindern. Beruflich gibt es für Abdulkarim einen Hoffnungsschimmer: Der gelernte Steinmetz aus Damaskus kann seinen Beruf auch vom Rollstuhl aus ausüben. Eine Hospitanz in einem Steinmetzatelier steht in Aussicht. Doch für beide gilt erstmal: Deutsch lernen – unter Corona-Bedingungen.

Ruth Justen

www.t-rv.de
t-rv
Überhitzt?
Verschwitzt?
Hautirritationen?
Übernimm jetzt die Kontrolle über Deine Körpertemperatur!
Das patentierte WheelAir Rückenbelüftungssystem
• schützt vor Überhitzung
• verhindert übermäßiges Schwitzen
• verbessert das Mikroklima erheblich
• lässt sich mit jedem Rollstuhl verwenden
Gewerbering 47
D–76287 Rheinstetten
+49 (0)7242 2579 60
+49 (0)7242 2579 610
kundenservice@t-rv.de
www.t-rv.de
Dein Spezialist für Sitzen & Positionieren

Unterstützung mit Kreativität und Pragmatismus

Deutsche Hilfsorganisation Haydom-Friends e.V. setzt sich für Kinder in Tansania ein



Stolz präsentiert ein Kind seinen neuen, lokal gefertigten Rollstuhl. Dem Schulbesuch steht jetzt nichts im Wege – dank Haydom-Friends e.V.

Fotos (4): Haydom-Friends e.V.

In Ost-Afrika gibt es nur wenige Behandlungsmöglichkeiten und Unterstützungsangebote für Menschen mit Spina bifida und Hydrocephalus. Initiativen wie dem Hamburger Verein Haydom-Friends e.V. ist es zu verdanken, dass Kinder mit diesem Krankheitsbild dennoch eine Perspektive haben. Das Team um Gründerin Dr. Theresa Harbauer leistet in Haydom – im Norden Tansanias – wertvolle Hilfe bei der operativen Versorgung der Kinder. Der Verein unterstützt auch beim Kontinenzmanagement und vermittelt das Know-how zur lebenslangen Nachsorge.

Anders als in Deutschland werden die Eltern von der Spina bifida-Erkrankung ihres Säuglings bei der Geburt überrascht. Behinderung ist im afrikanischen Raum ein Stigma, das zu sozialer Ausgrenzung führt. Oft werden die Kinder vor den Augen der Gemeinschaft versteckt – sei es, weil man ihnen ihr Handicap ansieht oder wegen der Unbeherrschbarkeit der Folgen. Kinderärztin Theresa Harbauer erläutert dieses Problem anhand des Beispiels einer jungen Frau, die wir hier Nala nennen.

Die heute 18-Jährige stammt aus der Nähe von Haydom im nördlichen Tansania. Die Gegend zählt zu einer der ärmsten des Landes. Für medizinische Versorgung müssen die Patienten oft kilometerweite Fußmärsche auf sich nehmen. Nala wird mit Spina bifida geboren und als Säugling im Kilimanjaro Christian Medical Center in Moshi operiert. Dort kümmert man sich auch um ihre Nachsorge. Nala wächst sozial isoliert auf. Ein Schulbesuch wird ihr verwehrt. Als Dr. Harbauer Nala vor zwei Jahren im Rahmen eines Nachsorgeprogramms kennenlernt, hat ihre junge Patientin keine Kontrolle über Blasen- und Darmfunktion und weist Wunden an den Füßen auf.

Wo ein Wille, da ein Weg

Das Team von Haydom-Friends kümmert sich um Nala und versorgt sie mit Kathetern, Material und einem brandneuen Rollstuhl. „Es war nicht einfach, einen Zugang zu dem völlig eingeschüchterten Mädchen zu finden“, erinnert sich Dr. Harbauer. „Das Team zeigte Nala auch, wie sie mit dem Katheter umgeht und wie Darmmanagement funktioniert.“ In Tansania stehen den Menschen nicht



Eine improvisierte Darmspülung veranschaulicht wie Kontinenzmanagement funktioniert.



Ein Rollstuhl wird aus vorhandenen Materialien gefertigt. Der lehmige Boden erfordert großprofilige Reifen.

die Annehmlichkeiten eines breiten Medizinproduktemarktes zur Verfügung. Sie nutzen lokale Produkte, da ein Import teurer westlicher Produkte nicht möglich ist. Auch die Durchführung des Katheterismus folgt einer einfachen und an die örtlichen Gegebenheiten angepassten „Leitlinie“: „Hygienisch sauber statt steril“ lautet das Motto. Man benutzt Seife und Wasser statt Sterilium und abgekochtes Öl als Gleitmittel. Ein Katheter wird nach gründlicher Reinigung für weitere drei bis vier Wochen wiederverwendet und in einer Flasche sauber aufbewahrt. „Bisher sind unter diesen ‚sauberen‘ Maßnahmen keine vermehrten Infektionen aufgetreten“, betont die Ärztin.

Ein Neuanfang

„Wir haben Nala gezeigt, wie sie ihre Wunden mit sauberem Salzwasser reinigt und anschließend mit Honigverbänden versorgen muss“, berichtet Dr. Harbauer. Unbehandelter Honig dient als heilungsfördernder und antibakterieller Ersatz teurer chirurgischer Wundprodukte.

Wie bei der Handhabung der Blase gibt es auch für das Darmmanagement eine lokale Lösung. „Sofern die Kinder sitzen können, werden sie auf einem kleinen Plastikstuhl mit einem Loch in der Sitzfläche platziert. Mit Hilfe eines Gummi-Konus, der mit einem Schlauch verbunden unten eingeführt wird, wird dann der Enddarm mit Wasser gespült“, erklärt Dr. Harbauer. „Die Eltern lernen dabei – abhängig vom Alter des Kindes – die richtige Menge an Wasser zu verwenden. Denn Wasser ist für viele Familien knapp und man muss dafür einige Male zum Dorfbrunnen rennen und einige Feuer fürs Abkochen entzünden.“

Ihre erste Nacht nach erfolgter Darmentleerung schlief Nala entspannt durch und erwachte in der Früh sauber und erstmals trocken. Mit einem Strahlen begegnete sie dem Team am Morgen in hübscher, bunter afrikanischer Kleidung und verkündete stolz, sie wolle nun zur Schule gehen. Aktuell unterstützt Haydom-Friends e.V. ihren Schulbesuch im 300 Kilometer entfernten Moshi.

Über Umwege zu einer ruhigen Blase

Kinder mit Spina bifida entwickeln häufig eine überaktive, spastische Blase. Um eine Schädigung der Nieren zu verhindern, muss die Blase medikamentös eingestellt werden. Dies geschieht mit dem Medikament Oxybutinin. Die Lösung, die über den Katheter in die Blase eingebracht wird, gibt es in Tansania aber nicht in vorgefertigten und steril verpackten Spritzen wie in Deutschland. Zum Vergleich: Eine Packung mit 100 Spritzen à 10 Millilitern kostet in deutschen Apotheken cirka 2.500 Euro. Dagegen ist die Packung mit 100 Tabletten à 5 Milligramm für 20 Euro ein Schnäppchen.

ZENTRUM DER REHABILITATION
PHYSIOTHERAPIE • ERGOTHERAPIE • LOGOPÄDIE
LOKOMAT® • I.N.P.U.T. (INTENSIVTHERAPIE) • HIPPOTHERAPIE

PERSONALTRAINING NUN AUCH IN DER NEUROLOGISCHEN REHABILITATION

Das Zentrum der Rehabilitation R. Geerlofs begleitet Para- und Tetraplegiker **in allen Phasen** der Genesung individuell und kompetent.

Ein **persönliches Therapie- und funktionell motorisches Trainingsprogramm** wird über **mindestens 6 Stunden pro Tag** 1:1 oder 1:2 (Verhältnis Klient zu Therapeut) aufgestellt. Das Ziel ist der größtmögliche motorische Gewinn für den Alltag mit aktiver Teilnahme am Leben.

Neueste **wissenschaftliche Erkenntnisse** und praktische Erfahrung haben dieses spezielle Konzept entstehen lassen.

Zentrum der Rehabilitation
I.N.P.U.T.®



R. GEERLOFS GMBH & Co. KG
Zentrum der Rehabilitation
Karolingerstraße 32 | 75177 Pforzheim
T +49 (0) 72 31 – 139 86 00
F +49 (0) 72 31 – 139 86 10
info@zentrum-der-rehabilitation.de
www.zentrum-der-rehabilitation.de



Dr. Theresa Harbauer (links) bei einer Kontinenzschulung mit über 40 Kindern.

Dr. Harbauer erklärt: „Zur Verwendung wird das Pulver, welches aus zermahlenen Tabletten entsteht, mit Kochsalzwasser vom Apotheker steril angemischt und in lichtgeschützten braunen Flaschen den Eltern mitgegeben. Für die jeweilige Anwendung über den Katheter wird die entsprechende Menge selbst in die Spritze aufgezogen. Ein Fläschchen mit 150 bis 200 Millilitern genügt dann meist für drei bis vier Wochen. Diese Maßnahmen führen zur Kontinenz, Trockenheit und Infektfreiheit der Kinder.“ Ressourcenarmut bedarf oft Improvisationstalent und Einfallsreichtum. „Die Nutzung lokaler Ressourcen und Infrastrukturen ist wichtig, um langfristig eine funktionierende Versorgung mit Hilfsmitteln und die Nachsorge der Kinder zu etablieren. Was nutzen westliche Standards und teure Medizinprodukte, wenn sie im Land nicht zur Verfügung stehen?“, so die Ärztin.

„Was nutzen westliche Standards und teure Medizinprodukte, wenn sie im Land nicht zur Verfügung stehen?“

Felix Esser



Kontakt:

Haydom-Friends e. V.

Dr. med. Theresa Harbauer

E-Mail: theresa.harbauer@haydom-friends.org

Spendenkonto
IBAN DE71 1203 0000 1020 0278 66

QR-Code scannen und direkt zur Webseite gelangen

Peer-Beratung in Indien:

„Wir werden ständig gebraucht.“

Vor über 40 Jahren erlitt der Inder Shivjeet Singh Raghav eine traumatische Querschnittlähmung. Das hielt ihn nicht davon ab, seinen weiteren Lebensweg erfolgreich zu beschreiten. Als Peer ist er Seminarleiter im Krankenhaus. Mit der Beratung von Frischverletzten und deren Angehörigen hat er aus der Not eine Tugend gemacht.

Shivjeet Singh Raghav (62) hatte 1980 gerade das College absolviert, als er sich die Verletzung am fünften und sechsten Halswirbel zuzog. Der damalige Kapitän der Hochschulbasketballmannschaft befand sich früh am Morgen auf seiner täglichem Jogging-Runde. „Eine Gruppe junger Männer kam auf mich zu“, erzählt er. „Sie schlugen mit Stöcken auf mich ein und brachten mich zu Boden. Einer erwischte mich am Hals. Ich weiß bis heute nicht, warum das passiert ist.“ Diese „längst vergessene Geschichte“ brachte Shivjeet zuerst in ein ziviles Krankenhaus ins nordindische Allahabad und einige Tage später auf die Rückenmarkstation des Militärkrankenhauses Command-Hospital in Lucknow. Sein Vater, der im medizinischen Korps der Armee war, hatte dafür gesorgt. „Das war mein Glück, denn weil mein Vater Regierungsangestellter war, kam der Staat für meine Behandlungskosten auf.“

Neubeginn mit Hürden

Zwei Jahre später konnte der damals 23-jährige Shivjeet das Krankenhaus verlassen. Zunächst kam er im Cheshire-Heim in Delhi unter – einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung, die außer der Pflege die wichtigsten Therapien sicherstellen konnte. Befreundete Ärzte versorgten ihn mit Informationen über Querschnittlähmung und mögliche Komplikationen. Trotzdem hatte er zu Beginn Probleme mit der Blase und mit Druckstellen. „Schlechte Erfahrungen erhöhen den Erfahrungsschatz!“, sagt Shivjeet. „So lernst du, auf dich Acht zu geben.“ Heute hat er damit nicht mehr so zu kämpfen, denn „der Körper gewöhnt sich an die neuen Belastungen“. Nur die Hitze macht ihm manchmal zu schaffen. „Wenn man Probleme mit autonomer Dysreflexie hat, kann es gefährlich werden!“ warnt er die „Frischverletzten“ im Querschnittzentrum immer wieder. „Ich halte mich mit einer Sprühflasche und nassen Handtüchern kühl. Und ich meide die offene Sonne!“



Foto: privat

Die Seele atmet durch den Geist

Dieses Wissen um seinen Körper hat sich Shivjeet über viele Jahre hinweg angeeignet. Das Privileg von Bildung und Information genießt in Indien nicht jeder. Deswegen arbeitet Shivjeet seit der Gründung des Indian Spinal Injuries Center (ISIC) im Jahr 1995 dort als Peer-Berater. Er ist Patient-Education-Coordinator und schult die Frischverletzten. „Das Wissen um den eigenen Zustand ist der Schlüssel“, sagt Shivjeet und fügt hinzu: „Darum ist die Peer-Beratung zu Beginn so wichtig. Wir werden ständig gebraucht.“ Der Tetraplegiker ist im ISIC in Vollzeit angestellt und wird für seine Arbeit bezahlt. Er ist Teil des interdisziplinären Teams und schließt die Lücke zwischen den Ärzten, der Pflege und den Patienten – eine Begegnung, die oft hierarchisch geprägt ist und nicht auf Augenhöhe stattfindet. Shivjeet gibt Seminare für pflegende Mitarbeiter und medizinisches Personal zum Umgang mit Querschnittgelähmten. Hierfür hat er sich weitergebildet und neue Kompetenzen erlernt. Dieser inklusive Ansatz mit „Experten in eigener Sache“ zieht sich quer durch die Klinik. Neben einer anderen Peer-Beraterin gibt es einen Yoga- und Sportlehrer im Rollstuhl.

„Das Wissen um den eigenen Zustand ist der Schlüssel.“

Den Alltag gemeistert

Bei der Frage, wie er seine Pflege und den Arbeitstag bewältigt, verweist er auf seinen modernen Elektrorollstuhl und die Familie. „Normalerweise hilft mir mein Neffe“, erzählt er. „Grundsätzlich kann ich mir aber von jedem helfen lassen. Denn ich kann gut anleiten.“ So war es Shivjeet möglich, in den letzten Jahren an einigen nationalen und internationalen Kongressen als Sprecher teilzunehmen. Aus seiner Situation heraus hat sich Shivjeet mit der Beratung anderer eine neue Existenzgrundlage geschaffen. Damit ist er ein Vorbild für alle Querschnittgelähmten.

Felix Esser



Israel – barrierefrei durch die Jahrtausende

Israel lädt dazu ein, Geschichte hautnah zu erleben. Dafür, dass das auch Besuchern mit Mobilitätseinschränkungen möglich ist, setzt sich Access Israel ein – eine Organisation mit ehrgeizigen Zielen.

Ein Reiseziel, dass mehr als andere mit klischeehaften Vorstellungen der unterschiedlichsten Art assoziiert wird – und das trifft auf Israel ohne jeden Zweifel zu – lädt dazu ein, sich vor Ort eine eigene Meinung zu bilden. Eine Prognose lässt sich gefahrlos stellen: Kaum ein Gast wird das Land wieder verlassen, ohne neue Einsichten gewonnen zu haben.

Das fängt ja gut an

Wer auf mehr oder weniger barrierefreie Verhältnisse angewiesen ist, für den hält das Reisen in der Regel ein Extrakontingent an Überraschungen bereit. Dass solche Überraschungen auch positiver Natur sein können, wird – was Israel betrifft – schon bei der Ankunft deutlich. Der Flughafen Ben Gurion präsentiert sich gut organisiert, was die Bedürfnisse von mobilitätseingeschränkten Reisenden betrifft. An den Gepäckbändern finden sich reservierte Stellplätze mit Rollstuhlsymbol und wer seine Reise auf der Schiene fortsetzen möchte, erhält am Bahnterminal, das sich im Flughafen befindet, problemlos Assistenz für den Zustieg in die Züge nach Jerusalem oder Tel Aviv.

In den Städten des Landes gestaltet sich das Fortkommen unkompliziert. Abgesenkte Bordsteine, eine hinlängliche Zahl an Behindertenparkplätzen und Rampen an den Bussen des öffentlichen Nahverkehrs sind die Norm. Die Straßenbahnen in Jerusalem sind schwellenlos zugänglich. Öffentliche Plätze und Gebäude verfügen über rollstuhltaugliche Zugänge. Strandpromenaden wie die von Akko, Haifa oder Tel Aviv verfügen über die erforderliche Infrastruktur. Auch öffentliche Toiletten sind in ausreichender Zahl vorhanden. Darüber hinaus gibt es spezielle Zugänge zu den Stränden, markiert mit Rollstuhlsymbolen, schwellenlos zugängliche Strandduschen und hier und da eigens angelegte berollbare Wege am Strand.



Qual der Wahl: Parkplatz an einem Nationalpark in Galiläa.





Ladenpassagen, Tankstellen, Einzelhandel, Parks – Hilfsangebote für Menschen mit Einschränkung gehören zum Straßenbild.

Fotos (8): Daniela Böhm; stock-adobe.com – trentemoller-mix

Historische und kulturelle Vielfalt

Als Region mit einer jahrtausendealten Kulturgeschichte verfügt Israel über eine Vielzahl von historischen Stätten. Es macht viel vom Charme des Landes aus, dass es sich dabei keineswegs nur um Ausgrabungsstätten handelt, sondern auch um Orte, die zwar im Lauf der Jahrhunderte vielfältigen Wandlungen unterworfen waren, aber bis zum heutigen Tag durchgehend Schauplatz alltäglichen Lebens sind. Zum Beispiel Jerusalem: Regierungssitz und turbulente Großstadt einerseits und Stätte der biblischen Geschichte – eingegrenzt von den Mauern der Altstadt – andererseits, symbolisiert der Ort die geschichtliche und kulturelle Vielfalt des Landes. Eine jahrtausendealte Stadtlandschaft barrierefrei zugänglich zu machen, kommt der Quadratur eines Kreises gleich. Gelungen ist dieses Kunststück besser, als auf den ersten Blick zu vermuten wäre. Ein eigens für Rollstuhlnutzer gefertigter Plan weist Wege durch die Altstadt. Und tatsächlich ist es möglich, ziemlich ungehindert im Gassengewirr den Weg zur Grabeskirche einzuschlagen und von dort stufenlos bis zur Klagemauer zu gelangen. Freilich ist die topografische Beschaffenheit der Stadt mit ihren beträchtlichen Höhenunterschieden eine Herausforderung, aber die gute Absicht ist unverkennbar.

Beispielhaft barrierefrei

Ganz ähnlich verhält es sich mit Orten wie Caesarea, Hafenstadt aus Herodes' Zeiten, der orientalisch geprägten Stadt Akko, der historischen Festung Masada oder den Strandzugängen am Toten Meer. Die touristischen Attraktionen des Landes verfügen durchgängig über eine für mobilitätseingeschränkte Nutzer taugliche Infrastruktur – selbst an Plätzen, wo dies mit einigem Aufwand verbunden ist, wie etwa auf dem Plateau der Festung Masada, wo mit betonierten Fahrwegen, Rampen und ähnlichen Konstruktionen der größte Teil der erhaltenen und



Zur Nachahmung andernorts empfohlen: Für Rollstuhlnutzer reservierter Platz am Gepäckband im Flughafen Ben Gurion

bergfest®

im Rollstuhl!

Sie lieben die Berge, saftige grüne Wiesen und überhaupt die Schönheit der Natur? Sie bewegen sich gerne draußen? Mit QSL ist das eine Herausforderung. Die richtige Bekleidung bietet Ihnen die Sicherheit und den Komfort, den Sie brauchen. Strapazierfähigkeit, Elastizität, exakte Passform und Wärmerückhaltevermögen sind wichtige Kriterien. Die Marke bergfest hat Monoski-Bekleidung entwickelt, die perfekt an Ihre Bedürfnisse angepasst ist. Auch im Rollstuhl bieten unsere Modelle Sicherheit und Komfort.

Besuchen Sie uns auf unserer Homepage: bergfest-soell.at, oder rufen Sie uns an: +43 664 5220068



NEGELE RECHTSANWÄLTE

Ihr Spezialist für Personengroßschäden seit 15 Jahren

Egal ob Verkehrsunfall, Behandlungsfehler, Freizeitunfall oder Berufskrankheit, Haftpflichtversicherung, private und gesetzliche Unfallversicherung oder Krankenversicherung, wir stehen an der Seite des Geschädigten und beraten fachübergreifend und bundesweit in den Rechtsgebieten Verkehrsrecht, Medizinrecht und Sozialrecht.

Als auf Personengroßschäden spezialisierte Rechtsanwaltskanzlei verfügen wir über ein umfangreiches Netzwerk von Ärzten, Gutachtern, Architekten und Fahrzeugumbauern. Zusammen mit unseren Spezialisten managen wir Ihren Fall, sodass Sie sich auf Ihre Genesung konzentrieren können. Falls Sie nicht mobil sind: Wir kommen zu Ihnen.

Karwendelstr. 17 • 86399 Bobingen • Telefon 0 82 34 966 770
kontakt@ra-negele.de • www.negele-rechtsanwaelte.de

AUS PRIVATBESITZ ZU VERKAUFEN

Rollstuhlgerechter Ford-Transit m. Halbhochdach, blau, Selbstfahrer, Autom., Benziner, Rollstuhlhebeeinrichtung seitl. re., schwenkb. Fahrersitz m. integr. Gasring, Rollstuhlarr. im Innenraum, Haltegriffe innen Decke, Rücksitzbank als Bett nutzbar, beheizb. Frontscheibe, Garagenwagen, Radio, 159 Tkm, Zul. 7/92, TÜV 5/2023, 72 kw **Preis VB**
Hoyer-Travel-Reiselifter, neuw., verstellb., faltb., Handhydraulik, Spezialsitz einteilig, 1a-Zust. **1.900 €**
Selbstgefertigter Lifter sehr stabil **300 €**
Spezial-Rollstuhl-Sitzkissen Roho (Antidekubitus-Kissen), div. Größen, 1x 42,5 x 38cm **Preis VB**
Antidekubitus-Matratze 100 x 200 cm, für Reisen **40 €**
Hausschuhe m. Klettverschluss, blau, Gr. 42 **15 €**
Sommersandalen m. Fußbett, ungetragen, Gr. 41 **40 €**
Jeanshosen f. Rollstuhlfahrer von Rolli-Moden, neuwertig Gr. 52/12 (blau) ca. L 82 cm, 100 % BW **40 €**
Gr. 54/8, blau, ca. L 82 cm, 94 % BW, 6 % Lycra **35 €** Gr. 54/8, schwarz, L ca. 82 cm,100 % BW **35 €**
Gr. 54/8, schwarz, L ca. 82 cm,100 % BW **40 €** Gr. 56/12, braun gestreift, ungetragen, 98 % BW **60 €**
Diverse Jacken, z. T. Rolli-Moden, Trapper, Lederjacke, braun, Gr. 50 **60 €**
Bugatti, Velours-Lederjacke, blau, **70 €** • Rolli-Moden, leichte Jacke, Größe M **50 €**
Jacke, blau, Größe M **50 €** • Wildlederjacke, blau gestreift, **50 €**

Kontakt: rauper17@gmx.de • Abholung in Schwaben/Bayern oder Versand mit DHL, die Kosten trägt der Käufer.



Problemlos zugänglich: Café an der Strandpromenade in Tel Aviv.



Die zahlreichen historischen Ausgrabungsstätten im Land sind für Rollstuhlnutzer gut erschlossen.



Häufig wird improvisiert. Das Ergebnis zählt.

restaurierten Gebäudereste mit dem Rollstuhl zu erreichen ist. Wovon Reisende ebenfalls profitieren: Häufiger als in anderen Ländern finden sich Hinweisschilder mit Hilfsangeboten für Menschen mit eingeschränktem Seh-, Hör- oder Gehvermögen auch an Supermärkten, Tankstellen oder öffentlichen Gebäuden.

Access Israel nimmt alle mit

Eine maßgebliche Rolle bei der barrierefreien Gestaltung des öffentlichen Raumes spielt Access Israel. Die 1999 gegründete Non-Profit-Organisation hat sich das nicht eben bescheiden formulierte Ziel gesetzt, Israel zum barrierefreiesten Land der Welt zu machen. Bemerkenswert an Access Israel (siehe Kasten) ist das Bemühen, jede Form von Einschränkung in die Überlegungen zur Gestaltung von barrierefreien Situationen einzubeziehen und allen Betroffenen uneingeschränkte Teilhabe am öffentlichen Leben zu ermöglichen. In den gut 20 Jahren seines Bestehens hat sich Access Israel mit seiner Expertise zu einer der weltweit führenden Organisationen auf diesem Gebiet entwickelt. Ein Who's who von weltweiten Spezialisten auf diesem Gebiet findet sich zur jährlich im Frühjahr ausgerichteten Tagung der Organisation in Tel Aviv ein. Vor der Corona-Krise trafen sich zuletzt mehr als 800 Teilnehmer aus 22 Nationen 2019 zum Meinungsaustausch.

Werner Pohl



Ein Mann – eine Mission

Yuval Wagner war zwanzig Jahre alt und erfüllte sich mit seinem Job als Helikopterpilot in der israelischen Armee einen Kindheitstraum. Ein Absturz seines Hubschraubers aufgrund eines technischen Defektes beendete diese Karriere jäh. Wagner überlebte schwer verletzt als Tetraplegiker. Seinen Lebensmut brach das nicht. Er studierte, heiratete und wurde Vater dreier Kinder. Aber der harte Boden der Tatsachen konfrontierte ihn täglich mit der Erkenntnis, dass sein Heimatland für Rollstuhlnutzer denkbar schlechte Voraussetzungen bot. In dieser Situation schrieb er einen Brief an den israelischen Staatspräsidenten Ezer Weizmann, der wie er Flieger in der israelischen Armee gewesen war, und nannte die Missstände beim Namen. Weizmann antwortete ihm umgehend mit einem Auftrag: Er regte die Gründung einer Organisation an, die Abhilfe schaffen solle und beauftragte Wagner mit der Umsetzung. Das war 1999. Ein halbes Jahr später wurde Access Israel aus der Taufe gehoben. Aus bescheidenen Anfängen entwickelte sich eine Organisation, die die seinerzeit von Wagner angeprangerten Missstände auf vielen Ebenen anging und mit deren sukzessiver Beseitigung begann. Seine ursprüngliche Einschätzung, der Job werde innerhalb von fünf Jahren erledigt sein, hat Wagner allen Erfolgen zum Trotz aufgegeben. Es gibt auch heute, mehr als zwanzig Jahre nach der Gründung von Access Israel, weiterhin viel zu tun. Wagner, charismatischer, umtriebiger und stets ideenreicher Visionär, hat mit der Präsidentschaft für die von ihm gegründete Organisation seine Lebensaufgabe gefunden.

– Anzeige –

Blasenfunktionsstörungen bei Paraplegie

Blasenmanagement gehört für viele Paraplegiker zum Alltag. Besonders, wenn eine **neurogene Detrusorüberaktivität** (NDO, engl.: neurogenic detrusor overactivity) vorliegt. Ausgelöst wird die Erkrankung durch eine Störung des zentralen und/oder peripheren Nervensystems. Etwa aufgrund einer Rückenmarksverletzung, Spina bifida, eines Schlaganfalls, Morbus Parkinson oder Multipler Sklerose. **Die häufigsten klinischen Symptome sind Harnwegsinfekte und Inkontinenz.**[1] Unregulierte Kontraktionen der Blasenmuskulatur (Detrusormuskel) und der Anstieg des Blasendrucks können zu Schäden an der Blase sowie einem Reflux (Urin fließt in den Harnleiter zurück) führen.[2]

Folgeerkrankungen

Der erhöhte Blasendruck gefährdet den oberen Harntrakt und kann (auch infolge des Refluxes) zu irreversiblen Schäden bis hin zum Nierenversagen führen.[1] Für Menschen mit neurogener Blasenüberaktivität bedeutet das eine reduzierte Lebensqualität – oder sogar eine verkürzte Lebenserwartung.[3]

Es ist wichtig, die Anzeichen frühzeitig zu erkennen und einen (Neuro-)Urologen aufzusuchen, um Therapieoptionen zu besprechen. Wurde eine NDO diagnostiziert, sollten Sie sich zudem regelmäßig untersuchen lassen.

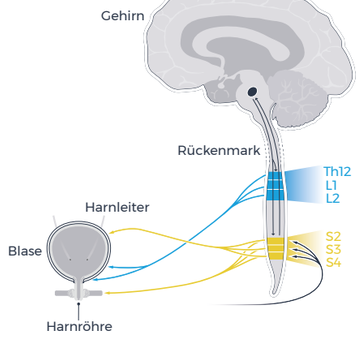
Alarmzeichen

- unfreiwilliger Urinverlust zwischen den Katheterisierungen
- Abnahme der Blasenentleerungsmengen
- (fieberhafte) Harnwegsinfekte
- Schmerzen und Drangsymptomatik im Blasen-/Genitalbereich
- schlechtere Beweglichkeit, Zunahme von Spastiken
- Schwierigkeiten bei der Katheterisierung
- Blut im Urin

Das Steuerzentrum im Rückenmark

Die Funktion der Harnblase besteht darin, Urin kontrolliert zu speichern und auszuscheiden. Diese Aktivität wird durch verschiedene Anteile des Nervensystems reguliert.[4]

Zur Steuerung der Harnblase senden **Nerven in der Blasenwand** Informationen an das Rückenmark. So existiert im unteren Rückenmark (Segmente S2 bis S4) ein **Zentrum,** das speziell für die koordinierte, kontrollierte Blasenspeicherung und -entleerung sowie den Informationsaustausch mit höheren Nervenzentren verantwortlich ist. Kommt es zu einer **Verletzung oberhalb dieses Steuerungszentrums,** wird die Verbindung und damit der Informationsfluss vom und zum Gehirn gestört. Dies kann eine **Überaktivität des Blasenmuskels** mit unwillkürlichen Kontraktionen, Urinverlust und Restharn zur Folge haben.[5]



Therapieoptionen

Oral | Transdermal | Intravesikal | Injektion | Operativ

Quellen
1. Haab F. Chapter 1: The conditions of neurogenic detrusor overactivity and overactive bladder. Neurourol Urodyn. 2014; 33 Suppl 3: S2–5. **2.** Yonnet GJ, Fjeldstad AS, Carlson NG, Rose JW. Advances in the management of neurogenic detrusor overactivity in multiple sclerosis. Int J MS Care. 2013; 15(2): 66–72. **3.** Kurze I. Neurogene Blasenfunktionsstörungen (nBFS) bei Spina bifida – aktuelle Behandlungsmöglichkeiten. Teil 1: Konservative und minimal invasive Therapie. ASBH Brief 2012; 04: 34–41. **4.** Griffiths D. Neural control of micturition in humans: a working model. Nat Rev Urol. 2015; 12(12): 695–705. **5.** Van Ophoven A. Diagnose und Therapie neurogener Blasenfunktionsstörungen. CME-Verlag 2019.

WWW.FARCO.DE

FARCO

V_AVI_01_0521_D

Menschenrechte und internationale Gesundheitspolitik

Wachsendes Bewusstsein für die Belange von Menschen mit Behinderung

Lange Zeit ging es in der internationalen Gesundheitspolitik überwiegend um den Kampf gegen Infektionskrankheiten und den Umgang mit den sogenannten Zivilisationskrankheiten. Obwohl der Infektionsschutz immer wieder neu auf die Agenda kommt und auch die Bekämpfung verhaltensbedingter chronischer Erkrankungen nach wie vor epidemiologisch eine besondere Bedeutung hat, wächst das Bewusstsein, dass die Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung stärkerer Aufmerksamkeit bedürfen. Auch die Gesundheitsstrategie der Rehabilitation, die die Lebensqualität und soziale Teilhabe verbessern soll, müsse gestärkt werden.

UN-BRK: Universelle Menschenrechte

Es ist erstaunlich, dass die Konkretisierung der Menschenrechte für Menschen mit Behinderung erst im 21. Jahrhundert erfolgt ist. Umso wichtiger erscheint es, dass der gleichberechtigte Zugang zu allen Lebensbereichen maßgeblich diskutiert und formuliert worden ist. Die UN-Behindertenrechtskonvention beinhaltet neben allgemeinen Grundsätzen und den Bereichen Gleichheit, Frauen, Kinder, Wissen und Bekanntheitsgrad, Zugänglichkeit, Recht auf Leben auch die Bereiche rechtliche Gleichstellung und Zugang zur Justiz, Freiheit und Sicherheit der Person, unabhängiges Leben, Mobilität, Meinungsfreiheit, Bildung, Arbeit, Lebensstandard und soziale Sicherung, Teilhabe am politischen und sozialen Leben sowie an Freizeitaktivitäten und weitere Aspekte. Was den medizinischen Bereich angeht, so fordert sie die Regierungen auf, den Zugang zur medizinischen Versorgung in gleicher Weise wie für alle anderen Menschen sicherzustellen und Rehabilitationseinrichtungen und -dienste auf hohem Qualitätsniveau bereit zu halten. Dies war eine wesentliche Basis für die Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung sowie von einer Reihe von Nachfolgeprojekten.

Notwendig: Adäquate Rehabilitation

Der „World Report on Disability (WRD)" (WHO 2011) beinhaltet eine sehr umfangreiche Analyse in den Bereichen allgemeine Gesundheit, Rehabilitation, Assistenz und Unterstützung, fördernde Umweltbedingungen, Bildung sowie Arbeitswelt. Die Autoren des Berichtes leiten eine Reihe von Empfehlungen ab, unter anderem die Rehabilitation in der Gesundheitspolitik zu priorisieren, Kapazitäten in der Rehabilitation zu schaffen und adäquat zu finanzieren sowie in diesem Bereich verstärkt zu forschen.

Es kann somit festgestellt werden, dass die WHO die Notwendigkeit erkannt hat, der Rehabilitation in der Gesundheitsversorgung eine höhere Priorität einzuräumen und sicher zu stellen, dass weltweit jede Person, die einen Rehabilitationsbedarf hat, auch eine adäquate Rehabilitation erhält. Hiervon sind wir leider noch sehr weit entfernt.

WHO-Bericht und internationale Studie

Einen wesentlichen Meilenstein auf dem Weg zu einem umfassenden Verständnis der Lebenssituation der Menschen mit Querschnittläsionen stellt der WHO-Bericht „International Perspectives of Spinal Cord Injury (IPSCI)" dar, der im Jahr 2013 veröffentlicht wurde. In den Schlussfolgerungen geben die Autoren des Berichtes eine Reihe von Empfehlungen. Diese sind:

1. die Gesundheitsversorgung im Bereich Querschnittläsionen zu stärken
2. Menschen mit Querschnittläsionen und ihre Familien zu stärken
3. negative Einstellungen gegenüber Menschen mit Querschnittläsionen zu bekämpfen
4. sicher zu stellen, dass Gebäude, Transportmittel und Informationen zugänglich sind
5. die Teilhabe am Arbeitsleben, eine selbstständige Tätigkeit eingeschlossen, zu unterstützen
6. geeignete Forschung und Datenerhebung zu fördern.

Dabei fordern die Autoren des Berichtes weitere Untersuchungen zur Lebenssituation von Menschen mit Querschnittläsionen durchzuführen, und zwar im internationalen Vergleich. Hierauf haben die International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) und die International Society of Spinal Cord Injury (ISCoS) reagiert und mit Unterstützung der WHO eine Studie mit dem Titel „International Spinal Cord Injury (InSCI) community survey" aufgelegt. Die Studie wurde inzwischen in 22 Ländern abgeschlossen und in ihren Kernpunkten veröffentlicht.

Ergebnisse aus 22 Ländern

Die internationalen Ergebnisse beschreiben, dass die Teilnehmer (insgesamt 12.591) im Durchschnitt 52 Jahre und zu dreiviertel männlich waren. 63 % der Befragten hatten eine Paraplegie. Die am häufigsten genannten Probleme (> 70 %) waren Müdigkeitsgefühl, Darmstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Spastik, Schmerzen, Verrichtung der täglichen Routine, Hausarbeit, Aufstehen aus der Rückenlage, Aufstoßen einer schweren Tür und freies Stehen. Die meisten Umweltbarrieren wurden in Bezug auf Zugänglichkeit, Klima, Transport, Finanzen und staatliche Dienstleistungen erlebt. Die beobachtete weltweite Beschäftigungsquote betrug 38 %. Dabei reichte die Schwankungsbreite zwischen den Ländern von 10,3 % bis 61,4 %.

Die wichtigsten Indikatoren für die Lebensqualität von Personen mit Querschnittläsionen waren soziale Einstellungen und der Zugang zu Gesundheitsdiensten, gefolgt von der Pflege, dem Zugang zu öffentlichen Gebäuden, der Bereitstellung von beruflicher Rehabilitation, öffentlichem Personenverkehr, Medikamenten und Hilfsmitteln. Im Allgemeinen berichteten die Teilnehmer aus Ländern mit höherem Einkommen über eine höhere Lebensqualität als Personen aus Ländern mit niedrigerem Einkommen. Das Land mit der besten Lebensqualität waren die Niederlande mit einer geschätzten mittleren Lebensqualität von 66 % (auf einer Skala von 0 %–100 %).

Forderungen deutscher Verbände

Diese Ergebnisse haben die Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP), die Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM), die Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten (FGQ) und die Deutsche Stiftung Querschnittlähmung (DSQ) zum Anlass genommen, in Deutschland eine politische Initiative zu ergreifen und die wesentlichen Probleme in Form von Forderungen im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzutragen. Dies umfasst die folgenden Punkte:

1. Die spezialisierte Versorgung von Menschen mit Querschnittläsionen muss landesweit verbessert werden.
2. Es ist sicherzustellen, dass auch sekundäre Symptome, die zu einer starken Einschränkung der Lebensqualität führen, leitliniengerecht behandelt werden.
3. Die Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderung im öffentlichen und privaten Raum muss weiter verbessert werden und zwar nach dem Prinzip, dass eine Erreichbarkeit bzw. die Nutzung ohne fremde Hilfe möglich werden.
4. Die Infrastruktur und Kapazität der Forschung müssen erhöht werden.
5. Kostenträgerübergreifende Standards für die Versorgung von Menschen mit Querschnittläsionen, die sich am Optimum der Versorgung orientieren, müssen geschaffen werden.
6. Die Beschäftigungsquote bei Menschen mit Querschnittlähmung muss gesteigert werden.

Auch in Corona-Zeiten stehen die beteiligten Gesellschaften weiter in Kontakt untereinander und mit dem BMG, um gemeinsam Lösungen für die genannten Forderungen zu erarbeiten.

Prof. Dr. Christoph Gutenbrunner, Dr. Christian Sturm, Andrea Bökel



Fotos (2): stock.adobe.com – Chaat, Wikipedia

mobilcenter® Zawatzky



Dein Weg – unser Ziel

Fahren lernen, selbst fahren oder mitfahren: Zawatzky macht mobil – seit 1962



Wir mobilisieren Ihre Unabhängigkeit

- Ausführliche Beratung
- Fahrerprobung
- Kraftmessstation uvm.
- Mögliche Probefahrt E-Mobilität
- Über 30 Produktlösungen
- Beratung und Test von Elektro-Rollstühlen
- Behindertengerechte Leih-/ Mietwagen

Für Ihren persönlichen Termin senden Sie bitte eine E-Mail an:
info@zawatzky.de

Service und Infos:
Tel. Meckesheim 06226 92170
Tel. Köln 0221 29720411



Fotos (2): stock.adobe.com – sjjubisa, Giovanni Cancemi

Der langersehnte Durchbruch?

Bochumer Wissenschaftler setzen den Signalstoff Interleukin bei querschnittgelähmten Mäusen erfolgreich ein. Ob die Gentherapie auch beim Menschen funktionieren würde, ist noch unklar.

Es gibt Erfolgsgeschichten in der Medizin, die beginnen mit einem Zufall. Alexander Fleming entdeckte das erste Antibiotikum, das Penicillin, weil er eine Petrischale mit Bakterien die Sommerferien über versehentlich im Labor hatte stehen lassen. Prof. Dr. Dietmar Fischer ereilte ein Missgeschick, als er als Doktorand an der Augenklinik des Universitätsklinikums Münster forschte. Bei Injektionen von Substanzen in das Rattenauge verletzte er versehentlich die Linse. Dabei entdeckte der junge Forscher, dass bestimmte Signalstoffe, sogenannte Zytokine, die Netzhautzellen als Folge der Linsenverletzung ausschütteten, das Nachwachsen von Nervenfasern stimulierten. Seit über 20 Jahren beschäftigt sich Dietmar Fischer nun mit diesen Zytokinen und ihrer heilenden Wirkung auf Nervenzellen. Mit einer mittels Gentechnik optimierten Variante des Signalstoffes Interleukin-6 (IL-6) gelang seinem Team an der Ruhr-Universität Bochum jetzt ein echter wissenschaftlicher Durchbruch: Querschnittgelähmte Mäuse können nach einer kompletten Durchtrennung der Nervenfasern im Rückenmark wieder laufen.

Kommunikation unterbrochen

Die „Kommunikationskabel" zwischen Gehirn und den Organen liegen im Rückenmark und bestehen aus Nervenzellen mit extrem langen Fortsätzen, den Axonen. „Für eine echte Heilung müssen die verletzten Fasern nachwachsen und zwar von dort aus, wo der Zellkörper dieser Nervenzellen liegt", erklärt Fischer. Der Zellkörper der motorischen – also für die Bewegung zuständigen – Fasern befindet sich im Gehirn. „Die motorischen Fasern verlaufen von oben nach unten, im Gegensatz zu den sensorischen Fasern, die sich von unten nach oben erstrecken", so Fischer.

Nerven in der Peripherie des Körpers, etwa der Haut, können nach einer Verletzung wieder auswachsen. Diejenigen im zentralen Nervensystem tun sich damit extrem schwer. Während der Embryonalentwicklung ist das noch völlig anders. Da teilen sich diese Zellen rasch und bilden unzählige Verknüpfungen mit anderen Nervenzellen, mit Muskeln und Organen. Hat ein Axon sein Ziel erreicht, hört es auf zu wachsen. Mehrere molekulare Bremsen sorgen im ausgereiften zentralen Nervensystem dafür, dass ein weiteres Aussprießen dieses Axons nicht möglich ist. Dadurch sollen Fehlschaltungen und Kurzschlüsse innerhalb des komplexen Nervennetzes vermieden werden. Bei einer Querschnittlähmung sind genau diese molekularen Blockaden das Problem.



Foto: RUB

„Für eine echte Heilung müssen die verletzten Fasern nachwachsen und zwar von dort aus, wo der Zellkörper dieser Nervenzellen liegt."

Die Wachstumsbremse lockern

Mit einigen Tricks und Kniffen konnten die Forscherinnen und Forscher in der Vergangenheit direkt an der Verletzungsstelle Wachstumsbremsen am Axon lockern – zum Beispiel mithilfe von Antikörpern gegen das Protein „Nogo A". Dadurch gelangen im Tierexperiment funktionelle Besserungen nach leichteren oder inkompletten Rückenmarkverletzung. Für eine vollständige Heilung der durchtrennten Kommunikationskabel muss man im Falle der motorischen Fasern jedoch hoch hinaus in einen extrem schwer zugänglichen Bereich, den sensomotorischen Cortex des Gehirns.

Funktionelle Regeneration bei Säugetieren

Dietmar Fischer und sein Team wagten sich jetzt in genau diesen Bereich vor und erzielten im Versuch an Mäusen erstaunliche Erfolge. „Wir haben mit unserem Verfahren zum ersten Mal zeigen können, dass eine funktionelle Regeneration einer kompletten Rückenmarkverletzung bei Säugetieren möglich ist. Die therapierten Mäuse konnten wieder laufen", berichtet der Neuropharmakologe.

Möglich wurde dieser Fortschritt durch eine gentechnisch optimierte Variante des Zytokins IL-6. Das Hyper-IL-6 ist 100- bis 1000-fach wirksamer als das natürliche IL-6, weil es seinen Rezeptor gleich mitbringt. So kann es auch in solchen Köperzellen – etwa Nervenzellen – optimal seine Wirkung entfalten, die wenige dieser Andockmoleküle auf ihrer Oberfläche tragen.

Doch das Hyper-IL-6 muss erst einmal dorthin gelangen, wo es wirken soll. Die Bochumer Forscher nutzten dafür bestimmte Viren, die Adeno-assoziierten Viren, die den Bauplan für das Hyper-IL-6 in die Zellkörper der verletzten Nervenzellen hineintragen. Dafür injizierten die Bochumer wenige Nanoliter der Viren in einen Bereich der Hirnrinde, die den Befehl für willkürliche Bewegungen im Körper gibt, den „sensomotorischen Cortex".

Damit man beispielsweise ein Bein willkürlich bewegen kann, müssen sich mehrere Gehirnareale blitzschnell „absprechen", etwa das Kleinhirn, das Vorderhirn und die Basalganglien. Die Motoneurone „sammeln" alle Informationen, die diese Mitspieler liefern und legen letztlich den Schalter auf „Bewegung" um, wenn die eingegangenen Informationen das erfordern. Weil der Bewegungsablauf so komplex ist, hatten die Bochumer zwar damit gerechnet, dass die Gentherapie die verletzten Nervenfasern in einem gewissen Umfang wiederherstellen würde. Dass die Mäuse tatsächlich wieder laufen konnten, überraschte das Team selbst. Zwei Wochen nach der Gentherapie bewegten die ersten Tiere wieder ihre Beine und zwar auf beiden Körperseiten, obwohl nur die eine Gehirnhälfte mit dem Hyper-IL-6 behandelt worden war.

Hier kam den Bochumern ein Mechanismus entgegen, mit dem sie vorher nicht gerechnet hatten.

Wiederherstellung von Neuronen

Die gentherapeutisch behandelten Motoneurone sind über zahlreiche Veräs-telungen auch mit vielen anderen Nervenzellen vernetzt. Entscheidend dabei ist auch eine Struktur im Gehirn, die sogenannten Raphe-Kerne im Hirnstamm. Hier werden Informationen der linken

„Prinzipiell sehe ich große Chancen, dass es auch beim Menschen klappen könnte."

DER MULTIMOTE:
MIT EINER HAND
ALLES IM GRIFF.

Mit einer Hand am Lenkrad hast Du mit unserem neuen multifunktionalen Drehknauf MultiMote alles im Griff. Zum einen kannst Du sicher die Lenkung bedienen und gleichzeitig hast Du per Knopfdruck Deine wichtigsten sekundären Fahrzeugfunktionen (Blinker, Hupe, Licht, Scheibenwischer...) in Reichweite. Und das, ohne die Hand vom Lenkrad zu nehmen.

Mehr auf **www.paravan.de**

PARAVAN
MOBILITÄT FÜR DEIN LEBEN





„Wir haben mit unserem Verfahren zum ersten Mal zeigen können, dass eine funktionelle Regeneration einer kompletten Rückenmarkverletzung bei Säugetieren möglich ist.“

und rechten Hirnhälfte miteinander verknüpft. „Durch die gentherapeutische Behandlung weniger Nervenzellen konnte so die Regeneration der Axone verschiedener Nervenzellen im Gehirn und mehrerer motorischer Trakte im Rückenmark gleichzeitig angeregt werden“, berichtet Fischer. Die behandelten Zellen setzten entlang all ihrer Verästelungen das Hyper-IL-6 frei. Dieses wirkte nicht nur auf die Zellen selbst, sondern auch auf die Nachbarzellen. „Die therapierte Zelle wird selber zur Apotheke und verteilt das Medikament auch noch an ihre Umgebung“, erklärt Fischer das Phänomen. Auf diese Weise ist eine Wiederherstellung von Neuronen auch tief im Hirnstamm möglich, die therapeutisch extrem schwer zu erreichen sind, aber ohne die willkürliche Bewegungen unmöglich sind.

Chancen und Risiken

In ihrer ersten Pilot-Studie hatten die Bochumer die Mäuse unmittelbar nach der schweren experimentell herbeigeführten Rückenmarkverletzung behandelt. Die Methode funktioniert aber auch, wenn die Tiere erst 14 Tage später therapiert wurden. Aktuell läuft der Versuch bei Mäusen, die das Hyper-IL-6 sechs Wochen nach der Verletzung erhalten. Das Ergebnis steht noch aus.

Den Mäusen sei es auch noch Wochen nach der Gentherapie gut ergangen, Nebenwirkung konnte das Team nicht beobachten, berichtet Fischer. Das Hyper-IL-6 werde schließlich sehr lokal im zentralen Nervensystem hergestellt, inmitten der dicht gepackten Neurone, es gelange aber nicht ins Blut. Das dürfe es auch auf keinen Fall, schließlich sei IL-6 ein bedeutsamer Signalstoff, der Entzündungsreaktionen befeuert.

Anpassung und Verfeinerung der Therapie

Bei einem therapeutischen Einsatz muss sichergestellt sein, dass dieser Wirkstoff nur dort, wo er gebraucht wird und auch nur so lange, bis die Regeneration abgeschlossen ist, von den Nervenzellen hergestellt wird. Das könnte man erreichen, indem man in die Viren, die als Genfähre fungieren, einen „An-/Aus-Schalter“ einbaut. „IL-6 wird dann nur im behandelten Hirnrindenbereich produziert, wenn die Patienten gleichzeitig ein Medikament einnehmen“, so Fischer. Solche Schalter für die Gentherapie gibt es bereits. Gene, die über eine Genfähre in Zellen hineingetragen werden, können beispielsweise nur dann angeschaltet werden, wenn ein Antibiotikum wie Tetrazyklin im Behandlungszeitraum eingenommen wird.

Ob diese Methode auch beim Menschen funktioniert, kann Fischer zurzeit nicht sagen, betont aber: „Maus und Mensch unterscheiden sich natürlich, aber die grundlegenden physiologischen Mechanismen sind gleich.“ Bis dahin ist es noch ein weiter Weg, der mindestens 15 Jahre dauern wird. Die Methode müsse verfeinert und für den Menschen angepasst werden. Was geht beim Menschen und was geht nicht? Wo liegen die Chancen, wo die Risiken dieser Therapieform? Auf dem Weg zu einem klinischen Einsatz müsste die Therapie zunächst auch an höheren Tieren, etwa Schweinen, getestet werden. „Aber prinzipiell sehe ich große Chancen, dass es auch beim Menschen klappen könnte.“

Dr. Ulrike Gebhardt



MOWOOT bringt den Darm in Schwung.

Die Lösung für chronische Verstopfung.

Wirksam und schonend zugleich.

Genehmigungspflichtiges Hilfsmittel.
Mehr Informationen unter:
www.mowoot.com/de oder
mowoot@4mmed.de

MOWOOT

„Da müsste man doch wirklich mal was dagegen tun!“

Wer die Bedingungen betrachtet, in denen Menschen mit Behinderung in einigen – und nicht den kleinsten! – Teilen der Welt leben, kann verzweifeln. Sie oder er kann ganz demütig werden – oder aktiv. Auch vor der eigenen Haustür gibt es viel tun, zu ändern und zu verbessern.

Der britische Soziologe Tom Shakespeare ist sich sicher: In ein paar Jahren werden wir staunend auf die heutige Zeit zurückblicken, in der man nur mit einer bestimmten Körperlichkeit an allem teilnehmen konnte – und das als rückständig ansehen. In einem philosophischen Gespräch auf dem TV-Sender 3sat sprach er zum Thema „Menschen sind nicht behindert, sie werden behindert.“

So einfach ist das

Seine Zuversicht untermauert er mit einem Beispiel aus seiner Biografie: Als er als kleinwüchsiger* Mensch ans College kam, starteten dort auch die ersten Frauen in eine akademische Karriere. Eines der Probleme: Für sie gab es keine Toiletten. Wofür auch? Bisher hatte man die nicht gebraucht – es gab ja keine Frauen, die dort studierten. Plötzlich waren sie da, und deshalb mussten eben Toiletten gebaut werden. So einfach war das.

Damit alle Menschen überall hinkommen, wo sie hinwollen, braucht es einen Paradigmenwechsel und, so Shakespeare in der Diskussion, die Bereitschaft, die Welt so einzurichten, dass alle zu allem Zugang haben. Damit ist das große Thema Inklusion eröffnet mit einer klar umrissenen Aufgabenstellung, die Shakespeare wie folgt zusammenfasst: Die Gesellschaft müsse akzeptieren, dass es manche Menschen schwerer als andere haben und alles tun, was möglich ist, um das Leben dieser Menschen einfacher und besser zu machen.

„Man wird nicht inkludiert“

Nun kann man Shakespeare als Fantasten abtun, netter gesagt vielleicht auch als Visionär. Man kann sich aber auch fragen, was denn diese ominöse „Gesellschaft“ überhaupt ist, von der er spricht? Die Anderen? Die Reicheren? Die, die das längste Zündholz gezogen haben, als es um die Zuteilung der persönlichen Schicksalswege ging? Oder am Ende vielleicht sogar jeder und jede – und damit auch man selbst? Elisa Chirino hat ihre Sicht im letzten Editorial des PARAplegikers so formuliert: „Den Begriff ‚Inklusion‘ benutze ich eher selten. Ich rede lieber von ‚selbstbestimmter Teilhabe‘. Das schließt die eigene Aktivität ein, man wird nicht integriert oder inkludiert, sondern nimmt selbstständig am Leben teil.“ Der Blick über den Tellerrand kann dabei sehr hilfreich sein. Hilft er doch, das eigene Lebensumfeld in einen größeren Zusammenhang einzuordnen und zu zeigen, was alles möglich ist oder wäre. Natürlich kann so ein Vergleich zunächst den So-schlecht-geht-es-mir-Gott-sei-Dank-nicht-Reflex auslösen. Je nachdem, wohin man blickt, vielleicht auch Neid.

Engagement für andere zahlt ins eigene Ego ein

Und dann? Hat man die Wahl. Still leiden beziehungsweise bemitleiden. Oder in irgendeiner Form aktiv werden. Sich einer Selbsthilfeorganisation anschließen, politisch aktiv werden, um vor Ort etwas zu bewegen, oder eine Hilfsorganisation unterstützen, damit sich andernorts etwas bewegt. Möglichkeiten gibt es viele.

Schöner Sidekick des Engagements: Wer anderen hilft, hilft sich selbst. Der Glücksatlas der Deutschen Post untersuchte 2017 als Schwerpunkt den Zusammenhang zwischen „nachhaltiger Lebensweise“ und Lebenszufriedenheit. Das Ergebnis: Menschen sind umso zufriedener, je mehr sie sich für soziale oder ökologische Belange engagieren.

Weshalb wir dennoch noch nicht auf einem Globus der Glückseligen leben, auf dem jeder am Glück der anderen arbeitet. Könnte an der Wollen-/Tun-Unschärfe liegen, die offenbar bei rund 45 Prozent der Menschheit auftritt: 68 Prozent fanden das persönliche Engagement zwar „wichtig“, aber nur 23 Prozent der Befragten setzten sich tatsächlich aktiv im sozialen oder ökologischen Bereich ein. Dabei wäre es so einfach. Man müsste nur in die Gänge und ins Tun kommen. Denn (so hat es Erich Kästner treffend-knapp zu einem Satz zusammenschnurren lassen): „Es gibt nichts Gutes, außer: Man tut es.“

Ursula Willimsky

DER-QUERSCHNITT.de
Das Informationsportal der Manfred-Sauer-Stiftung

* Ja. Korrekte Bezeichnung. Shakespeare selbst bezeichnet sich als „kleinwüchsig, nicht vertikal herausgefordert“.



Grafik: stock.adobe.com – Web Buttons Inc



Querschnittgelähmte in Indien

Unkompliziertes Darmmanagement mithilfe der Ernährung

Keine Verdauungsprobleme, kein Abführmittel und kein stundenlanges Abführen. Das klingt gut – und ist für querschnittgelähmte Menschen in Indien Realität. Die möglichen Gründe hierfür beleuchtet ein Blick über den Tellerrand.

Menschen mit Querschnittlähmung sind häufig von einer neurogenen Darmfunktionsstörung betroffen, die ein spezielles Darmmanagement nötig machen. In Deutschland gibt es viele Querschnittpatienten, die Probleme mit der Verdauung und dem Ausscheiden haben, weiß Veronika Geng vom Beratungszentrum für Ernährung und Verdauung Querschnittgelähmter: „Wenn Menschen mit Verdauungsbeschwerden bei uns anrufen, empfehlen wir in den meisten Fällen als eine der ersten Maßnahmen, den Ballaststoffanteil in der Nahrung zu erhöhen und die Trinkmenge entsprechend anzupassen."

In Indien scheint es deutlich seltener ernährungsbedingte Probleme mit dem Darmmanagement zu geben und Abführmittel werden so gut wie nie eingesetzt. Woran das liegen könnte, erläutern Vertreter des Chandigarh Spinal Rehab Center, eine nordindische stiftungsfinanzierte Einrichtung für Menschen mit Querschnittlähmung.

Abführmittel praktisch unnötig

Stiftungsgründerin Nicky Kaur ist sicher, dass die positive Situation hinsichtlich Darmmanagement und Verdauung an der indischen Küche liegt. Sie sagt: „Indische Gerichte sind traditionell reich an natürlichen Vitaminen, Mineral- und vor allem Ballaststoffen. Hülsenfrüchte, Gemüse und Vollkornprodukte stehen täglich auf dem Speiseplan."

Die Furcht vor Blähungen und anderen Verdauungsbeschwerden, die im Westen vorherrscht, wenn es um Linsen, Bohnen und Co. geht, können Kaur und Kollegen nicht nachvollziehen.

„Hülsenfrüchte werden immer über Nacht eingeweicht und das Einweichwasser weggegossen. Gewürze wie Kreuzkümmel und Koriander, die wir den Gerichten hinzufügen, erleichtern die Verdauung", sagt Stiftungsmitglied Avneet Singh. Auch scharfe Gewürze wie Chili und Pfeffer würden oft verwendet, allerdings traditionell eher in der Küche Südindiens. Getreide werde vor allem in Form von Chapati, einem Fladenbrot aus Vollkornweizenmehl und Reis täglich verzehrt. Beides werde je nach Region zu jeder Mahlzeit serviert und trüge erheblich zur Ballaststoffbilanz bei.

Auch die Wahl der Milchprodukte trüge zweifellos zu der positiven Verdauungssituation von Querschnittpatienten in Indien bei, erklärt Singh: „Verzehrt werden leicht verdauliche und/oder probiotische Milchprodukte wie Ricotta und Sauermilch. Gereifte Käsesorten hingegen kennen wir praktisch gar nicht. Doch Lassi – ein Getränk aus Sauermilch, Wasser und Salz – wird häufig genossen."

Eiweiß gegen Dekubitus

Um Druckstellen vorzubeugen und schneller heilen zu lassen, wird eine eiweißreiche Ernährung empfohlen. Da traditionell in Indien wenig Fleisch und Eier – wenn überhaupt – nur im Winter gegessen werden und viele Menschen Vegetarier sind, stellt sich die Frage nach der wichtigen Eiweißversorgung.

„Die Eiweißversorgung ist überhaupt kein Problem. Frische Milchprodukte, Gemüse und Hülsenfrüchte gewährleisten eine ausreichende Eiweißaufnahme. In manchen Gegenden werden Produkte aus fermentiertem Getreide gegessen", betont Singh. Durch die Fermentierung wird die Bioverfügbarkeit von Getreide erhöht und zusätzliche Aminosäuren (Eiweißbausteine) erschlossen. Generell gelte: Zu einem Proteinmangel komme es vor allem dann, wenn ein Patient nicht genug Nahrung aufnimmt, das heißt, wenn er zum Beispiel aus finanziellen Gründen hungern muss.

Dream-Team:
Kreuzkümmel und Koriander

- Kreuzkümmel regt den Speichelfluss an, reduziert Blähungen und wirkt wie ein natürliches Abführmittel; zudem hat Kreuzkümmel antimykotische und antimikrobielle Eigenschaften.
- Wie Kreuzkümmel verbessert Koriander die Verdauung, da er Blähungen reduzieren, Übelkeit verhindern und Durchfall bekämpfen kann. Er wirkt auch als natürliches Antihistamin, wirkt antiseptisch, hilft bei Hautproblemen, senkt den Blutdruck und ist eine natürliche Quelle für bioverfügbares Eisen.



Fotos (2): stock-adobe.com – Profotokris, SizeSquare's

Die traditionelle indische Küche ist:

- reich an Ballaststoffen in Form von Hülsenfrüchten, Vollkorngetreide und Gemüse
- reich an leicht verdaulichen Frischmilchprodukten
- reich an verdauungsfördernden Gewürzen
- weitgehend frei von industriell gefertigten Nahrungsmitteln und Getränken

Typisch indisch

Eine typische indische Hauptmahlzeit besteht aus verschiedenen aufeinander abgestimmten Komponenten, bei denen Reis und Vollkornfladenbrot immer eine zentrale Rolle spielen. Dazu gibt es:

- Dhal – ein Gericht aus gekochten Linsen oder Mungbohnen mit Kreuzkümmel und Ingwer
- Gemüsecurry – eine Kombination aus verschiedenen Gemüsen ist möglich, häufig werden Kartoffeln verwendet
- Paneer – ein Frischkäse aus Kuhmilch mit Gemüse und Gewürzen
- Gewürztes Fleisch – Fleisch kommt meist als Geflügel und wenn überhaupt in kleinen Portionen als Beilage vor
- Je nach Region mehr oder weniger scharfe Soßen auf der Grundlage von Joghurt oder Früchten, Gemüse und Gewürzen

Indische Küche in Europa

In Europa traten indische Restaurants von Großbritannien aus ihren Siegeszug durch die Food-Szene an: Gewürze, Soßen und Fladenbrot gibt es heute in der internationalen Sektion der großen Supermärkte. Allerdings sind diese Produkte stark an den westlichen Geschmack angepasst und haben laut Singh wenig mit der original indischen Küche zu tun. Bestes Beispiel ist das Fladenbrot Chapati, das aus Auszugsmehl hergestellt wird, in seiner indischen Heimat aber traditionell aus dem Vollkornweizenmehl Atta gemacht wird.

Wer sich für die indische oder ayurvedisch-indische Küche interessiert, sollte einen (Online-)Kochkurs mit einem entsprechend qualifizierten Kursleiter belegen. Angeboten werden solche Kurse zum Beispiel von Volkshochschulen oder vergleichbaren Einrichtungen.

Tanja Konrad

DER-QUERSCHNITT.de
Das Informationsportal der Manfred-Sauer-Stiftung

Qufora®

Qufora® IrriSedo MiniGo

Irrigation mit geringer Wassermenge neu gedacht!

Die Darmirrigation mit geringer Wassermenge ist eine moderne, unkomplizierte und hygienische Alternative, um die Lebensqualität von Menschen mit neurogenen Darmfunktionsstörungen spürbar zu verbessern.

Anwenderrückmeldungen zeigen, dass häufig ein Stimulus im Enddarmbereich ausreichend ist, um die Darmentleerung zu unterstützen und die Kontrolle über den Darm zurück zu gewinnen.

Nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf, wenn Sie mehr über die rektale Irrigation mit den Qufora IrriSedo Produkten erfahren möchten!



reddot winner 2021

Besuchen Sie www.qufora.de, senden Sie eine Email an info@qufora.de oder rufen Sie uns unter 06126 95 95 627 an.

Qufora® ist eine eingetragene Marke der Qufora A/S.
©05/2021. Alle Rechte vorbehalten.



Aktionsmassage in der Bewegung mit Längszug am Muskelbauch. Der Klient wird aufgefordert, nach rechts oben zu schauen.

Foto: Hans Hellstern

Lernen durch Erfahrung

Therapie des Schulter-Nacken-Bereiches des Rollstuhlfahrers nach dem N.A.P.-Konzept

Wie schon die Physiotherapeutin Karin Brüggemann im letzten PARAplegiker darstellte, führt die Sitzhaltung im Rollstuhl häufig zu funktionellen Problemen im Schulter- und Nackenbereich des Fahrers. Das N.A.P.-Konzept nach Renata Horst bietet hier einen interessanten Therapieansatz.

Seit mehreren Jahren arbeite ich mit meinen anvertrauten Klienten nach dem N.A.P.-Konzept, unter anderem auch mit Querschnittbetroffenen. Auch derjenige, der mich zu diesem Artikel motiviert hat, hat schon viel von der N.A.P.-Therapie als Paraplegiker profitiert. N.A.P. orientiert sich am Alltag des Betroffenen und leitet unter anderem Eigenübungen, die im Alltag integriert werden können, an. Durch die gerundete Haltung des Oberkörpers beim Rollstuhlfahren verkürzen gewisse Muskeln im Schulter- und Nackenbereich. Dadurch haben die Gelenke weniger Spielraum und es kommt zu Einklemmungssituationen (Blockierungen und Impingements). Die Haltung des Kopfes und des Kiefergelenkes sowie des Schulter- und Nackenbereiches verändern sich und können ihre Funktionen nicht mehr richtig ausüben. Bedingt durch die dann auftretenden Schmerzen wird eine Schonhaltung eingenommen und der Teufelskreis der chronischen Verschlechterung setzt sich in Gang. Damit es nicht so weit kommt, arbeitet das N.A.P.-Konzept auch mit Dehnübungen und Kräftigungsübungen innerhalb der Bewegungsmuster, wie sie die Muskeln im Alltagsgeschehen ausüben sollen.

Aktive Übungen

Es sind aktive Übungen, die der Betroffene durchführt und die vom Therapeuten begleitet werden, indem dieser die Funktionsabläufe zeigt (Hands on). Die Hände des Therapeuten stützen die korrekte biomechanische Bewegung, die wieder hergestellt werden soll. Ziel ist die Aktivierung der richtigen Funktion, sodass die Übungen dann ohne Mithilfe des Therapeuten durchgeführt werden können (Hands off). Nur dort, wo Hands on unbedingt notwendig sind, werden diese durchgeführt. In der N.A.P.-Therapie soll der Klient durch eigene Ideen zur erfolgreichen Lösung seines Problems hingeführt werden. Eigene Strategien



Eigenübung zur Mobilisation des Schlüsselbeines in seinen Gelenken. Der Klient führt eine Bewegung des rechten Armes zum Kopf durch. Die Zunge stabilisiert das funktionell wichtige Zungenbein. Beispiel: Alltagsbezug „Haare kämmen".



Stabilisierung der tiefen Nackenmuskeln über die Zunge, mit Hilfe eines Holzspatels, einer Zahnbürste oder Ähnlichem. Gegenläufige Augen (nach rechts) und Zungenbewegung (nach links) zur Stabilisierung der Halswirbelsäule.



Mobilisierung des Musculus digastricus (Muskel des Kopfes), der eine wichtige Funktion in Verbindung zum Schulter- und Nackenbereich einnimmt. Der Klient wird aufgefordert, nach rechts oben zu schauen. Die Übung wird im Liegen durchgeführt.

durch Versuch und Irrtum zu entwickeln, ist ein wesentlicher Baustein der N.A.P.-Therapie. Es werden keine stereotypen Muster, sondern kreative Lösungen für den Alltag geübt. Das Einbeziehen der Augen spielt eine wichtige Rolle, um die Bewegungsplanung und das Feedback des Körpers zu fördern. Auch die Selbstreflexion des Klienten ist ein wichtiges Element. Um diese anzuregen, dürfen das Anlegen der Hände und verbale Hinweise des Therapeuten nicht zu früh erfolgen. Es wird innerhalb der individuellen Schmerz- und Angsttoleranz gearbeitet. Frühere schmerzhafte oder angstvolle Bewegungen sollen durch emotional positive Erfahrungen wieder Zugriff auf bestehende „Programme" im Gehirn ermöglichen, um wieder beschwerdefreie Handlungen zu erlauben.

Selbst handeln

Die Therapieziele werden gemeinsam mit dem Klienten festgelegt. Das kann die Lösung von Alltagsproblemen sein oder der Wunsch, ein Hobby wieder auszuüben. In der N.A.P.-Therapie wird der Klient gefördert, selbst zu handeln, statt behandelt zu werden. Es gibt kein „richtig" oder „falsch", vielmehr gibt es unterschiedliche Strategien, die zum Ziel führen. Diese werden erprobt und der Klient macht selbst die Erfahrung, welche für ihn optimal sind. Die N.A.P.-Therapie basiert somit auf dem Lernen durch Erfahrung.

Stephanie Hellstern

Die N.A.P.-Therapie

Die N.A.P.-Therapie (N.A.P. steht für Neuroorthopädische Aktivitätsabhängige Plastizität) ist eine noch junge Therapieform, die durch die Physiotherapeutin Renata Horst begründet wurde. Das integrative neuroorthopädische Konzept ist sowohl in der neurologischen, orthopädischen oder traumatologischen Rehabilitation als auch zur Vermeidung struktureller Schäden bei Fehlbelastungen im Alltag und Beruf anwendbar.

QR-Code scannen und direkt zur Webseite gelangen

VW T5 für Rollstuhlbeifahrer

seitlicher Rollstuhl-Kassettenlift, Z-Lock, 2,5 TDI, Schaltgetriebe, 125 KW, Erstzul. 04/07, TÜV bis 05/22, Standheizung, kompl. Satz Winterreifen, 5 Sitzplätze + 1 Rollstuhlplatz, erstklassiger Zustand.

Preis: VB • Tel: 0157-87 655 445



Ein modernes Teilhaberecht ist die Zukunft

Der PARAplegiker sprach mit Martina Stamm-Fibich. Sie ist Mitglied des Bundestages, Patientenbeauftragte der SPD sowie stellvertretende Vorsitzende im Petitionsausschuss.

Was muss aus Ihrer Sicht getan werden, um die Teilhabe von Menschen mit Behinderung in Gesellschaft und Arbeitsleben zu verbessern?

Meiner Meinung nach müssen wir uns vom aktuellen „Fürsorgesystem“ lösen und ein moderndes Teilhaberecht umsetzen. Bei dieser Transformation heißt es, Menschen mit Behinderung als Expertinnen und Experten in eigener Sache aktiv einzubeziehen.

Außerdem sollte das Angebot einer Beratung, welche auf individuelle Teilhabeziele ausgerichtet ist, ausgeweitet werden. Dabei ist es Aufgabe der Landesregierungen, die flächendeckende Installation von Behindertenbeauftragten in Kommunen umzusetzen. Weiter müssen Verbände und Selbsthilfegruppen von Menschen mit Behinderung gestärkt werden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist es, barrierefreie Mobilität zu sichern. Die Verkehrsinfrastruktur muss so gestaltet sein, dass sich alle Menschen frei und selbstständig im öffentlichen Raum bewegen können.

Das Teilhabestärkungsgesetz, welches von der SPD initiiert wurde, bringt uns hier bereits einen Schritt weiter. Durch die Erhöhung der Budgets für Ausbildung und Arbeit wird Menschen mit Behinderung der Zugang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erleichtert. Es wird flächendeckend in Deutschland eine Ansprechstelle für Unternehmen und Arbeitgeber geschaffen, welche im Detail über die jeweiligen Hilfsmöglichkeiten beraten kann.

„Verbände und Selbsthilfegruppen von Menschen mit Behinderung müssen gestärkt werden.“

Haben Werkstätten für Menschen mit Behinderung heute noch ihre Berechtigung oder führen sie zu einem Parallel-Arbeitsmarkt, der Leistungen nicht adäquat entlohnt und den Zugang zum ersten Arbeitsmarkt erschwert?

Ja, Werkstätten haben eine bleibende Berechtigung. Sie sind Teil eines erfolgreichen und erforderlichen Netzwerkes für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung. Trotz Phasen der Massenarbeitslosigkeit wird hier ein konstantes Arbeitsleben ermöglicht. Außerdem erfahren die Einrichtungen weiterhin hohen Zuspruch unter behinderten Menschen sowie die Anerkennung der Familienangehörigen.

Grundsätzlich braucht es aber eine Änderung der Arbeitspolitik, um die Teilhabemöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderung zu verbessern. Das Teilhabestärkungsgesetz kann hier als erster Schritt verstanden werden. Werkstätten sollen keine Sackgasse sein, der Wechsel auf den regulären Arbeitsmarkt soll möglich sein. „Außenarbeitsplätze“, also ausgelagerte Arbeitsplätze der Werkstätten, führen verstärkt zu einem regulären Arbeitsverhältnis. Diese Beschäftigungsform sollte weiter gestärkt werden.

Die Beschäftigten in Werkstätten haben einen arbeitnehmerähnlichen Mitarbeiterstatus, die Zahlung des Mindestlohns ist also nicht möglich. Die Einrichtungen sind aber verpflichtet, ein angemessenes Arbeitsentgelt zu bezahlen. Wir setzen uns in diesem Kontext aber dafür ein, dass der Steigerungsbetrag, der zusätzlich zum Grundbetrag gezahlt wird, entsprechend erhöht wird. In einem Entschließungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD ist festgehalten, dass das Entgeldsystem gemeinsam mit Werkstatträten und Wissenschaftlern zukunftsfähig gemacht werden soll.

Sie haben sich 2017 für die Reform der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) eingebracht und gefordert, dass die Wirtschaftlichkeit nicht der einzig maßgebliche Faktor bei der Versorgung sein darf. Die Reform haben Sie als „Meilenstein“ bezeichnet. Trotz des Ausschreibungsstopps hat sich etwa bei Inkontinenz- oder Stomahilfsmitteln die Situation kaum verbessert. Woran liegt dies?

Das liegt primär daran, dass einige einzelne Krankenkassen den Willen des Gesetzgebers wissentlich und willentlich missachten. Das macht mich ehrlich gesagt richtig wütend. Wir haben als Gesetzgeber deshalb im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und im bei der Anpassung des nationalen Medizinprodukterechts an die Medical-Device-Regulation noch einmal rechtlich nachgesteuert. Ich beobachte aktuell ganz genau, ob die Verpflichtung zum Vertragsabschluss und der eingeführte Schiedsmechanismus ausreichen, um eine flächendeckende Versorgung mit qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln zu gewährleisten.

Leider höre ich aktuell, dass einige Kassen durch Einzelverträge versuchen, die Regelungen zu umgehen. Sollte sich das Problem vermehrt zeigen, werde ich mich dafür einsetzen, dass nur noch Kollektivverträge mit den maßgeblichen Verbänden zugelassen werden. Vielleicht kapieren es die schwarzen Schafe dann endlich.



„Es braucht eine Änderung der Arbeitspolitik, um die Teilhabemöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderung zu verbessern.“

Martina Stamm-Fibich, Mitglied des Bundestages und Patientenbeauftragte der SPD

Ihr Anliegen ist eine gute und verständliche Information von Patientinnen und Patienten sowie starke Patientenrechte. Als wichtigste Forderung erwähnen Sie ein zentrales Informationsportal. Wie könnte dieses aussehen und welche Vorteile würde es für Patientinnen und Patienten schaffen?

Mit dem nationalen Gesundheitsportal „gesund.bund.de“, welches im August 2020 online gegangen ist, wurde diese Forderung bereits umgesetzt. Die Plattform vermittelt zuverlässig und verständlich gesundheitsbezogenes Wissen. Patientinnen und Patienten können ihre eigene Gesundheit besser verstehen und medizinische Angebote zur Prävention, Diagnostik und Behandlung besser einordnen. Anders als andere Seiten, die häufig Fehlinformationen enthalten oder durch kommerzielle Interessen geprägt sind, bietet „gesund.bund.de“ ausschließlich Beiträge, die auf wissenschaftlich fundierten Quellen beruhen. Leider ist das Angebot noch nicht so präsent, wie ich mir das wünsche. Aber was nicht ist, kann ja noch werden. Daneben sind wir gerade aktuelle dabei, die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) zu reformieren. Hierbei setzen wir uns für eine unabhängige Patientenstiftung ein, welche die Beratertätigkeit der jetzigen UPD übernehmen soll und gleichzeitig dafür sorgen wird, dass die Zivilgesellschaft entsprechend eingebunden wird. Nur so können wir das verloren gegangene Vertrauen in die Institution UPD wiederherstellen.

Insgesamt stehen wir in der Pflicht, durch verschiedene Maßnahmen und Ideen die Gesundheitskompetenz und damit auch die Selbstbestimmung der Bürgerinnen und Bürger zu stärken. Diesem Ziel habe ich mich verschrieben.

Das Interview führte Kevin Schultes





Foto: Ellie Kealey - UNICEF

In vielen Ländern dieser Welt fehlt es an den rudimentärsten Hilfsmitteln, die für eine Teilhabe aber unverzichtbar sind.

Drei Fragen an den Konvoi der Hoffnung e.V.

Hilfe für die Ärmsten der Armen

Ein Verbund von vier gemeinnützigen Hilfsorganisationen aus der Region Karlsruhe sammelt Hilfsgüter, setzt diese instand und bringt sie zur Wiederverwendung nach Südosteuropa und Afrika. Baumaterial und Möbel werden per Lkw nach Osteuropa und große Mengen an neuwertigen und reparierten Rollstühlen sowie Gehhilfen mit Schiffscontainern nach Übersee transportiert. So konnten die Vereine bereits mehr als 56.000 Personen in Sri Lanka, Thailand, Malaysia, Ruanda, Mali, Burundi, Kenia, Burkina Faso, Peru, Bolivien, Nicaragua, Honduras und El Salvador helfen. Weiterhin bauen und betreiben die Vereine Schulen, sie bohren Brunnen und errichten aktuell ein Krankenhaus.

Der PARAplegiker hat mit Manfred Röllecke, Bernhard Reichert und Roland Fuest vom Verein „Konvoi der Hoffnung“ in Karlsruhe, gesprochen.

Wie kam es zu der Idee und Umsetzung des Hilfsprojektes?

Kurz vor der Jahrtausendwende lernte der Initiator Hans-Peter Dentler in Sri Lanka ein zwölfjähriges Mädchen kennen, das er für eine Operation seines deformierten Fußes nach Deutschland holte. Bei seinen beruflichen Reisen wurde ihm deutlich, dass es in vielen Teilen der Welt große Armut und riesigen Hilfebedarf für Menschen mit Behinderung gibt. Nachdem er in den Folgejahren mehrere Container mit Hilfsmitteln gesammelt und diese selbst vor Ort verteilt hatte, arbeitete er seit Anfang der 2000er-Jahre eng mit dem „Konvoi der Hoffnung“ zusammen.

Unser Verein unterstützt Menschen mit Behinderungen. Weitere Schwerpunkte sind die Entwicklungshilfe in afrikanischen Ländern sowie die Organisation von Sachspenden für Südosteuropa. Durch die Reparatur und Wiederverwendung ausgemusterter Hilfsmittel können wir Schrott vermeiden und erbringen somit einen wichtigen Beitrag zum Umweltschutz.

Welche Form der Hilfe wirkt Ihrer Erfahrung nach am nachhaltigsten?

Den ersten Container hat Hans-Peter Dentler im Jahr 2000 selbst an Bedürftige und Kliniken verteilt, indem er mit dem Lkw durch Sri Lanka gereist ist. Er hat die Reisen im Laufe der Jahre alle selbst finanziert, lediglich die Transportkosten für die Container wurden aus Spenden bezahlt. 2006 wurde Herr Dentler Mitglied im Verein. Aufgrund seines fortgeschrittenen Alters hat er das Projekt Ende 2018 vollständig an unseren Verein abgegeben. Durch die Übernahme waren wir auch gezwungen, vermehrt Partner im Ausland zu suchen, die die Verteilung übernehmen. Wichtig für eine nachhaltige Hilfe sind Partner vor Ort, die zum Beispiel auch die Hilfsmittel reparieren können. Dazu lassen wir den Partnern wie Caritas International neben Rollatoren und Rollstühlen auch Ersatzteile zukommen. Es ist uns sehr wichtig, dass wir kontinuierliche Qualität liefern können. Wir haben zwischenzeitlich auch zwei festangestellte Mitarbeiter in der Reparaturwerkstatt.

Wie kann man den Konvoi der Hoffnung unterstützen?

Für uns ist vor allem eine kontinuierliche finanzielle Unterstützung wichtig, damit wir die laufenden Kosten für die Werkstatt, Material und Transport sicher abdecken können. Es ist sehr schwer, hierfür Großspender und Sponsoren zu gewinnen. Wir setzen daher auf viele kleine Spenden und bitten unsere Kontakte, unsere Arbeit in ihrem Familien- und Freundeskreis bekannt zu machen. Aus einem Umkreis von 50 bis 60 Kilometern erhalten wir auch viele Materialspenden, da sind wir gut versorgt. Wir haben leider selbst keine Möglichkeiten, die Materialien weiter entfernt abzuholen. Hierzu suchen wir auch Partner, die den Transport organisieren oder vielleicht selbst sammeln und spenden wollen.

Das Interview führte Kevin Schultes

Spendenkonto: IBAN DE76 6619 0000 0010 5708 67
QR-Code scannen und direkt zur Webseite gelangen



Foto: Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V. (DBSV)

Chance vertan

Barrierefreiheitsstärkungsgesetz vom Bundestag beschlossen

Am späten Abend des 20. Mai saßen viele Aktivisten und Betroffene an ihren Monitoren und verfolgten den Live-Stream der abschließenden Beratung zum Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG). Wer hoffte, mit diesem würde endlich eine umfassende Barrierefreiheit festgeschrieben, wurde bitter enttäuscht.

Nach einem etwas mehr als halbstündigen letzten Schlagabtausch beschloss der Bundestag um 22:45 Uhr das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und SPD. Dagegen stimmten die FDP und die Grünen bei Enthaltungen von DIE LINKE und der AfD. Die Reaktionen auf die Bundestagsdebatte und auf den Inhalt des verabschiedeten BFSG sind harsch. Diese reichen von Ungläubigkeit über Frust und Polemik bis hin zu massiver Verärgerung.

Klientelpolitik statt großem Wurf

David Lebuser, „Stereotypenzerstörer“, Rollstuhl-Coach und Peer bei der FGQ, macht auf seiner Facebookseite keinen Hehl daraus, dass er die Bundestagsdebatte unerträglich fand. Ihn und viele andere ärgerte, dass der Privatwirtschaft und einer „Klientelpolitik“ unverhohlen Vorrang vor den Notwendigkeiten einer breiten Bevölkerungsschicht eingeräumt wurde. So versuchte die Behindertenbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion Angelika Glöckner, die „Zumutungen“ der Barrierefreiheit gegen die Menschen auszuspielen. Glöckner implizierte, dass einer der letzten verbliebenen Bankfilialen in ihrem ländlichen Wahlkreis aus wirtschaftlichen Gründen schließen müsste, wenn diese gezwungen sei, in die Barrierefreiheit zu investieren. Sie resümierte: „Was nutzt es den Menschen mit Behinderungen, wenn sie viel weitere Wege haben?“ Ihre Argumentation verkannte allerdings, dass die Wege bis zur nächsten barrierefreien Filiale für viele Menschen mit einer Behinderung längst unzumutbar lang sind.

Das BFSG, welches seine Wirkung ohnehin erst ab 2025 entfaltet, gibt auf Druck des Bankenverbandes vor, dass sich Betroffene zum Teil bis 2040 gedulden müssen, bis alle Bankautomaten barrierefrei nutzbar sind. Das „Netzwerk Artikel 3“ hat darauf mit einer polemischen „Amtlichen Bekanntmachung zur Verlängerung des Lockdowns für behinderte Menschen bis 2040“ reagiert. Rollstuhlnutzer müssen also vermutlich noch sehr lange warten, bis alle Bankautomaten barrierefrei erreichbar sind – von der Zugänglichkeit von Ladengeschäften, Kinos und Gastronomie ganz zu schweigen.

Während Angelika Glöckner und ihr Kollege der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Wilfried Oellers, das Gesetzesvorhaben, welches letztlich lediglich die Mindestanforderungen der verpflichtenden EU-Richtlinie umsetzt, in höchsten Tönen lobten, machten Jens Beeck von der FDP, Sören Pellmann von DIE LINKE und Corinna Rüffer von Bündnis 90/Die Grünen deutlich, dass die getroffenen Regelungen keineswegs ausreichen. In der Debatte und anschließenden Abstimmung setzte sich somit das mutlose und wenig zukunftsweisende Handeln der Regierungskoalition in Sachen Barrierefreiheit fort. Nach der Teilhabegesetzgebung in 2016 wurde erneut eine Chance vertan.

Eingabe der FGQ

Dennoch: Auf ein Schreiben der FGQ an die Mitglieder des Bundestags (MdB) reagierten viele Abgeordnete mit Zustimmung. Der PARAplegiker wird dazu in der Herbstausgabe berichten. Behindertenverbände stellen sich bereits auf den bevorstehenden Wahlkampf für die Bundestagswahl am 26. September ein und mobilisieren gegen eine immerzu währende Verzögerungspolitik. Ob irgendwann auch die letzten Abgeordneten verstehen, dass es sich bei der Barrierefreiheit um kein Randgruppenthema handelt? Der körperbehinderte Komiker Martin Fromme empfahl ihnen: „Barrierefreiheit – baulich oder digital – ist kein gesellschaftspolitisches Thema? Liebe Regierende, sagt das mal euren Eltern.“

Kevin Schultes

Hier gehts zum Brief der FGQ an die MdB:

Das Bundesteilhabegesetz

Ein Schritt in die richtige Richtung?



Foto: Jörg Farys, Gesellschaftsbilder.de

Die ursprünglichen Entwürfe für das Bundesteilhabegesetz stießen bei Betroffenen auf massive Kritik.

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) soll dazu beitragen, die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), welche am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist, umzusetzen. Die UN-BRK gab wichtige Impulse zum BTHG. Beide verfolgen das Ziel, die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen zu verbessern und so einen weiteren wichtigen Meilenstein auf dem Weg hin zu einer inklusiven Gesellschaft zu setzen. Das BTHG ist vom Gesetzgeber in vier Reformstufen, die sich über sechs Jahre erstrecken (2017 bis 2023), aufgeteilt worden. Seit dem 1. Januar 2020 gilt das „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen" in der dritten Reformstufe. Das BTHG bringt maßgebliche Änderungen mit sich, die Menschen mit Behinderungen mehr Möglichkeiten geben, um zum Beispiel besser am Arbeitsleben teilhaben zu können.

Was verbessert sich durch das BTHG für Menschen mit Behinderungen? Vor dem Inkrafttreten des BTHG mussten Menschen mit Behinderungen, die auf Unterstützung wie persönliche Assistenz oder Hilfsmittel angewiesen sind, die für sie notwendigen Reha-Leistungen faktisch bei verschiedenen Leistungsträgern separat beantragen – zum Beispiel bei der Bundesagentur für Arbeit, den Sozialämtern und Rentenversicherungsträgern sowie in Ausnahmefällen beim Integrationsamt. Diese Leistungen sind teilweise von der Wohnform (eigene Wohnung, Wohngemeinschaft oder Einrichtung) abhängig. Bei der Eingliederungshilfe mussten bisher sehr große Teile des Einkommens und Vermögens von der Person selbst sowie von dessen (Ehe-)Partner eingesetzt werden. Sparen war damit kaum möglich.

Selbstbestimmung statt Fürsorge

Mit dem BTHG wurde die Eingliederungshilfe aus dem „Fürsorgesystem" der Sozialhilfe herausgelöst. Dadurch wird mehr individuelle Selbstbestimmung durch ein modernes Recht auf Teilhabe und die dafür notwendigen Unterstützungen ermöglicht. Die Fachleistungen (Hilfsmittel und sonstige Leistungen) werden durch das Gesetz nun klar von den Leistungen zum Lebensunterhalt getrennt und finanziert. Damit steht im Mittelpunkt, was Menschen aufgrund ihrer Beeinträchtigung an Unterstützungsleistungen benötigen und welche Leistungen sie wählen. Diese sind nicht länger vom Ort der Unterbringung abhängig. Davon unberührt bleiben die Ansprüche auf existenzsichernde Leistungen aus der Grundsicherung bzw. bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII bestehen.

Die erste Stufe des Gesetzes sorgte dafür, dass die Beträge für das Schonvermögen auf 5.000 Euro angehoben wurden. Zudem erhöhte sich auch der Freibetrag für das Erwerbseinkommen um 260 Euro monatlich, bevor eine Anrechnung auf die Leistungen der Eingliederungshilfe erfolgt. Die Höhe des anrechnungsfreien Vermögens wiederum wurde auf 25.000 Euro angehoben. Die Vermögensregelung wurde mit dem Inkrafttreten der dritten Stufe am 1. Januar 2020 noch einmal angepasst. Nunmehr wird das Einkommen bzw. das Vermögen des (Ehe-)Partners bei der Bedarfsermittlung völlig freigestellt und gleichzeitig der Vermögensfreibetrag auf 57.330 Euro angehoben.

Mehr Berechtigte, mehr Teilhabe

Seit der zweiten Reformstufe, welche am 1. Januar 2018 in Kraft trat, gelten Änderungen im Verfahrensrecht und im Schwerbehindertenrecht. Gerade die Änderungen im Schwerbehindertenrecht führten zu einer Stärkung der Schwerbehindertenvertretungen. Die dritte Reformstufe, die am 1. Januar 2020 wirksam wurde, hat aufgrund der dargestellten Änderungen im Bereich der Eingliederungshilfe und im Bereich Vermögen die größten Auswirkungen auf den Kreis der Berechtigten. In der vierten und letzten Stufe soll der Kreis der zum Erhalt der Eingliederungshilfe berechtigten Personen neu festgelegt werden. Daneben gibt es weitere wichtige Bereiche im BTHG, die neu mit aufgenommen wurden bzw. angepasst wurden. Zu nennen ist hier zum Beispiel das Budget für Arbeit.

Nachbesserungen sind die Reaktion auf Kritik an der Ausführung des BTHG.

Mit dem Budget für Arbeit wird Menschen mit einer Behinderung der Einstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt erleichtert. Arbeitgeber erhalten dadurch einen Ausgleich für eine etwaige Minderleistung des Beschäftigten mit einer Behinderung. Darüber hinaus werden die erforderlichen Assistenzleistungen finanziert. Das Budget für Arbeit ermöglicht damit eine Alternative zur Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Mit dem Budget für Ausbildung eröffnet der Gesetzgeber die Chance, eine Ausbildung auf dem ersten Arbeitsmarkt, also bei einem privaten oder öffentlichen Arbeitgeber aufzunehmen. Das Budget für Ausbildung umfasst eine Erstattung der Ausbildungsvergütung sowie Anleitung und Begleitung am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule.

Da die Teilhabe an Bildung auch für beeinträchtigte Menschen wichtig ist, wurde diese ebenfalls in das BTHG aufgenommen. Sie beinhaltet neue Leistungen, die Menschen mit Beeinträchtigung eine gleichberechtigte Teilhabe an Bildungsangeboten ermöglichen. Zudem haben Eltern durch das BTHG den Anspruch, Leistungen zur Unterstützung bei der Versorgung, Erziehung und Pflege ihrer Kinder zu erhalten. Man spricht hier von der Elternassistenz.

Fazit

Trotz eines grundsätzlich positiven Ansatzes gab es von vielen Seiten Kritik an der Ausführung des BTHG, die teilweise zu Nachbesserungen geführt haben. Zusammenfassend kann man zum jetzigen Zeitpunkt sagen, dass das BTHG einige gute und wichtige Änderungen für Menschen mit Beeinträchtigung hin zu einem selbstbestimmten Leben geschaffen hat. Auch wenn erst noch Erfahrungen mit den gesetzlichen Regelungen gesammelt werden müssen.

Stephan Neumann







Foto: Andi Weiland | www.gesellschaftsbilder.de

„Wir gehen die Reise mit“

Gründungsberatung für Menschen mit Behinderungen

Ein Unternehmen zu gründen, bedeutet viel Verantwortung, aber auch viel Gestaltungsfreiheit. Der Berliner Integrationsfachdienst enterability berät Menschen mit Behinderungen auf dem Weg in die berufliche Selbstständigkeit.

Es war die Zeit der Ich-AGs: Man sprach viel davon, aus der Arbeitslosigkeit heraus zu gründen, denn diese war Anfang des neuen Jahrtausends vergleichsweise hoch, besonders in den ostdeutschen Bundesländern und natürlich auch unter Menschen mit Behinderungen. „Zu dieser Zeit gab es in Berlin einen Leiter des Integrationsamtes, der jung und offen für Neues war – auch für unsere Idee einer Gründungsberatung für Menschen mit Behinderungen“, erinnert sich Manfred Radermacher, Projektleiter bei enterability, der bis heute bundesweit einzigen Beratungsstelle für Menschen, die eine anerkannte Schwerbehinderung haben und ein Unternehmen gründen möchten.

Unter diesen Vorzeichen startete enterability im Jahr 2003 in Berlin als Modellprojekt, gefördert vom Integrationsamt, das die Initiative auch heute (wieder) unterstützt. Obwohl der Integrationsfachdienst Anfragen aus der ganzen Bundesrepublik erhält, ist er förderrechtlich nur für Berliner Bürger zuständig. Inzwischen gehört enterability zu der sozialen GmbH Social Impact und beschäftigt acht Mitarbeitende. Ihr Ziel: Diejenigen, die eine Chance haben, so gut auf den Markt vorzubereiten und zu begleiten, dass sie nachhaltig Erfolg haben können. Und die bremsen, deren Chancen von vornherein gegen null gehen. Hinzu kommen Seminar- und Vernetzungsangebote, eine „Nachgründungsberatung“ und die Schulung von Beratungskräften anderer Projekte und Initiativen.

Wie man so schön sagt: selbst und ständig

Ein Gründer, der es geschafft zu haben scheint, ist André Köhler. Der gelernte Bürokaufmann, Verwaltungsfachangestellte und Kfz-Mechaniker ist Chef einer eigenen Kfz-Werkstatt in Berlin-Weißensee. Mittlerweile arbeiten fünf Angestellte in seinem Unternehmen. An den Stress der ersten Jahre erinnert sich der 42-Jährige gut: „Wenn ich vorher wirklich gewusst hätte, was auf mich zukommt, hätte ich es vielleicht nicht gemacht. Am Anfang habe ich zwölf Stunden täglich gearbeitet und mich um einfach alles gekümmert. Wie man so schön sagt: selbst und ständig. Es musste viel geplant werden, und zeitgleich kam auch noch mein Sohn zur Welt.“

Durch Sauerstoffmangel bei der Geburt hat André Köhler eine cerebrale Bewegungsstörung, die mit Einschränkungen der Motorik verbunden ist. Vor der Gründung war er in einer Autowerkstatt beschäftigt, die 2015 vor dem Aus stand. Er selbst wäre dann voraussichtlich arbeitslos geworden. In dieser Situation entstand die Idee, selbst eine Werkstatt zu gründen.

Zeit und Raum zurechtbiegen

„Viele finden die Bedingungen, die sie brauchen, um gut arbeiten zu können, nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt“, erklärt Gründungsberater Radermacher. Ganz oft sei es der Faktor Zeit, der mehr Flexibilität erfordere: „Zu uns kommen viele Menschen, die sind leistungsfähig unter der Bedingung, dass sie ihre Arbeitszeit selbst wählen können. Das betrifft Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und mit organischen Erkrankungen wie Rheuma. Manche brauchen regelmäßig Zeiten für Therapien. Finden Sie mal einen Chef, der sagt: Okay, dafür arbeitest du dann einfach am Samstag.“ Auch die räumliche Umgebung spiele für viele eine Rolle. „Im eigenen Büro können die Leute sich das genauso einrichten, wie sie das brauchen. Als Chef bestimmen sie diese Dinge selbst.“

> *„Jede Behinderung hat Auswirkungen auf eine Gründung.“*
>
> **Manfred Radermacher**



Foto: privat

Behinderung möglichst kalkulierbar machen

Gemeinsam mit enterability entwickelte André Köhler vor gut sechs Jahren einen Businessplan und lotete aus, welche Bedingungen er brauchen würde, um mit seiner Einschränkung in einer Kfz-Werkstatt optimal arbeiten zu können. „Wir machen uns mit jedem Menschen auf die Reise“, sagt der Berater. „In einem Erstgespräch erzählt uns die Person etwas über ihre Vorerfahrungen, ihre Qualifikationen, zu ihrem beruflichen Werdegang und natürlich zu ihrer Geschäftsidee. Und wir sprechen intensiv über Behinderung.“ Die Ansprechpartner bei enterability erkunden mit den Menschen, welche Nachteile aus ihrer Beeinträchtigung für die Unternehmensgründung entstehen könnten. Manchmal seien es auch Chancen, ergänzt der 61-Jährige. „Dann versuchen wir zu erfassen, wie man Einschränkungen ausgleichen, umgehen oder sich zunutze machen könnte. Wenn man das nicht ehrlich auslotet, kann es später nicht funktionieren.“

Natürlich geht es bei einer Unternehmensgründung nicht nur um Behinderungen. „Jeder Gründer und jede Gründerin muss beispielsweise kommunikationsfähig sein – mit Kunden, mit Behörden, mit Steuerberatern“, erläutert Radermacher. „Eine wichtige Fähigkeit ist auch, Entscheidungen treffen zu können. Oder die Fähigkeit, mit Risiken leben zu können. Das sind Grundvoraussetzungen und ist bei Gründern mit und ohne Behinderungen exakt dasselbe.“ In der Sache drehe es sich dann um die Finanzierung, das Marketing, die Zielgruppe und mehr – aber immer mit dem Wissen darum, wie individuelle Einschränkungen die Möglichkeiten prägen.

Stärken gezielt einsetzen

Seine Arbeit verrichtet André Köhler zu einem großen Teil im Büro. Vier Jahre führte er das Unternehmen gemeinsam mit einem Partner, seit 2020 ist er alleiniger Chef. „Ich kann meine Stärken genau da einsetzen, wo ich gut bin, etwa in der Fehlerdiagnose eines Fahrzeugs“, erklärt er. „Bis ein Arbeitgeber entdeckt, wo ich meine Stärken habe, das kann dauern. Bis dahin wäre ich wahrscheinlich schon wieder rausgeflogen, weil ich in vielem zu langsam bin. Als Chef kann ich bestimmte Aufgaben an andere abgeben, die darin gut sind, und selbst das machen, was mir liegt.“

Als großen Vorteil nimmt der Unternehmer auch seinen Gestaltungsspielraum wahr: „In meiner Position kann ich in großem Maße frei bestimmen, das betrifft zum Beispiel auch Personalfragen. Ich habe grundsätzlich keine Vorbehalte, Menschen mit Behinderungen einzustellen.“ Zum Team seiner Spezialwerkstatt gehören zwei Rollstuhlfahrer. „Durch die Angestellten kann ich mich mittlerweile etwas mehr zurücknehmen.“ André Köhler klingt zufrieden. Selbst das Krisenjahr hätten sie überraschend gut abgeschlossen.

Eine klare Entscheidung treffen

Auch enterability blickt auf eine stolze Bilanz: Rund 470 Gründungen im Haupterwerb und circa noch mal so viele im Nebenerwerb hat die Initiative im Laufe der Jahre begleitet. Und weitaus mehr Menschen bei der Entscheidungsfindung unterstützt. „Von zehn Menschen, die mit dem Wunsch, sich selbstständig zu machen, zu uns kommen, gründen im Haupterwerb nur drei“, berichtet Manfred Radermacher. Wesentlich sei, dass Gründungswillige in der Zeit, in der sie bei enterability sind, mehr Klarheit für eine gute Entscheidung bekommen. Diese nehme die Beratungsstelle ihnen nicht ab, betont Radermacher: „Die letzte Entscheidung trifft immer die Person selbst.“

Nikola Hahn

QR-Code scannen und direkt zur Webseite gelangen





Fotocredit: BDH-Klinik Greifswald GmbH

Ein Meilenstein: Zertifizierung der Querschnitt-gelähmtenzentren der DMGP

Das Zertifikat ist angekommen: Der Ärztliche Direktor und Chefarzt Dr. Torsten Stein (links) und der Leitende Oberarzt Dr. Jörn Bremer freuen sich über die Zertifizierung der BDH-Klinik Greifswald als Querschnittgelähmtenzentrum.

Im Corona-Jahr 2020 wurde ein überaus bemerkenswerter und lang andauernder Prozess zum Abschluss gebracht: die Definition und Klassifizierung eines Querschnittgelähmtenzentrums und die entsprechende Anerkennung durch die Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP). Die Umsetzung ist ein Meilenstein, hatte die Idee ihren Ursprung doch bereits vor fünf Jahrzehnten. Erbracht wurde der enorme und langjährige Arbeitsaufwand von aktiven Mitgliedern der DMGP.

Ausgangspunkt war die „Denkschrift zur Neuordnung der Behandlungszentren für Querschnittgelähmte in der Bundesrepublik Deutschland“ aus dem Jahr 1972. Es folgte 1976 die Ergänzung der Planungsrichtwerte für den Neubau von Behandlungszentren, die Gründung des „Arbeitskreises Querschnittlähmung“ der gesetzlichen Unfallversicherungen und die „Zentrale Anlaufstelle zur Vermittlung von Behandlungsplätzen in Querschnittgelähmten-Zentren“ in Hamburg. Seit 1984, dem Gründungsjahr der DMGP, gab es immer wieder Initiativen, einen einheitlichen Rahmen für die Behandlung und die personelle Ausstattung in den Querschnittgelähmtenzentren zu erstellen, um die Qualität der Versorgung frisch Querschnittgelähmter zu verbessern. Lange Zeit ohne Erfolg.

Definition und Klassifizierung

Dr. Gerhard Exner, langjähriger Chefarzt des Querschnittgelähmtenzentrums am BG Klinikum Hamburg, verfolgte die Idee, die bestmögliche Behandlung von Menschen mit Querschnittlähmung in Form von Behandlungspfaden festzulegen und ein Anforderungsprofil für ein Querschnittgelähmtenzentrum zu definieren. Grundlage hierzu war u.a. ein Papier von Prof. Dr. Hans-Peter Kaps (Tübingen/Ludwigshafen) zur Vereinheitlichung der Behandlung Querschnittgelähmter. Dieser Ansatz scheiterte 2010 endgültig: Die unterschiedlichen Ausrichtungen der Kliniken und die Vorstellungen der Akteure im Querschnittgelähmtenbereich gingen zu weit auseinander.

Was macht die Definition und Klassifizierung eines Querschnittgelähmtenzentrums so schwierig? In den Diskussionen wurde deutlich, dass es nicht um Bewertungskriterien gehen soll, auch nicht um die Frage, ob eine Klinik nun gut oder schlecht ist. Vielmehr sollten Kriterien festgelegt werden, um die Voraussetzungen für die bestmögliche Behandlung eines Menschen mit einer Querschnittlähmung zu schaffen. Die Unterscheidung der Kliniken in unterschiedliche Level (1A, 1B, 2A, 2B) beruht im Wesentlichen auf der Intensität medizinisch-rehabilitativer Interventionen mit Eintritt der Querschnittlähmung. Von einer unfallbedingten Querschnittlähmung ausgehend ist zunächst rund um die Uhr eine vollumfängliche Maximalversorgung mit allen zur Verfügung stehenden medizinischen Mitteln erforderlich. Im weiteren Behandlungsverlauf treten akut-medizinische Versorgungs- und Behandlungsformen zunehmend in den Hintergrund. Es folgt die ganz wesentliche und auf die Behandlung von Menschen mit Querschnittlähmung spezialisierte, interdisziplinäre Therapie. Damit wird nach Sicherung des Überlebens die maximal mögliche Selbstständigkeit von Menschen mit einer frisch erlittenen Schädigung des Rückenmarks gewährleistet.

Erneuter Anlauf

Nach einer längeren Ruhepause wurde das Thema ab 2013 erneut aufgegriffen und von der damaligen Führungsspitze der DMGP, Dr. Doris Maier (Murnau) und Privat-Dozent Dr. Rainer Abel (Bayreuth), auf die Agenda der DMGP gesetzt. Und so kam es im Rahmen der erweiterten Vorstandssitzung im Oktober 2014 in Berlin zum Auftrag an den wissenschaftlichen Beirat, Kriterien für die Klassifizierung von Querschnittgelähmtenzentren zu erarbeiten. Dieses über sechs Jahre dauernde Verfahren war geprägt von unzähligen Sitzungen, Gesprächen und immer wieder neuen Definitionsversuchen. Die Arbeitsgruppe begann ihre Tätigkeit im Januar 2016 und stellte im Oktober bereits erste Ergebnisse vor. Dazu wurden von den 27 bis zu diesem Zeitpunkt gelisteten Kliniken Umfrageergebnisse eingepflegt. Zwei Drittel der Kliniken beantworteten die Fragen nach Personalausstattung, räumlicher Ausstattung und Vorhaltung von operativen und rehabilitativen Interventions- bzw. Behandlungsmöglichkeiten.

Intensive Diskussion

Dazu kamen auch Grundsatzfragen: Was macht ein Querschnittgelähmtenzentrum aus? Wie viele Patienten muss eine Klinik im Jahr behandeln, um auch die erforderliche Erfahrung vorzuweisen? Wie viele Betten muss die Klinik vorhalten? Aber auch die Fragen: Wie viele Therapeuten und wie viele Therapieeinheiten soll ein Patient in der Behandlung erhalten können? Welche pflegerische Handlung ist als Therapie anzusehen? Wie verändert sich die Therapieintensität im Laufe der Behandlung? Wie unterscheiden sich die Bemühungen zwischen Para- und Tetraplegikern? Die Liste der entstandenen Fragen könnte man an dieser Stelle nahezu endlos fortsetzen. Nach nicht enden wollenden Diskussionsrunden und viel Überzeugungsarbeit, um tatsächlich alle Kliniken „mit ins Boot“ zu holen, konnte die Arbeit im Oktober 2019 endgültig abgeschlossen werden. Vorstand und wissenschaftlicher Beirat segneten diese ab. Damit wurde die aus dem Jahr 1990 stammende „Denkschrift“ von dem nun gültigen Anforderungsprofil an ein Querschnittgelähmtenzentrum ersetzt.

Die Leistung vieler

An dem Prozess waren zahlreiche Personen beteiligt, aber es gilt vor allem den Hauptakteuren Dr. Kerstin Rehahn (Berlin), Dr. Oswald Marcus (Frankfurt) und Dr. Burkhard Domurath (Bad Wildungen), die die jetzt gültige offizielle „Anerkennung als Querschnittgelähmten-Zentrum der DMGP“ erfolgreich umgesetzt haben, für ihre hervorragende Leistung und ihr Durchhaltevermögen zu danken. Nachdem der Anerkennungsprozess federführend vom Past-Präsidenten der DMGP, Dr. Yorck-Bernhard Kalke (Ulm), abgeschlossen und die Urkunden versendet wurden, obliegt es nun der im Oktober 2019 gebildeten Anerkennungskommission und den wissenschaftlichen Beiräten für Pflege, Therapie und Neuro-Urologie, mit den Kliniken Kontakt zu halten und im Anerkennungszeitraum bis Ende 2025 die Einhaltung der Kriterien eines Querschnittgelähmtenzentrums zu begleiten. Ebenfalls ist es die Aufgabe dieser Arbeitsgruppe, rechtzeitig den erforderlichen Verlängerungsantrag vorzubereiten.

Andreas Berghammer

Die Querschnittgelähmtenzentren werden in die folgenden Kategorien unterteilt:

Zentrum für operative und konservative Behandlung der Querschnittlähmung
- inkl. Polytrauma-Versorgung (Level 1a)
- exkl. Polytrauma-Versorgung (Level 1b)

Konservative Behandlung der Querschnittlähmung
- mit Intensiveinheit (Level 2a)
- ohne Intensiveinheit (Level 2b)

Übersicht der bestehenden Querschnittgelähmtenzentren unter:

Die Querschnittgelähmtenzentren der Schweiz haben sich unter Federführung der Schweizerischen Gesellschaft für Paraplegie (SSoP) einer vergleichbaren Kategorisierung unterzogen.

QR-Code scannen und direkt zur Webseite gelangen



Misosuppe
mit Pak Choi



Zutaten für vier Personen

4 Mini-Pak Choi
1 kleines Stück weißer Rettich (ca. 80 g)
8 Shiitake (Pilze)
100 g Seidentofu (ersatzweise Tofu)
2 Frühlingszwiebeln
Nori-Algenblatt
30 ml Sojasoße
1 l Gemüsebrühe
(Rezept S. 217 „Rachs Rezepte für jeden Tag“ oder Fertigprodukt)
3 EL Misopaste

Zubereitungszeit: 20 Minuten
Pro Portion: 75 Kilokalorien, 6 g Eiweiß, 2 g Fett, 7 g Kohlenhydrate

Zubereitung

1. Pak Choi waschen und der Länge nach vierteln. Den Rettich schälen und in ca. 6 cm breite Scheiben schneiden. Die Stiele der Shiitake entfernen, die Hüte der Pilze mit einem scharfen Messer kreuzweise einschneiden. Den Seidentofu vorsichtig in ca. 2 cm große breite Scheiben schneiden. Frühlingszwiebeln putzen, waschen und in feine Ringe schneiden. Das Nori-Algenblatt mit einer Schere in feine Streifen schneiden.
2. Die Rettichscheiben mit der Sojasoße und der Gemüsebrühe in einen Topf geben. Alles aufkochen und 3 Minuten bei mittlerer Hitze leise kochen lassen, dann den Pak Choi und die Shiitake-Pilze hinzufügen. Alles erneut aufkochen und weitere 2 Minuten kochen lassen.
3. Zum Anrichten die Rettichscheiben, die Shiitake-Pilze und den Pak Choi aus der Brühe nehmen und in vier Suppenschalen verteilen. Die Tofuscheiben in die Mitte der Schalen setzen.
4. Die Misopaste in die heiße Brühe rühren. Die Brühe soll dabei aber nicht mehr kochen. Die Suppenschalen mit der Misosuppe auffüllen. Die Frühlingszwiebelringe und die klein geschnittenen Nori-Algen darüberstreuen. Die Misosuppe sofort servieren.



Christian Rach: Rachs Rezepte für jeden Tag. Große Küche für kleines Geld. Gräfe und Unzer Verlag GmbH, München 2019, 240 Seiten, ISBN-10: 3833871016.

Fotos (6): stock.adobe.com – Jakkapan, womue, volff, VICUSCHKA, Gräfe und Unzer Verlag GmbH/Wolfgang Schardt, Susanne Walter

Foto: stock.adobe.com – j-mel

Vegetarisch & vegan:
eine gleichwertige Alternative?!

Immer mehr Menschen steigen auf eine Ernährung ohne tierische Produkte oder zumindest ohne Fleisch um – meist aus gesundheitlichen, ökologischen oder Tierwohl-Gründen. 2020 gab es hierzulande schon rund acht Millionen Vegetarier und Veganer. Aber was hat eine vegetarische oder vegane Ernährung tatsächlich ernährungsphysiologisch für Auswirkungen? Was verbessert sich und wo gibt es Risiken, auf die man achten sollte?

Augenscheinlich setzen viele Vegetarier und Veganer die Empfehlungen für eine gesunde Ernährung – vor allem hinsichtlich Gemüse und Obst – konsequenter um, und sind deshalb häufig besser mit Vitaminen, Mineralstoffen und sekundären Pflanzenstoffen versorgt. Da sie zumeist mehr Wert auf Vollkornprodukte legen, haben sie auch eine höhere Zufuhr an Ballaststoffen. Eine solche gesundheitsförderliche pflanzliche Kost reduziert das Risiko für viele ernährungsmitbedingte Erkrankungen wie insbesondere Übergewicht und Diabetes – aber natürlich nur, wenn sie nicht zusätzlich zuckerreich ist. Eine tägliche Portion Nüsse senkt zudem erheblich das Risiko für koronare Herzerkrankungen.

Da Vegetarier sich oftmals von vornherein bewusster ernähren, sind die positiven gesundheitlichen Effekte sicher nicht nur auf Fleischverzicht zurückzuführen.

Fleischverzicht als Enzündungshemmer

Durch den insbesondere in konventionell erzeugtem Fleisch hohen Gehalt an Arachidonsäure werden verschiedenste entzündliche rheumatische Beschwerden begünstigt. Lediglich Fisch, vor allem fettreicher Seefisch wie zum Beispiel Hering, wirkt mit reichlich marinen Omega-3-Fettsäuren Entzündungen entgegen. Die wertvollen Fettsäuren, die auch für das Gehirn sehr wichtig sind, sollten Veganer durch durch Algenöl oder Algenölpräparate ersetzen. Andere pflanzliche Omega-3-Quellen wie Raps-, Lein- und Walnussöl sind gut, reichen aber nicht aus. Auch bei der Proteinzufuhr müssen Veganer besonders aufpassen, da tierisches Eiweiß für den Körper von vornherein besser verfügbar ist. Sie können eine ebenso hohe Wertigkeit aber durch geschickte Kombination unterschiedlicher pflanzlicher Eiweißquellen erreichen – beispielsweise mit Getreide und Hülsenfrüchten oder Bohnen und Mais. Die allgemein höhere Eiweißzufuhr bei Fleischessern wirkt sich zwar günstig auf die Knochengesundheit aus, die gleichzeitig höhere Säurelast hingegen negativ, sodass sich Vor- und Nachteile von tierischer Mischkost und veganer Ernährung hier die Waage halten.

Kritische Nährstoffe

Ein besonderes Augenmerk sollten Vegetarier und Veganer auf die Versorgung mit Vitamin B12 legen, da hohe Gehalte nur in Fleisch zu finden sind. Eine ausreichende Zufuhr von Vitamin B12 ausschließlich aus pflanzlichen Lebensmitteln ist nach heutigen Erkenntnissen nicht möglich. Es kann deshalb nur auf angereicherte Lebensmittel, Tabletten, Tropfen oder Vitamin-B12-Zahnpasta zurückgegriffen werden. Es ist empfehlenswert, gelegentlich die Blutwerte hinsichtlich der Versorgung anzuschauen (mindestens Holo-TC).

Veganer müssen besonders auf eine gute Calciumzufuhr achten, da mit den Milchprodukten ein Hauptlieferant wegfällt. Dies ist zum Beispiel durch die Wahl eines calciumreichen Mineralwassers, optimalerweise mit einem Gehalt von 400 bis 500 mg/l oder angereicherten Sojadrinks bzw. -joghurts möglich. Als pflanzliche Quellen eignen sich beispielsweise Sesam, weiße Bohnen und Kohlgemüse, vor allem Grünkohl und der im Rezept von Christian Rach verwendete Pak Choi, der sich auch leicht selbst anbauen lässt. Durch die stark verbesserte Aufklärung in den letzten Jahrzehnten ist der Nährstoffmangel bei Veganern und Vegetariern seltener geworden.

Anette von Laffert



Foto: vege - stock.adobe.com

Arbeitsgemeinschaften der FGQ

Die Arbeitsgemeinschaften (ARGE) der FGQ sind ehrenamtlich organisiert und unterstützen die Mitglieder bei verschiedenen Anliegen. Die Beratungen sind kostenfrei, bei Fachleistungen können – nach vorheriger Absprache – Kosten entstehen.

ARGE Recht und Soziales
Koordination: Jörg Giesecke
Kontakt: joerg.giesecke@fgq-beratung.de

ARGE Ernährung
Koordination: Anette von Laffert
Kontakt: anette.vonlaffert@fgq-beratung.de

ARGE Assistenz
Koordination: Oliver Straub
Kontakt: oliver.straub@fgq-beratung.de

ARGE Ausbildung und Beruf
Koordination: Geschäftsstelle
Kontakt: info@fgq.de

ARGE Mobilität und Sport
Koordination: Olaf Niebisch
Kontakt: olaf.niebisch@fgq-beratung.de

ARGE Bauen und Umwelt
Koordination: Dirk Michalski
Kontakt: info@barriere-frei-bauen.de

ARGE Urlaub
Koordination: Geschäftsstelle
Kontakt: info@fgq.de

ARGE Beatmung
Koordination: Maria-Cristina Hallwachs
Kontakt: maria-cristina.hallwachs@fgq-beratung.de

ARGE Fahrzeugumbau
Koordination: Bert Pein, Dirk Weber
Kontakt: bert.pein@fgq-beratung.de
dirk.weber@fgq-beratung.de

ARGE Beratung türkischer Mitbürger
Koordination: Ufuk Dogru
Kontakt: ufuk.dogru@fgq-beratung.de



Foto: stock.adobe.com – Win Nondakowit

Ihre Spende kommt an!

Die Beratung, Einzelfallhilfen und vielfältigen Projekte der FGQ finanzieren sich aus Mitgliedsbeiträgen, Sponsoring und Spenden! Unterstützen Sie unsere wichtige Arbeit!

SPENDENKONTO

IBAN: DE21 6729 1700 0028 2344 06
BIC: GENODE61NGD



PD Dr. Frank Rainer Abel ist Chefarzt der Klinik für Orthopädie und des Rückenmarkverletztenzentrums sowie medizinischer Leiter des MZEB in Bayreuth. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie für physikalische- und rehabilitative Medizin versteht sich als Bindeglied zwischen den Fachgesellschaften DMGP, DSQ und FGQ.



Andreas Berghammer wurde zum Hauswirtschaftsgehilfen, Kinderpfleger und Erzieher ausgebildet. Danach folgte das Studium der Diplom-Sozialpädagogik (FH). Seit 1985 ist er im Sozialdienst der Klinik Hohe Warte tätig und seit 20 Jahren als Leiter des Sozialdienstes der beiden Betriebsstätten Klinikum Bayreuth GmbH.



Andrea Bökel ist Physiotherapeutin und wissenschaftliche Referentin an der Klinik für Rehabilitationsmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Dort koordiniert sie seit 2017 die German Spinal Cord Injury Studie (GerSCI) in Kooperation mit der FGQ und der DMGP.



Loan Brossmer wurde als Kind im Vietnamkrieg verwundet und ist seither querschnittgelähmt. Dank einer Hilfsorganisation kam er 1968 als Vierjähriger nach Deutschland und wurde adoptiert. Der erfahrene Journalist war lange Jahre für den Medienkonzern Burda tätig und baute für diesen u. a. den asiatischen Markt erfolgreich auf.



Dr. Harvinder Singh Chhabra Der Orthopäde ist seit 2004 Leiter des Querschnittgelähmtenzentrums (ISIC) und seit 2007 medizinischer Direktor und Mitglied des Verwaltungsrats der Klinik in Neu-Delhi. Von 2018 bis 2020 war er Präsident der Fachgesellschaft International Spinal Cord Society (ISCoS).



Dr. Andrea David ist promovierte Diplom-Bauingenieurin. Sie ist im Vorstand der im Jahr 2016 gegründeten, gemeinnützigen und mildtätigen ADAC Stiftung. Diese unterstützt unter anderem im Rahmen ihrer Einzelfallhilfe bedürftige Unfallopfer.



Autoren



Felix Esser studierte bis 2013 Deutsch-Tschechische Studien an den Unis Regensburg und Prag. Nach einem Unfall im selben Jahr kämpfte er sich ins Leben zurück. Als Betroffener widmet er sich seitdem intensiv dem Thema Querschnittlähmung. Heute lebt der Autor mit Familie in Regensburg. Seit 2020 ist er Peer-Berater bei der FGQ.



Dr. Ulrike Gebhardt ist promovierte Biologin und Wissenschaftsjournalistin. Seit vielen Jahren schreibt sie für Print- („Neue Zürcher Zeitung“, „Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung“) und Online-Medien („spektrum.de“) über Themen aus den Biowissenschaften und Medizin. Ulrike Gebhardt lebt in Hildesheim.



Prof. Dr. Christoph Gutenbrunner ist Abteilungsleiter und Chefarzt der Klinik für Rehabilitationsmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover und Studienleiter des German Spinal Cord Injury Survey (GerSCI). Er setzt sich weltweit für die Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen ein.



Nikola Hahn Nach ihrem Studium der Sonderpädagogik und Journalistik arbeitete Nikola Hahn zunächst als Lektorin im Verlagswesen und baute die Plattform Der-Querschnitt.de mit auf. Aktuell arbeitet sie als Projektmitarbeiterin und Online-Redakteurin für das Rechtsportal Reha-Recht.de.



Stephanie Hellstern ist seit 1992 Physiotherapeutin, sie qualifizierte sich weiter in manueller Therapie, PNF und N.A.P. 2018 legte sie erfolgreich die Heilpraktikerprüfung ab. Seit 2001 arbeitet sie in der Orthopädischen Klinik Markgröningen, wo sie Querschnittgelähmte betreut – seit 2020 ausschließlich ambulant.



Ruth Justen Als freie Journalistin arbeitet die Gastautorin des PARAplegiker seit Beginn ihrer Selbstständigkeit im Jahr 2012 unter anderem für die Fachzeitschrift ORTHOPÄDIE TECHNIK des gleichnamigen Bundesinnungsverbandes. Zuvor war sie 18 Jahre Pressesprecherin bei der Leipziger Messe.



Tanja Konrad Die Autorin ist seit 2013 Redakteurin bei Der-Querschnitt.de, dem Informationsportal der Manfred-Sauer-Stiftung. Dort ist die Kommunikationswissenschaftlerin neben dem Webmanagement und der Öffentlichkeitsarbeit für das Schreiben und Redigieren von Texten rund um das Thema Querschnittlähmung verantwortlich.



Dr. Doris Maier Die Fachärztin für Orthopädie, Physikalische Therapie und Rehabilitationsmedizin ist Chefärztin des Zentrums für Rückenmarkverletzte an der BG-Unfallklinik in Murnau. Sie ist ehemalige erste Vorsitzende der DMGP.



Stephan Neumann hat eine Verwaltungsausbildung absolviert und ist im Landesdienst beschäftigt. Als Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen engagiert er sich dort im Personalrat. In den ersten Tagen nach seiner Geburt erlitt er eine Gehirnblutung. Eine Seh- und Gehbehinderung und ein Anfallsleiden begleiten ihn bis heute.



Werner Pohl Der Fachjournalist hat mehr als drei Jahrzehnte Berufserfahrung. Er schreibt als Betroffener über Menschen und für Menschen, die mit dem Thema Querschnittlähmung zu tun haben – sei es als Betroffene oder als Angehörige.



Kevin Schultes Der Autor ist Unternehmensberater und ehrenamtlicher Vorstand für Öffentlichkeitsarbeit bei der Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V. Seit einem Unfall im Jahre 1995 ist er überzeugtes Mitglied der FGQ.



Dr. Christian Sturm ist leitender Oberarzt der Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Er ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Seit einigen Jahren arbeitet er im GerSCI-Team in der Forschung zur Lebenssituation von Menschen mit Querschnittlähmung.



Anette von Laffert Die Diplomökotrophologin und zertifizierte Ernährungsberaterin arbeitet selbstständig in Hamburg. Ihr Schwerpunkt: Beratung querschnittgelähmter Menschen. Nach einem Reitunfall 1999 ist sie querschnittgelähmt. Bei der FGQ leitet sie die ARGE Ernährung.



Ursula Willimsky Die Journalistin ist Redakteurin und Video-Autorin bei Der-Querschnitt.de, dem Informationsportal der Manfred-Sauer-Stiftung. Sie ist für das Webmanagement zuständig und schreibt Texte rund um das Thema Querschnittlähmung.

Fotos (21): Andreas Berghammer: Thomas Köhler; Dr. Andrea David: ADAC/Jasmin Rozencwajg; Felix Esser: Josef Zink; Prof. Dr. Christoph Gutenbrunner, Dr. Christian Sturm, Andrea Bökel: Daniel Hermann, Photovision DH; Ruth Justen: Stefan Hoyer; Dr. Doris Maier: BG Klinikum Murnau gGmbH; Werner Pohl: FGQ; privat; Have a nice day – stock.adobe.com

Beirat
Die Fachbeiträge des PARAplegiker werden von einem Beirat unterstützt, um die wissenschaftliche und fachliche Qualität der Zeitschrift zu erhöhen. Im Beirat des PARAplegiker sind Experten aus vielen Fachbereichen der Behandlung querschnittgelähmter Menschen vertreten; darunter sind viele Mitglieder der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP).

Mitglieder
Dr. med. Ralf Böthig
Leitender Arzt der Neuro-Urologie, BG Klinikum Hamburg gGmbH
Jörg Eisenhuth
Leitender Psychologe und Psychotherapeut, Werner-Wicker-Klinik Bad Wildungen
Veronika Geng
Pflegewissenschaftlerin, Manfred-Sauer-Stiftung
Dorothee Haas
Ergotherapeutin, BG Klinikum Murnau gGmbH
Dr. med. Heiko Lienhard
Leitender Arzt Viszeralmedizin, Werner Wicker Klinik Bad Wildungen
Dr. Doris Maier
Leitende Ärztin Rückenmarkverletzte, BG Klinikum Murnau gGmbH
Tina Mathias
Physiotherapeutin, Werner-Wicker-Klinik Bad Wildungen
PD Dr. med. Thomas Meiners
Chefarzt des Zentrums für Rückenmarkverletzte, Werner-Wicker-Klinik Bad Wildungen/Orthopädisches Schwerpunktklinikum
Klaus Pohlmann
Pflegeexperte, Werner-Wicker-Klinik Bad Wildungen
PD Dr.-Ing. Rüdiger Rupp
Leiter des Bereichs Experimentelle Paraplegiologie/Neurorehabilitation, Universitätsklinikum Heidelberg
Felix Schulte
Geschäftsführer der Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V. (FGQ)
Prof. Dr. med. Roland Thietje
Chefarzt des Querschnittgelähmten-Zentrums, BG Klinikum Hamburg gGmbH
Prof. Dr. med. Norbert Weidner
Ärztlicher Direktor der Klinik für Paraplegiologie, Universitätsklinikum Heidelberg
Andreas Wendl
Pflegeexperte, BG Klinikum Murnau gGmbH
Dr. Andreas Wolff
Leitender Oberarzt der Neuro-Urologie, BG Klinikum Murnau gGmbH

Vorschau Herbstausgabe 2021



Foto: stock.adobe.com – Halfpoint

Krankheitsbedingte Querschnittlähmungen

Die Gründe für den Eintritt einer Querschnittlähmung haben sich in den letzten Jahren deutlich verändert. Früher dominierten mit fast 80 Prozent die Unfallfolgen. Die nicht-traumatischen, also krankheitsbedingten Querschnittlähmungen nehmen erheblich zu – bedingt durch die demografische Entwicklung. Ihr Anteil liegt inzwischen bei rund 55 Prozent. Das zeigen aktuelle Zahlen aus den deutschen Querschnittgelähmtenzentren. Die häufigsten Ursachen sind Gefäßerkrankungen, Durchblutungsstörungen und Tumore, gefolgt von der Skelettdegeneration aufgrund einer Osteoporose, von Infektionen und anderen entzündlichen Erkrankungen. Dadurch steigt auch das durchschnittliche Eintrittsalter einer Querschnittlähmung, das aktuell mehr als 61 Jahre beträgt. Dies hat wiederum Auswirkungen auf die Versorgung, aber auch auf die Reha-Ziele und Perspektiven der Betroffenen. In der nächsten Ausgabe des PARAplegiker steht die krankheitsbedingte Querschnittlähmung im Fokus.

Außerdem:

Therapie: Chronische Schmerzen
Menschen: Beruf „Speaker“

Impressum

Der PARAplegiker ist das Mitgliedermagazin der Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V. (FGQ), Lobbach. Das Magazin erscheint vierteljährlich.

Herausgeber & Aboservice
Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V. (FGQ), Geschäftsstelle
Neurott 20 · 74931 Lobbach
Tel.: 06226-960211
E-Mail: info@fgq.de · www.fgq.de

Redaktion
Sabine Ziegler (V.i.S.d.P.)
Susanne Schulte-Mausbeck (CvD)
Kevin Schultes
E-Mail: redaktion@fgq-paraplegiker.de

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe
PD Dr. Frank Rainer Abel, Andreas Berghammer, Andrea Bökel, Loan Brossmer, Dr. Harvinder Singh Chhabra, Elisa Chirino, Dr. Andrea David, Felix Esser, Dr. Ulrike Gebhardt, Prof. Dr. Christoph Gutenbrunner, Nikola Hahn, Stephanie Hellstern, Ruth Justen, Tanja Konrad, Dr. Doris Maier, Stephan Neumann, Werner Pohl, Dr. Christian Sturm, Anette von Laffert, Ursula Willimsky, Martin Zak (Cartoon)

Gestaltung
Anke Wiesborn, einsatz kreativbüro, Bochum

Lektorat
Ruth Justen, freie Journalistin, Leipzig

Anzeigen
Christian Jägemann
Tel.: 0170-4019253
E-Mail: christian.jaegemann@fgq-paraplegiker.de

Verlag
OT-Medien GmbH
Reinoldistr. 7–9 · 44135 Dortmund
Tel.: 0231-557050 80

Druck
Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co KG, Gießen
Auflage: 10.000 Exemplare

Nachdruck, Einspeisung ins Internet und Vervielfältigung der im PARAplegiker erscheinenden Beiträge auf Datenträgern bedürfen der schriftlichen Genehmigung des Herausgebers. Für den Inhalt der geschalteten Anzeigen und für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Unterlagen wird keine Gewähr übernommen. Die im PARAplegiker veröffentlichten Links sind sorgfältig recherchiert. Die Redaktion ist jedoch nicht für die Inhalte der verlinkten Seiten verantwortlich – hier haftet allein der Anbieter der jeweiligen Website. Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird zumeist auf die Unterscheidung in weibliche und männliche Schreibweise verzichtet – mit „Leser“ sind somit sowohl Leserinnen als auch Leser gemeint.



Foto: stock.adobe.com – bubutu

Warum gibt es keinen Rechtsanspruch auf Ästhetik?

Die meisten Menschen assoziieren mit dem Begriff der Barrierefreiheit die Abwesenheit von physischen Hindernissen. Abgesenkte Bordsteinkanten, gute Anbindung an den ÖPNV, Behindertenparkplätze und ein urbanes Umfeld, das auf Rädern gut zu bewältigen ist – auch wenn noch lange nicht alles so ist, wie es wünschenswert wäre, ist in den zurückliegenden 30, 40 Jahren in Sachen Barrierefreiheit viel passiert.

Umso verwunderlicher, dass dieser Trend an ein paar wesentlichen Aspekten des Alltags von Menschen mit Behinderung komplett vorbeigegangen ist.

Automobile Freiheit ist für die meisten Rollstuhlnutzer mehr oder weniger selbstverständlich. Dem Fahrzeugkauf folgt obligatorisch der Gang zum Umrüster. Eine Vielzahl von körperlichen Einschränkungen lässt sich mit moderner Technik kompensieren. So weit, so gut. Aber wie sieht das in der Praxis aus? Da wird hochwertigen Pkw, auf deren optisch perfekte Gestaltung hoch bezahlte Designer unzählige Arbeitsstunden verwendet haben, ein ungeschlachter Zieh-mich-drück-mich-Hebel für die Handbetätigung von Gas und Bremse mit offenem Gestänge bis in den Fußraum hinein eingepflanzt. Dem Rollstuhleinzug fällt die Nutzbarkeit der kompletten Rücksitzbank zum Opfer und seine nur dürftig verkleideten Bauteile verleihen dem Innenraum fremdkörperhaft die Anmutung einer Industriefertigungsanlage. Natürlich gibt es auch gelungene Lösungen. Aber selbstverständlich sind die nicht.

Wenig Eleganz

Ein hochgelähmter E-Rollstuhlnutzer lenkt sein Gefährt per Kinnsteuerung. Mit einer Kopfbewegung wird ein Schalter in der Kopfstütze betätigt, der diese bei Bedarf vorschwenkt oder zurückfährt. So weit, so gut. Aber das Bauteil ist aus einer Unzahl von Einzelkomponenten zusammengeschustert, gegen die die ersten Bastelversuche eines Sechsjährigen mit Fischertechnik elegant wirken. Und es beansprucht einen Schwenkradius, der den Platzbedarf der Gesamtkonstruktion absurd vergrößert. Und weil der Nutzer nur über eine eingeschränkte Halsmuskulatur verfügt, kommt es beim Überfahren von Schwellen zu Fehlfunktionen wegen irrtümlicher Schalterbetätigung. Für das Sanitätshaus ist die Sache in Ordnung. Schließlich handele es sich um eine komplizierte „Sonderanfertigung“.

Hauptsache Funktion

Diesen Beispielen ließen sich beliebig weitere hinzufügen. Wer behinderungsbedingt auf Hilfsmittel angewiesen ist, dem wird in Sachen ästhetisches Empfinden einiges zugemutet. Gilt in Designerkreisen gemeinhin der Leitsatz „Die Form folgt der Funktion“, wird in den Bastelstuben der Branche nur zu oft nach dem Grundsatz verfahren „Hauptsache Funktion, die Form ist egal.“ Das hindert die Verursacher freilich nicht daran, ihr Tun mit exorbitanten Summen in Rechnung zu stellen. In anderen Handelszweigen würde man für eine solche Relation zwischen Rechnung und Resultat gesteinigt. Und das zu Recht.

Schon anhand von Steinzeitfunden lässt sich belegen: Es war den Menschen zu allen Zeiten ein Bedürfnis, die Dinge des täglichen Gebrauchs nicht nur zweckmäßig, sondern auch schön zu gestalten. Vor hundert Jahren begann mit der Gründung des Bauhaus eine Revolution im Industriedesign. Vor fünfzig Jahren gelang es mit aus heutiger Sicht bescheidenen technischen Mitteln, Menschen zum Mond und sicher zurück zur Erde zu bringen. Es mangelt also weder an Erkenntnis noch an Vermögen. Davon zeugt nicht zuletzt eine Vielzahl von Industrieprodukten, die diesen Fortschritt dokumentieren. Schön für die Menschheit. Noch schöner wäre es, wenn davon wirklich alle profitieren könnten. *Werner Pohl*



Zenit

Ästhetisch leicht

Das Easy-Go-Faltsystem in Kombination mit einem geringen Eigengewicht sorgt für ein müheloses Aufstellen und bietet gleichzeitig ein hohes Maß an Stabilität. Zahlreiche Einstellmöglichkeiten, sowie eine umfangreiche Rahmenfarbenauswahl verleihen dem minimalistischen Design Individualität.

Mit dem Sitzkissen Terra Flair – die optimale Ergänzung