PARA*plegiker*

Das Magazin für den Querschnitt.



Themenschwerpunkt: Hilfsmittel

Gesundheit

Resilienz – verborgene Kraft, Schicksalsschläge zu meistern

Reise

Raus in die Natur und rein ins Zelt

Sommer 2024

Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V.

DMGP Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie

LIFEWARD

„AUF AUGENHÖHE ZURÜCK IN DEN ALLTAG“

ReWalk™



Anerkanntes Hilfsmittel
(23.29.01.2001)

ReWalk Exoskelett
für komplette und inkomplette Paraplegiker

» Erstattungsfähig
» Anspruch auf Versorgung bei vorliegenden med. Voraussetzungen
» Das Lifeward Team begleitet Sie als Leistungserbringer vom ersten Kontakt bis zur erfolgreichen Versorgung und darüber hinaus

Werden Sie **ReWalker**!
Für mehr Informationen scannen Sie den QR-Code!

Lifeward GmbH
Leipziger Platz 15
10117 Berlin
Tel: 030 25 89 50 80
kontakt@golifeward.com
golifeward.com

Von kleinen und großen Hilfen



Foto: Vanessa Wunsch

Elisa Chirino eröffnet mit dem Editorial den PARAplegiker.

Liebe Leserin, lieber Leser,

ob orthopädische Schuheinlagen, Kompressionsstrümpfe, Brillen und Hörgeräte oder Duschhocker: Fast jeder Mensch benötigt im Laufe seines Lebens medizinische Hilfsmittel, die einen nur für einen begrenzten Zeitraum, die anderen dauerhaft. Ihr Anwendungsgebiet erstreckt sich sprichwörtlich vom Scheitel bis zur Sohle.

Ausgleich für verlorene Funktionen

Bei querschnittgelähmten Menschen gleichen die Hilfsmittel verlorene Funktionen aus, halten sie fit und mobil oder helfen, Komplikationen zu vermeiden und nicht zuletzt – im Rahmen des Möglichen – ein selbstbestimmtes Dasein zu führen. Gerade uns Tetraplegikern ermöglichen die richtigen Hilfsmittel ein zusätzliches Stück Freiheit und Selbstständigkeit. Beispiele hierfür sind Esshilfen, Umweltkontrollgeräte oder auch ein Elektrorollstuhl mit Stehfunktion, den ich nutze. Zugegeben, dieser ist ein teures Equipment, aber letztlich jeden Cent wert, da er meine Reichweite deutlich vergrößert. In dieser Ausgabe berichten auch Peers der FGQ über die für sie wichtigen und wertvollen Hilfsmittel (Seiten 17 bis 19).

Herausforderungen bei der Versorgung

Die FGQ ist häufig Ansprechpartner, wenn es Probleme bei der Hilfsmittelversorgung gibt. Betroffene berichten von der zeit- und energieraubenden Auseinandersetzung mit Kostenträgern, langwierigen Antrags- und Genehmigungsverfahren sowie den Mangel an adäquaten Versorgungsstrukturen. Nicht selten müssen weite Strecken in Kauf genommen werden, um etwa kompetente Ansprechpartner für die Rollstuhlversorgung zu finden. Ist das Hilfsmittel dann bewilligt und ausgeliefert, bleibt noch, einen sicheren Umgang mit beispielsweise dem Rollstuhl zu erlernen. Auch hierzu berichtet der aktuelle PARAplegiker. In Form der sehr erfolgreichen Mobitage in Kooperation mit dem Deutschen Rollstuhl-Sportverband e.V. (Seite 8) sowie das tolle, von Lisa und David Lebuser gegründete Projekt SIT’N’SKATE (Seiten 40 und 41). Beide Angebote wollen zu mehr Aktivität und Lebensqualität beitragen.

Unterschiedliche Perspektiven

Der PARAplegiker nimmt in der Sommerausgabe die Versorgungssituation mit Hilfsmitteln in den Blick und berichtet aus verschiedenen Perspektiven. Betroffene, Verordner, Therapeuten, Versorger und Kostenträger kommen zu Wort. Über die aktuell desolate Situation für die Leistungserbringer berichtet Kirsten Abel, Sprecherin des Präsidiums des Bundesinnungsverbandes für Orthopädie-Technik und Generalsekretärin des Bündnisses „Wir versorgen Deutschland“ (Seiten 33 bis 35). Unser Autor Stephan Neumann von der ARGE Recht und Soziales hat schließlich in einer Übersicht zusammengestellt, welcher Kostenträger für welche Hilfsmittel zuständig ist (Seiten 36 und 37).

Noch mehr Hilfsmittel

Zu guter Letzt kommen wir in dieser und den kommenden Ausgaben des PARAplegiker auf ein weiteres wichtiges Hilfsmittel zu sprechen: den Blasenkatheter. Gleich der erste ISK-Tag war mit Tipps und Informationen ein voller Erfolg. Weitere sind bereits geplant (Seite 6 und Seiten 24 bis 25).

Langjährige Querschnittgelähmte wissen, dass man sich im Laufe der Zeit neue Strategien aneignet, um Restfunktionen optimal zu nutzen und mit Tricks und Kniffen Dinge ohne Hilfen zu erledigen, wie etwa den Transfer ohne das Rutschbrett oder der bewusste Verzicht auf die Ess-Schlaufe oder das gebogene Besteck. Denn das beste Hilfsmittel ist am Ende dasjenige, welches wir nicht brauchen!

Einen schönen Sommer wünscht Ihre
Elisa Chirino

Inhalt



Foto: FGQ/Werner Kuhlmey

FGQ News

Die Politik der Teilhabe

Im Mai fand in Berlin der jährliche ESCIF-Kongress statt – organisiert von der FGQ. Thematisch stand die Teilhabepolitik im Mittelpunkt. Sightseeing und ein Gruppenfoto vor dem Brandenburger Tor durften natürlich nicht fehlen. In der Herbstausgabe berichtet der PARAplegiker ausführlich.



Foto: Werner Wicker Klinik

Interview

Luft nach oben

Tina Mathias ist Physiotherapeutin in der Werner Wicker Klinik in Bad Wildungen und Bernhard Möhring Ergotherapeut im Neurologischen Rehazentrum Godeshöhe. Im Interview berichten sie u. a., wie sich die Hilfsmittelversorgung im Laufe der Jahre verändert hat und wo sie Herausforderungen erleben.



Foto: stock.adobe.com – Sewcreamstudio

Gesundheit

Hilfsmittel Katheter

Die Lähmung der Blase gehört für viele querschnittgelähmte Menschen zu den schwersten Folgen. Christina Kunkel, Krankenschwester und Urotherapeutin, gibt im ersten Teil der Reihe zum Thema ISK Tipps und Tricks dazu, was bei Hygiene und Desinfektion zu beachten ist.

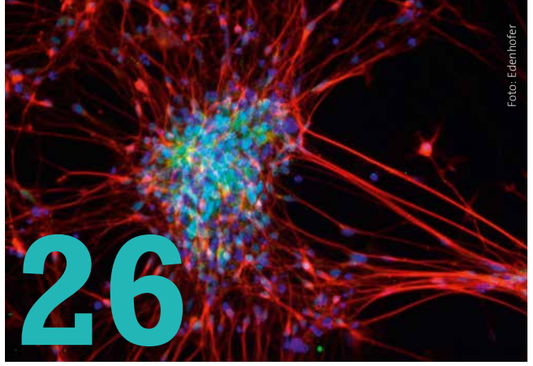


Foto: Edenhofer

Medizin & Forschung

Die Blockade blockieren mit neuen Medikamenten

In den USA erhalten Patienten in einer klinischen Studie erstmals den Wirkstoff NVG-291. Dieser soll die Regeneration von Nervenzellen fördern. Wie wirkt die Substanz, wie läuft die aktuelle Studie ab und welche Hürden muss die Wissenschaft überwinden? Dr. Ulrike Gebhardt hat nachgefragt.



Recht & Soziales

Wer zahlt welche Hilfsmittel?

Gesetzliche Krankenkasse, Pflegeversicherung und Unfallversicherung sind nur drei mögliche Kostenträger. Doch wer zahlt was? Der PARAplegiker stellt in einer Tabelle das Leistungsspektrum verschiedener Kostenträger dar und erläutert die Voraussetzungen der Kostenübernahme von Hilfsmitteln und weiteren Leistungen.

Grafik: stock.adobe.com – Icons-Studio

FGQ NEWS

06 Sicher kathetern bei Störungen der Blasenfunktion – erster ISK-Tag der FGQ in Köln
08 Aktiv mit Querschnittlähmung: Mobitage in Bayreuth und Hamburg
10 Die Politik der Teilhabe: ESCIF-Kongress 2024 in Berlin
12 Bis die Stühle fliegen: Neues Rollstuhlrugby-Dokumentationsvideo

FAKTEN

13 Hilfsmittel & Co.

PEERS

14 Peer-Team in Koblenz: Geballte Vielfalt und Erfahrung
17 Lieblingshilfsmittel: Peers berichten

INTERVIEW

20 Luft nach oben – Herausforderungen bei der Hilfsmittelversorgung

GESUNDHEIT

22 Resilienz – die verborgene Kraft, Schicksalsschläge zu meistern
24 Hilfsmittel Katheter

MEDIZIN & FORSCHUNG

26 Regeneration von Nervenzellen: Die Blockade blockieren mit neuen Medikamenten

INTERVIEW

29 Die Grenzen der Solidargemeinschaft
30 Hilfsmittel und Pflege gemeinsam denken

RECHT & SOZIALES

32 Cartoon
33 Hilfsmittelversorgung 2024: Komplett aus dem Blick geraten
36 Wer zahlt welche Hilfsmittel?

KOMMENTAR

38 Das System krankt

MENSCHEN

40 Durchs Leben skaten

MOBILITÄT

42 Carsharing für alle?

REISE

44 Raus in die Natur und rein ins Zelt

ERNÄHRUNG

46 Hamburger Pannfisch mit Bratkartoffeln und Gurkensalat
47 Senf – der gesunde Scharfmacher

SERVICE

48 Arbeitsgemeinschaften (ARGE) der FGQ
48 Autoren
50 Vorschau I Beirat I Impressum

DAS ALLERLETZTE

51 Sie können mich mal

Titelfoto: stock.adobe.com – Sascha

Themenschwerpunkt: Hilfsmittel

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

QR-Code scannen und direkt zur Webseite gelangen



Foto: Pascal Lieng

Menschen

Durchs Leben skaten

David und Lisa Lebuser haben vor zehn Jahren SIT'N'SKATE ins Leben gerufen. Ihr Ziel ist es, skatebegeisterte Kids in die Skateszene zu inkludieren, ihnen mehr Sicherheit mit dem Rollstuhl zu geben und damit mehr gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

Ernährung

Pannfisch mit Bratkartoffeln

Das Hamburger Peer-Team hat ein typisches Gericht aus dem Norden Deutschlands zubereitet: Pannfisch mit Bratkartoffeln. Dazu gibt es einen erfrischenden Gurkensalat.



Fotos (3): privat, stock.adobe.com – Alexander Raths, Naoki Kim

Sicher kathetern bei Störungen der Blasenfunktion

Erster ISK-Tag der FGQ in Köln

Der Intermittierende Selbstkatheterismus (ISK) ist seit Jahren Goldstandard zur Blasenentleerung bei Menschen mit Neurogener Dysfunktion des unteren Harntraktes. Dies betrifft auch viele Menschen mit Querschnittlähmung. Viele Betroffene und Pflegepersonen sind noch unsicher mit der Anwendung des ISK. Hier möchte die FGQ Abhilfe schaffen.



ISK-TAG
Versorgung der neurogenen Blase

Termine vormerken

Die nächsten ISK-Tage:
9. November in München
1. März 2025 in Hamburg

Hier geht es zur Anmeldung

Die Referentinnen Dr. Antje Foresti (l.) und Evelyn Faber (r.) nutzten den Tag auch für den persönlichen Austausch.

Aus diesem Grunde veranstaltete die FGQ mit Unterstützung von PubliCare, Hollister und Farco am 16. März 2024 in den Räumlichkeiten von PubliCare in Köln den ersten ISK-Tag. Hier erwarteten die Teilnehmer mehrere Fachvorträge, die das Thema des Tages aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchteten.

Einführung in die Themen Neurogene Blase und ISK

Dr. Antje Foresti, Fachärztin für Urologie am Zentrum für Kontinenz und Neuro-Urologie der Kliniken Maria Hilf in Mönchengladbach, gab zunächst eine medizinische Einführung in die Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie der neurogenen Blase. Hierbei wurden die Grundlagen der Miktionssteuerung und verschiedene Arten der Fehlfunktionen der Blase erläutert. Die Urotherapeutin der Klinik für Urologie und Kinderurologie der Universitätsklinik Bonn, Evelyn Faber, ging anschließend auf die notwendigen Voraussetzungen, mögliche Herausforderungen und die aktuelle Versorgungslage beim ISK ein. Wichtig hierbei ist die Aufklärung über die Indikation von ISK, über die verschiedenen zur Verfügung stehenden Hilfsmittel und eine Schritt-für-Schritt-Anleitung zur sicheren Durchführung.



Brigitte Sensenschmidt
Tetraplegikerin, inkomplett, C4, QSL seit 2021

„Meine Erwartungen nach Informationen zu neurogenen Blasenfunktionsstörungen wurden nicht nur voll erfüllt, sondern sogar noch übertroffen. Der gesamte Rahmen der Veranstaltung war darüber hinaus sehr angenehm und unterstützend.“



Sie gaben viele Informationen: (v. l. n. r.) Evelyn Faber, Christina Kunkel, Conny Runge, Dr. Antje Foresti, Quentin Leidl.

Therapieoptionen und praktische Tipps für den Alltag

Unterschiedliche Therapieoptionen bei Neurogener Detrusorüberaktivität (NDO) stellte Quentin Leidl, Medical Manager von Farco vor. Er erklärte verschiedene medikamentöse Therapien, welche die Blasenmuskeln entspannen und operative Verfahren. Praktische Tipps für die Anwendung des ISK im Alltag gaben Christina Kunkel vom WissWerk, der Fortbildungsstätte von PubliCare, und die FGQ-Peer Conny Runge. Beispielsweise werden, um den ISK auch unterwegs problemlos durchführen zu können, verschiedene Hilfen wie Spiegel, Beleuchtung und Hosenhalter eingesetzt.

Positive Rückmeldungen und Wunsch nach Fortsetzung

Bei der abschließenden Feedbackrunde war die Begeisterung der Teilnehmenden deutlich zu spüren. Die unterschiedlichen Ansätze der Vorträge wurde ebenso gelobt wie die Informationsvielfalt. Nicht zuletzt wurde der Wunsch nach einer Wiederholung des ISK-Tages in anderen deutschen Städten und einer eventuellen Ausweitung des Themas auf neurogene Darmfunktionsstörungen – der Zusammenhang zwischen Blase und Darm wurde von alle Referentinnen und Referenten betont – mehrfach geäußert. Die FGQ bedankt sich herzlich bei allen Beteiligten für die gelungene Veranstaltung.

Maris Metz



Die Teilnehmer verfolgten mit großem Interesse die Vorträge.



Björn Lohmann
Paraplegiker, komplett, TH 5/6, QSL seit 1996

„Auch wenn mir von den gegebenen Informationen bereits vieles bekannt war, fand ich den Tag gut und der alte Spruch hat sich wieder bewahrheitet: Man lernt nie aus.“

Probefahren: **REHACARE Düsseldorf,** 25.–28. September 2024



Händler finden und Probefahren: **www.swisstrac.ch**

SWISS•TRAC

Fotos (5): FGQ

Aktiv mit Querschnittlähmung

Mobitage in Bayreuth und Hamburg

Die beiden ersten gemeinsamen Mobilitätstage von FGQ und dem Deutschen Rollstuhl-Sportverband (DRS) des Jahres 2024 fanden am 22. März in Bayreuth und am 6. April in Hamburg statt.



Termine vormerken

Die nächsten Mobitage
6. Juli: Bad Wildbad
21. September: Beelitz
9. November: Hessisch-Lichtenau

Hier geht es zur Anmeldung

„Die Vorträge waren kurz, aber informativ und die Klinikabteilungen haben ihre Unterstützung angeboten. Das Aktivprogramm war ein guter Mix.“



Bianca Neubig
Tetraplegikerin, komplett, C6/7, QSL seit 2000

Vielfalt in der Theorie …

Interessante Informationen wurden im Theorieteil der Mobilitätstage vermittelt. FGQ und DRS stellten ihre Arbeit vor und Medizin, Sozialdienst, Physio-, Ergo- und Sporttherapie gaben Einblick in ihre Rolle in der Rehabilitation. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten wertvolle Hinweise zu den Themen Ernährung und Bewegung bei Querschnittlähmung sowie zur Beantragung und Anpassung von Mobilitätshilfsmitteln. In verschiedenen Auslagen von FGQ, DRS und den regionalen Behindertensportverbänden konnten sich die Anwesenden Anregungen holen, welche Sportarten man auch mit Querschnittlähmung betreiben kann. Nach den Vorträgen konnten die Zuhörerinnen und Zuhörer Fragen stellen. Prominenter Zuspruch erhielt die Mobilität bei Querschnittlähmung in Bayreuth durch den Landestrainer Rollstuhlbasketball des Behinderten- und Rehabilitations-Sportverbands Bayern Sebastian Gillsch und in Hamburg durch die Schwimmerin Kirsten Bruhn, die an drei paralympischen Spielen teilnahm.

… und in der Praxis

Nach einem Imbiss zur Stärkung folgte der praktische Teil des Tages. Abwechslungsreiche Stationen luden zum Ausprobieren ein: In Bayreuth konnte beispielsweise das Reaktionsvermögen an einem Tischtennisroboter oder das Fahrvermögen in verschiedenen Sportrollstühlen getestet werden. Ein Elektrorollstuhl, mit dem man auch Treppen überwinden kann, stand ebenfalls zur Erprobung zur Verfügung. Beim Mobilitätstag in Hamburg wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in zwei Gruppen eingeteilt: In der Sporthalle luden Rampen zu Balanceübungen ein, konnte gemeinschaftlich Boccia oder eine Partie Tischtennis gespielt werden. In der Schwimmhalle übten sich Mutige im Stand-up-Paddling oder schwammen eine Runde im Becken.

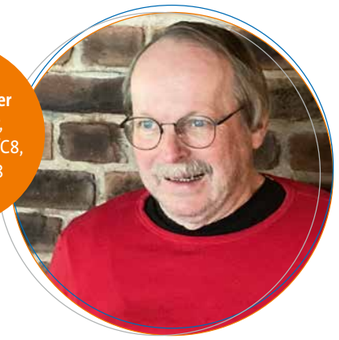
Fotos (4): FGQ, privat

Feedback der Teilnehmer

Nicht nur die Teilnehmerzahl zeugt von dem Anklang dieser beiden Veranstaltungen. Sage und schreibe 85 Personen besuchten die Veranstaltung in Bayreuth und auch die Mobitage in Hamburg waren gut besucht. Auch die FGQ-Peers empfehlen einen Besuch bei den Mobilitätstagen. Die Bayreuther Peers lobten vor allem die Kurzweiligkeit der Vorträge. Ausgeweitet werden könnten das Getränkeangebot in den Pausen und die Zeit für Gedankenaustausch zwischen den Vorträgen.

Maris Metz

„Mir persönlich hat die Vielzahl der spannenden, kurzweiligen und interessanten Vorträge gefallen. Ich hätte mir zwischen den einzelnen Vorträgen noch etwas mehr Zeit zum Gedankenaustausch gewünscht.“



Richard Kastner
Tetraplegiker, inkomplett, C7/C8, QSL seit 1978

„Ich konnte mit anderen Teilnehmern sprechen und sie waren alle glücklich. Jeder konnte von den vielfältigen Angeboten etwas mitnehmen. Der Mobilitätstag hat mir gut gefallen.“



Sascha Schrön
Tetraplegiker, komplett, C5, QSL seit 2008







ESCIF BERLIN 22.-25.05.2024
The Politics of Participation

Die Politik der Teilhabe

ESCIF-Kongress 2024 in Berlin

Vom 22. bis zum 25. Mai fand in Berlin der jährliche Kongress der European Spinal Cord Injury Federation (ESCIF), dem Dachverband der europäischen Organisationen für Menschen mit Querschnittlähmung, statt. Organisiert und durchgeführt wurde die Veranstaltung vom deutschen Mitgliedsverband, der Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e. V. (FGQ). Fast 60 Teilnehmer aus 24 europäischen Ländern sowie mehrere prominente Referenten nahmen an dem Netzwerkkongress teil. Die Schirmherrschaft übernahm der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Jürgen Dusel.

2024 stand die Teilhabepolitik thematisch im Mittelpunkt des Kongresses, der am 23. Mai 1994 zeitgleich mit dem Staatsakt zum 75-jährigen Bestehen des Deutschen Grundgesetzes eröffnet wurde und Bezug nahm auf das 30. Jubiläum der Grundgesetzerweiterung „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“. Die Vision der ESCIF ist es, die Lebensqualität von Menschen mit einer Querschnittlähmung in allen Teilen Europas nachhaltig zu verbessern. Die Mitgliedsorganisationen der ESCIF sollen dazu in die Lage versetzt werden, höchste Dienstleistungsstandards für die Gemeinschaft der Menschen mit einer Querschnittlähmung zu erbringen.

Der Jahreskongress ist Plattform, um sich aktiv auszutauschen und voneinander zu lernen. In diesem Jahr wurden die bisherigen Bemühungen der europäischen Organisationen für Menschen mit einer Querschnittlähmung vorgestellt, deren Teilhabe zu verbessern. Mehrere Workshops gaben wichtige Impulse für die weitere politische Arbeit der ESCIF-Mitgliedsorganisationen und auch das typisch Berliner Freizeitprogramm kam nicht zu kurz. Der PARAplegiker berichtet hierzu ausführlich in der Herbstausgabe.

Kevin Schultes

Mit großzügiger Förderung:

Gefördert durch die Aktion Mensch
Heidehof Stiftung
Comeback Barbara Rauck Stiftung
Schweizer Paraplegiker Stiftung
DGUV Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband

Wir bedanken uns für die Unterstützung.

LIFEWARD
FARCO
HUMANITAIR Pflegedienst GmbH
QUIRIN PRIVATBANK
PubliCare
liftberater WIR BRINGEN SIE NACH OBEN
ERGO
Wellspect A REAL DIFFERENCE
RWE

Die Teilnehmer des ESCIF-Kongresses erlebten Berlin bei schönstem Wetter!

Weitere Infos zur ESCIF:

Foto: FGQ, Simone Kuhlmey

Bis die Stühle fliegen

Neues Rollstuhlrugby-Dokumentationsvideo

Es knallt – es kracht – es scheppert. Bestenfalls kollidiert hier nur Metall auf Metall. Das ist unter anderem das, was Rollstuhlrugby für mich ausmacht. Diese Symbiose aus Schach und Autoscooter – diese perfekte Mischung aus Taktik und Kollision.

Wer von dieser paralympischen Sportart noch nichts gehört hat, kann sich jetzt mit einem neuen Video ein Bild davonmachen! Das Video gibt einen faszinierenden Einblick in die Welt des Rollstuhlrugbys, einem Sport, der oft unterschätzt wird, aber unglaubliche Leidenschaft, Geschick und Teamarbeit erfordert. Rollstuhlrugby, auch bekannt als Quad Rugby oder Murderball, folgt spezifischen Regeln, die dem Spiel eine einzigartige Dynamik verleihen. Das Video zeigt einen Gesamtüberblick über die Spielweise, die Klassifizierung, die Regeln und die besonders wichtigen Helfer auf. Vor allem geht es aber auch um die zwischenmenschliche Komponente dieses Sportes und was bzw. wie viel diese jedem einzelnen Beteiligten im Alltag gibt.



Foto: Chérie Harris

Moritz Brückner, selbst Rugbyspieler, stellt in einem Dokumentarfilm den Sport vor.

In Deutschland ist der Rollstuhlrugby-Ligabetrieb eine kleine, überschaubare Community. Man kennt sich, schätzt sich und hilft sich gerne aus, mit Rat – manchmal sogar Rad – und Tat! Spielerinnen und Spieler kommen aus verschiedenen Vereinen zusammen, um ihre Leidenschaft für den Sport zu teilen und Freundschaften zu schließen. Rookies, also noch unerfahrene Profisportler, lernen von alten Hasen – und das nicht nur auf dem Feld. Jeder nimmt auch Tipps und Tricks zur Lebensführung in den Alltag mit, wenn man schon die Chance hat, sich mit so vielen Menschen mit einer sehr ähnlichen Behinderung auszutauschen.

Ich selbst bin 25 Jahre alt und seit einem Surfunfall vor fünf Jahren querschnittgelähmt. Für mich war sofort klar, dass ich nach der Erst-Reha sofort wieder einen Sport für mich finden muss, in dem ich mich auch als Tetraplegiker so richtig auspowern und gleichzeitig in einem Teamsport mit anderen messen kann. Somit war Rollstuhlrugby die perfekte Wahl.

Moritz Brückner

Hier geht es zum YouTube-Video



Das Stehbett für zu Hause

Das Multidorm Flex ist optimal für das passive Stehtraining in der häuslichen Pflege geeignet.

Das regelmäßige Stehen verbessert die physische Basis und steigert somit das gesamte Wohlbefinden. Für eine Kommunikation auf Augenhöhe.





Für das tägliche Stehtraining

Tägliches Stehtraining ist ein wichtiger Teil von Rehabilitationsmaßnahmen nach Unfällen sowie für Menschen mit dauerhaften körperlichen Beeinträchtigungen.

Professionelle Stehgeräte bereiten den Patienten auf das Gehtraining vor oder sorgen jeden Tag für ein Stück Selbstständigkeit und Wohlbefinden.





ISKOmed

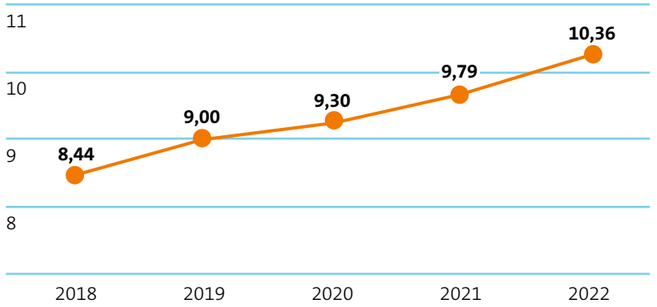
ISKO Koch GmbH · Egerländer Str. 28 · 95448 Bayreuth

Beratungstelefon: **0921 150 845-0**

www.iskomed.de

Hilfsmittel & Co.

Ausgaben für Hilfsmittel der GKV (Angaben in Mrd. Euro)



Quelle: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp

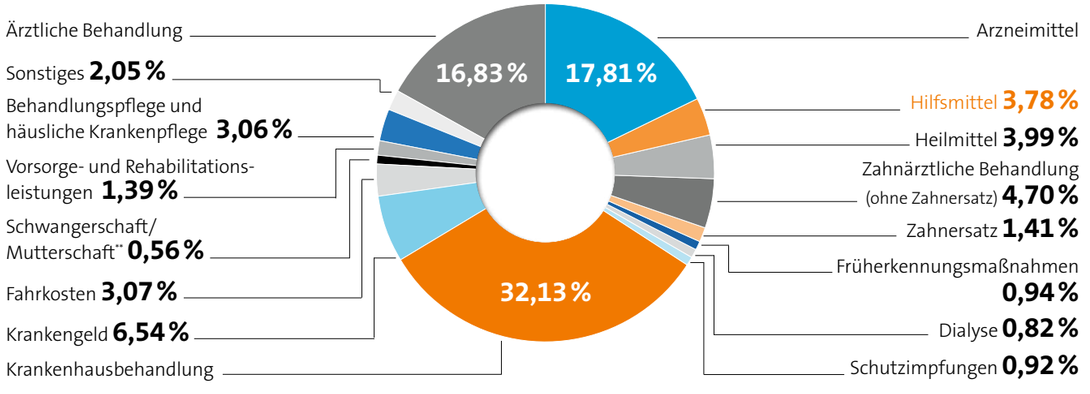
Ausgaben der Barmer im Jahr 2022 nach Produktgruppen

(Angaben in Mio. Euro)

		Entwicklung zum Vorjahr in %
Inhalations- und Atemtherapiegeräte	1.075,6	+3,8
Messgeräte für Körperzustände	1.019,7	+7,3
Orthesen/Schienen	861,5	+3,4
Kranken-/Behindertenfahrzeuge	802,2	+14,2
Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	722,0	+1,6
Applikationshilfen	704,4	+1,0
Inkontinenzhilfen	673,7	+0,9
Einlagen	556,4	-0,3
Prothesen/Epithesen	452,0	+17,5
Stomaartikel	383,3	-0,5
Schuhe	367,6	+2,2
Elektrostimulationsgeräte	165,1	+53,3
Hilfsmittel gegen Dekubitus	144,5	+8,0
Bandagen	142,5	+2,4
Hilfsmittel Tracheostoma	96,1	+1,1
Absauggeräte	91,9	-4,3
Sitzhilfen	78,0	+1,2

Quelle: Barmer Hilfsmittelreport 2023

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2022



* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehem. sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten. ** ohne stationäre Entbindung
Summen können rundungsbedingt abweichen. Quelle: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp

Grafiken: stock.adobe.com – A Oleksii, Chistoprudnay, Stockgiu, Blacker Studio, Gopal, Aleksandr, Turgay Gasimli (2), Inna

Peer-Team in Koblenz:

Geballte Vielfalt und Erfahrung

In der Nähe des Rheins in Koblenz liegt das Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein, das unter anderem ein Behandlungszentrum für Querschnittgelähmte beherbergt. 2018 wurde dort die Peer-Arbeit neu aufgestellt. Die Menschen hinter dieser Beratungstätigkeit möchten wir in dieser PARAplegiker-Ausgabe vorstellen.



„Tina hat Erfahrungen in vielen Bereichen des Lebens. Joachim ist ein besonderes Bindeglied zwischen uns Peers, den Patienten und dem Klinikpersonal.“

Diana Kolbe

Erfahrungen weitergeben und Zuversicht vermitteln

Eine Stärke des Koblenzer Teams ist seine Vielfältigkeit. Das Team besteht aus vier Peers: Diana Kolbe, Tina Huckestein, Peter Schön und Joachim Albrecht. „Wir sind sowohl nach Geschlecht als auch nach Alter eine gute Mischung“, stellt Diana Kolbe fest. „Wir verstehen uns auch menschlich sehr gut und ergänzen uns durch unsere Fähigkeiten: Unsere Teamleiterin Diana organisiert sehr gut und hat gute Menschenkenntnis und Peter hat eine enorme Erfahrung in allen Lebensbereichen im Rollstuhl und kann so gute Tipps geben, wie man zum Beispiel barrierefreie Hotelzimmer findet“, beschreibt die 60-Jährige komplette Paraplegikerin Tina Huckestein die Teammitglieder. Diana Kolbe ergänzt: „Tina hat eine große Erfahrung in vielen Bereichen des Lebens, Joachim, den wir alle Jojo nennen, ist ein besonderes Bindeglied zwischen uns Peers, den Patienten und dem Klinikpersonal. Er ist zusätzlich zu seiner FGQ-Tätigkeit als Patientenberater im Querschnittzentrum angestellt und kennt sich auch medizinisch gut aus.“ Das gesamte Team betrachtend, konstatiert der 68-jährige, komplett auf Höhe TH3 gelähmte Peter Schön: „Jeder Einzelne von uns hat aus seinem Leben etwas gemacht und genau das wollen wir den Patienten vorleben: Man kann auch als Rollstuhlfahrer ein gutes Leben haben und nach dem Eintritt der Querschnittlähmung ist nicht alles vorbei. Unser Team mit unterschiedlichen Lähmungsarten und Lähmungshöhen gibt dafür ein gutes Beispiel. Wir möchten unsere Erfahrungen aus sämtlichen Lebensbereichen an die frisch Betroffenen weitergeben. Daher gibt es keine Tabuthemen. Die Ratsuchenden können und sollen uns alles fragen. Bei unseren Treffen kommen auch oft Themen auf, die nicht unmittelbar mit Querschnittlähmung und deren Folgen zu tun haben. Dann sehen die Patienten, dass auch wir mitten im Leben stehen, genau wie Fußgänger auch.“



„Durch unser wöchentliches Angebot in der Klinik bauen wir ein Vertrauensverhältnis auf.“

Joachim Albrecht

Gute Atmosphäre im Team

„Innerhalb unseres Teams kommunizieren wir sehr offen miteinander. Wir tauschen uns über einzelne Fälle aus und auch der Humor kommt im Umgang untereinander, aber auch bei Treffen mit den Patienten nicht zu kurz“, führt Peter Schön aus. „Ich persönlich kann eine große Erfahrung mit ins Team bringen, weil ich seit über zwölf Jahren als Patientenberater in der Klinik angestellt bin. Dadurch bin ich mehrfach in der Klinik und kann so vorab Kontakte knüpfen und Bedarfe eruieren. Durch unser wöchentliches Angebot in der Klinik und unser ebenfalls wöchentliches Treffen bauen wir ein Vertrauensverhältnis auf“, ergänzt der 54-jährige Joachim Albrecht, Tetraplegiker auf Höhe C5/C6. Die gute Atmosphäre unter den Peers hebt auch Tina Huckestein hervor: „Wir gehen sehr respektvoll miteinander um, auftretende Konflikte werden offen angesprochen und gemeinsam gelöst. Wir reden allgemein sehr ehrlich miteinander und sind jederzeit für konstruktive Kritik offen. Außerdem fördern wir den Teamgeist, indem wir regelmäßig miteinander essen gehen und uns dabei austauschen.“ Ein weiterer Grund für die gute Chemie unter den Koblenzer Peers ist die Tatsache, dass sie schon von Beginn an die Peer-Arbeit in Koblenz aufgebaut haben und dadurch die Gruppenmentalität gemeinsam mit den Angeboten gewachsen ist.

Wertgeschätztes Angebot

Im November 2018 stellte das neue Koblenzer Peer-Team sich selbst und das Konzept der Peerarbeit beim damaligen Chefarzt des Querschnittzentrums Walter Ditscheid vor, der, ebenso wie sein Nachfolger Dr. Andreas Hildesheim, von diesem Konzept begeistert ist. Die Peers wurden eingeladen, sich beim Klinikpersonal vorzustellen. Heute informieren unter anderem Physio-, Ergo- und Sporttherapeuten die Patienten über den regelmäßigen Peer-Stammtisch. Dieser findet wöchentlich mittwochs von 15 bis 17 Uhr und damit zeitgleich mit der Querschnittsprechstunde statt. Dieser Zeitpunkt ist absichtlich so gewählt, damit nicht nur stationäre, sondern auch ambulante Patienten mitbekommen, dass es den Stammtisch



„Jeder Einzelne von uns hat aus seinem Leben etwas gemacht und genau das wollen wir den Patienten vorleben: Man kann auch als Rollstuhlfahrer ein gutes Leben haben.“

Peter Schön



Bei uns sind Sie in guten Händen:

- unabhängige Apotheke: Arzneimittel aller Hersteller
- feste Ansprechpartner:innen
- deutschlandweite Versorgung
- Umfassende Beratung zur neurogenen Blase inkl. Begleitkomplikationen wie neurogener Darm

So erreichen Sie uns:

Service Telefon mit festen Ansprechpartner:innen

0251 200 780-17

Montag – Donnerstag
08.00 – 18.00 Uhr

Freitag
08.00 – 16.00 Uhr

Mail: blasengesundheit@hza.de

Jetzt scannen und mehr Informationen erhalten! hza.de/nbd



Ein zusammengewachsenes Team: (v. l. n. r.) Peter Schön, Diana Kolbe, Tina Huckestein, Joachim Albrecht

gibt und Kontakt zu den Peers aufnehmen können. Neben dem Peer-Stammtisch können auch jederzeit Termine für Einzelgespräche mit den Peers vereinbart werden. „Nach anfänglichem Zögern vonseiten der Patienten wird das Angebot mittlerweile gut angenommen, was ich als Wertschätzung für unsere Bemühungen, den Patienten mit unserem Angebot Zuverlässigkeit und Kontinuität zu bieten, ansehe“, erläutert Diana Kolbe und ergänzt mit einem Augenzwinkern: „Mit dem schönen Rhein in der Nähe als Naherholungsgebiet, ist die Teilnehmerzahl an unserem Stammtisch auch wetterabhängig. Bei schönem Wetter verzeichnen wir tendenziell eher weniger Teilnehmer.“

Team verstärken und Events wiederbeleben

„Ein Ziel für die Zukunft ist unser Peer-Team zu erweitern, um jeder Patientin und jedem Patienten eine Ansprechpartnerin oder einen Ansprechpartner mit gleicher Lähmungshöhe oder gleicher Lähmungsart zur Seite stellen zu können“, erklärt Diana Kolbe die zukünftigen Pläne des Peer-Teams. „Einige Bewerber gibt es schon.“ Tina Huckestein ergänzt: „Vor der Coronazeit haben wir in unregelmäßigen Abständen die Patienten zu sogenannten ‚Rolli-Events‘ eingeladen. Zum Beispiel haben wir dabei in gemütlicher Runde bei ein wenig Live-Musik gemeinsam lecker gegessen und uns ausgetauscht. ‚Alte Hasen‘ waren hierbei genauso gerne willkommen wie ‚Frischverletzte‘. Ursprünglich waren noch ein griechischer Abend und ein Sommerfest geplant, an dem wir gemeinsam grillen wollten, aber beides musste wegen der Pandemie abgesagt werden. Diese Events nachzuholen und weitere dieser Art zu veranstalten, ist uns ein großes Anliegen.“

Maris Metz



„Diana organisiert sehr gut und hat gute Menschenkenntnis. Peter hat eine enorme Erfahrung in allen Lebensbereichen im Rollstuhl und kann so gute Tipps geben.“

Tina Huckestein

Kontakt:
koblenz@fgq-beratung.de

Fotos (5): FGQ, privat

Lieblingshilfsmittel

Peers berichten

Das Angebot an Hilfsmitteln ist überaus vielfältig und kaum zu überschauen. Internet, Sanitätshäuser und Messen bieten zwar Gelegenheit, sich zu informieren, dennoch sind viele Hilfsmittel, die das Leben erleichtern können, unbekannt. Auf eine illustre Auswahl stieß die Redaktion des PARAplegiker, als sie sich bei den Peers nach deren Lieblingshilfsmittel erkundigte.

1 Kai Lohmeyer

Tetraplegiker, C3, inkomplett

„Mein Helparm erleichtert mir das Leben ungemein. Ich bin durch die Ergotherapie-Abteilung des Querschnittzentrums der BG-Klinik Hamburg darauf aufmerksam geworden. Das Prinzip der Beweglichkeit ist ähnlich wie bei einem Baukran. Der Helparm besteht aus einem Mast mit einem seitlich schwenkbaren langen Ausleger, aus dem ein Seil kommt. Eine Schlaufe kann jeweils um den Ellbogen und um das Handgelenk geschlungen werden. Im Mast befindet sich ein Gegengewicht, welches das Gewicht des Armes trägt, sodass dieser mühelos bis auf Gesichtshöhe angehoben werden kann und einen weiten Radius hat. Ich benutze ihn vor allem in der Therapie und zum Essen. Es ist ein enormer Gewinn der Selbstständigkeit, die Mahlzeiten wieder selbstständig einnehmen zu können. Dafür haben sich die zwei Jahre Wartezeit, bedingt durch die anfängliche Ablehnung des Rezepts, wirklich gelohnt. Anfangs habe ich den Helparm am Rollstuhl befestigt. Diese Lösung erwies sich aber als zu instabil. Heute befindet er sich deshalb auf einem Stativ mit Rollen. Transportal ist der Helparm auch, er passt eigentlich in jedes Auto. Aber ich benutze ihn nur zu Hause.“

2 Björn Lachmann

Paraplegiker, TH10/TH11

„Ich wurde auf das Exoskelett vor ungefähr acht Jahren auf der Rehacare in Düsseldorf aufmerksam. Ich nutze es in meiner Physiotherapie. Bis ich es zu Hause nutzen kann, wird noch einige Zeit vergehen, aber ich merke schon, dass das Laufen meiner Muskulatur, meiner Blase und meinem Darm guttut und alles besser funktioniert. Ich glaube, die Zeit, bis man ein Exoskelett im Alltag benutzen kann, ist auch abhängig von der Höhe des Querschnitts und dem Maß an Unterstützung, das man benötigt. Ich schätze das Exoskelett sehr und bin der Forschung und der Technik dafür dankbar.“



Fotos (2): privat



Fotos (2): Hollister



3 David Lebuser

Paraplegiker, L3, motorisch komplett, sensorisch inkomplett

„Da ich mich viel bewege, ist mein Lieblingshilfsmittel der Sportrollstuhl. Durch Videos des US-amerikanischen Rollstuhlskaters Aaron Fotheringham bin ich selbst zum Skaten gekommen. Mein Skaterollstuhl ähnelt einem Alltagsrollstuhl, hat aber zusätzliche Federn und Stangen unten. Letztere ermöglichen beispielsweise das ‚Grinden', also das Entlanggleiten an einem Geländer. Sportrollstühle unterscheiden sich je nach Sportart. So hat zum Beispiel ein Basketballrollstuhl stark angeschrägte Räder, die Kippräder auf dem Boden und eine Stoßstange vorne. Für Anfänger im Rollstuhlsport ist es auch möglich, zunächst mit dem Alltagsrollstuhl zu beginnen oder sich zunächst vom Sportverein einen an die Sportart angepassten Rollstuhl zu leihen."

Fotos (2): FGQ, Pascal Lieleg

3



4 Jan Brachwitz

Paraplegiker, TH12, inkomplett

„Eins meiner Lieblingshilfsmittel ist mein Zuggerät, das ich in der Stadt sehr gerne anstatt eines Autos benutze. So bin ich damit gut und gerne 2.000 km pro Jahr unterwegs. Beim Einkaufen hilft der große und stabile auf dem Gepäckträger montierte Einkaufskorb, da man damit auch große und schwere Artikel sicher transportieren kann. Wenn ich mit der Bahn reise, trägt der Gepäckträger meine Reisetasche. Die Doppelakkus geben dem Zuggerät eine Reichweite, die es ermöglicht, auch größere Distanzen ohne Probleme zurückzulegen. Ein nicht funktionierender Aufzug in einem Bahnhof verliert seinen Schrecken, da ich die Distanz mit dem Zuggerät zum nächsten Bahnhof mühelos überwinden kann, sofern er nicht weit entfernt liegt. Und auch auf volle öffentliche Verkehrsmittel bin ich nicht mehr angewiesen, da ich das Ziel mit dem Zuggerät direkt ansteuern kann."

Fotos (2): privat

4

5 Alexander Sturm

Paraplegiker, TH12, inkomplett

„Da ich zur Blasenentleerung auf Intermittierenden Selbstkatheterismus (ISK) angewiesen bin, erleichtert mit ein Kleiderhalter das Leben. Ich benutze ihn bei jedem Katherten, also durschnittschlich fünf Mal am Tag und zeige ihm jedem inkomplett querschnittgelähmten Ratsuchenden in der Peer-Arbeit als Möglichkeit zur Erleichterung des Katheterns auf. Mir selbst wurde der Kleiderhalter in der Reha von der Ergotherapie empfohlen und ich habe ihn mir dann gleich bestellt. Zu beachten ist, dass das Produkt auch unter anderem Namen gefunden werden kann. Der Kleiderhalter besitzt zwei Haken: oben einen kleineren, mit dem man das Hilfsmittel an der geöffneten Hose befestigt und einen größeren, der unter der Sitzfläche des Rollstuhls befestigt wird. So kann man im Rollstuhl kathetern und muss weniger unsterile Gegenstände berühren. Darum ermöglicht der Kleiderhalter einerseits mehr Selbstständigkeit und andererseits verbessert er die Hygiene. Und der Kleiderhalter ist sehr robust."





5

Fotos (2): privat

6 Arno Härter

Tetraplegiker, C4, inkomplett

„Mein Lieblingshilfsmittel ist ein Schmetterlingsnetz. Ich habe es bei einem anderen Peer, mit dem ich privat zusammenkomme, gesehen und kam darüber mit ihm ins Gespräch. Als hoch gelähmter Tetraplegiker ohne Fingerfunktion eignen sich andere Hilfsmittel, mit denen man Dinge vom Boden aufheben kann, wie zum Beispiel eine Greifzange, nicht. Man sollte darauf achten, dass das Netz engmaschig ist, so dass auch kleinere Gegenstände nicht durchfallen, sondern während dem Aufheben im Netz bleiben. Die Netze sind auch nicht sehr teuer. Ich habe meins vor etwa drei Jahren in einem Souvenirshop erstanden."





6

Fotos (2): privat

Anzeige

Ein Rollstuhlrad aus drei Teilen: Endlich leichter umsetzen mit trivida®

Wer auf einen Rollstuhl angewiesen ist, hat oft Probleme mit dem Transfer, also dem Umsetzen vom Rollstuhl aufs Sofa, ins Bett oder Auto und wieder zurück. Während man am Rollstuhl Armlehnen und andere Seitenteile wegklappen kann, bleibt das Rad im Weg. Beim dreiteiligen trivida®-Rad kann das jeweils obenliegende Radsegment durch einen leichten Handgriff gelöst und entfernt werden. Die freie Fläche sorgt für Barrierefreiheit und macht Transfers sicher und kräfteschonend möglich. Verletzungen und das Dekubitusrisiko werden dadurch reduziert. Wird zum Beispiel ein Rutschbrett verwendet, kann es ohne Wackeln und Wippen als Brücke dienen und Rollstuhlfahrer:innen können mühelos auf die gewünschte Sitzfläche rutschen. Kein mühevolles Heben mehr, sondern ressourcenorientiert unterstützen! Die Räder passen an die meisten handelsüblichen Rollstühle.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen i.d.R. die Kosten für die Räder (Hilfsmittel-Nr. 18.99.99.0010). Im Fall einer Ablehnung übernimmt der trivida®-Anwalt kostenlos, schnell und unkompliziert das Widerspruchsverfahren.

Weitere Info?
Schauen Sie auf **www.trivida-info.com** vorbei oder rufen Sie einfach an unter **Tel. +49 7633 920 39 39**.
Übrigens kommt das trivida®-Team auch gerne für **Produkterprobungen** vorbei, damit Sie das Rad unverbindlich testen können. Wir freuen uns auf Sie!



Luft nach oben

Herausforderungen bei der Hilfsmittelversorgung

Tina Mathias und Bernhard Möhring arbeiten als Therapeuten in spezialisierten Querschnittgelähmten-Zentren. Tina Mathias ist Physiotherapeutin in der Werner Wicker Klinik in Bad Wildungen, Bernhard Möhring ist Ergotherapeut in der Neurologischen Rehabilitationsklinik Godeshöhe in Bonn. Beide sind darüber hinaus als stellvertretende Sprecher der entsprechenden Arbeitskreise ihrer Berufsstände bei der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP) tätig. Der PARAplegiker führte zum Schwerpunktthema dieser Ausgabe ein Interview mit den beiden erfahrenen Therapeuten, um zu besprechen, wie es aktuell um die Hilfsmittelversorgung von Menschen mit einer Querschnittlähmung bestellt ist.



Mit welchen Hilfsmitteln haben Sie bei Ihrer Arbeit zu tun und welche Abteilungen sind in Ihren Häusern in die Hilfsmittelversorgung eingebunden?

Tina Mathias: In unserer Klinik ist die Ergotherapie für die Rollstuhl- und Sitzkissenversorgung sowie für die Hilfsmittel und die notwendigen Anpassungen zu Hause verantwortlich. Wir in der Physiotherapie sind zuständig für Gehhilfsmittel wie Orthesen, Rollatoren und Gehstützen, Stehversorgungen wie auch Behandlungsbänke und Elektrotherapiegeräte bis hin zur Weiterleitung zu geeigneten Therapeuten und Therapieeinrichtungen. Durch die Teambesprechungen sind wir zu jeder Zeit eng in die gesamte Versorgung mit Hilfsmitteln eingebunden und kümmern uns darum, dass diese die Entwicklung und den funktionellen Stand des Patienten optimal unterstützen.

Bernhard Möhring: Bei uns im Haus läuft die Rollstuhlversorgung über die Physiotherapie. Bei Bedarf sind Ergotherapeuten involviert, wenn etwa Umfeldsteuerungen aus dem E-Rollstuhl notwendig sind. Anders als in den Erstversorgungszentren sind die Patienten teils bereits mit Rollstühlen versorgt, wenn sie, unter anderem aus der Bochumer Unfallklinik, zu uns verlegt werden. Bei uns in der Ergotherapie haben wir primär mit dem Wohnumfeld zu tun, dazu gehören neben den notwendigen Hilfsmitteln und Anpassungen auch die Umweltkontrollen bei Menschen mit einer Tetraplegie. Zudem werden personenbezogene Hilfsmittel wie etwa Besteckschlaufen in der Ergotherapie angefertigt. Die Versorgung umfasst – wenn nötig – auch die berufliche Situation, wenn es zum Beispiel um spezielle Steuerungen für den Computer geht.



Tina Mathias: Eine weitere wichtige Rolle spielt der Sozialdienst, der je nach Situation des Patienten informiert und gemeinsam mit Betroffenen und Angehörigen für die nachstationäre Versorgung Anträge bei Kostenstellen und Ämtern stellen kann.

Bernhard Möhring: Auch bei uns ist der Sozialdienst in die Hilfsmittelversorgung eingebunden und übernimmt das wichtige Entlassungsmanagement. Dieser hat bei der Klärung der poststationären Situation im Hintergrund ebenfalls viel Kontakt mit den Angehörigen.

„Die Hilfsmittelversorgung ist schwieriger und langwieriger geworden.“

Tina Mathias

Hat sich die Situation in der Hilfsmittelversorgung im Laufe Ihrer Tätigkeit verändert? Wo erleben Sie heute Herausforderungen und wie gehen Sie mit diesen um?

Tina Mathias: Die Hilfsmittelversorgung ist schwieriger und langwieriger geworden. Während früher viel breiter versorgt wurde, erleben wir, dass heute fast ausschließlich das Kostenbewusstsein im Vordergrund steht. Ich begrüße durchaus, dass man bei der Versorgung genau hinsieht und überprüft, ob Hilfsmittel wirklich dauerhaft benötigt und eingesetzt werden. Das, was notwendig ist, muss aber gewährleistet sein. Und das fängt schon bei Kleinigkeiten an: Rollstuhlfahrern wird kein zweites Sitzkissen oder zweiter Sitzkissenbezug zugestanden, obwohl man den ganzen Tag darauf sitzt und dies aus hygienischen Gründen notwendig wäre. Für diese Entscheidungen braucht es Fachexpertise. Und diese fehlt aufgrund des Fachkräftemangels sowohl in vielen Sanitätshäusern als auch bei den Kostenträgern. Noch dazu ist der Querschnittbereich ein Spezialgebiet, in dem sich wenige auskennen.

Bernhard Möhring: Tatsächlich ist die Versorgung heute vielfach eine Herausforderung. Ich habe gerade mit einem Patienten gesprochen, der schon seit 42 Jahren im Rollstuhl sitzt. Er war ein sehr aktiver Basketballspieler und hat berichtet, dass sein Sportrollstuhl früher von der Krankenkasse bezahlt wurde. Das ist heutzutage geradezu utopisch, überhaupt nicht mehr vorstellbar. Die „Zahlungsmoral“ der Krankenkassen belastet unsere Patienten zunehmend. Es kommt oft darauf an, ob man sich bei Ablehnung wehren kann und ob das soziale Umfeld unterstützen kann, um den eventuell bestehenden Stress bei der Hilfsmittelversorgung aufzufangen.

Tina Mathias: Ich sehe auch ein Problem darin, dass die Wirksamkeit physiotherapeutischer Maßnahmen selten wissenschaftlich belegt ist, was auch die Verordnung entsprechender Hilfsmittel erschwert. Es gibt zum Beispiel keinen Nachweis für einen Effekt des Stehtrainings auf Knochendichte, Spastik oder Darmtätigkeit. Wir haben keinen Nachweis, wissen jedoch aus unserer Erfahrung um die positiven Wirkungen. Darüber hinaus stellt das Stehtraining auch ein enorm wichtiges Mittel für Patient und Therapeut dar, da eine Begegnung auf Augenhöhe einen großen Effekt auf sozio-emotionaler Ebene hat.

Bernhard Möhring: Im Bereich der Rollstuhlversorgung stellt es sich als günstig dar, zuerst den Aktivrollstuhl zu verordnen. Dann wird gewartet, bis dieser genehmigt ist und erst dann die Versorgung mit dem elektrischen Rollstuhl eingeleitet. Die Erfahrung zeigt, dass es andersherum schwierig wird. In den meisten Fällen braucht es beide, da der E-Rollstuhl nur selten für den Alltag in der Wohnung geeignet ist. Es besteht die Gefahr der Beschädigungen zum Beispiel von Türrahmen. Die Kollegen haben also gelernt, taktisch vorzugehen.

Die Versorgung der Patienten braucht ebenfalls ein mehrgleisiges Vorgehen. Ich erlebe, dass viele Betroffene die Hilfsmittel nur ungern annehmen wollen und wir ihnen die Sinnhaftigkeit näherbringen müssen. Mein Argument ist: Ihr Plan A ist wieder gesund zu werden, aber parallel sollten wir auch einen Plan B mit Hilfsmitteln verfolgen. Arrangieren Sie sich zunächst mit der Situation und sehen Sie die Hilfsmittel als etwas Positives an, das Ihnen etwas ermöglicht. Hier könnten auch die Peers wirksam unterstützen, da ihre Lebenserfahrung eine hohe Glaubwürdigkeit besitzt.

Das Interview führten Maris Metz und Kevin Schultes

„Die ‚Zahlungsmoral‘ der Krankenkassen belastet unsere Patienten zunehmend.“

Bernhard Möhring



INNOWALK
Stand up and Move

Mein Training für zu Hause

Der Innowalk ermöglicht ein aktives Geh- und Bewegungstraining in aufrechter Position im häuslichen Bereich, nahezu unabhängig von der Situation und dem Schweregrad der Erkrankung. Es ist keine eigene Stehbereitschaft notwendig.

Auch als schnell einstellbare Variante für Kliniken und Therapieeinrichtungen erhältlich.

Besuchen Sie uns und testen Sie den Innowalk vom 25.-28.09.24 auf der REHACARE in Düsseldorf!

Hier kostenlosen Beratungstermin buchen

Folgen Sie uns auf Instagram:
madeformovementdeutschland

made for movement
madeformovement.com/de

Resilienz – die verborgene Kraft, Schicksalsschläge zu meistern

Menschen mit Querschnittlähmung meistern die Herausforderung „Querschnittlähmung“ in der Regel und das, obwohl sie kaum daran geglaubt haben, dass sie es schaffen oder auch nur vorher gewusst haben, wie sie es schaffen. Woher kommt diese Kraft, die in uns schlummert und die uns hilft, auch große Krisen im Leben zu überstehen?

Die Fähigkeit, sich angesichts schwerer Belastungen, Traumata, Tragödien oder andauerndem Stress anzupassen, sich wieder zu erholen und sogar weiterzuentwickeln, bezeichnet man als Resilienz. Der Begriff „Resilienz“ kommt aus der Physik und bezeichnet die Eigenschaft eines Körpers, nach einer Belastung wieder seine Ursprungsform anzunehmen. Ein Gummiball besitzt Resilienz: Er verformt sich, wenn er auf die Erde geworfen wird, und springt dann nach oben, weil er seine Ursprungsform wieder annimmt.

Lange Zeit ist die Wissenschaft davon ausgegangen, dass Resilienz eine angeborene Persönlichkeitseigenschaft ist, die nicht jeder besitzt. Besonders resiliente Menschen gelten eher als ruhig und weniger als impulsiv, es fällt ihnen leicht, offen auf andere zuzugehen und Kontakte zu knüpfen und sie können sich dadurch soziale Unterstützung sichern. Sie haben früh gelernt, sich Anforderungen zu stellen, sie übernehmen Verantwortung. Die jüngere Forschung zeigt aber auch, dass Resilienz in jedem Alter noch gelernt werden kann.

Wie kann man Resilienz lernen?

1 **Zwischenmenschliche Kontakte festigen und aufbauen.** Suchen Sie sich Freunde und seien Sie ein Freund. Verlassen Sie sich auf Ihre Familie, ziehen Sie sich nicht zurück, sondern intensivieren Sie die Kommunikation innerhalb der Familie. Dies führt zu positiven Rückmeldungen durch andere. Sie bekommen das Gefühl, gebraucht zu werden. Fürsorgliche und unterstützende Beziehungen innerhalb der Familie und zu Freunden, Bekannten oder sozialen und auch religiösen Organisationen stärken bzw. sichern die Widerstandsfähigkeit. Es ist essentiell, Hilfe und Unterstützung von den Menschen anzunehmen, die sich um Sie kümmern und die zuhören. Auch für das soziale Netzwerk ist es wichtig zu erleben, dass die angebotene Hilfe angenommen wird und tatsächlich eine Hilfe darstellt. Das alles erhöht das Gefühl der Selbstwirksamkeit, also das Gefühl, dass man selbst etwas bewirken kann. Zusätzlich intensiviert sich dadurch die Suche nach Lösungsmöglichkeiten, um aus der Krise herauszukommen.

„Ich weiß, dass ich Fähigkeiten besitze, die mir bei dieser Herausforderung helfen können.“

2 **Krisen können überwunden werden, suchen Sie Lösungen.** Niemand ist auf die Brutalität einer Querschnittlähmung vorbereitet. Um Lösungen zu finden, ist es zunächst wichtig, sich Informationen über alle Aspekte der Querschnittlähmung zu besorgen. Nutzen Sie dazu die körperlichen, psychischen und sozialen Behandlungsangebote von Rehabilitationsexperten und die Angebote der Peers der FGQ. Aber auch Ihre Familie und Freunde können dazu beitragen, Lösungen zu finden, indem sie Ihnen zuhören. Ihre Familie und Freunde kennen Sie und wissen deswegen auch, welche Lösungswege aus Krisen Sie früher genutzt haben.

3 **Setzen Sie sich Ziele und verfolgen Sie Ihre Ziele.** Die Querschnittlähmung zu meistern, ist ein langer Weg. Setzen Sie sich nicht nur langfristige, sondern auch kurzfristige Ziele. Formulieren Sie jeden Tag Ziele, die realistisch sind und die Sie am Ende des Tages erreichen können. Das Formulieren und Anstreben von Zielen gibt Ihrem Alltag eine Struktur und führt zu innerer Sicherheit.

„Ich möchte nicht abhängig sein von anderen Menschen, dafür kämpfe ich.“



Foto: stock.adobe.com – xy

„Mir gibt es Kraft zu sehen, welche überwältigende Unterstützung ich durch meine Familie und Freunde erhalte – das hätte ich nie erwartet.“

4 **Seien Sie aktiv und verlassen Sie die Opferrolle.** Sie sind keine Marionette des Schicksals. Aktives Handeln bringt mehr eigene Kontrolle und dies führt zu einem besseren Gefühl, als sich fremdbestimmt zu erleben.

5 **Glauben Sie an sich selbst und an Ihre Fähigkeiten**, mit denen Sie bisher Ihr Leben gemeistert haben. Machen Sie sich klar, welche Fähigkeiten Ihnen bisher geholfen haben. Der Glaube an die eigenen Fähigkeiten stärkt zusätzlich das Gefühl der Selbstwirksamkeit. Auch spirituelle Handlungen wie die Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft oder Meditation können Menschen Kraft geben.

6 **Seien Sie gut zu sich selbst.** Tun Sie sich selbst Gutes – das fördert Erholung und Regeneration. Freude, Humor, Genussfähigkeit und das Erkennen und die Befriedigung eigener Bedürfnisse sind wichtige Bausteine. Aber es ist auch wichtig, erkennen zu können, wann es Zeit ist für Trauer oder Abschied, denn Krisen enthalten auch Schmerzliches, das verdaut werden muss.

7 **Bleiben Sie optimistisch.** Krisen können überwunden werden. Sie benötigen dazu Zeit. Optimistisch zu sein, ist die Fähigkeit, im Regen zu tanzen und nicht auf die Sonne zu warten.

„Andere Menschen mögen mich und geben mir das Gefühl wertvoll zu sein.“

8 **Nehmen Sie eine Langzeitperspektive ein.** Eine Querschnittlähmung ist besonders hart in den ersten Monaten, weil man sich nicht vorstellen kann, wie man jemals damit zurechtkommen kann. Es braucht Zeit zum Lernen, um durch körperliche Therapien, den Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen und der Sicherheit, die man durch Freunde, Familie und die eigenen Stärken erhält, mit der Querschnittlähmung umgehen zu können. Geben Sie sich diese Zeit.

„Aufgeben war für mich nie eine Frage, meine Familie und meine Frau brauchen mich.“

Resilienz ist letztlich keine Lebensversicherung, die uns vor den Krisen im Leben schützt, sondern ganz im Gegenteil benötigt sie den harten Schlag, um sich zu entfalten. Dann kann sie helfen, uns durch den langen Fluss des Lebens mit Stromschnellen und erholsamen Passagen sicher zu navigieren.

Jörg Eisenhuth, Dr. Peter Lude

CARBONHAND

Die bionische Handorthese. Neue Kraft und Ausdauer für schwache Hände.

Täglich im Einsatz bei:

Inkompletter Tetraplegie, Syringomyelie, Multipler Sklerose, Intensionstremor

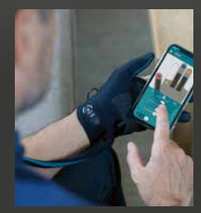
Die an den Studien mitwirkenden Teilnehmer leiden an Handbeeinträchtigungen aufgrund von Schlaganfall, MS, peripheren Nervenschäden, Verletzungen des Plexus brachialis, traumatischen Verletzungen, chronischen Rückenmarksverletzungen.

Jetzt Testtermin vereinbaren

0921 1505341
info@exxomove.de
www.exxomove.de

EXXOMOVE Wir leben Bewegung







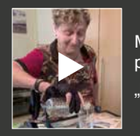
Carbonhand im Test

Stoke Mandeville Spinal Studie

Nach 12 Wochen Carbonhand-Anwendung

Griffstärke + 40 %
Pinzettengriffkraft + 45 %
Handfunktion + 15 %

Carbonhand Live



Michael (Chronische, inkomplette Rückenmarksverletzung): „Ich hab‘s!“

Studie & Live ansehen

www.exxomove.de/handmobilitaet/studienundvideos



ISK-TAG
Versorgung der neurogenen Blase

Hilfsmittel Katheter

Infos zum ISK, Teil 1

Foto: stock.adobe.com – SewcreamStudio

Oh, nein. Nicht auch noch das. Nach der Erkenntnis, auf einen Rollstuhl angewiesen zu sein, folgt für die Betroffenen der Schock, auch den Rest des Lebens die Blase mit einem Katheter entleeren zu müssen. Auch langfristig geben querschnittgelähmte Menschen an, dass die Lähmung der Blase zu den schwersten Folgen gehört und diese die Lebensqualität nachhaltig negativ beeinflusst. Anlass für die FGQ, hier mit Informationen und Tipps zu helfen.

Für die meisten Menschen mit einer Querschnittlähmung ist – neben dem Rollstuhl – der Blasenkatheter ein gebräuchliches Hilfsmittel. So wie der größte Teil der Para- und Tetraplegiker mehr oder weniger große Einschränkungen der Extremitäten erfährt, so bleiben meist auch Blase und Darm dauerhaft gelähmt. Ziel der Therapie ist es, die gelähmte Blase möglichst physiologisch als kontinentes Speichermedium zu nutzen und in regelmäßigen Abständen zu entleeren. Da die Blase meist nicht mehr willentlich entleert werden kann, erfolgt dies durch einen Katheter, der dauerhaft oder kurzeitig durch die Harnröhre (transurethrale Ableitung) oder die Bauchdecke (suprapubische Dauerableitung) in die Blase eingeführt wird.

ISK als Standardtherapie

Der Goldstandard bei der Entleerung der neurogenen (durch Nervenschäden gelähmten) Blase ist heute der intermittierende Selbstkatheterismus, kurz ISK. Dieser Begriff steht für das Entleeren der Harnblase mittels eines sterilen Einmalkatheters in regelmäßigen Intervallen, wobei die betroffene Person sich selbst katheterisiert. Wenn eine Hilfsperson katheterisiert, spricht man vom Fremdkatheterismus.



Foto: Wiswick

„Hygiene beim Katheterismus ist kein Buch mit sieben Siegeln.“

Christina Kunkel

Tipps und Tricks

Teil 1: Hygiene und Desinfektion

- Genital- und Sexualhygiene
  - Harnblasenentleerung vor und nach dem Koitus wird empfohlen.
  - Der Gebrauch von Intravaginal-Ovula beziehungsweise mit Spermiziden (Nonoxynol-9) beschichteten Diaphragmas oder Kondomen und Intrauterinspiralen erhöhen nachweislich das HWI-Risiko.
- Darmmanagement – Obstipation, Stuhlinkontinenz vermeiden!
- Hände- und Schleimhautdesinfektion bei IK gemäß S2k-Leitlinie
  - Die hygienische Händedesinfektion wird für den sterilen und aseptischen Katheterismus im Rahmen der Infektionsprävention als obligatorisch angesehen.
  - Octenidin (Octenisept®) wird als zugelassenes Schleimhautdesinfektionsmittel als Mittel der ersten Wahl eingesetzt. Sprüh- und Wischdesinfektion sind möglich.
- Goldstandard gemäß Leitlinie: Sprüh-Wischdesinfektion mit sterilen Kompressen.
- Wichtig: Octenisept ist ab 250 ml apothekenpflichtig und kann über die sogenannte „Over-the-counter“-Liste (= OTC-Liste) zu Lasten der Krankenkasse rezeptiert und abgerechnet werden.
- Auf dem Rezept muss dann die Diagnose „Antiseptika zum Katheterismus“ benannt werden.
- Octenisept 75 ml ist seitens des Herstellers nur für die Wunddesinfektion und nicht mehr zur Schleimhautdesinfektion zugelassen!
- Prontoderm C® (Polihexanid, farblos) ist „zur Reinigung von Eintrittspforten für z. B. transurethrale Katheter“ (Fachinformation) zugelassen. Es ist ein Medizinprodukt.
  - Sprüh-Wisch-Anwendung ist nicht möglich, da es nicht mit Sprühaufsatz erhältlich ist und sich ein Umfüllen aus hygienischen Gründen verbietet.
- Kein zugelassenes Schleimhautdesinfektionsmittel und daher auch nicht zu Lasten der Krankenkasse verordnungs- und erstattungsfähig.



Foto: Schülke & Mayr GmbH

Für den ISK werden qualitativ hochwertige Katheter verwendet, die meist mit einer speziellen Beschichtung für eine erhöhte Gleitfähigkeit versehen sind. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass der intermittierende Selbstkatheterismus im Vergleich zur Dauerableitung eine sicherere Entleerungsmethode darstellt, mit der Komplikationen der Harnwege und Nieren stark reduziert werden. Zusätzlich zum Katheterismus wird die überaktive Blase medikamentös eingestellt, um Druckschäden an Blase und Nieren zu vermeiden.

Weitere ISK-Tage

Beim ersten ISK-Tag der FGQ in Köln wurden medizinische und therapeutische Grundlagen vorgestellt sowie Tipps und Tricks vermittelt, um Betroffene aufzuklären und den ISK noch einfacher und sicherer für die Anwender zu gestalten (siehe auch Seiten 6/7). In dieser und den kommenden Ausgaben des PARAplegiker informieren wir detailliert. Im November 2024 und im März 2025 finden zudem weitere ISK-Tage in München und Hamburg statt (Anmeldung über den untenstehenden QR-Code).

Christina Kunkel, Kevin Schultes

Termine vormerken

- **09.11.2024**
  ISK-Tag in München
- **01.03.2025**
  ISK-Tag in Hamburg

Hier geht es zur Anmeldung

Lesen Sie auch in den nächsten Ausgaben zu Themen rund um den ISK:

Teil 2: Prophylaxe bei wiederkehrenden Harnwegsinfekten

Teil 3: Budgets/Hilfsmittel die das Kathetern erleichtern

Teil 4: Reisen mit Katheter

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.

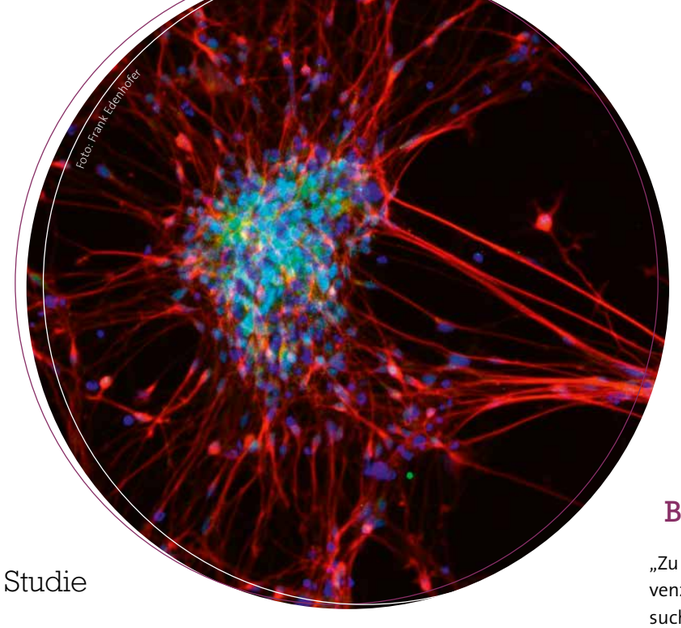
Zentrum der Rehabilitation
I.N.P.U.T.®



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

Regeneration von Nervenzellen: Die Blockade blockieren mit neuen Medikamenten

In den USA erhalten Patienten in einer klinischen Studie erstmals den Wirkstoff NVG-291



Künstlich erzeugte neuronale Stammzellen (in der Mitte, grün), die beginnen, sich in Nervenzellen umzuwandeln, erkennbar an den charakteristischen Fortsätzen (Neuriten, rot).

Mike Kelly, Präsident und CEO des US-amerikanischen Unternehmens NervGen Pharm Corp. kündigte im September 2023 vollmundig an: „Dies ist ein bedeutender Meilenstein für NervGen und ein aufregender Tag für Menschen mit Rückenmarksverletzungen.“ Anlass war die Meldung, dass der erste Patient den Wirkstoff NVG-291 erhalten hat, der die Regeneration von Nerven fördern soll. Erste Ergebnisse will die Firma in diesem Sommer präsentieren. Der NervGen-Chef ist von der Wirksamkeit überzeugt: „Wir glauben, dass die Ergebnisse [...] ein wichtiger Schritt sein werden, der uns der ersten zugelassenen Therapie für Rückenmarksverletzungen näherbringt“, so Kellys Statement in einer Pressemitteilung. Doch was ist wirklich dran an NVG-291? Wie wirkt die Substanz, wie läuft die aktuelle klinische Studie ab und welche Hürden muss die Wissenschaft überwinden?

„Beim Menschen ist die Regenerationsfähigkeit des zentralen Nervensystems gering“, bringt Prof. Dr. Frank Edenhofer vom Institut für Molekularbiologie an der Universität Innsbruck das Problem auf den Punkt. Unmittelbar nach einer Verletzung des Rückenmarks, zum Beispiel durch einen Unfall, sterben Nervenzellen innerhalb von Minuten bis Stunden ab.

„Durch Einblutungen, Entzündungen, aktivierte Immunzellen und die Vernarbung entstehen auch in den Wochen und Monaten nach dem akuten Ereignis noch Folgeschäden am Nervengewebe“, erklärt Edenhofer, der die Forschungsgruppe „Genomik, Stammzellbiologie und regenerative Medizin“ leitet.

Die akute wie die chronische Phase müsse man im Blick haben, betont der Wissenschaftler, und im Rahmen einer idealen Therapie im Prinzip drei Dinge angehen: Mit Hilfe einer Operation geschädigte Wirbelkörper stabilisieren, um das Gewebe zu entlasten. Der Entzündung und Narbenbildung entgegenwirken, zum Beispiel durch die Gabe von Entzündungshemmern. „Ein dritter wichtiger Schritt, der leider noch nicht im klinischen Alltag praktiziert werden kann, ganz einfach, weil es die entsprechenden Medikamente noch nicht gibt, versucht, das Regenerationspotential der verletzten Nervenzellen wiederherzustellen“, sagt Frank Edenhofer.

Wirkstoffe in klinischen Tests

Das Wissen um die molekularen Vorgänge, die es den Nervenzellen erschweren, an der Verletzungsstelle wieder neu auszuwachsen, ist in den letzten Jahrzehnten erheblich größer geworden. Das hat zur Folge, dass sich aktuell etwa eine Handvoll verschiedener Wirkstoffe in Testphasen befindet, die das Potential der Nervenzellen erhöhen sollen, sich zu regenerieren. Dazu gehört die Gruppe der Substanzen, die auf die Immunabwehr einwirken und sie beruhigen sollen. Außerdem werden Wirkstoffe getestet, die dafür sorgen, dass sich Nervenzellen wohl fühlen. „Durch die Gabe solcher neuroprotektiven oder neurotrophen Faktoren sollen die intakten Nervenzellen, die nach dem Unfall noch vorhanden sind, erhalten und geschützt werden. Im Idealfall sorgt ein solch unterstützendes Umfeld auch dafür, dass sich neue Nervenfasern ausbilden“, erklärt Edenhofer.

Nach dem Unfall bildet sich im Rückenmark eine Narbe. „Dabei wandern zum Beispiel Fresszellen ein, um aufzuräumen, und es sammeln sich sogenannte Astrozyten an der Verletzungsstelle, um unter anderem die Blut-Hirn-Schranke und die Struktur des Nervengewebes wiederherzustellen“, erklärt Privat-Dozent Dr. Dr. Björn Zörner, Chefarzt Paraplegiologie im Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil. Der Körper will den Schaden begrenzen und reparieren. Dabei bildet sich außerhalb der Zellen eine Art Gitter oder Matrix, die entstandene Hohlräume ausfüllt.

„Doch Moleküle auf diesem Gitter können einen negativen Einfluss auf das Wachstum von Nervenzellen haben“, erklärt Björn Zörner. Inzwischen kenne man mehrere verschiedene solcher blockierenden Moleküle. Eine Gruppe an Wirkstoffen, die die Heilung von Rückenmarksverletzungen fördern will, setzt genau hier an. NVG-291 gehört dazu.

NVG-291 soll Blockade blockieren

„Zu den Stoppsignalen, die der Nervenzelle sagen: ‚Hier hast du nichts zu suchen‘, gehört ein Molekül mit dem Namen Chondroitin-Sulfat“, sagt Frank Edenhofer. Der Körper produziert dort, wo das Rückenmark verletzt ist, besonders viel Chondroitin-Sulfat – eine Art Mix-Molekül, das aus einem Eiweiß- und einem Zuckeranteil besteht. Chondroitin-Sulfat vermittelt seine hemmende Wirkung über Rezeptoren, die die Nervenzellen auf ihrer Oberfläche tragen.

„Die Resultate sehen vielversprechend aus.“

Privat-Dozent Dr. Dr. Björn Zörner über erste Ergebnisse der NISCI-Studie



Björn Zörner ist Chefarzt am Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil.

„Der Wirkstoff NVG-291 blockiert genau diese Rezeptoren. Das vom Chondroitin-Sulfat ausgesendete Stoppsignal kommt also bei den Nervenzellen gar nicht an“, so Edenhofer.

NVG-291 besteht aus etwa 20 Aminosäuren. Die Substanz geht auf Forschungen zurück, die der US-amerikanische Neurowissenschaftler Jerry Silver bereits in den 1990er Jahren durchführte. In Laboruntersuchungen förderte NVG-291 das Auswachsen von Nervenzellfortsätzen, also das axonale Wachstum, auch in Gegenwart hemmender chondroitin-sulfathaltiger Matrix.

Ein Durchbruch gelang vor knapp zehn Jahren bei einer Studie mit Mäusen. Die Gabe von NVG-291 bewirkte




Foto: Universität Innsbruck

„Ein Wirkstoff allein wird keine Wunder vollbringen.“

Prof. Dr. Frank Edenhofer

Frank Edenhofer von der Universität Innsbruck hofft bei der Reparatur von Nervenbahnen auf neuronale Stammzellen.

bei den Versuchstieren mit verletztem Rückenmark eine bessere Bewegungs- und auch Harnfunktion als bei Tieren, die den Wirkstoff nicht erhalten hatten. In einer Studie mit Ratten konnten Forschende der Universität Köln die Ergebnisse ihrer US-Kollegen ein paar Jahre später wiederholen.

NVG-291-Studie in Chicago gestartet

Der Erfolg im Tiermodell ebnete den Weg zur klinischen Studie. Eine Phase-1-Studie zur Testung der Verträglichkeit und Sicherheit an gesunden Freiwilligen wurde Anfang 2024 abgeschlossen. Es zeigten sich keine unerwarteten schädlichen Nebenwirkungen von NVG-291, berichtet Frank Edenhofer beim jährlichen Scientific Meeting von Wings for Life, das Ende April 2024 in Salzburg stattfand.

Seit September 2023 behandelt das US-Team um Dr. Monica Perez vom Shirley Ryan AbilityLab (Chicago) in einer Phase 1b/2a-Studie nun auch Patientinnen und Patienten mit Rückenmarksverletzungen. Offenbar habe es in der ersten klinischen Testphase keine gravierenden Nebenwirkungen gegeben, sonst wäre man den Schritt in die nächste klinische Phase sicher nicht gegangen, mutmaßt Björn Zörner.

In der doppelblinden, randomisierten, Placebo-kontrollierten Studie wird das Medikament an zwei verschiedenen Patientengruppen getestet. Teilnehmen können Betroffene mit einer inkompletten Querschnittlähmung und einer neurologischen Verletzungshöhe von C7 oder höher. Bei der einen Gruppe liegt das Unfallereignis zehn bis 49 Tage zurück. Bei der anderen ein bis zehn Jahre. Die Teilnehmenden erhalten zwölf Wochen lang eine tägliche Injektion mit dem Wirkstoff oder dem Placebo. Das Medikament kann unter die Haut gespritzt werden.

Die Studiengruppe erhofft sich, die motorischen Funktionen zu verbessern. Ein äußerst ambitioniertes Ziel, meint Edenhofer. Man müsse sehr aufpassen, die Hoffnungen und Erwartungen, die möglicherweise mit dieser Studie verbunden sind, nicht zu hochzuschrauben: „Ein Wirkstoff allein wird keine Wunder vollbringen.“ Schließlich gebe es neben dem Chondroitin-Sulfat noch eine Handvoll anderer molekularer Stoppsignale, die im Narbengewebe das Auswachsen der Nervenzellen hemmen.

Eines davon ist der Neuritenwachstumsinhibitor „Nogo“ – ein Molekül, das der Zürcher Neurobiologe Prof. Martin Schwab bereits Ende der 1980er Jahre entdeckte. Schwab entwickelte zusammen mit anderen Forschenden einen therapeutischen Antikörper, der Nogo hemmt. Die Ergebnisse einer Phase-2-Studie, die im Juli 2023 abgeschlossen wurde, sollen demnächst veröffentlicht werden. „Die Resultate sehen vielversprechend aus“, sagt Björn Zörner, Chefarzt am Schweizer Paraplegiker-Zentrum, das an der Studie teilnahm. Was das genau heißt, kann er noch nicht verraten.

Stammzellen als Nervenpflaster

Frank Edenhofer ist von den Möglichkeiten dieser Medikamente, ob NVG-291 oder Nogo-Antikörper, nur begrenzt überzeugt: „Bei allen Wirkstoffen, die getestet werden, wird die tatsächliche Regeneration des Nervengewebes minimal bleiben.“ Seiner Meinung nach braucht es für eine wirkliche Heilung einen völlig anderen, „radikaleren Ansatz“: Statt die Nervenzellen vor Ort therapeutisch zu „überreden“ wieder auszuwachsen, setzt Edenhofer auf die Gabe neuronaler Stammzellen, welche die Reparatur durch ihre Regenerationseigenschaften bewirken sollen.

Potential für die Zukunft

Sein Team in Innsbruck hat eine Methode entwickelt, mit der man solche Stammzellen aus normalen Körperzellen herstellen kann. Eine Anwendung beim Menschen stehe noch in weiter Ferne – auch bei stammzellbasierten Therapien gäbe es noch viele Fragezeichen. Doch da die Methode relativ schnell und günstig sei, wäre es sogar denkbar, Nachschub an Nervenzellen herzustellen und sie womöglich zu transplantieren, wenn sich die Rückenmarksverletzung gerade erst ereignet hat, hofft der Forscher.

Auch die Innsbrucker haben den langen Weg über die Tierstudien noch vor sich. Was Studien mit NVG-291 und Nogo-Antikörpern aber allemal zeigen: Die Forschungen auf dem Gebiet der Rückenmarksverletzungen haben Potential für die Zukunft.

Dr. Ulrike Gebhardt

Die Grenzen der Solidargemeinschaft

Aufgaben und Funktion des Medizinischen Dienstes (MD)

Der PARAplegiker sprach mit Dr. Marion Mack-Westerhaus, Leiterin des Fachbereiches Hilfsmittel und Medizinprodukte beim Medizinischen Dienst (MD) Bayern, über die Aufgaben der seit 2020 unabhängig von den Krankenkassen organisierten medizinischen und pflegefachlichen Begutachtungs- und Beratungsdienste.

Was ist die Funktion des Medizinischen Dienstes und wie ist dieser in die Hilfsmittelversorgung eingebunden?

Die Krankenkassen können (müssen nicht) durch den MD in geeigneten Fällen prüfen lassen, ob ein Hilfsmittel nach § 33 SGB V medizinisch erforderlich ist (§ 275 Abs.3). Anders im Falle eines Widerspruchs: Hier muss eine Beurteilung durch den MD eingeholt werden. Dabei beurteilt der MD nur die medizinische Notwendigkeit der beantragten Versorgung.

Leistungsrechtliche Vorgaben, z. B. die Zuständigkeit zur Teilhabe oder auch individuelle Wünsche der Versicherten, sind von der Kasse zu prüfen. Der MD hat in diesem Zusammenhang jedoch auch den Versicherten zu beraten. Über diese Möglichkeit werden die Versicherten zumindest in Bayern nach Abschluss eines Gutachtens regelhaft informiert.

In den meisten Fällen sind die medizinische Voraussetzung und insbesondere das Krankheitsbild gar nicht strittig, sondern eher die Art der Ausführung des Hilfsmittels. Dazu erfolgt in Zusammenarbeit der technischen Berater des MD mit den ärztlichen Gutachtern eine umfassende Bewertung. Letztlich entscheidet jedoch die Kasse über die Kostenübernahme, egal, wie der MD begutachtet hat. Und um mit einem Vorurteil aufzuräumen: Wir erhalten weder Prämien noch müssen wir eine Ablehnungsquote erfüllen. Wir sind nur den gesetzlichen Vorgaben und unserem ärztlichem Gewissen verpflichtet.

Was ist die Grundlage der Begutachtung und welche Spannungsfelder ergeben sich möglicherweise?

Laut Hilfsmittelrichtlinien muss eine Hilfsmittelverordnung immer nachvollziehbar begründet sein. Eine reine Diagnose ist daher meist nicht ausreichend – gerade bei Hilfsmitteln in der Reha- und Orthopädietechnik, bei denen es ja um den Ausgleich von Funktionsdefiziten geht. Hier sind neben den Befundangaben oder Klinikberichten (durch den Verordner über das sogenannte Mitteilungsmanagement [MiMa] datenschutzkonform an den MD übermittelbar) auch eventuell vorhandene Pflegegutachten oder Angaben zu Vorversorgungen als Kassenunterlagen hilfreich. Eine persönliche Begutachtung ist nur in den Fällen erforderlich, in denen die Angaben sich widersprechen oder nicht schlüssig sind. Eine medizinisch gut begründete Versorgung ist in der Regel nach Aktenlage gut beurteilbar.

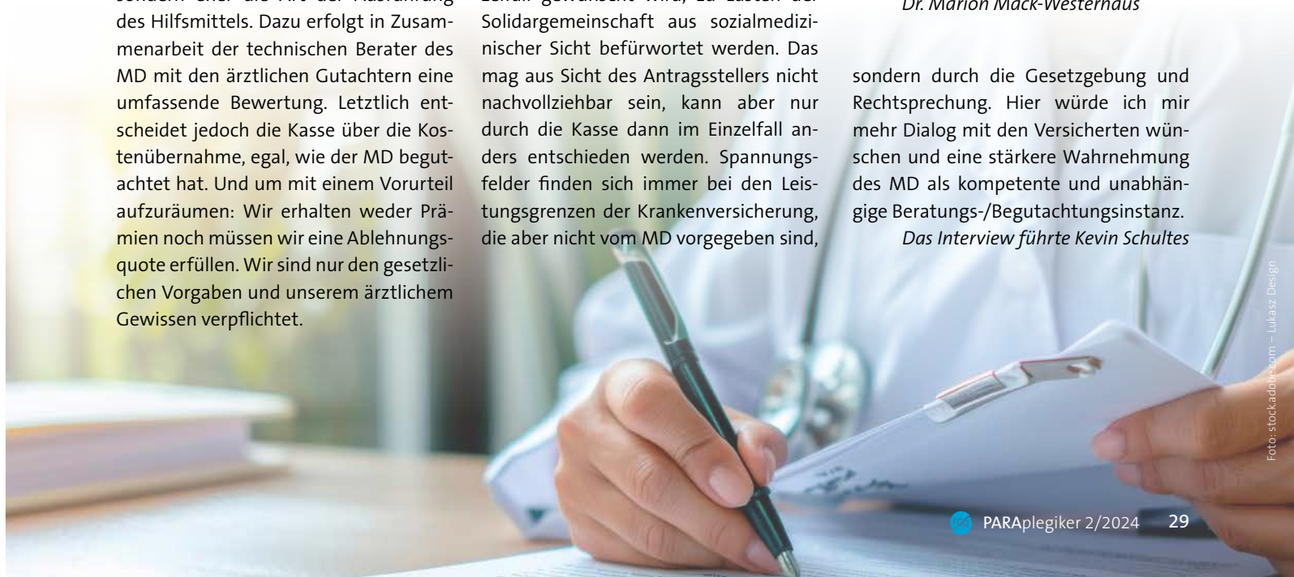
Leider kann nicht alles, was im Einzelfall gewünscht wird, zu Lasten der Solidargemeinschaft aus sozialmedizinischer Sicht befürwortet werden. Das mag aus Sicht des Antragsstellers nicht nachvollziehbar sein, kann aber nur durch die Kasse dann im Einzelfall anders entschieden werden. Spannungsfelder finden sich immer bei den Leistungsgrenzen der Krankenversicherung, die aber nicht vom MD vorgegeben sind, sondern durch die Gesetzgebung und Rechtsprechung. Hier würde ich mir mehr Dialog mit den Versicherten wünschen und eine stärkere Wahrnehmung des MD als kompetente und unabhängige Beratungs-/Begutachtungsinstanz.

Das Interview führte Kevin Schultes


Foto: Jurga Graf

„Ich würde mir eine stärkere Wahrnehmung des MD als kompetente und unabhängige Beratungs- und Begutachtungsinstanz wünschen.“

Dr. Marion Mack-Westerhaus


Fotos: stockadobe.com — Lukasz Design

Hilfsmittel und Pflege gemeinsam denken

Hilfsmittelversorgung aus der Perspektive der Verordnerin

Dr. Ines Kurze ist Fachärztin für Urologie und Chefärztin des Querschnittgelähmten-Zentrums, Klinik für Paraplegiologie und Neuro-Urologie im thüringischen Bad Berka. Der PARAplegiker sprach mit ihr über die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung bei Menschen mit Querschnittlähmung.

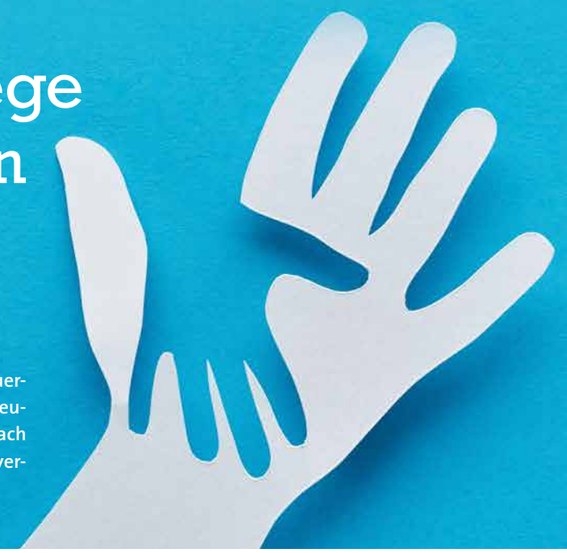




Foto: Delf Zeh, www.zeh.info

„Oftmals besteht nicht so sehr ein Hilfsmittelproblem, sondern ein Pflegeproblem."

Dr. Ines Kurze

Wie sieht die Hilfsmittelversorgung von Menschen mit einer Querschnittlähmung aus, speziell mit Augenmerk auf die Versorgung der neurogenen Blase?

Zum Ende der Erstbehandlung oder ggf. auch nach erfolgter Komplikationsbehandlung geht die Versorgung weit über nur das Hilfsmittel selbst hinaus. Es ist ein ganzheitlicher Blick notwendig, der die Möglichkeiten, die Lebenssituation und das Umfeld mit einbezieht. Das macht die Versorgung sehr komplex. Das gesamte multiprofessionelle Team eines Querschnittzentrums entscheidet zusammen mit dem Patienten (und der Familie/Betreuungsperson), welches Hilfsmittel notwendig und sinnvoll ist. Ganz pragmatisch und praktisch. Als Ärztin bin ich dabei selbstverständlich auch der Wirtschaftlichkeit verpflichtet, aber das ist eben nur ein Aspekt.

Am Beispiel der neuro-urologischen Versorgung heißt dies auch, dass die Versorgung von Blase und Darm zwingend zusammengehören, diese sind nicht zu trennen. Es braucht viel Zeit, bis das Blasen- und Darmmanagement gut eingestellt sind. Meist zeigt sich erst zum Schluss der Erstversorgung, womit die oder der Betroffene zurechtkommt. Erst dann können wir entscheiden, welche Hilfsmittel im individuellen Fall benötigt werden. Es ist vielleicht für die Kasse nicht immer so leicht nachvollziehbar, warum eine Mehrfachversorgung, zum Beispiel Vorlagen oder Kondomurinale zusätzlich zum Katheter, ein spezieller Katheter für unterwegs oder ein Mehrbedarf an Katheter pro Tag verordnet wird. Für die Betroffenen mutet es daher manchmal fast übergriffig an, wenn man erklären muss, wie man sein Leben lebt oder man sich rechtfertigen muss, warum man mehr als sechs Katheter am Tag benötigt. So als solle die Trinkmenge vorgeschrieben werden.



Ist eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung in Deutschland sichergestellt?

Meiner Meinung nach ja. Eine bedarfsgerechte Versorgung ist grundsätzlich möglich, da die Industrie vorhanden ist, die die notwendigen Produkte herstellt, und eine spezialisierte Versorgung durch zum Beispiel Homecare-Unternehmen geleistet werden kann. Aber außerhalb der Klinik sind wir nicht immer so aufgestellt, dass eine spezialisierte pflegerische Versorgung sichergestellt ist. Ich wiederhole mich, aber es ist immens wichtig, dass wir die Situation der Betroffenen ganzheitlich betrachten. Es geht letztlich darum, mit den Hilfsmitteln die Unabhängigkeit zu unterstützen. Wenn wir bei der Versorgung die Wahl zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit haben, dann muss die Entscheidung immer zugunsten der Unabhängigkeit gefällt und die Lebensqualität mit ins Kalkül einbezogen werden. Es gilt dann auch zu beachten: Was braucht es außer dem Katheter noch, wenn zum Beispiel die Handfunktion eingeschränkt ist, eine Spastik besteht oder die Katheterisierung unterwegs oder im Büro sichergestellt werden muss? Wie kann die notwendige Hilfe aus dem familiären Umfeld oder durch einen Pflegedienst geleistet werden? Wir schauen im Rahmen des Entlassungsmanagements, wie die Versorgung organisiert werden kann. Oftmals besteht nicht so sehr ein Hilfsmittelproblem, sondern eher ein Pflegeproblem.



In einem Videobeitrag stellt Dr. Kurze die interdisziplinäre Teamarbeit im Querschnittgelähmten-Zentrum vor.

Wie kann man diese Problematik adressieren?

Wir planen auf der diesjährigen Jahrestagung der DMGP in Weimar eine Podiumsdiskussion mit dem Titel „Sektorenübergreifende Versorgung erfolgreich umsetzen". Es geht darum, was passiert nach der Entlassung. Wie sieht die weitere Versorgung aus? Die Klinik ist ein geschützter Raum, in dem wir die notwendige Unterstützung sicherstellen können. Bei uns sind sämtliche Spezialisten mit der notwendigen Erfahrung vor Ort und ansprechbar. Im ambulanten Setting sehen wir diesbezüglich große Herausforderungen.

Wir sehen in der Nachversorgung vor allem Versorgungsdefizite in der Umsetzung des in der Klinik etablierten Darmmanagements. Die Einstellung des Darms ist mühsam und langwierig. Vielfach reicht es aus, einmal am Tag digital ausgeräumt zu werden, dann bräuchte es gar keine Hilfsmittel. Dies ist im ambulanten Setting aber oft nicht umsetzbar, wenn der Betroffene selbst oder eine Betreuungsperson dies nicht vornehmen kann. Die Pflegedienste lehnen trotz Angebot der Anleitung durch die Klinik oder durch Homecare-Unternehmen das digitale Ausräumen schlicht ab, sondern verabreichen – ob sinnvoll oder nicht – lediglich ein Klysma. Das funktioniert aber nicht, wenn der Transfer nicht selbstständig erledigt werden kann, da die zeitlichen Abläufe vom Pflegedienst nicht gewährleistet werden können. Das Problem liegt also eher in einer Kombination von Hilfsmittel plus pflegerischer Versorgung. Diese Versorgungslücken wollen wir bei der Podiumsdiskussion ansprechen und nach Lösungen suchen. Positiv zu vermerken ist, dass bei der Vorbereitung der Podiumsdiskussion deutlich geworden ist, dass in der Politik und auch bei den Kostenträgern durchaus eine Wahrnehmung und Interesse an dem Thema besteht. Diese Gelegenheit wollen wir nutzen.

Das Interview führte Kevin Schultes

Fotos (4): stock.adobe.com – LIGHTFIELD STUDIOS, Aleksandr Gladkiy, stockgood



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





Foto: stock.adobe.com – M. Schuppich

Hilfsmittelversorgung 2024:

Komplett aus dem Blick geraten

Kaum ein Land investiert so viel in die Gesundheit wie Deutschland. Im Jahr 2022 lagen die Ausgaben der Solidargemeinschaft allein für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei 274,2 Milliarden Euro. Doch bei der Lebenserwartung rangiert Deutschland in Westeuropa inzwischen unter den Schlusslichtern. So meldete das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung im Mai 2023: „Unter 16 westeuropäischen Ländern belegt die Bundesrepublik bei den Männern Rang 15, bei den Frauen Rang 14." Die Frage: „Was läuft da eigentlich schief?" scheint mehr als berechtigt.

Zuerst das Messer, dann die Pille

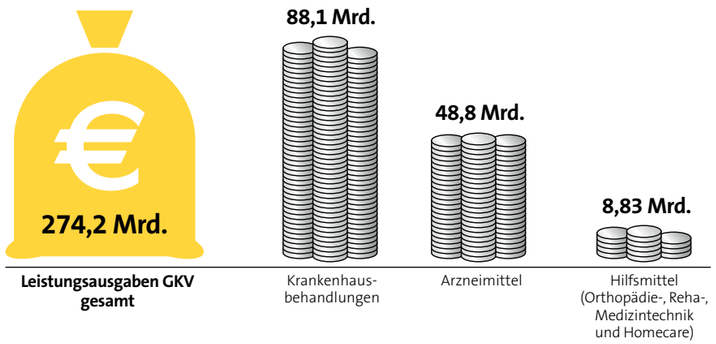
Schaut man sich an, wer die großen Kostentreiber sind, landet man unweigerlich bei den Krankenhausbehandlungen und den Arzneimitteln (Abb. 1).

Wenn es um Krankenbehandlung geht, dann wird in Deutschland noch immer zuerst zum Messer und dann zur Pille gegriffen.

Gerade die konservativ-technische Versorgung hat erhebliches Potenzial, um Patienten wirksam zu behandeln, unnötige Operationen zu vermeiden oder post-operativ schneller zu mobilisieren. Doch welche Relevanz die technische Orthopädie hat, lässt sich 2024 in folgenden Zahlen darlegen: Zum Beispiel bringt eine Suche nach dem Stichwort „Hilfsmittel" in der Musterweiterbildungsordnung aus dem Jahr 2018 – einem 471-seitigen Werk – lediglich zwölf Treffer. In den medizinischen Prüfungen sind Fragen zur konservativ-technischen Versorgung regelhaft nicht vorgesehen. Der letzte Lehrstuhl „Technische Orthopädie und Rehabilitation" wurde 2015 an der Universität Münster eingestellt. Seitdem gibt es keinen Lehrstuhl mehr, der sich gezielt um die Fortschritte bei Evidenz oder teilhabebezogener Versorgungskonzepte der technischen Orthopädie beschäftigt. War sie früher erste Wahl in der Versorgung – so ist die technische Orthopädie inzwischen zum Stiefkind in der Versorgung verkommen.

In Deutschland werden nur noch die Orthopädietechniker in der Hilfsmittelversorgung umfassend ausgebildet. Bis zum Meisterbrief müssen die Experten eine dreijährige duale Ausbildung und eine Weiterbildung samt erfolgreichem Prüfungsabschluss absolvieren. Zur Vorbereitung auf die Meisterprüfung fallen beispielsweise bei der Bundesfachschule für Orthopädie-Technik (BUFA) rund 2.150 Unterrichtsstunden an. Wer dann tatsächlich ein Meister seines Faches sein will, braucht noch ein gutes Stück Erfahrung am Patienten und in der Fertigung. Eines gehört nicht zu den prüfungsrelevanten Aus- und Weiterbildungsinhalten: Vertragsverhandlungen mit Kostenträgern und Marketing. Orthopädie-Technik hat mit kaufmännischen Berufen nichts zu tun. Der Beruf widmet sich allein der optimalen Versorgung und befähigt den Meister, für Patienten und Anwender zusammen mit Arzt und anderen Therapeuten die beste technische Lösung für das individuelle Problem auszuwählen und dann zu fertigen.

Abbildung 1:
Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2022



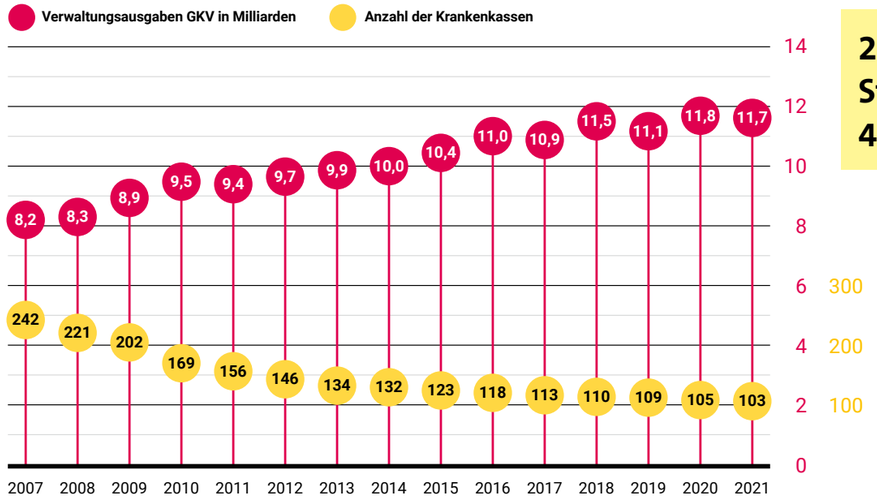
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Sanitätshäuser: Premiumkunden der Papierindustrie

Zweifellos ist das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuchs (SGB) Fünftes Buch (V) ein zentrales Element der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Es verpflichtet dazu, die begrenzten Ressourcen im Gesundheitssystem verantwortungsbewusst einzusetzen.

Die Verwaltungskosten wollte auch Ulla Schmidt im Jahre 2007 senken, durch Synergien und Konzentration im Markt. „30 bis 50 Kassen reichen nach meiner Auffassung aus, damit die Menschen genügend Wechselmöglichkeiten haben", sagte sie 2009 dem Bremer „Weser-Kurier". Schmidt wollte durch eine Konzentration Verwaltungseinsparungen und den Qualitätswettbewerb forcieren. Das Ergebnis könnte nicht desaströser aussehen. Denn die Qualität der Versorgung hat seitdem deutlich gelitten und die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sind so hoch wie nie zu-

Abbildung 2: GKV-Verwaltungsausgaben / Anzahl der Krankenkassen



2007 bis 2021: Steigerung um 42,7 Prozent

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2023

vor. So hat sich zwar die Anzahl der Kassen halbiert – die Gesamtkosten für die Verwaltung sind jedoch trotz Konzentration weiter um 42,7 Prozent gestiegen (Abb. 2). Synergieeffekte stellt man sich anders vor.

Die Gesundheitsreform hat ein nie dagewesenes Verwaltungsmonstrum in der Hilfsmittelversorgung geschaffen. Sanitätshäuser zählen heute zu den Premiumkunden der Papierindustrie. Dabei ist der ständig wachsende Blätterwald nicht das Schlimmste an der Sache: Leidtragende sind nicht nur die Bäume, sondern vor allem die Patienten.

Wohnortnahe Versorgung fernab der Realität

Konnten sich GKV-Versicherte vor der Reform 2007 noch sicher sein, dass das Sanitätshaus „um die Ecke“ oder „des Vertrauens“ sich ihrer ärztlichen Verordnung annahm, müssen sie heute auf die Suche gehen. Denn je nachdem, bei welcher Kasse man versichert ist, kann es heißen: „Sie müssen draußen bleiben.“ Auch jene, die sich glücklich schätzen können und ein Sanitätshaus oder eine orthopädietechnische Werkstatt gefunden haben, für die die verordnete Versorgung noch wirtschaftlich stemmbar ist, wissen aber noch lange nicht, was ihnen zusteht: Um den Leistungsanspruch in Form der „wesentlichen Vertragsinhalte“ zu kennen, müsste der Vertrag bei der jeweiligen Versicherung angefragt werden. Denn die Kassenverträge variieren enorm, da eine Kasse mit unterschiedlichen Sanitätshäusern zur selben Regelversorgung unterschiedliche Verträge schließen kann. Um sich „die beste“ Versorgung auszusuchen, müsste ein Versicherter diese Unterschiede einsehen können. Das kann er in der Regel aber nicht – und damit bleibt die Versorgung für ihn eine Blackbox. Die Dimension der Vertragsvielfalt wird etwa an diesem Beispiel deutlich: Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT) verwaltet rund 380.000 Verträge für Bandagen, Orthesen, Reha-Technik etc. zwischen den Kostenträgern und Sanitätshäusern.

„Die Transparenz über die von den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge fehlt. Bisher gibt es keine einzige bundesunmittelbare Krankenkasse, die ihre Versicherten über die wesentlichen Vertragsinhalte im geforderten Umfang informiert“[1], schrieb das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS), die Aufsichtsbehörde der bundesunmittelbaren Kostengträger, in seinem Sonderbericht zur Qualität der Hilfsmittelversorgung 2022. Und oftmals gibt es auch überhaupt keinen Vertrag, über den die Kostenträger sich informieren könnten. So hieß es vom BAS, es gebe „zahlreiche Krankenkassen, die zu einzelnen Produktgruppen entweder mit keinem oder mit nur wenigen Leistungserbringern Verträge zur Hilfsmittelversorgung abgeschlossen haben. Insoweit ist hier die Versorgung der Versicherten überhaupt nicht oder nur durch eine Einzelfallvereinbarung nach § 127 Abs. 3 SGB V sichergestellt.“

Keine adäquate Beratung

Durch die Intransparenz bleiben Unterschiede zwischen Regelversorgung, Satzungsleistungen und höherwertiger Versorgung komplett im Dunkeln. Für unabhängige Patientenberatungen wie die Verbraucherzentralen oder die „Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)“ ist es daher nahezu unmöglich, Patienten unabhängig und transparent und damit adäquat zu beraten.

Notwendig: verlässlicher Zugang zur Versorgung

Ein Lösungsansatz für mehr Transparenz wäre der Vorschlag des BAS[2], ein Zulassungsverfahren (wieder) einzuführen sowie die Verträge standardmäßig wieder von den für die Versorgungsbereiche verantwortlichen Verbänden verhandeln zu lassen. Damit würde sichergestellt, dass eine Versorgung aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei jedem dafür qualifizierten Sanitätshaus geleistet werden kann. Die Zulassung würde einen verlässlichen Zugang zur Versorgung für jeden GKV-Versicherten bedeuten. Zentral hierbei wäre, dass die seit der Reform hinzugekommenen Qualitätskriterien beibehalten werden. Eine Zulassung wäre aufgrund der erteilten Präqualifizierung (vorgelagerte, auftragsunabhängige Prüfung der Eignungsnachweise im Vergabeverfahren für Ausschreibungen und bei Vertragsverhandlungen) einfach und ressourcensparend machbar. Ein Verzeichnisdienst, das mit der entsprechenden Präqualifizierung versorgen kann und darf, ließe sich leicht aufstellen. Allerdings würde die Transparenz auch Versorgungslücken und damit Handlungsbedarf offenbaren – in Zeiten von Wahlkampf und leerer Kassen ein wohl eher unbequemes Thema.

Qualität und Innovationen: für Kostenträger nicht wettbewerbsrelevant

Im aktuellen System werden Innovationen in Form von Medizinprodukten zunächst über das Verwaltungsverfahren des GKV-Spitzenverbands im Hilfsmittelverzeichnis erfasst. Hier fordern die Industrie- und Herstellerverbände wie die eurocom – Europäische Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel e.V. und der Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) schon seit Langem überschaubare und vereinheitlichte Regeln. So gaben nur noch 80 Prozent der international agierenden Firmen jüngst in einer eurocom-Befragung[3] an, dass Deutschland für sie den wichtigsten Markt darstelle. Größtes Innovationshemmnis in Deutschland sei das unsichere Aufnahmeverfahren neuartiger Produkte in das Hilfsmittelverzeichnis. So wurden bei 60 Prozent der Befragten Aufnahmeanträge abgelehnt, bei 53 Prozent betraf dies mindestens drei Neuentwicklungen.

Haben die Innovationen die Hürde des Aufnahmeverfahrens in das Hilfsmittelverzeichnis genommen, so sind sie für die Versicherten aber noch lange nicht verfügbar. Zuerst müssen sie in den Versorgungsverträgen mit jedem einzelnen Sanitätshaus landen. Die Einführung von Neuentwicklungen bedeutet für keine gesetzliche Krankenkasse einen Wettbewerbsvorteil – also will keine Kasse die erste sein, die in Innovationen investiert. Qualität bleibt beim derzeitigen Vertragswettbewerb ein „No Return on Investment“. Die Versorgung nach dem Stand der Technik kommt nicht im Versorgungsalltag an, sondern rückt für Versicherte in der GKV in noch weitere Ferne; sie verschwindet im Nebel und gerät komplett aus dem Blick.

Kirsten Abel

1 Bundesamt für Soziale Sicherung: Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung, 2022
2 Bundesamt für Soziale Sicherung: Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung, 2022
3 www.eurocom-info.de/hilfsmittelhersteller-bangen-um-innovationsklima-in-deutschland/ (Abrufdatum 10/2023)

Zahlen, Daten, Fakten in der Hilfsmittelversorgung
Das Bündnis „Wir versorgen Deutschland“ (WvD) hat aktuelle Grafiken zusammengestellt, die einen Einblick in die Versorgungslage geben.

UNSER ANTRIEB:
DASS AUTOFAHREN
SPASS MACHT.

Bei PARAVAN geben wir täglich alles, um unsere Kunden barrierefrei mobil zu machen. Wir kümmern uns um alles, damit Du schnell und einfach Deine Mobilität genießen kannst… z.B. mit unserem elektrischen Rollstuhlverladesystem Robot 300. Und vielleicht am Wichtigsten: Dass Du viel Freude am Autofahren hast!

Mehr auf **www.paravan.de**

PARAVAN
MOBILITÄT FÜR DEIN LEBEN



Wer zahlt welche Hilfsmittel?

Die nachstehende Tabelle soll einen besseren Überblick über das Leistungsspektrum der jeweiligen Kostenträger ermöglichen und helfen, den Anspruch auf die Bereitstellung eines Hilfsmittels beim zuständigen Träger geltend zu machen, damit keine unnötige Zeit verloren geht. Denn man ist ja unmittelbar auf dieses vom Arzt verordnete Hilfsmittel angewiesen. Diese Übersicht soll auch dabei helfen, die Unterschiede der jeweiligen Träger zu verstehen. Bereits bei der Ausstellung der Verordnung für ein Hilfsmittel sollte man wissen, was in der Verordnung stehen muss und wie die ärztliche Begründung auszusehen hat.

Kostenträger	Gesetzliche Grundlage	Worum geht es?	Voraussetzung der Kostenübernahme
Gesetzliche Krankenkasse (GKV)	Sozialgesetzbuch V (SGB)	Für alle von Ärztinnen und Ärzten zu verordnete Hilfsmittel	Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Finanzierung von Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmittel, welche dazu dienen, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bereits bestehende Behinderung auszugleichen. Für bestimmte Hilfsmittel wurden Festbeträge festgelegt.
Pflegeversicherung	Sozialgesetzbuch XI	Für alle Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Der finanzielle Zuschuss umfasst meistens 4.000 €. Darüber hinaus kann auch für eine Wohnungsanpassung bei anderen Trägern wie zum Beispiel der Berufsgenossenschaft ein Antrag gestellt werden	Die Zuerkennung eines Pflegegrades (Stufe 1-4) ist notwendig. Die Pflegekassen haben ein Pflegehilfsmittelverzeichnis verabschiedet, in dem technische Hilfsmittel und zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel aufgeführt sind.
Private Krankenversicherung (PKV)	Es gibt keine gesetzliche Grundlage. Es gelten die vertraglich vereinbarten Leistungen.	Für alle ärztlich verordneten und im Vertrag fixierten Leistungen.	Die Verträge der PKV basieren auf den GKV-Leistungen. Die Leistungen hängen maßgeblich vom individuell abgeschlossen Vertrag und dem jeweiligen tariflichen Umfang ab.
Deutsche Rentenversicherung (DRV)	Sozialgesetzbuch VI	Für alle Hilfsmittel, die dazu beitragen, das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu vermeiden bzw. dem Versicherten die Eingliederung in das Berufsleben zu ermöglichen	Die DRV erbringt Leistungen zur Teilhabe, um die Folgen einer Erkrankung oder einer Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit des einzelnen Versicherten zu vermeiden bzw. sie auszugleichen. Damit soll die Erwerbsfähigkeit erhalten werden und ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben vermieden werden bzw. sollen die Versicherten dauerhaft in das Erwerbsleben eingegliedert werden.
Bundesagentur für Arbeit (BA)	Sozialgesetzbuch II und III	Förderung der Eingliederung von Menschen mit Behinderung durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) gehören zur Gruppe der Leistungen zur Teilhabe. Sie umfassen viele Arten der Leistungen für Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten erwerbsfähigen Menschen. Die LTA dienen in erster Linie dazu, einen Arbeitsplatz zu bekommen und zu behalten. Die Leistungen können in Kombination mit anderen Leistungen der medizinischen Rehabilitation gewährt werden. Sie müssen geeignet sein, die Leistungsfähigkeit des Betroffenen zu erhalten oder (wieder)-herzustellen. Die LTA können vielschichtig sein: Sie können ein Jobcoaching oder eine Berufsorientierung einschließlich einer aufgrund der Behinderung erforderlichen Grundausbildung umfassen. Ebenso eine berufliche Anpassung/ Weiterbildung, eine berufliche Ausbildung oder die Förderung einer Selbstständigkeit.
Unfallversicherung und Berufsgenossenschaften	Sozialgesetzbuch VII	Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	Die Leistungsträger haben den Auftrag, ihre Versicherten mit allen geeigneten Mitteln nach einem Arbeitsunfall oder bei einer Berufskrankheit eine Rehabilitation zu ermöglichen. Das hat zur Folge, dass der Versicherte mit Hilfsmitteln versorgt werden soll, die den persönlichen Erfordernissen des Betroffenen entsprechen. Wurden im SGB V Festbeträge für bestimmte Hilfsmittel vereinbart, muss der Versicherte eventuelle Mehrkosten bei selbstgewählten teureren Ausführungen selbst tragen, wenn die Leistungen nicht Teil des Rahmenvertrages sind.

Kostenträger	Gesetzliche Grundlage	Worum geht es?	Voraussetzung der Kostenübernahme
Kinder- und Jugendhilfe	Sozialgesetzbuch VIII	Leistungen für Kinder und Jugendliche und junge Erwachsene und deren Sorgeberechtigte	Die Kinder- und Jugendhilfe ist ein System außerhalb des Elternhauses, der Schule und der beruflichen Ausbildung, das die Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung steigern und deren Entwicklung voranbringen soll. Wenn kein anderer Träger zuständig ist, übernimmt die Kinder- und Jugendhilfe Leistungen zur medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation und Teilhabe.
Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge	Bundesversorgungsgesetz	Zuschüsse bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Gewährung berufsfördernder Maßnahmen zur Erlangung, Wiedererlangung und Erhaltung eines angemessenen Berufs sowie die dazu erforderlichen Hilfsmitteln	Die Leistungen werden für Berufssoldatinnen und Berufssoldaten, Zivildienstgeschädigte oder Opfer von Gewalttaten erbracht.
Grundsicherungs- und Sozialamt	Sozialgesetzbuch XII	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Diese Leistungen werden abhängig vom Einkommen und Vermögen erbracht. Die Sozialhilfe übernimmt die Kosten der Hilfsmittelversorgung, wenn kein anderer Träger zuständig ist. Dabei ist zu beachten, dass Leistungen von dort nur gewährt werden, wenn das Einkommen und Vermögen des Antragstellers eine individuell zu errechnende Höhe nicht überschreitet. Das Grundsicherungs- und Sozialamt ist bei der Bewilligung von Hilfsmitteln an die Bestimmungen der Kranken- bzw. Pflegekasse gebunden.

Das Hilfsmittelverzeichnis

Gesetzlich Krankenversicherte haben einen Anspruch auf Hilfsmittelversorgung gegenüber ihrer Krankenkasse (§ 33 SGB V). Die Versorgung basiert auf dem Sachleistungsprinzip. Die Kassen schließen dafür Verträge mit den Hilfsmittelleistungserbringern ab. Im Hilfsmittverzeichnis – fortlaufend erstellt vom GKV-Spitzenverband – sind alle Hilfsmittel gelistet, deren Kosten von der GKV übernommen werden. Das Hilfsmittelverzeichnis besitzt keinen abschließenden Charakter, sondern gilt vielmehr als Orientierung für Versicherte, Leistungserbringer, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Krankenkassen. Eventuell können also auch Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, durch die GKV erstattungsfähig sein. Das Verzeichnis liefert Informationen zur Leistungspflicht der Krankenkassen sowie über die Art und Qualität der am Markt erhältlichen Produkte. Als Anlage wird außerdem ein Pflegehilfsmittelverzeichnis erstellt, in dem alle von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufgeführt sind. Neue Produkte werden aufgenommen, nachdem der GKV-Spitzenverband die Anträge und Voraussetzungen in Kooperation mit der Kompetenzeinheit Hilfsmittelverzeichnis der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste geprüft hat. Jedes Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis der GKV hat eine eindeutige zehnstellige Identifikationsnummer.

Weitere Infos gibt es hier:

Stephan Neumann

Grafik: stock.adobe.com – Icons-Studio

PASSGENAU FÜR VERSCHIEDENE FAHRZEUGMARKEN UND MODELLE



DIE EDAG ROLLSTUHL-LADEHILFE

Möchten Sie unser System einmal testen? Wir besuchen Sie gern kostenlos und unverbindlich mit einem unserer umgebauten Fahrzeuge. Rufen Sie uns an oder senden Sie eine E-Mail!

Produktion und Vertrieb durch:
FFT Wekzeug + Karosserie GmbH
Geschäftsbereich Ladehilfe
Weinbergstraße 1, 99817 Eisenach

So können Sie uns erreichen:
Tel.: +49 171 5092504
E-Mail: rollstuhl-ladehilfe@fft-wk.com
www.fft-wk.com/rollstuhl-ladehilfe

EDAG

Das System krankt

Vollversorgungsmentalität am Ende?

Deutschland hat zweifellos eines der besten Gesundheitssysteme weltweit. Und dies weitgehend unabhängig von der Einkommenssituation, vom Alter, der sozialen Herkunft und vom persönlichen Gesundheitsstatus. Noch. Denn unser System stößt zunehmend an Grenzen.

Im deutschen Gesundheitswesen gibt es viel Geld zu verteilen. Das weckt Begehrlichkeiten und richtet die Angebote vielfach nach den Gewinnerwartungen aus. Seit dem Millennium haben sich die Gesundheitsausgaben mehr als verdoppelt: Das Jahresbudget stieg von 214 Milliarden auf 498 Milliarden Euro[1]. Und das, obwohl es bereits an Personal und Medikamenten mangelt, sich die Hilfsmittelversorgung verschlechtert und die bestehenden medizinischen Strukturen überlastet sind. Die Notrufe aus dem deutschen Gesundheitswesen in diesen Tagen zeigen auch die Grenzen der bisherigen Gesundheitspolitik auf. Mit einer Art Planwirtschaft versucht die Politik, die Kostenexplosion in den Griff zu bekommen. Dessen ungeachtet verschärft sich die Situation weiter.



Hohe Erwartungen

Es stimmt: Immer mehr Geld fließt in die „Hochleistungsmedizin“ und die Verwaltung des Bürokratiemonsters, welches sich im deutschen Gesundheitswesen breit gemacht hat. Doch dies sind nicht die einzigen Gründe für die Kostenexplosion. Zu einer ehrlichen Diskussion gehört die Erkenntnis, dass die Politik allein dieses Dilemma nicht auflösen kann, sondern dass wir einen gesellschaftlichen Konsens benötigen, was unser Gesundheitswesen am Ende leisten soll und was wir alle bereit sind, dafür zu bezahlen.

Denn insbesondere die Alterung der Gesellschaft führt neben dem medizinisch-technischen Fortschritt zu einer sich weiter vergrößernden Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre gehen in den kommenden Jahren in den Ruhestand. Die Folgen sind sowohl geringere Beitragseinnahmen der Krankenversicherung als auch höhere Leistungsausgaben. Dem gegenüber stehen unsere Erwartungen: Wir pochen auf eine uneingeschränkte Rundumversorgung im Krankheitsfall, die Unterbringung in Krankenhäusern, die bestenfalls Komforthotels gleichen, die Kostenübernahme aller Behandlungsoptionen und modernste Hilfsmittel bis ins höchste Alter.

Wie bringen wir nun diese Entwicklung und die Erwartungen in Einklang? Ähnlich den Sozialsystemen ist das deutsche Gesundheitswesen bereits heute defizitär und wird am Ende durch den Steuerzahler quersubventioniert. Die Frage ist: Wie lange können wir uns dies noch leisten?

Gewaltige Schieflage

Ein Beispiel: Wir Deutschen gehen im internationalen Vergleich gerne und häufig zum Doktor. Im Schnitt suchen Bundesbürger rund zehn Mal pro Jahr den Arzt auf – Zahnarztbesuche noch nicht mitgerechnet. Oftmals wegen Kleinigkeiten. Und dann blockieren wir noch Termine, die wir nicht wahrnehmen – oftmals ohne sie abzusagen[2]. Unser Credo: Die Solidargemeinschaft schultert das. Demgegenüber stehen eine mächtige Überregulierung, fehlende Digitalisierung, mangelnde Effizienz sowie ein Fachkräftemangel, der unser Gesundheitssystem bis 2035 zum Erliegen bringen könnte[3]. Es braucht keinen Hellseher, um zu erkennen, dass hier etwas gewaltig in Schieflage geraten ist.

Das Schwerpunktthema dieser Ausgabe des PARAplegiker könnte einen gesunden Diskussionsbeitrag leisten. Wir brauchen nicht weniger, sondern mehr intelligent und verantwortungsbewusst eingesetzte Hilfsmittel. „Konservativ vor invasiv“ wäre ein Anfang.

Kevin Schultes

Was denken Sie? Schreiben Sie uns!
redaktion@fgq-paraplegiker.de

Umfrage zum Thema Hilfsmittelversorgung

Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT) und die FGQ fragen Betroffene: Welche Erfahrungen haben Sie mit der Hilfsmittelversorgung gemacht? Beteiligen Sie sich an der Umfrage und gestalten Sie mit!

1 Statistisches Bundesamt, Zahlen 2022, der Anteil am BIP ist in der Zeit von 10,2 % auf 12,8 % gestiegen.
2 Kassenärztliche Bundesvereinigung: Fast 70 % der befragten Arztpraxen in Deutschland haben Probleme mit nicht rechtzeitig abgesagten Terminen.
3 PricewaterhouseCoopers GmbH: Bis 2035 werden voraussichtlich 1,8 Mio. Stellen im Gesundheitswesen unbesetzt sein.

CYBERDYNE Care Robotics



„Die Neuromuskuläre Feedbacktherapie mit dem HAL Lower Limb verbessert die Therapieergebnisse bei Querschnittgelähmten.“

Kontaktieren Sie uns gerne für weitere Informationen und Ihr kostenfreies Ersttraining mit dem HAL Lower Limb.

Tel. 0234 587 300-0
E-Mail bochum@ccr-deutschland.de
Internet www.cyberdyne.eu

Cyberdyne Care Robotics GmbH · Hunscheidtstr. 34 · 44789 Bochum

Durchs Leben skaten



Das Leben kann ganz schön bunt sein. Vor allem, wenn man mit SIT'N'SKATE lernt, seinen Rollstuhl zu beherrschen. Es geht nicht um den ganz großen Rollstuhl-Skate-Trick. Es geht um die ganz große Freiheit.

„Wir wollen, dass Vorurteile abgebaut und Rollstuhlfahrer im Alltag sichtbarer werden."

Die Turnhalle einer Hamburger Grundschule. Auf dem Linoleumboden liegen Matten, Rampen, Seile, abgestufte Podeste und Kisten. Eine Schülerin versucht, ihren Rollstuhl exakt an den Windungen eines Seils entlang zu lenken. Ihre Zungenspitze steht ein bisschen hervor, so stark konzentriert sie sich. Auf dem Speichenschutz des weinroten Sportrollstuhls sind Wildpferde abgebildet.

Eine ganze Schülergruppe mit und ohne Behinderungen übt im Rollstuhl an diesem Vormittag den Umgang mit Barrieren: sicher fahren und bremsen, lenken und kippen, Rampen und Stufen überwinden. Versierte Trainer und Trainerinnen unterstützen und ermutigen sie dabei. Das „Innovative Rollstuhltraining für Schüler" ist ein Angebot von „SIT'N'SKATE" in Hamburg-Altona und nur eine von vielen Aktionen des Projekts.

Gängige Narrative durchbrechen

SIT'N'SKATE ist Teil der gemeinnützigen Firma SUPR SPORTS gGmbH. Lisa und David Lebuser, die SIT'N'SKATE vor zehn Jahren ins Leben gerufen haben, setzen seither immer mehr Ideen und Angebote um – inzwischen in einem neunköpfigen Team und mit zahlreichen Ehrenamtlichen an verschiedenen Standorten, vor allem in Norddeutschland. Finanziert wird SIT'N'SKATE vorwiegend über Stiftungen und Spenden.

Lisa und David Lebuser sind Rollstuhl-Skate-Profis und belegen seit Jahren vorderste Plätze bei Weltmeisterschaften im Wheelchair Motocross (WCMX), wie der Sport international bezeichnet wird. 2018 gewannen beide die deutsche WCMX-Meisterschaft. Längst geht es ihnen nicht mehr nur darum, das Rollstuhl-Skaten in Deutschland bekannter zu machen. „Destroying Stereotypes!" lautet das Motto von SIT'N'SKATE: „Wir wollen das gängige Narrativ vom wehleidigen, immobilen Rollstuhlfahrer durchbrechen. Mit jedem Teilnehmenden, der sich mit seinem Rollstuhl sicherer fühlt und dadurch mehr am Leben teilhaben kann, schaffen wir es, dass Vorurteile abgebaut und Rollstuhlfahrer im Alltag sichtbarer werden", sagt David über sein Herzensprojekt und ergänzt: „Wir arbeiten viel mit Kindern und Jugendlichen und entfalten da natürlich auch die größte Wirkung. Wenn Kinder früh lernen mit dem Rollstuhl umzugehen, haben sie ihr ganzes Leben etwas davon, egal, ob sie später noch in den Skatepark gehen oder nicht."

„Unser Ziel ist es, diese skatebegeisterten Kids in die Skateszene zu inkludieren."

Den Curb grinden

Auch bei den regelmäßigen Rollstuhl-Skate-Treffs für Kinder, Jugendliche und Erwachsene geht es eher nicht um die großen Tricks, sondern darum, sich auf dem Gelände auszuprobieren, Bewegungserfahrungen zu machen und mehr Sicherheit zu gewinnen. In den altersgemischten Gruppen sind die Jüngsten erst drei, die alten Hasen auch schon mal 80 Jahre alt. Immer sind erfahrene Übungsleiter dabei. David Lebuser: „Das sind offene Treffen, keiner ist verpflichtet aktiv zu werden. Wer schauen will, was wir so machen, kann einfach vorbeikommen, reinschnuppern und mit uns abhängen."

Wer sich erst einmal online einen Eindruck verschaffen will, findet auf www.sitnskate.de nicht nur alle Termine sowie Infos über das Projekt und die Menschen, die dahinterstehen, sondern vor allem Videos – getrennt in WCMX-Beiträge und die „Rollstuhl-Fahrschule". David Lebuser demonstriert in den Skate-Videos detailliert, wie man sich auf einen ersten Besuch im Skate-Park („nicht Skaterpark!") vorbereiten kann und wie man sich als Anfänger dort verhalten sollte, und er zeigt auch die Basics auf den Rampen. Es wimmelt von englischen Begriffen wie Quarterramp, Corner, grinden oder sliden, allesamt auf Deutsch einfach nur uncool. In der Rollstuhl-Fahrschule erklären Lisa und David ebenso eingehend Rollstuhlfahrtechniken wie das Lenken, Drehen, Kippeln und mehr.



Fotos (2): Pascal Lieberg

Sich selbst einschätzen

„Viele Kids sind es gewohnt, dass die Eltern ihnen alles abnehmen. Wir wollen, dass sie lernen, sich selbst besser einzuschätzen. Natürlich sagen wir manchmal auch, das ist noch zu krass für dich. Aber im Prinzip dürfen die Kids bei unseren Treffen das Gelände frei erkunden und selbst entscheiden, was sie machen möchten." David weiß aus eigener Erfahrung, dass sich die eine oder andere Schramme beim Skaten kaum vermeiden lässt: „Im Skatepark gehört es dazu, dass man sich auch mal verschätzen kann, dass man mal hinfällt. Das ist nicht schlimm."

„Wenn Kinder früh lernen mit dem Rollstuhl umzugehen, haben sie ihr ganzes Leben etwas davon."

In seinem „Kinderschutzkonzept" bekennt sich das gesamte Team zu Prinzipien und Verhaltensregeln, die für einen respektvollen und umsichtigen Umgang auf Augenhöhe sorgen sollen. „Wir haben viel an unserem Kinderschutzkonzept gearbeitet. Dabei geht es nicht nur um den Schutz vor sexuellen Übergriffen, sondern zum Beispiel auch um die Förderung von Potentialen der Kinder, um Selbstbestimmung und Empowerment." Das kann zum Beispiel bedeuten, dass pflegerische Maßnahmen nie in der Öffentlichkeit stattfinden sollen, um die Intimsphäre der Kinder zu schützen. Auf der Projektseite finden die Teilnehmenden ein Kontaktformular, in dem sie anklicken können, welche beiden Teammitglieder ihre Nachricht erhalten sollen und auf Wunsch sogar, wer nicht.

Rasmus ist schon seit mehreren Jahren dabei. Früher lehnte er den Rollstuhl ab, weil er auch noch ein bisschen laufen kann. „Durch die Treffs hat er dann gelernt, damit umzugehen, und auf einmal war der Rollstuhl richtig cool und er wurde von den anderen Kids als Skater wahrgenommen. Das hat ihm einen unglaublichen Boost gegeben, und er ist heute eines unserer talentiertesten Kids", erzählt David Lebuser. Der 37-Jährige klingt fast ein bisschen stolz, als er berichtet, dass Rasmus seinen Schulweg schon lange selbstständig mit den anderen Schülern mache und nach wie vor regelmäßig bei den Treffen dabei und hungrig darauf sei, mehr zu lernen.

Kollektives Kamikaze

Als Skateprofi kann David nicht verbergen, dass es ihm gefällt, wenn Teilnehmende einen klitzekleinen Hang zu Kamikaze haben: „Es freut mich natürlich auch, wenn Leute dabei sind wie Max, der richtig Feuer hat, der Tricks lernen will und sich nicht scheut, auch mal auf die Fresse zu fliegen und diesen Sport mit Begeisterung ausübt." Was ihn beschäftigt: „Wir haben viele Kids, die richtig gut sind, aber dieser Gang in den Skatepark, wenn dich die anderen doch irgendwie so ein bisschen wie ein Alien sehen, das ist schwierig. Deshalb gehen wir auch immer mal als Gruppe absichtlich dann hin, wenn viel los ist. Unser Ziel ist es, diese skatebegeisterten Kids in die Skateszene zu inkludieren, Leute miteinander zu connecten, sodass sie irgendwann unabhängig von uns gemeinsam skaten gehen."

Nikola Hahn

„Wer schauen will, was wir so machen, kann einfach vorbeikommen, reinschnuppern und mit uns abhängen."

Nächste Termine & Kontakt

06.07.2024	Rollstuhl Skate Treff Hamburg Ackerpoolco
13.07.2024	Rollstuhl Skate Treff Bremen Überseestadt
13.07.2024	Rollstuhl Skate Treff Oldenburg
14.07.2024	Special Skate RSB Rollschuhbahn Hamburg
20.07.2024	SUP'N'SKATE Skatepark Scharbeutz

www.sitnskate.de

Carsharing für alle?

Lohnt sich der eigene Pkw oder bin ich mit Carsharing eventuell günstiger unterwegs? Bis sich Rollstuhlnutzende der Beantwortung dieser Frage mit der gleichen Selbstverständlichkeit widmen können wie Fußgänger, sind noch einige Hürden zu überwinden.

Einen Menschen im Rollstuhl als „mobilitätseingeschränkt" zu bezeichnen, ist heute gängiger sprachlicher Konsens. In einer hochmobilen Gesellschaft ist das zugleich ein Statement. Wer in seiner Mobilität eingeschränkt ist, hat ein Problem. Wie wir uns von A nach B bewegen, ja dass wir es überhaupt können, hat entscheidenden Einfluss auf unsere Lebensqualität. Deshalb nimmt es nicht Wunder, dass die Interessenvertretungen von Menschen mit eingeschränkter Mobilität ihr besonderes Augenmerk auf die Beseitigung von Hindernissen richten, die von Nichteingeschränkten oftmals gar nicht als solche wahrgenommen werden.



Foto: Paravan

Das Handling ist einfach und wurde beim Fahrzeugumrüster Paravan vorgestellt.

Im Kampf um barrierefreie Umweltgestaltung hat sich in den zurückliegenden Jahren einiges bewegt. Kaum jemand wird indes bestreiten, dass alle Bemühungen nach wie vor an Grenzen stoßen und Teilhabe auf Augenhöhe für Reisende mit besonderen Anforderungen noch weit von einer vollständigen Umsetzung entfernt ist. Deshalb ist es auch wenig erstaunlich, dass für viele Rollstuhlnutzer ein an die speziellen eigenen Anforderungen angepasster Pkw nach wie vor den Goldstandard in Sachen individueller Mobilität verkörpert. Das mag erklären, warum diese Zielgruppe eine enge Bindung zum fahrbaren Untersatz hat, während andere diese Form des Individualverkehrs in zunehmendem Maß hinterfragen. Alternative Konzepte werden diskutiert. Die Tage von Fahrzeugen mit Verbrennungsmotor scheinen gezählt, Carsharing-Konzepte verzeichnen Zulauf. Längst sind Führerscheinerwerb und erster eigener Pkw nicht mehr selbstverständliche Begleiterscheinungen auf dem Weg zur Volljährigkeit.

Ein Anfang: Rollstuhl-Carsharing

Aber wie ist es um die Auswirkungen dieser Entwicklung auf die Teilhabe von Mobilitätseingeschränkten am Verkehrsgeschehen bestellt? Wie verhält es sich zum Beispiel mit der Teilhabe an alternativen Fahrzeugnutzungskonzepten? Eine Pressemeldung zu diesem Thema lässt aufhorchen. Der Carsharing-Anbieter stadtmobil Rhein-Neckar informiert, man habe die Fahrzeugflotte um drei Fahrzeuge erweitert, die von von Menschen im Rollstuhl genutzt werden können. Ein Informationsdienst stellte diese Meldung unter der Überschrift „Carsharing jetzt auch barrierefrei" ins Netz. Aber wie sieht diese Barrierefreiheit konkret aus? Das in Mannheim ansässige Carsharing-Unternehmen hat von einem Autoumrüster drei Peugeot Rifter GT für die Mitnahme von Rollstuhlnutzern tauglich machen lassen. Sie können nun über einen Heckeinstieg mit Rampe barrierefrei in diese Fahrzeuge einrollen, der Rollstuhl kann auf dem so erreichten Stellplatz fixiert werden, ein Gurt sichert den Passagier in seinem Rollstuhl. So kann er ein Carsharing-Fahrzeug nutzen, vorausgesetzt, er stellt einen Fahrer. Für diesen gibt es mit dem Fahrzeug ein Video-Tutorial, das ihn in die Handhabung der Sonderausstattung und die Sicherung des Passagiers einweist. Barrierefrei bedeutet in diesem Fall also: Die Möglichkeit zum passiven Gebrauch eines Carsharing-Fahrzeugs durch Rollstuhlnutzer, die nicht vom Rollstuhl auf einen Fahrer- oder Beifahrersitz umwechseln können, und deshalb während der Fahrt im eigenen Rollstuhl verbleiben müssen. Dergestalt ausgestattete Fahrzeuge werden normalerweise von Privatpersonen genutzt, auch gibt es hier und da Taxiunternehmen, die solche für die rollstuhlnutzende Klientel vorhalten.

Dünne Datenbasis

Die Beantwortung der Frage, ob stadtmobil Rhein-Neckar mit seinem Angebot eine Vorreiterrolle einnimmt, ist interessanterweise gar nicht so einfach. Der Bundesverband Carsharing e.V. bekennt auf Anfrage, man führe zum Merkmal „Mobilitätseinschränkung" keine Auswertung und könne insofern auch nicht sagen, ob es vergleichbare Angebote auch andernorts gebe. Auch die Mannheimer selbst haben diesbezüglich keinen Austausch mit anderen Marktteilnehmern. Das hat Auswirkungen auf die nicht unwesentliche Frage, ob die Idee als solche überhaupt wirtschaftlich ist. Denn natürlich spielen die umgerüsteten Fahrzeuge die beträchtlichen Umbaukosten



Foto: stadtmobil Rhein-Neckar

Neu in der Flotte von stadtmobil Rhein-Neckar: Fahrzeuge, die über einen Rollstuhl-Stellplatz verfügen.

von mehreren tausend Euro pro Fahrzeug nicht so ohne weiteres wieder ein. Die Rifter werden mit dem normalen Preis für einen Minivan abgerechnet und stehen jedermann zur Verfügung. Es gibt lediglich ein Zeitlimit von drei Tagen für die Nutzung, eine längere Mietdauer wird nur Rollstuhlnutzern zugestanden. Ob Angebot und Zielgruppe zusammenfinden werden, kann der Betreiber einstweilen nur mutmaßen, denn es gibt viele Gründe, warum die praktischen Minivans nachgefragt werden. Die Nutzung der Passivfahrfunktion durch Rollstuhlnutzer ist nur eine davon, protokolliert wird sie nicht.

Wie viel Umrüstung muss sein?

Ohnehin streift die Newsmeldung „Carsharing jetzt auch barrierefrei" den Sachverhalt mehr, als dass sie ihn trifft. Denn für die nicht geringe Anzahl von autofahrenden Rollstuhlnutzern, die aktiv mit einem Pkw am Verkehrsgeschehen teilnehmen, gibt es derzeit noch nicht die Option, Carsharing als Alternative zu einem eigenen Pkw zu nutzen. Dazu bräuchte es Fahrzeuge, die wenigstens über die Minimalumrüstung mit einem Handbediengerät für Gas und Bremse verfügen, mit der viele Rollstuhlnutzer im Alltag bekanntlich bestens zurechtkommen. Man habe zunächst auch genau diese Idee verfolgt, informiert stadtmobil Rhein-Neckar auf Nachfrage und führt weiter aus: „Da wir aus der Diskussion mit den Interessensvertretungen der Betroffenen keinen Konsens ableiten konnten, was überhaupt benötigt würde (schwenkbare Sitze, Handgas, verlängerte Pedale oder, oder, oder ...), haben wir uns darauf verständigt, dass ein Passivfahrzeug vermutlich der kleinste gemeinsame Nenner wäre."

Mit Maximalforderungen ins Abseits

Die in guter Absicht im Vorfeld involvierten Betroffenenverbände scheinen im konkreten Fall ganze Arbeit geleistet zu haben. Einen wirklich praktikablen Minimalkonsens – für einfachen Handbetrieb ausgestattete Fahrzeuge, nutzbar von vielen Fahrerinnen und Fahrern mit Handicap – haben sie so jedenfalls wirkungsvoll verhindert. Das soll vorkommen, wenn man – der Gewohnheit folgend – zu jeder Lösung ein Problem findet. Bleibt festzustellen: Ein Anfang ist gemacht. Zu wünschen wäre, dass auf absehbare Zeit Menschen mit Mobilitätseinschränkung die Teilnahme an Carsharing-Konzepten umfassend möglich gemacht wird. Der Bedarf ist da.

Werner Pohl







Raus in die Natur und rein ins Zelt

Die richtige Ausrüstung und Planung macht Camping mit Rollstuhl möglich

Urlaub im Zelt ist für Menschen, die im Rollstuhl mobil sind, mitunter nicht die nächstliegende Möglichkeit der Freizeitgestaltung. Aber das Herz will, was das Herz will, und Campingurlaub kann – mit einigen Anpassungen – eine wahre Freude sein.

Foto: stockadobe.com – romaset

Zelt

Beim Zelt ist neben der Größe, die sich an den individuellen Wünschen und Bedürfnissen des Campers orientiert, die Befahrbarkeit ausschlaggebend: Bleibt man mit den Lenkrollen am Zelteingang hängen oder nicht? Beim Kauf eines Zeltes sollten Rollstuhlfahrer darauf achten, ob die circa zehn Zentimeter hohe Planenkante am Zelteingang entfernt bzw. abgesenkt werden kann.

Ganz hartgesottene Naturfreunde verzichten eventuell ganz auf ein Zelt und greifen stattdessen zu einem Tarp. Tarps sind Zeltplanen ganz ohne Boden. Sie sind leichter und kostengünstiger als Zelte und sie sind deutlich haltbarer, weil es keine Reißverschlüsse und Stangen gibt, die kaputtgehen könnten. Mit einem Tarp muss man sich über störende Zeltteile am Boden nicht sorgen, allerdings taugt es nur für sehr warme Sommertage, da es zwar Schutz vor Regen, aber nicht vor Wind, Kälte, Bodenfeuchtigkeit oder Tieren bietet.

Schlafausrüstung

Eine Isomatte auf dem Boden ist für Menschen mit Querschnittlähmung aus verschiedenen Gründen nicht die beste Wahl. Zum einen könnten je nach Lähmungshöhe die Rollstuhl-Boden-Rollstuhltransfers* erschwert sein, zum anderen kann es beim Liegen auf zu hartem oder unebenem Untergrund zu Druckstellen kommen.

Ein Feldbett oder eine Campingliege ist da schon eine bessere Wahl, allerdings sollten Menschen mit Querschnittlähmung darauf achten, dass sie einer gepolsterten Variante den Vorzug geben. Karpfenliegen*, die ursprünglich in der Nacht beim Karpfenangeln als Schlafstätte verwendet wurden und über eine dicke Polsterung verfügen, können eine gute Wahl sein.

Auch bei der Wahl des Schlafsacks gibt es auch das eine oder andere zu beachten, vor allem wenn man eine eingeschränkte Handfunktion hat. Kleine Reißverschlüsse können mit Schlüsselringen anwenderfreundlicher gemacht werden. Oder man benutzt gleich einen Quilt: Quilts sind aus den gleichen Materialien gefertigt wie Schlafsäcke, sind aber ab den Knien oder dem Gesäß zur Unterseite hin offen. Geschlossen werden sie mit einem Kordelzug, mit dem sie auch an der Isomatte festgemacht werden können, damit der Quilt beim Schlafen nicht verrutscht oder man sich in ihm verheddert. Manche Camper mit Querschnittlähmung haben die Erfahrung gemacht, dass es eine normale Bettdecke auch tut.

Der Ruf der Natur

Ernährung und Darmmanagement beim Campingurlaub

Generell kann es bei manchen Menschen im Urlaub zu Verdauungsstörungen* kommen. Häufig ist eine eingeschränkte Trinkmenge ein Grund, denn Flüssigkeitsmangel beeinflusst das Darmmanagement. Menschen mit Querschnittlähmung sollten, um einer Verstopfung vorzubeugen, die Trinkmenge im Urlaub keinesfalls reduzieren und bei hohen Außentemperaturen bestenfalls erhöhen.

Die Örtlichkeiten

Campingplätze, die Wert auf Barrierefreiheit legen, bieten in der Regel Behindertentoiletten, in denen ausreichend Platz und eine relative große Abgeschiedenheit für das Darmmanagement gegeben sein sollte. Wen es hingegen ins wilde Outback zieht, der sollte einen Duschrollstuhl oder Hocker mitnehmen. Ausgerüstet mit einem Eimer und einem Sichtschutz, kann man seine Geschäfte dann in naturnaher Privatsphäre* verrichten.

Weitere Ausrüstung

Vorspannrad

Je nachdem, wo es hingehen soll, kann die Ausrüstung durch einen geländegängigen Rollstuhl* oder ein Vorspannrad* ergänzt werden, sodass das Vorankommen auf unbefestigtem Untergrund möglich ist.

Reiseapotheke

Neben allem, was man für Blasen- und Darmmanagement braucht (gerne etwas mehr Equipment mitnehmen, falls etwas Ungeplantes eintritt), sollte man auf eine gut gefüllte Reiseapotheke* achten. Bei einem Campingtripp dürfen Coolpacks oder Kühlakkus nicht fehlen.

Begleitung

Wenn man fernab von Campingplätzen auf unbefestigten Wegen in der Natur sein möchte, sollte man diesen Trip nicht allein durchziehen. Vielleicht kommt es nicht dazu, dass man Hilfe benötigt, aber es ist gut zu wissen, dass sie da ist, wenn die Situation es erfordern sollte.

Was Rollstuhlnutzer über das barrierefreie Campen sagen

Tetraplegiker Andreas, der seit vielen Jahren Urlaub im Zelt* macht, sagt: „Viele Rollstuhlfahrer denken, dass Zelten für sie nicht in Frage kommt. Dabei spricht vieles dafür. Ein Zelt hat nie eine Stufe, da fallen viele Hindernisse im Vergleich zum Hotel schon mal weg. Im Hotel muss man klären, wie breit die Türen sind, ob es Stufen gibt und wie groß die Räume sind. Ein Zelt muss einfach nur ausreichend Platz haben. Gerade für Paras geht das dann locker. Zu zweit und mit der entsprechenden Ausstattung ist es auch für mich als Tetra kein Problem.“

Tetraplegiker Bernd überspringt das Zelt und campt im Bus*. Dort hat er auf wenigen Quadratmetern jede Menge Stauraum, ein Bett, ein Waschbecken, eine Kochplatte, eine Dusche und eine Trockentoilette, die wie ein Katzenklo für Menschen funktioniert. Wo eigentlich der Beifahrersitz sein sollte, gibt es einen Kühlschrank. Gekocht wird entweder im Bus oder außerhalb. „Wenn es hochsommerliche Temperaturen hat, willst du echt nicht im Bus kochen. Dafür hab’ ich eine Außenküche.“

Rollstuhlfahrer Jens hat den Wunsch nach barrierefreiem Campen mit einem Tiny House* gelöst: Sein Traum war eine komfortable, mobile Unterkunft, in der er (relativ) spontan einen barrierefreien Urlaub am Ort seiner Wahl verbringen kann, ohne sich mit monatelangem Vorlauf auf eines der wenigen rollstuhlgerechten Domizile festlegen zu müssen.

Tanja Konrad

DER-QUERSCHNITT.DE
DAS INFORMATIONSPORTAL DER MANFRED SAUER STIFTUNG

Zu den mit* markierten Themen bzw. Schlagworten gibt es im Beitrag „Die rollstuhlgerechte Campingausrüstung“ auf **der-querschnitt.de** weiterführende Informationen.



NDO steht für **neurogene Detrusorüberaktivität** und bezeichnet eine durch eine Schädigung des Nervensystems ausgelöste Blasenfunktionsstörung. Die Funktionsstörung kann zum unwillkürlichen Zusammenziehen des Blasenmuskels führen, wodurch es zu unfreiwilligem Harnabgang (Inkontinenz) kommen kann.

Hamburger Pannfisch

mit Bratkartoffeln und Gurkensalat

PEER-TEAM AUS HAMBURG
Sascha Schrön, Jannes Mackeprang, Amke Baum, Anette von Laffert, David Lebuser, Bert Pein und Robert Steinbeck

Zutaten für 3 Personen

Für den Gurkensalat:
1 kleine Gurke
½ Bund Dill
100 g saure Sahne
2 EL Zitronensaft
Zucker, Salz, Pfeffer

Für die Bratkartoffeln:
400 g festkochende große Kartoffeln
Rapsöl
Butter
1 Knoblauchzehe
2 Schalotten
100 g Speckstreifen
Salz, Pfeffer

Für den Fisch:
½ Bund glatte Petersilie
300 g Fischfilet, z. B. Seelachs, Kabeljau
Paniermehl (Semmelbrösel)
2 EL körniger Senf
1 EL scharfer Senf (z. B. Dijon)
200 ml Sahne
100 ml Weißwein oder
100 ml Gemüsebrühe
Salz, Pfeffer, Zitrone oder Essig



Zubereitung

1. Die Gurke mit Schale hobeln und mit einer Soße aus Dill, saurer Sahne, Zitronensaft, Zucker, Salz und Pfeffer mischen.
2. Die Kartoffeln schälen, 6-8 Minuten kochen lassen, abdampfen und ganz abkühlen lassen und in große, dicke Scheiben schneiden.
3. Das Rapsöl und die Butter in einer Pfanne erhitzen. Die Knoblauchzehe dazu pressen, die erste Hälfte Kartoffelscheiben nebeneinander von beiden Seiten knusprig braten. Kartoffelscheiben auf Küchenpapier legen und die zweite Hälfte braten. Auf Küchenpapier entfetten.
4. Die Schalotten in Scheiben schneiden, mit den Speckstreifen braten, anschließend mit den Kartoffelscheiben zurück in die Pfanne geben. Salz und Pfeffer dazugeben.
5. Die Petersilie kleinschneiden. Den Fisch säubern, trocknen, säuern, salzen, in Paniermehl wenden, hellbraun braten und warm stellen.
6. Senf, Sahne, Weißwein oder Gemüsebrühe einrühren. Mit Salz und Pfeffer würzen und Petersilie über den Fisch streuen und anrichten.

Der Hamburger Pannfisch galt früher als Arme-Leute-Essen, denn er konnte günstig aus den Resten der reichlich gefangenen Fische aus Elbe und Nordsee und mit Kartoffeln vom Vortag zubereitet werden. So war das in der „Pann“ (plattdeutsch für Pfanne) gebratene Gericht zum Beispiel unter Hafenarbeitern verbreitet. Heute werden Fischfilets, auch von Edelfischen wie z. B. Zander verwendet und man findet das Gericht auch in der gehobenen Gastronomie.



Fotos (3): privat, stock.adobe.com – Alexander Raths, Naoki Kim





Senf –

der gesunde Scharfmacher

Erste Samenfunde von Senfpflanzen aus Indien werden auf ca. 1.800 v. Chr. datiert. Spätestens 100 n. Chr. hatte Senf seinen Weg ins alte Rom gefunden, wo er als Gewürz in Rezepten auftauchte. Somit ist er neben Meerrettich eines der beiden ältesten scharfen Gewürze in Europa.

Die Samenkörner aus den trockenen Pflanzenschoten werden entweder als Ganzes, vermahlen oder mit Wasser, Essig und Gewürzen als Würzpaste verarbeitet. Die deutschen Senfhersteller haben dafür einen Jahresbedarf von rund 30.000 Tonnen. Der heimische Anbau von Senf deckt aber nur 8.000 Tonnen jährlich. Der überwiegende Teil muss also importiert werden. Der größte Produzent weltweit – der aber nicht exportiert – ist Nepal mit 170.000 Tonnen (im Jahr 2021) gefolgt von Russland, der Ukraine und Kanada, das nach Kriegsbeginn zum wichtigsten Lieferanten wurde. Da importierte Senfkörner immer wieder verunreinigt waren und Senfpflanzen mit ihrem tiefreichenden Wurzelsystem den Boden lockern und die kräftigen gelben Blüten als Bienenweide dienen, gibt es Prämien für den Senfanbau in Deutschland. Besonders kleinere Manufakturen für Senfpaste setzen außerdem vermehrt auf regionale Rohstoffe. Baut man Senf im eigenen Garten an, kann man die jungen Blätter für Salat verwenden und aus den Samen eigenen Senf herstellen.

Sorten mit unterschiedlicher Verwendung

Senfpflanzen gehören zur Familie der Kreuzblütler und lassen sich am besten anhand der Farbe ihrer Samen unterscheiden. Gelber oder weißer Senf (Sinapis alba) schmeckt süßlich-würzig, brauner (Brassica juncea) und schwarzer Senf (Brassica nigra) haben ein schärferes Aroma. Dieses entfaltet sich immer erst nach Zugabe von Flüssigkeit, die ein wichtiges Enzym aktiviert. Deshalb schmecken unverarbeitete Samenkörner zunächst mild-nussig und werden erst beim Kauen schärfer. Für mittelscharfen Senf wird weiße und braune Senfsaat verwendet, bei scharfem Senf ist der Anteil der braunen Samen höher. Dijon-Senf wird aus braunen und schwarzen, nicht entölten Körnern hergestellt, wodurch ein intensiver, kräftiger Geschmack erzielt wird. Statt Essig wird traditionell Traubenmost verwendet. Außerdem lässt er sich gut erhitzen und eignet sich deshalb besonders gut zum Kochen und für Saucen. Ebenso hitzebeständig ist der lieblich-milde Bordeaux-Senf aus weißen Körnern und der Rotisseur-Senf (Körniger Senf) aus grob geschroteten Samen, weil die Körner jeweils nicht geschält sind. Letzterer wird besonders gern zum Grillen verwendet.

Heilkraft für innen und außen

Seit Jahrtausenden ist die gesundheitsfördernde Wirkung von Senf bekannt. Die schwefelhaltigen Senfölglycoside, die für den bitteren Geschmack verantwortlich sind, gehören zu den sekundären Pflanzenstoffen. Sie regen die Verdauung an und wirken antibakteriell, entzündungshemmend und fungizid (pilztötend). Senfölglycoside sind zum Beispiel auch in Meerrettich und Kapuzinerkresse enthalten, die mit nachweislichem Erfolg präventiv gegen Harnwegsinfekte eingesetzt werden. Die beim Verarbeiten oder Kauen entstehenden Scharfstoffe führen zu gesteigerter Herztätigkeit und zu vermehrter Durchblutung, auch bei äußerlicher Anwendung mit Wickeln oder Bädern. Wegen der hautreizenden Eigenschaften von Senf ist aber Vorsicht geboten. Da Senföle auch die Mundschleimhäute reizen, wirken sie appetitanregend und erhöhen die Abgabe von Verdauungssäften und damit die Resorption der Nahrungsstoffe. Insbesondere die Fettverdauung wird dadurch gefördert und Sodbrennen vorgebeugt, weshalb Senf besonders zu fetten Speisen wie Bratwurst oder Grünkohl mit Pinkel passt.

Anette von Laffert



Die früher oft wahllose Zugabe von selbstgemachtem Senf zu jedem Gericht führte zu der Redewendung „seinen Senf dazugeben“.

Fotos (4): stock.adobe.com – womue, kolesnikovserg, Miraz, Karlis



Foto: stock.adobe.com – vege

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 Urlaub
Koordination: Geschäftsstelle
Kontakt: info@fgq.de

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

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

ARGE Fahrzeugumbau
Koordination: Dirk Weber
Kontakt: dirk.weber@fgq-beratung.de

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

ARGE Mobilität und Sport
Koordination: Peter Richarz, Günther Vogel
Kontakt: mobilitaet@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



Foto: pexels.com

Autoren



Kirsten Abel ist Diplom-Kauffrau und leitet seit 2011 die Kommunikation beim Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT). Zudem agiert sie als Sprecherin des Präsidiums des BIV-OT und als Generalsekretärin des Bündnisses „Wir versorgen Deutschland".



Jörg Eisenhuth Der Diplom-Psychologe und Psychologische Psychotherapeut arbeitet seit 1991 in der Werner Wicker Klinik in Bad Wildungen. Sein Schwerpunktthema ist die psychische Bewältigung der Querschnittlähmung. Er engagiert sich in der DMGP und ist auch Dozent bei der FGQ und an der Hochschule der Gesetzlichen Unfallversicherung.



Moritz Brückner bringt als Speaker und Moderator mit Vorträgen, Videos und Social-Media-Beiträgen Menschen nicht nur sein fröhliches Wesen näher, sondern zeigt auch offen und ehrlich, dass eine Querschnittlähmung Herausforderungen, aber auch Chancen birgt.



Dr. Ulrike Gebhardt ist Biologin und Wissenschaftsjournalistin. Seit vielen Jahren schreibt sie für Print- und Online-Medien über Themen aus den Biowissenschaften und der Medizin. Ulrike Gebhardt ist Mitglied bei RiffReporter; sie lebt in Dortmund.



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



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.



Christina Kunkel ist examinierte Krankenschwester und Urotherapeutin. Seit 2022 leitet sie den Bereich Kontinenz bei Publicare/WissWerk in Köln. Zudem ist sie als Dozentin bei verschiedenen Fort- und Weiterbildungen tätig und hält Vorträge zum Thema Kontinenzförderung.



Dr. Peter Lude ist Psychotherapeut und Fachpsychologe für Psychotherapie. Bereits zweimal erhielt er den Ludwig-Guttmann-Preis der DMGP. Der Verwaltungsratspräsident von Rückenwind plus ist selbst querschnittgelähmt und sagt: „Gelähmt sein ist ein hochaktiver Prozess und nicht nur ein Zustand".



Maris Metz Seit Juni 2023 verstärkt er das Team der FGQ hauptamtlich im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und Eventmanagement. Der studierte Germanist möchte helfen, die Arbeit der Fördergemeinschaft bekannter zu machen und freut sich über Anregungen zu berichtenswerten Events und Tätigkeiten aus dem gesamten Umfeld der FGQ.



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.

Fotos (14): Kirsten Abel: Anika Nowak; Moritz Brückner: Jürgen Rösner; Werner Pohl: FGQ; privat



Foto: stock.adobe.com – Have a nice day



Peter Schön musste sein Leben als junger Mann nach einem unverschuldeten Unfall bei der Bundeswehr völlig neu ausrichten. „Ein optimaler Zeitpunkt", wie er meint. Er gründete eine Familie, studierte Wirtschaftsinformatik, machte Berufskarriere und wurde Hochschuldozent.



Kevin Schultes Das Redaktionsmitglied ist Unternehmensberater und Vorsitzender des Vorstands der Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V. Seit einem Unfall im Jahre 1995 ist er überzeugtes Mitglied der FGQ.



Anette von Laffert Die Diplom-Ökotrophologin 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 und unterstützt bei der Organisation von Veranstaltungen.



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

PD Dr. med. habil. Ralf Böthig
Leitender Arzt der Neuro-Urologie,
BG Klinikum Hamburg
Jörg Eisenhuth
Leitender Psychologe und
Psychotherapeut,
Werner Wicker Klinik Bad Wildungen
Veronika Geng
Pflegewissenschaftlerin,
Manfred Sauer Stiftung, Lobbach
Dorothee Haas
Ergotherapeutin,
BG Klinikum Murnau
Dr. med. Axel Hempfing
Chefarzt des Zentrums für Rückenmarkverletzte, Werner Wicker Klinik
Bad Wildungen/Orthopädisches
Schwerpunktklinikum
Dr. med. Heiko Lienhard
Chefarzt Chirurgische Kliniken,
Asklepios Stadtklinik Bad Wildungen
Dr. med. Doris Maier
Chefärztin Zentrum für Rückenmarkverletzte, BG Klinikum Murnau
Tina Mathias
stellvertretende Leitung
der Abteilung Physiotherapie,
Werner Wicker Klinik Bad Wildungen
Prof. 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
Prof. Dr. med. Norbert Weidner
Ärztlicher Direktor der Klinik für
Paraplegiologie,
Universitätsklinikum Heidelberg
Andreas Wendl
Pflegerische Leitung Querschnitt-Station, BG Klinik Tübingen
Dr. Andreas Wolff
Leitender Oberarzt der Neuro-Urologie,
BG Klinikum Murnau

Vorschau Sommerausgabe 2024

Im Fokus: Die Angehörigen

Die Querschnittlähmung ist eine radikal neue Lebenssituation für den Betroffenen – aber auch für das Umfeld. Der/die Lebenspartner/-in, die Kinder, die Geschwister und Eltern müssen sich ebenfalls mit der Situation auseinandersetzen. „Auch mein Leben hat sich grundlegend verändert, aber meine Sorgen werden nicht wahrgenommen und ich bekomme kaum Unterstützung“, ist eine Aussage, die Peers der FGQ in Beratungsgesprächen immer wieder hören. Wie verarbeiten Angehörige die neue „Normalität“? Wie verändert sich der Alltag und das Miteinander nach der Diagnose Querschnittlähmung? Wie müssen Eltern gestärkt werden, um den jungen Menschen zu unterstützen und doch nicht zu überbehüten? Was, wenn Großeltern im vierten Lebensabschnitt von heute auf morgen ihre Selbstständigkeit verlieren? Beratungsangebote auf Augenhöhe tun Not und sind doch selten zu finden. Die FGQ füllt diese Lücke mit den neuen Angehörigen-Peers. Die Herbstausgabe des PARAplegiker widmet sich den Angehörigen von Menschen mit Querschnittlähmung.



Außerdem:

Reisen: Neuseeland
Gesundheit: Intermittierender Selbstkatheterismus, Teil 2

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.: 0 62 26 96 02 11
E-Mail: info@fgq.de · www.fgq.de

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

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe
Kirsten Abel, Moritz Brückner, Elisa Chirino, Jörg Eisenhuth, Dr. Ulrike Gebhardt, Nikola Hahn, Tanja Konrad, Christina Kunkel, Dr. Peter Lude, Stephan Neumann, Werner Pohl, Peter Schön, Anette von Laffert, Martin Zak

Gestaltung
einsatz kreativbüro, Anke Wiesborn, Bochum

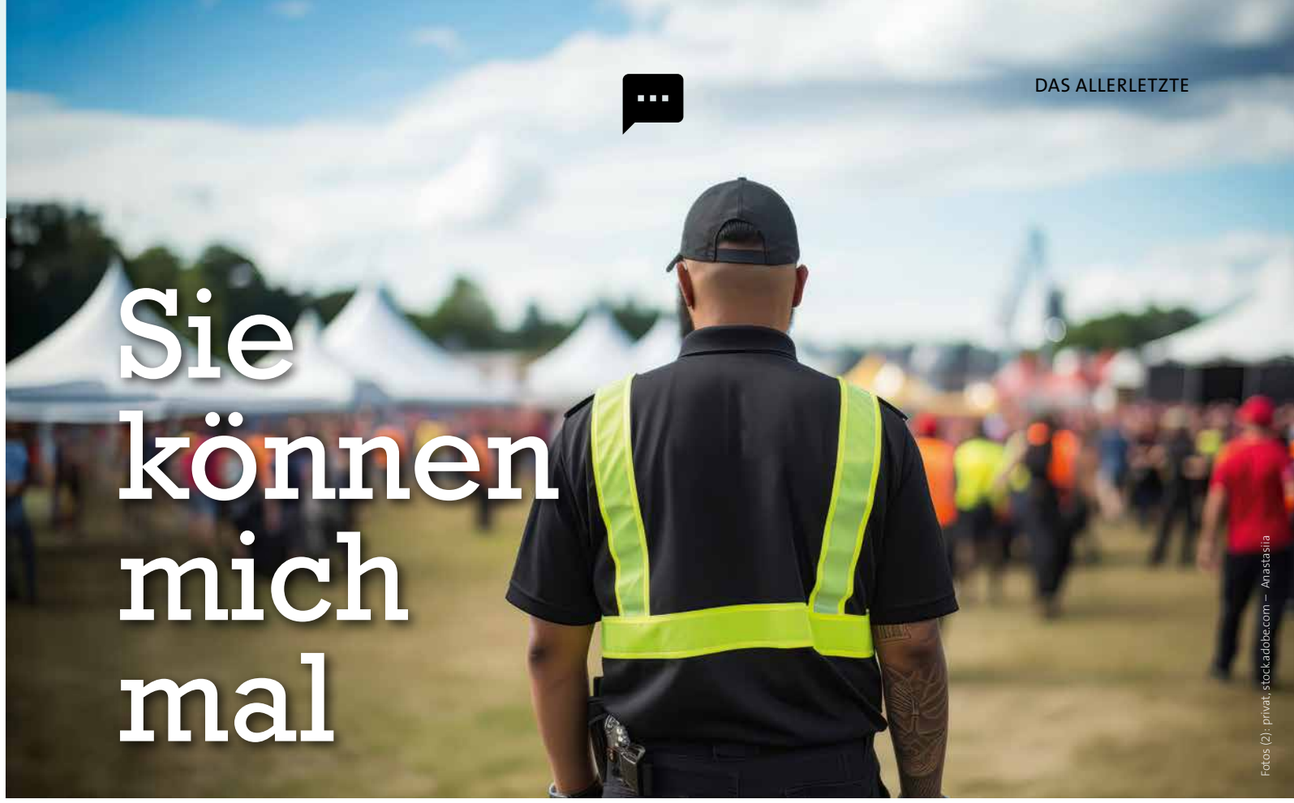
Lektorat
7Silben, Tanja Jentsch, Bottrop

Anzeigen
Christian Jägemann
Tel.: 0170 4 01 92 53
E-Mail: christian.jaegemann@fgq-paraplegiker.de

Verlag
OT-Medien GmbH
Reinoldistr. 7-9 · 44135 Dortmund
Tel.: 02 31 55 70 50 0

Druck
Druckerei Silber Druck oHG · 34253 Lohfelden
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.



Sie können mich mal

Fotos (2): privat, stock.adobe.com – Anastasiia

Ich fahre regelmäßig mit meinem Sportbike auf dem Leinpfad am Rhein. In einem solchen Bike liegt man ausgestreckt auf dem Rücken, nur wenige Zentimeter über dem Boden. Deshalb wird es auch Liegebike genannt. Man ist schnell unterwegs und kann bei gutem Training auch mit sportlichen Fahrradfahrern mithalten.

Der Leinpfad ist glatt asphaltiert und viele Kilometer lang. Ein Teil der Strecke grenzt an eine sehr große Wiese. Dort findet jedes Jahr ein Musikevent statt. Es werden mehrere Bühnen sowie Essens- und Getränkestände aufgebaut. Für Ordnung sorgen Securityleute. Das gesamte Gelände ist zur Zeit des Events gesperrt. Fahrradfahrer können den Leinpfad aber problemlos passieren, müssen ihre Räder aber schieben.

Auch ich wurde mit meinem Sportbike am Kontrollpunkt angehalten. Mit militärischem Ton forderte man mich durch ein „Absteigen“ auf, mein Gefährt zu verlassen und es zu schieben. „Wie absteigen?“, fragte ich ungläubig. „Absteigen, sofort!“ Das war nun schon bestimmender. Ich dachte, dass man sehen müsse, dass ich – in einem Rollstuhlbike liegend – nicht einfach so aufstehen könne. Hinzufügen möchte ich an dieser Stelle, dass es schon ein bisschen einschüchternd ist, wenn sich ein Hüne von Mann mit aggressivem Befehlston zu einem herunterbeugt, wo man nur wenige Zentimeter über dem Boden liegt.

Ich war in dem Moment so überrascht, dass ich mit einem unkontrollierten „Weißt Du was, Du kannst mich mal am Arsch lecken“ parierte. Ich gebe zu, das war schon sehr direkt. So direkt, dass der Securitymann zwei seiner Kollegen herbeiorderte, die sich sofort anschickten, mich mit Gewalt zum Aufstehen zu bewegen.

Ich riss mich los und sagte in etwas lauterem Ton „Mensch Leute, seht Ihr denn nicht, dass ich nicht laufen kann? Wieso sollte ich sonst in einem Gerät sitzen, das mit den Händen angetrieben wird?“ Dann verstanden sie und ließen von mir ab. Ich hätte ja nicht gleich so frech sein sollen, meinten sie. Da hatten sie recht. Ihren militärischen Ton hätten sie sich aber auch sparen können.

Ein Jahr später. Dieselbe Stelle, gleiches Event, dieselben Securityleute. Diesmal winkte man mir schon von weitem zu, als ich auf den Kontrollpunkt zugefahren kam. Man schleuste mich an der Schlange der Fahrradfahrer vorbei, sodass ich ungehindert passieren konnte und wünschte gute Fahrt. Jetzt wissen die Leute dort wenigstens, was ein Rollstuhl-Sportbike ist, und dass der Fahrer nicht einfach so aufstehen kann.

Peter Schön



Wir teilen unser Wissen gerne!



Die Themen Ernährung und Verdauung beschäftigen Menschen mit Querschnittlähmung ein Leben lang! **Das Beratungszentrum für Ernährung und Verdauung bei Querschnittlähmung** hat zahlreiche Broschüren für Menschen mit Querschnittlähmung, Angehörige und Fachpersonen veröffentlicht, die hier zum **kostenfreien Download** bereitstehen.

Lesen allein ist Ihnen zu wenig? Sie wollen eine **individuelle Beratung zur Ernährungs- oder Verdauungsfragen bei Querschnittlähmung?** Dann können Sie sich auch an unsere Expertinnen Veronika Geng oder Claudia Hess wenden. **Die Beratung ist kostenfrei und findet unabhängig und produktneutral statt.** Einfach telefonisch einen Termin vereinbaren: **+49 6226 960 2530.**

MANFRED SAUER STIFTUNG
Neurott 20 · 74931 Lobbach · Tel +49 6226 960 2530
Veronika.Geng@msstiftung.de · www.manfred-sauer-stiftung.de