PARA*plegiker*

Das Magazin für den Querschnitt.

Themenschwerpunkt: Berufliche Teilhabe



Interview

Was nun, Herr Oellers?

Gesundheit

Innovative Gesundheits-App LeNa

Sommer 2025

Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V.

DMGP Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie



ReWalk™

„AUF AUGENHÖHE ZURÜCK IN DEN ALLTAG“

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

Unterstützer der FGQ 2025 WWW.FGQ.DE

Anerkanntes Hilfsmittel
(23.29.01.2001)

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

LIFEWARD
Ihr ReWalk Ansprechpartner in Deutschland:
Lifeward GmbH
Leipziger Platz 15
10117 Berlin
Tel: 030 25 89 50 80
kontakt@golifeward.com
GoLifeward.com/de

Rückwärts-inklusion?



Foto: Vanessa Wunsch

Elisa Chirino eröffnet mit dem Editorial den PARAplegiker.

Liebe Leserin, lieber Leser,

Deutschland hat sich mit Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet, eine umfassende Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen zu schaffen – auch auf dem Arbeitsmarkt. Die Aktion Mensch hat nun zum zwölften Mal in Kooperation mit dem Handelsblatt Research Institute das Inklusionsbarometer Arbeit* vorgelegt. Es wird deutlich: Die Inklusion am Arbeitsmarkt macht wieder spürbare Rückschritte. Die durchschnittliche Beschäftigungsquote in deutschen Firmen sank auf 4,4 Prozent. Obwohl Unternehmen über Fach- und Arbeitskräftemangel klagen und arbeitslose Menschen mit Behinderungen überwiegend gut qualifiziert sind, ist der Zugang zum ersten Arbeitsmarkt für sie weiterhin deutlich erschwert. Dies betrifft gerade junge Menschen mit Behinderungen.

Verschlechterte Rahmenbedingungen

Die Zahl der arbeitslosen Menschen mit Behinderungen ist in den Jahren 2023 und 2024 wieder angestiegen – auf elf Prozent. Auch ist der Anteil der Arbeitgeber, die alle Pflichtarbeitsplätze besetzen, auf dem niedrigsten Stand seit Erscheinen des ersten Inklusionsbarometers im Jahr 2013. Schwerbehinderungen, die weit verbreitet sind, haben somit oft gravierende Folgen für den weiteren Erwerbsverlauf. Analysen zeigen, dass erworbene Schwerbehinderungen häufig mit einer reduzierten Erwerbsbeteiligung einhergehen. Dies äußert sich sowohl in einer geringeren Wahrscheinlichkeit, erwerbstätig zu sein, als auch in Form von niedrigeren Löhnen und einer erhöhten Teilzeitquote. Untersuchungen zeigen zudem, dass Personen, die nicht mehr erwerbstätig sind, mehrheitlich in die Nichterwerbsbeteiligung wechseln, anstatt sich arbeitslos zu melden. Dies lässt vermuten, dass der Zugang zu entsprechenden Unterstützungsleistungen fehlt.

Gefährdete Teilhabe

Für mich war gleich nach dem Unfall klar: Ich möchte arbeiten. Neben den Möglichkeiten, für sich und die eigene Familie etwas aufzubauen, spielen meines Erachtens auch inklusive Aspekte der Erwerbstätigkeit eine wichtige Rolle. Die Einbindung in soziale Netzwerke mit Kollegen und Kunden zum Beispiel, aber auch die Bestätigung für die erbrachte Leistung. Die PARAplegiker-Redaktion sprach mit fünf Peers der FGQ über ihre unterschiedlichen beruflichen Wege, die sie nach dem Eintritt der Querschnittlähmung eingeschlagen haben, und wollte wissen, wie die berufliche Teilhabe bewertet und umgesetzt wird (Seiten 12 bis 15). Last but not least ging unser Autor Kevin Schultes beim Interview mit Wilfried Oellers, dem Teilhabebeauftragten der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, auch auf das Thema Inklusive Arbeitswelt ein (Seiten 18 bis 20).

Teils heiter, teils wolkig

Die Aussichten für den Ausbau einer gelebten Inklusion sind alles andere als gut: Vor allem die derzeitige wirtschaftliche und politische Situation dürften das Thema Inklusion auf der Agenda weiter nach hinten rücken lassen. Menschen mit Behinderungen beobachten sorgenvoll die teils autoritären Entwicklungen und den Versuch, die Anstrengungen um eine umfassende Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zurückzudrängen. Wir sollten uns jedoch nicht entmutigen lassen und uns weiterhin mit aller Kraft für sie einsetzen.

Der stärkste Beitrag zur Inklusion ist Sichtbarkeit. Nutzen Sie die Sommertage, gehen Sie raus und seien Sie mittendrin!

Herzlichst, Ihre Elisa Chirino

*Teilergebnisse und weiterführender Link auf Seite 10

Inhalt



Fotos (5): privat, Steffie Wunderl

Peers

Berufliche Vielfalt

Digitalisierung und ein stark gewachsener Dienstleistungssektor bieten berufliche Integrationsmöglichkeiten für Menschen mit Beeinträchtigung. Die PARAplegiker-Redaktion sprach mit fünf Peers über ihre beruflichen Wege, die sie nach dem Eintritt ihrer Querschnittlähmung eingeschlagen haben.



Foto: HaitiRehab Schweiz

Menschen

Neue Lebensperspektiven in Haiti

In Haiti gibt es für Menschen mit Querschnittlähmung keine staatlichen Hilfen. Mit seinem Verein „HaitiRehab Schweiz“ setzt Albert Marti deshalb Projekte zur Inklusion von Betroffenen ins berufliche und soziale Leben in Haiti um. Daneben hilft der Verein, die Infrastruktur eines Rehazentrums zu finanzieren.

FGQ NEWS
06 DMGP-Jahrestagung 2025
07 Ein Leben in Selbstbestimmung
08 Die Arbeit der Fördergemeinschaft bekannter machen
09 Mitgliederversammlung I Termine

FAKTEN
10 Berufliche Teilhabe

PEERS
12 Berufliche Vielfalt, auch mit Querschnittlähmung

ARBEIT
16 „Die Kombination ist ein absoluter Glücksfall!“

INTERVIEW
18 Was nun, Herr Oellers?

MEDIZIN & FORSCHUNG
21 Kardiopulmonale Auswirkungen auf Herz und Kreislauf – Teil 2
24 Noch 60 Minuten bis zur nächsten Entleerung ...

MENSCHEN
27 HaitiRehab Schweiz: Neue Lebensperspektiven

LEBENSLUST
30 „Wenn wir im Plan sind, ist alles gut!“

RECHT & SOZIALES
33 Leistung oder keine Leistung?
36 Welche Leistungen gibt es zur Teilhabe am Arbeitsleben?

GESUNDHEIT
38 Was Frauen beim Katheterisieren wichtig ist
40 Innovative Gesundheits-App LeNa

KOMMENTAR
42 Unaussprechliches

ERNÄHRUNG
44 Leicht und cool durch den Sommer

SERVICE
45 Neue Autoren I Arbeitsgemeinschaften (ARGE) der FGQ
46 Vorschau I Beirat I Impressum

DAS ALLERLETZTE
47 Cartoon

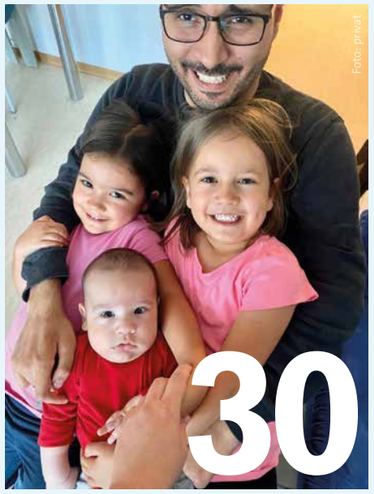


Foto: privat

Lebenslust

„Wenn wir im Plan sind, ist alles gut!“

Sinan Tunbek ist dreifacher Vater, vollzeit berufstätig und engagiert sich als Peer bei der FGQ. Zacharias Wittmann sprach mit ihm über seinen beruflichen Werdegang und seinen turbulenten Alltag.



Foto: stock.adobe.com – losmostachos

Ernährung

Leicht und cool durch den Sommer

Bei großer Hitze wünschen wir uns oft Abkühlung durch gekühlte Getränke, Speiseeis oder den Sprung ins kalte Wasser. Aber was hilft unserem Körper wirklich, die besondere Belastung zu bewältigen? Anette von Laffert gibt Tipps.

Themenschwerpunkt: Berufliche Teilhabe

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

QR-Codes scannen und direkt zur Webseite gelangen

Titelfoto: stock.adobe.com – Drazen

hohenzollern apotheke

e-Rezept einlösen

Von überall mit unserer kostenlosen App!

Hohenzollern Apotheken App öffnen

Krankenkassenkarte dranhalten

Bequem und kostenlos nach Hause liefern lassen oder vor Ort abholen

Für Ihre Fertigspritzen zur Blaseninstillation sowie für alle weiteren Arznei- und Hilfsmittel

Jetzt QR-Code scannen und HZA-App herunterladen!



DMGP-Jahrestagung 2025

Heidelberg lud zum wissenschaftlichen Austausch

Die Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP) fand 2025 im nigelnagelneuen Heidelberg Congress Center und den Heidelberger Klinikstandorten im Neuenheimer Feld und Schlierbach statt, der stimmungsvolle Festabend schließlich im weltberühmten Schloss oberhalb der Altstadt. Unter dem Motto „Mensch und Forschung“ befasste sich die Tagung mit dem querschnittgelähmten Menschen im Spannungsfeld der modernen Medizin.

Welche medizinischen und technischen Innovationen können die Behandlung von Menschen mit Querschnittlähmung verbessern? Wie tragen verschiedene Berufsgruppen dazu bei, die Lebensqualität und Selbstständigkeit von Querschnittgelähmten voranzubringen? Über diese und weitere Fragen diskutierten rund 700 Fachleute auf der 38. Jahrestagung der DMGP. Geleitet wurde die Tagung von Prof. Dr. Norbert Weidner, Ärztlicher Direktor der Klinik für Paraplegiologie, und Prof. Dr.-Ing. Rüdiger Rupp, Leiter der Sektion Experimentelle Neurorehabilitation. Nach den Arbeitskreissitzungen am Vortag wurde die Tagung am Donnerstagvormittag mit einer Festrede von dem Schauspieler Samuel Koch eröffnet. An zwei Tagen wurde im Plenum und in Workshops zu relevanten Themen referiert und diskutiert. Die Jahrestagung war auch für die FGQ eine gute Gelegenheit zum Netzwerken. Die FGQ beteiligte sich zudem mit einem Workshop zum Thema „Einbindung von Betroffenen in Forschung und Leilinienentwicklung“. Der PARAplegiker berichtet dazu in der Herbstausgabe ausführlich.

Kevin Schultes



Kevin Schultes, Vorstandsvorsitzender der FGQ, im Gespräch mit Samuel Koch.

Foto: FGQ

Ein Leben in Selbstbestimmung

Eine starke Frau und Unterstützerin der FGQ

Was heute selbstverständlich erscheint – und dennoch häufig gar nicht so ist, war zu Barbara Raucks Unfallzeit noch ein frommer Wunsch: ein selbstbestimmtes und inklusives Leben als Querschnitt. Durch günstige Begleitumstände und ihren starken Willen erkämpfte Barbara Rauck sich dieses dennoch bereits in den 1960er Jahren und ließ es stets wie eine Selbstverständlichkeit erscheinen. Damit war sie Vorreiterin, zunächst in eigener Sache, später ermuntert durch ihre persönliche Erfahrung mit ihrem Anliegen, diese für alle Menschen in ähnlicher Situation erreichen zu wollen.



Foto: privat

Teilhabegesetzgebung und UN-Behindertenrechtskonvention haben seither Grundlagen für eine umfassende Teilhabe geschaffen, dennoch stößt diese jeden Tag an Grenzen – baulich, politisch und häufig auch noch in den Köpfen vermeintlich unbeteiligter Menschen. Das wollte Barbara Rauck ändern.

Die Kosmopolitin

Bis zuletzt war ihr das eigene selbstbestimmte Leben das wichtigste Anliegen, geradezu ihr Lebenselixier. Der Gedanke, diesen Anspruch durch Veränderungen, die das Alter mit sich brachte, nicht mehr in freien Stücken umsetzen zu können, trieb sie um. Neue Hilfsmittel wurden nach mehr als fünf Jahrzehnten Querschnittlähmung notwendig: Ein Rollstuhl – mit 23 Motoren, wie sie gerne betonte, und Sprachsteuerung – begleitete sie in den letzten Jahren in München und Umgebung. Ihr erging es wie vielen Menschen in ähnlicher Situation. Zu den bestehenden Einschränkungen kam eine sprichwörtliche „zweite Behinderung“ im Alter hinzu. Wenn man sich sein Leben lang über die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung definiert hat, stellt dies eine schwere Herausforderung dar. Barbara Rauck, die gerne tanzte, unter Menschen war und viel und weit reiste, blieb der weitere Verlust ihrer Selbstbestimmung nun erspart: Sie verstarb aufgrund von Komplikationen nach einer Infektion kurz nach der Rückkehr von ihrer nunmehr letzten Fernreise.

Die Stifterin

Die Münchnerin hatte sich bereits frühzeitig entschieden, ihre Mittel in eine Stiftung einzubringen. Schon seit vielen Jahren unterstützte Barbara Rauck Projekte der FGQ. Das Wissen um ihr Leben, ihr Wirken und ihre Wünsche ist uns ein Vermächtnis. Eine lebenswerte Situation für Menschen mit Querschnittlähmung herzustellen – gerade auch im Alter, ist eine Aufgabe, die der Stifterin wichtig war und der sich die von ihr gegründete Comeback Stiftung ihrem Wunsch entsprechend weiter widmen wird. Damit die Teilhabe eine Selbstverständlichkeit wird. So wie Barbara Rauck sie stets verstanden hat.

Dr. Hans Brunner und Kevin Schultes
Stiftungsräte der Comeback Stiftung

Unterstützer der FGQ 2025 WWW.FGQ.DE
Coloplast
FARCO
Hollister
KADOMO Behindertengerechte Fahrzeuge – Dein Fahrzeugumrüster.
MEDICE THE HEALTH FAMILY
PARACAR MOBILITY paracar.de Fahrzeuganpassungen für Behinderte und Senioren
PubliCare
LIFEWARD
Wellspect A REAL DIFFERENCE

Grafik: stock.adobe.com – great19



Foto: FGQ

Die Peers Oliver Straub, Darius Pommer und Conny Runge (v. l. n. r.) am Stand der FGQ

Die Arbeit der Fördergemeinschaft bekannter machen

FGQ auf der REHAB in Karlsruhe

Die Fördergemeinschaft war vom 22.-24. Mai mit einem Stand auf der 23. REHAB vertreten. Die europäische Fachmesse für Rehabilitation, Therapie, Pflege und Inklusion findet alle zwei Jahre in der badischen Hauptstadt statt. In drei Hallen wurde ein buntes Programm aus Vorträgen und Podiumsdiskussionen angeboten und 400 Austeller aus 16 Ländern informierten über ihre Angebote.

Die FGQ hatte ihren Stand in der dm-Arena. Neben der Image-Broschüre und mehreren Musterexemplaren des PARAplegiker informierten beispielsweise Flyer zum Peer-Angebot, zur Angehörigenberatung und zu den Stammtischen über das Angebot der Fördergemeinschaft. Für weitere Informationen standen am Donnerstag Anett Krummenerl von der Geschäftsstelle, Annegret Roelcke, Mitarbeiterin für Fundraising, und unser Bayreuther Peer Georg Dietrich, am Freitag unser Peer-Koordinator Zacharias Wittmann und der Berliner Peer Darius Pommer, und am Samstag der Vorstandsvorsitzende Kevin Schultes und Maris Metz, Mitarbeiter für Öffentlichkeitsarbeit, für Fragen zur Verfügung. An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön an alle Peers, die uns bei der Standbetreuung unterstützt haben.

Die große Anzahl der Interessenten, die den Stand besuchten, zeigte die Notwendigkeit der öffentlichen Präsenz der Fördergemeinschaft.

Onlineportal Assistenztreff

An allen drei Tagen informierte daneben der Ulmer Peer und Koordinator der ARGE Assistenz, Oliver Straub, über die verschiedenen Möglichkeiten des Lebens mit persönlicher Assistenz. Zudem stellte er sein Onlineportal „Assistenztreff“ vor, das ein paar Tage zuvor mit einem großen Relaunch und erweitertem Angebot online gegangen war. Die Plattform bietet die Möglichkeit, Menschen mit Behinderung, Assistenzkräfte, Dienstleister und Unternehmer miteinander zu vernetzen. Sowohl Anbieter von Assistenzleistungen als auch jene, die Assistenz suchen, können eine Anzeige schalten. Daneben können Dienstleister rund um die Themen Assistenz, Fahrzeugumbau und Hilfsmittel nahe dem eigenen Wohnort gesucht werden und es stehen Informationen und aktuelle Beiträge rund um das Thema Assistenz zur Verfügung. Auch können sich Referenten für Informationsveranstaltungen zum Thema Assistenz eintragen lassen.

Maris Metz

Hier geht es zum Assistenztreff:





Mitgliederversammlung

2025 ist es wieder so weit: Im Rahmen der ordentlichen Mitgliederversammlung wird in diesem Jahr ein neuer Vorstand gewählt.

Die Mitgliederversammlung findet statt am:

Samstag, den 06.09.2025, 15.00 – 17.00 Uhr, online per Videokonferenz

Es steht jedem Mitglied offen, sich für eine Position im Vorstand zu bewerben. Eine Teilnahme an der Mitgliederversammlung ist zur Ausübung des Stimmrechtes und für die Wahl zum Mitglied des Vorstandes notwendig.

Wir bitten um vorherige Anmeldung. Der Link für die Veranstaltung wird dann zugesendet.
Wir freuen uns über eine rege Teilnahme.

Kontakt Geschäftsstelle FGQ
E-Mail: info@fgq.de
Telefon: 06226 960 211



Fotos (3): FGQ, stock.adobe.com – Fernando, PixelMe

Termine

SCI-DAY
- **05.09.2025** Internationaler Tag der Querschnittgelähmten

FGQ
- **06.09.2025** Mitgliederversammlung und Vorstandswahlen (online)

MOBITAG
in Zusammenarbeit mit dem DRS
- **13.09.2025** Neurologische Fachklinik Beelitz

FACHTAGUNG
in Kooperation mit der Manfred-Sauer-Stiftung
- **11.10.2025** Neue Technologien: von Robotik bis KI

ISK-TAG
- **08.11.2025** Kesselhaus am BG Klinikum Berlin

STAMMTISCH

Hier geht es zu den Terminen:

Möchten Sie die FGQ unterstützen?



Foto: FGQ

Annegret Roelcke ist Mitarbeiterin der FGQ und für Fundraising und Öffentlichkeitsarbeit zuständig. Sie steht gerne für Fragen zum Unterstützernetzwerk der FGQ zur Verfügung.

Kontakt: annegret.roelcke@fgq.de

Probefahren: **REHACARE Düsseldorf,** 17.–20. September 2025



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

SWISS•TRAC

Berufliche Teilhabe

Inklusions-barometer Arbeit ›››



Foto: stock.adobe.com – Stafeeva

Indikatorwerte des Inklusionslagebarometers von 2024 und 2023

	2024	2023	
Beschäftigungsquote der Schwerbehinderten	101,8	103,9	↓
Zahl der arbeitslosen Schwerbehinderten	104,6	105,9	↓
Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen arbeitslosen Schwerbehinderten	103,2	99,8	↑
Arbeitslosenquote der Schwerbehinderten	126,2	127,5	↓
Arbeitslosenquote der Schwerbehinderten in % der allgemeinen Arbeitslosenquote	93,2	87,0	↑
Dauer der Arbeitslosigkeit der Schwerbehinderten in % der allgemeinen Dauer	101,5	103,4	↓
Erwerbsquote der Schwerbehinderten	129,3	129,3	→
Anträge auf Kündigung Schwerbehinderter	118,9	134,9	↓
Anteil der Arbeitgeber, die mindestens einen Pflichtarbeitsplatz besetzen	102,3	102,3	→
Anteil der Arbeitgeber, die alle Pflichtarbeitsplätze besetzen	102,4	103,7	↓
Gesamt	**108,3**	**109,8**	↓

Veränderung zum Vorjahr: ↑ Verbesserung ↓ Verschlechterung → keine Veränderung

Quelle: eigene Berechnungen | Basisdaten: Bundesagentur für Arbeit, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen e.V.

Arbeitslosenquote der Menschen mit Behinderung

11%

\+ zum IBA 2023 mit 10,8 %

Anteil der Unternehmen, die **alle Pflichtarbeitsplätze** besetzen

38,5%

– zum IBA 2023 mit 39%

Arbeitgeber ohne schwerbehinderte Beschäftigte, die unter die Beschäftigungspflicht fallen

46 TAUSEND

\+ zum IBA 2023 mit 45.000

Quelle für alle Daten: Inklusionsbarometer Arbeit (IBA) der Aktion Mensch, 2024.

ANZEIGE

Dekubitus-Prävention:

Schweizer MedTech Firma entwickelt ein intelligentes, automatisiertes Entlastungskissen



Bettina Senft ist seit einem Motorradunfall vor 25 Jahren querschnittgelähmt und auf den Rollstuhl angewiesen. Sie führt ein aktives Leben, arbeitet zum Teil auch im Außendienst eines Medizintechnikunternehmens und ist als Peer-Beraterin mit dem Schwerpunkt Ernährung in einer Klinik für Neurorehabilitation und Paraplegiologie tätig. Die 59-Jährige lebt in Grenzach-Wyhlen, nahe der Schweizer Grenze. Handbiken, Schwimmen, Malen und Lesen zählen zu ihren Hobbys.

Im Laufe der Jahre entwickelte sich bei Bettina eine Skoliose. Durch die verkrümmte Wirbelsäule belastete sie ihre Sitzbeinhöcker unterschiedlich stark. Der hohe Druck auf ihrem rechten Sitzbeinhöcker führte im Jahr 2012 zu ihrem ersten Dekubitus: „Zur Abheilung der Wunde wurde mir liegendes Entlasten im Bett angeordnet. Das war meine erste Erfahrung mit dem langen Liegen."

Zurück blieben eine Narbe und der Rat der Ärzte, im Alltag regelmäßige Entlastung durch Liegen einzuplanen. Für Bettina bedeutete das viel Planung und wenig Spontanität. „Anstatt mit den Kollegen mittags gemeinsam zu essen, suchte ich mir einen geeigneten Ort, um mich hinzulegen. Oft verzichtete ich auf Treffen mit Freunden am Abend, wenn ich tagsüber zu wenig entlastet hatte. Doch trotz aller Disziplin und trotz aller Bemühungen öffnete sich die Narbe in regelmäßigen Abständen immer wieder, was zu noch mehr Entlastungen und Einschränkungen führt; es war sehr deprimierend", erinnert sich Bettina.

Im Herbst 2022 öffnete sich die Narbe erneut und entwickelte sich bis Januar 2023 zu einem akuten Dekubitus, was zur Folge hatte, dass Bettina ein halbes Jahr überwiegend liegend im Bett daheim und – nach einer Operation – im Krankenhaus verbrachte. „Essen, Trinken, Zähneputzen, Waschen, einfach alle Dinge des täglichen Lebens musste ich liegend im Bett machen. Das war die totale Abhängigkeit von anderen Menschen", beschreibt Bettina diese schwere Zeit.

Bei der Entlassung aus der Klinik kam die verschärfte ärztliche Ansage, nun alle vier Stunden liegend zu entlasten. „Dadurch ist mein Tag streng durchgetaktet, und das bestimmt noch immer maßgeblich mein Leben." Seit vielen Jahren ist Bettina mit dem Gründer des Schweizer Start-ups RELiYOO aus Winterthur befreundet. Sie ist sofort bereit, sein Sitzkissen zur Dekubitus-Prävention zu testen. „Es stellt sich vollautomatisch auf mich und mein Gesäß ein und lässt mich optimal im Kissen einsinken. Ich sitze auf Luftkammern, die sich automatisch dem Gesäß anpassen. Und vor allem werden sie dauernd abwechselnd entlastet, dadurch können die gefährdeten Bereiche regelmäßig gut durchblutet werden. Mein Beckenschiefstand kann durch spezielle Einstellungen teilweise korrigiert werden und verschafft mir eine gute Sitzstabilität."

Auf der DMGP-Tagung in Weimar stellte Bettina im letzten Jahr ihre Erfahrungen zur Dekubitus-Prävention vor. Sie sagt: „Mittlerweile sitze ich bis zu zwölf Stunden täglich im Rollstuhl und die Haut macht sehr gut mit. Das ist ein großer Gewinn für meine Lebensqualität und ich erhoffe mir eine weitere Sitzerhöhung um ein sicheres, entlastetes und aktives Leben, ohne den ständigen Blick auf die Uhr und ohne Angst zu führen."

Präsentation auf der FGQ-Fachtagung „Neue Technologien – von Robotik bis KI" am 11.10.2025 in der Manfred-Sauer-Stiftung

RELiYOO AG • Technoparkstrasse 2 • CH-8406 Winterthur • www.reliyoo.com

Berufliche Vielfalt, auch mit Querschnittlähmung

Fünf Peers berichten

Der Arbeitsmarkt hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark gewandelt. Automatisierung und Digitalisierung sowie ein stark gewachsener Dienstleistungssektor schaffen grundsätzlich Integrationsmöglichkeiten für Menschen mit Einschränkungen. Doch wie wird die berufliche Teilhabe bewertet und umgesetzt? Die Redaktion des PARAplegiker sprach mit fünf Peers über ihre verschiedenen beruflichen Wege, die sie nach dem Eintritt der Querschnittlähmung eingeschlagen haben.

Der Bayreuther Peer Georg Dietrich absolvierte eine Umschulung, der Hamburger Peer Jannes Mackeprang entschloss sich zu einem Studium nach seiner ursprünglich handwerklichen Tätigkeit. Die gelernte Friseurin Svenja Mayer, Peer in Ludwigshafen, startete eine Karriere als Profibasketballspielerin. Der Greifswalder Peer Dirk Weber wagte sich in die Selbstständigkeit und der Bad Wildunger Peer Kai Lohmeyer wurde berentet.



1 Georg Dietrich
60 Jahre, Paraplegiker,
Th2/3,
QSL seit 1981,
Ursache: Verkehrsunfall

Georg Dietrich ist Bankfachwirt und Vertrauensmann für Menschen mit Behinderung bei der Sparkasse.

„Während einer technischen Ausbildung und Absolvierung des zweiten Bildungsweges hatte ich einen Wegeunfall. In der darauffolgenden Erstreha entschied ich mich nach verschiedenen Informationen und Tests in Absprache mit meinem Rehabilitationsträger (DGUV) zur Umschulung zum Bankkaufmann.

Das darauffolgende berufsbegleitende Studium zum Bankfachwirt konnte ich an der FH Regensburg problemlos absolvieren, da diese barrierefrei ist. Bei der Sparkasse war und bin ich als Mitglied des Personalrats und amtierender Vertrauensmann für Menschen mit Behinderung stets an der Planung neuer Gebäude beteiligt und für die Umsetzung der Barrierefreiheit verantwortlich.

Vertrauensmann für Menschen mit Behinderung

Meine Hauptaufgabe als Vertrauensmann für Menschen mit Schwerbehinderung besteht darin, inklusive Arbeitsplätze zu schaffen und sie vor allem bei möglichen Verschlechterungen bei den verschiedenen Behinderungsbildern zu erhalten. Gesetzliche Grundlage hierfür sind das SGB IX und die Bayerischen Inklusionsrichtlinien, die jede Schwerbehindertenvertretung kennen und auch anwenden sollte. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) wird in Zusammenarbeit mit dem Integrationsamt und dem Integrationsfachdienst (IFD) durchgeführt. Die Unterstützung durch die Schwerbehindertenvertretung zur beruflichen Teilhabe ist ein laufender Prozess von der Einstellung und nach Möglichkeit bis zum Ruhestand. Oftmals bedarf es zur Arbeitsplatzerhaltung der Hilfe von externen Organisationen sowie auch finanziellen externen Fördermaßnahmen.



2 Jannes Mackeprang
36 Jahre, Tetraplegiker,
C3 komplett,
QSL seit 2010,
Ursache:
Motorradunfall

Jannes Mackeprang, Berater bei Assistenzdienste Deutschland

„Mein Onkel war Tischler und das brachte mich zu diesem Berufswunsch. Nach einer Ausbildung zum Tischler der Industrie arbeitete ich zwei Jahre als Geselle, bis mein Motorradunfall passierte.

In der Zeit nach meiner Entlassung aus der Klinik bekam ich zunächst Krankengeld, dann Arbeitslosengeld und schließlich schlug die Arbeitsagentur vor, einen Antrag auf volle Erwerbsminderungsrente zu stellen, der dann auch genehmigt wurde. Aufgrund meiner Unfallversicherung bekomme ich lebenslang eine monatliche Rente und bin finanziell abgesichert. Zu diesem Zeitpunkt war an eine Wiedereingliederung ins Arbeitsleben noch nicht zu denken, weil ich noch mit der Verarbeitung meines Unfalls und der Querschnittlähmung zu tun hatte. Aber irgendwann war es mir zu langweilig und ich habe mich einem meiner Assistenten, der mich seit meinem Unfall unterstützt und von der Eingliederungshilfe finanziert wird, angeschlossen und an einem Abendgymnasium das Abitur nachgeholt.

An der Universität Hamburg habe ich dann Volkswirtschaftslehre studiert und da für diese Universität Studierende mit Behinderung nichts Neues waren, wurde im Vorfeld daran gedacht, meine Veranstaltungen in barrierefreie Räume zu legen, was bis auf eine Ausnahme gelungen ist. In dem Fall, in dem es nicht gelang, mussten mich Mitstudierende tragen. Sowohl während meiner Zeit am Abendgymnasium, als auch während meiner Zeit an der Universität hatte ich keinen Kontakt zu einem Rehabilitationsträger.

Nachdem ich mein Studium im Sommer 2024 abgeschlossen hatte, habe ich es erstmal ruhig angehen lassen und bin im Dezember 2024 in einer Facebook-Gruppe auf eine Stellenausschreibung von Assistenzdienste Deutschland gestoßen, wo ich seit Februar 2025 als Peer-Berater für den Bereich Norddeutschland zuständig bin. Ich berate Menschen, die Bedarf und Interesse am Thema Assistenz haben, helfe bei der Antragstellung, bei Widersprüchen und achte darauf, dass der Kunde das für ihn passende Persönliche Budget erhält, und helfe dabei, ein Assistenzteam aufzubauen.

Offener Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Im Oktober 2024 habe ich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Hilfe bei der Jobsuche beantragt. Sowohl die Bundesagentur für Arbeit als auch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) lehnten den Antrag ab, da ich volle Erwerbsminderungsrente beziehe und als nicht arbeitsfähig gelte. Das BG Klinikum Hamburg hat mir meinen Werdegang, die Tatsache, dass ich Peer bin und Unterstützung bei der Wiedereingliederung ins Berufsleben benötige, schriftlich bestätigt, worauf die DRV den Antrag aber wiederum abgelehnt hat. Nachdem ich in das Arbeitsverhältnis eingetreten bin, habe ich bei der Eingliederungshilfe Arbeitsassistenz beantragt. Diese hat den Antrag wiederum an die DRV weitergeleitet, die mir nochmal einen Antrag für Leistungen zur Teilhabe zugeschickt hat, wofür ich noch auf eine Rückmeldung warte.

Momentan arbeite ich mit der von der Eingliederungshilfe bezahlten Assistenz 15 Stunden in der Woche in einem Job, der mich sehr erfüllt."



3 Svenja Mayer
33 Jahre, Paraplegikerin,
inkomplett, QSL seit 2011,
Ursache: Fahrradunfall

Svenja Mayer geht im Rollstuhlbasketball auf und macht Karriere als Profispielerin.

„Ich habe nach meiner mittleren Reife verschiedene Praktika gemacht und bin beim Friseurberuf hängen geblieben. Auch meine Mutter ist Friseurin. Eigentlich wollte ich Friseurmeisterin werden und mich selbstständig machen. Aber ein halbes Jahr, nachdem ich ausgelernt hatte, hatte ich mit 19 Jahren einen schweren Unfall. Ich war mit dem Fahrrad unterwegs, ein Lkw hatte mich übersehen und ist mir mit dem Auflieger über die Hüfte gefahren. Da es ein Wegeunfall war, war die Berufsgenossenschaft (BG) zuständig, die mir seitdem eine gute Rente auszahlt. Seit ich neun Jahre alt war, bin ich geritten, mit Ballsportarten konnte ich mich nicht anfreunden. Während der Reha im BG Klinikum Murnau wurden mir verschiedene Sportarten vorgestellt, aber ich wollte unbedingt zurück aufs Pferd,



was ich auch geschafft habe. 2012 bis 2015 bin ich wieder geritten, bis eine Operation wegen eines Abszesses am Sitzbein dies für die Zukunft unmöglich machte. In meinem Herkunftsort Amberg gab es eine Rollstuhlbasketballmannschaft und da bin ich einfach mal zum Training gegangen. Hat mich zuvor der Körperkontakt und die Ähnlichkeit mit Autoscooter dieser Sportart abgeschreckt, hat es mich dann doch gepackt.

Da ich in den Jahren nach meinem Unfall jährlich eine Operation benötigte, war eine Umschulung nicht möglich. Die BG hat gemerkt, dass ich im Rollstuhlbasketball aufgehe und mir versichert, mich nach meiner Karriere als Leistungssportlerin bei einer Umschulung zu unterstützen. Zum Leistungssport konnte ich aufsteigen, da ich zur richtigen Zeit die richtigen Menschen getroffen habe, die mich gefördert haben.

Mobilitätslotsin in Ludwigshafen

Nachdem ich zwischenzeitlich nach Heidelberg gewechselt war, schrieb das BG Klinikum Ludwigshafen den Olympiastützpunkt Rhein-Neckar (OSP) in Heidelberg an und fragte, ob dieser einen Leistungssportler hätte, der in der Klinik als Peer bzw. Mobilitätslotse auf Minijobbasis arbeiten würde. Ich habe zugesagt und mit der Klinik zusammen Strukturen aufgebaut, in denen es mir Spaß macht zu arbeiten. Nachdem ich wieder nach Amberg zurückgezogen bin, fahre ich einmal im Monat nach Rheinland-Pfalz. Drei- bis viermal die Woche trainieren wir mit der Mannschaft, zusätzlich trainiere ich jeden Tag individuell meine Ausdauer oder Kraft.

„Im Rahmen von Schulprojekten für den Bayerischen Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband (BVS Bayern) möchte ich Kindern Rollstuhlbasketball näherbringen, weil ich denke, dass man bei Kindern am einfachsten vorhandene Barrieren gegenüber Menschen mit Behinderung abbauen kann.“



4 Dirk Weber
57 Jahre, Tetraplegiker,
C5 komplett,
QSL seit 1990,
Ursache: Sportunfall

Dirk Weber weist einen Mechaniker ein.

„Bis zu einem Sportunfall im Jahr 1990 habe ich als Fahrzeugmechaniker gearbeitet. Danach konnte ich das nicht mehr, konnte mir aber auch nicht vorstellen, etwas Anderes zu machen, weil ich von Fahrzeugen schon immer fasziniert und ein Fahrzeugmechaniker mit Leib und Seele war. Die Berufsgenossenschaft (BG) finanzierte mir eine Umschulung zum Bürokaufmann, diese Ausbildung habe ich dann auch in Heidelberg absolviert. Dort habe ich dann mein Auto umbauen lassen und bin alle zwei Wochen am Wochenende 860 Kilometer von Heidelberg nach Greifswald gefahren.

Ich hatte immer wieder Defekte an meinem umgebauten Fahrzeug, die mir in Greifswald niemand reparieren konnte. So reifte in mir die Idee, mich selbstständig zu machen. Ich suchte mir in Greifswald eine Autowerkstatt und eine Fahrschule, schloss dort Kooperationsverträge und informierte mich über den Fahrzeugumbau. Nach Beendigung meiner Ausbildung meldete ich in Greifswald ein Gewerbe an und habe eine Ausstellung umgebauter Fahrzeuge organisiert, um mein Geschäft vorzustellen. Ich habe von meinem Büro alles organisiert, wie den behindertengerechten Umbau der Fahrzeuge und deren Übergabe an die Kunden sowie die Ausbildung von Fahrlehrern. Die Teile für die Autoumbauten habe ich selbst gekauft und an die Werkstatt geliefert.

„Mein Arbeitsalltag ist sehr ausgefüllt, weil ich sowohl die Fahrschule als auch die Werkstatt leite, daneben noch die Fahreignung von Menschen mit Mobilitätseinschränkung begutachte und barrierefreie Unterkünfte vermiete.“

Dirk Weber

Nach fünf Jahren habe ich meine eigene Werkstatt gebaut und Mechaniker bei mir angestellt. Ich habe auch darauf geachtet, welche rechtliche und gesetzliche Vorgaben es gibt, mir Vertrauen bei den Kostenträgern erworben, mir ein Steuerberatungsbüro gesucht und meine Fahrzeuge vom Deutschen Kraftfahrzeug-Überwachungsverein (DEKRA) abnehmen und die technische Fahreignung begutachten lassen. Das Integrationsamt bezahlte mir für mein Büro einmalig eine behindertengerechte Arbeitsplatzausstattung.

Ausgefüllter Arbeitstag

Heute beginnt mein Arbeitstag um 7.30 Uhr, ich bespreche mit den Mechanikern den Tag, sehe mir neu hereingekommene Aufträge an, kümmere mich um die Materialbestellung für die Werkstatt sowie um die Werbung und führe Kundengespräche. Die Mechaniker machen um 17 Uhr Feierabend, ich verlasse das Büro meist zwischen 18 und 19 Uhr. Da ich Tetraplegiker bin, werde ich dabei achteinhalb Stunden pro Tag von einer Arbeitsassistenz unterstützt, die vom Integrationsamt im Rahmen der Eingliederungshilfe bezahlt wird. Mein Arbeitsalltag ist sehr ausgefüllt, weil ich sowohl die Fahrschule als auch die Werkstatt leite, daneben noch die Fahreignung von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen begutachte und barrierefreie Unterkünfte vermiete.“



5 Kai Lohmeyer
56 Jahre, Tetraplegiker,
C3 inkomplett,
QSL seit 2012,
Ursache: Motorradunfall

Auch als Rentner ist Kai Lohmeyer das Wort Langeweile fremd.

„Ich habe eine Ausbildung zum Betonstein- und Terrazzohersteller gemacht, weil ich quasi im elterlichen Betonsteinwerk aufgewachsen bin.

Ab 2012 konnte ich aufgrund eines Motorradunfalls, der zur Querschnittlähmung führte, nicht mehr arbeiten. Ich veranlasste, dass am Tag nach meinem Unfall mein Arbeitgeber informiert wurde und während der Reha wurde mein Antrag auf Berentung eingeleitet, der genehmigt wurde. Seitdem habe ich Motivationsvorträge gehalten, in Infoveranstaltungen zu den Themen Assistenz und Persönliches Budget aufgeklärt und mein privates Umfeld zum Thema Assistenz beraten.

Ehrenamtliche Tätigkeiten

Die finanziellen Mittel für eine persönliche Assistenz im Rahmen eines Persönlichen Budgets zu bekommen, war für mich eine große Herausforderung. Außerdem hatte ich noch eine kleine Dozentenstelle an einer Schule für Pflegeberufe zu den Themen Assistenz und Persönliches Budget. Diese Tätigkeiten sind inzwischen weggefallen, aber Langeweile ist für mich immer noch ein Fremdwort. Heute berate ich Menschen für die FGQ und für die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) und habe für sieben Personen die gesetzliche Betreuung übernommen. Diese Betreuungen decken die Bereiche Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmungsrecht, Behörden- und Rechtsangelegenheiten, Vermögensangelegenheiten sowie Wohnungs- und Heimplatzangelegenheiten ab.“

Die Interviews führte Maris Metz

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



„Die Kombination ist ein absoluter Glücksfall!“

Bei der beruflichen Teilhabe für Menschen mit Querschnittlähmung kommt dem Sozialdienst eine zentrale Rolle zu. Stephanie Seith leitet den Sozialdienst in der Heinrich-Sommer-Klinik in Bad Wildbad, Verena Schnell ist Abteilungsleiterin im Case Management des benachbarten Berufsförderungswerkes. Im Interview berichten sie von den Besonderheiten ihrer Arbeit bei der Begleitung frisch querschnittgelähmter Menschen zurück ins Berufsleben.

Die berufliche Teilhabe ist ein wichtiger Bestandteil der Rehabilitation. Wie hat sich der Stellenwert im Laufe der Zeit entwickelt?

Verena Schnell: Die medizinisch beruflich orientierte Reha hat im letzten Jahrzehnt immens an Bedeutung gewonnen. Es wird schon im Krankenbett überlegt: Wie geht es weiter? Ziel ist eine zeitnahe Rückkehr an den Arbeitsplatz und der Abbau von Barrieren beim beruflichen Wiedereinstieg. Es ist ein Spagat, die Patienten damit in der neuen Lebenssituation nicht zu überfordern. Für die Krankheitsbewältigung muss Raum sein. Man kann aber sensibel aufzeigen: „Wenn du soweit bist, gibt es zahlreiche Möglichkeiten.“

„Ziel ist eine zeitnahe Rückkehr an den Arbeitsplatz und der Abbau von Barrieren beim beruflichen Wiedereinstieg.“

Verena Schnell



Wie läuft die Arbeit in der Praxis ab?

Stephanie Seith: Bei der Visite wird besprochen: Sind berufliche Perspektiven im nächsten halben Jahr schon ein Thema? Auf der Basis folgt die Einzelberatung durch den Sozialdienst, bei Interesse dann ein Orientierungsgespräch mit den Psychologen zu Fragen wie: „Wo komme ich her? Wo will ich hin? Was mache ich aktuell beruflich?“ Es gibt die Möglichkeit einer Hospitation im benachbarten Berufsförderungswerk. Die Kombination aus Klinik und BFW ist ein absoluter Glücksfall. Das nimmt den Menschen die Existenz- und Zukunftsangst. Wenn sich der Betroffene nach der Entlassung für einen Berufszweig entschieden hat, dann kommt er zu dir, Verena.

Verena Schnell: Genau. Nach der medizinischen Reha gibt es die Möglichkeit weiterer Berufsfindungs- und Arbeitserprobungsmaßnahmen. Oft können die Menschen mit Anpassungen in ihren Beruf zurückkehren. Andere benötigen eine berufliche Alternative. Der Austausch zwischen Patienten in der Anschlussheilbehandlung und langjährig Betroffenen oder mit Teilnehmern der beruflichen Maßnahmen trägt zum Gelingen des Wiedereinstiegs bei. Die Patienten sehen: „So kann mein Leben künftig aussehen.“ Selbst wenn Patienten zunächst keine Perspektive sehen, merken wir nach wenigen Wochen meist eine positive Entwicklung.

Wie lange dauert der Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag nach Eintritt der Querschnittlähmung in der Regel?

Verena Schnell: Ein bis zwei Jahre. Bis eine gesundheitliche Stabilisierung erfolgt und Antragsstellungen und deren Prüfung abgeschlossen sind. Die Fahreignungsprüfung, der KFZ-Umbau und Anpassungen beim Arbeitgeber brauchen Zeit.

Stephanie Seith: Ein Jahr vergeht oft schon, bis Patienten zu Hause sind. Sie müssen ankommen und eine Routine im Alltag entwickeln.

Auch für die Arbeitgeber ist die Situation neu. Wie werden sie unterstützt?

Verena Schnell: Mit Einverständnis des Patienten besprechen wir die Optionen. Das reicht vom Erlernen eines neuen PC-Programms über technische Hilfsmittel am Arbeitsplatz bis zum Ablauf der Wiedereingliederung und der Zuständigkeit zur Kostenübernahme. Ist eine Rückkehr nicht möglich, beispielsweise bei einem Zimmermann, geht es um die Beratung zu alternativen Berufen.

Stephanie Seith: Oft hat der Patient schon Kontakt zum Arbeitgeber aufgenommen und den Wiedereinstieg thematisiert. Manchmal liegt dem Arbeitgeber aber auch nur eine Krankschreibung vor. Wir bieten dann ein gemeinsames Telefongespräch für eine bestmögliche Rückkehr an den Arbeitsplatz an. Dafür erhalten wir vom Patienten als auch vom Arbeitgeber positive Rückmeldungen. Nicht jeder geht nach der Reha sofort wieder arbeiten.

Welche Erfahrungen haben Sie mit Patienten und Arbeitgebern, wenn es nur noch wenige Jahre bis zur Rente sind?

Stephanie Seith: Kann sich ein Mensch zunächst nicht vorstellen zurückzukehren, gibt es in der Regel verschiedene soziale Sicherungssysteme – etwa Krankengeld oder anschließend, je nach Anspruch, Arbeitslosengeld. Manche Patienten ziehen eine volle oder teilweise Erwerbsminderungsrente in Betracht. Das hängt stark vom Gesundheitszustand ab. Es gibt zudem Patienten, die gemeinsam mit dem Arbeitgeber Möglichkeiten prüfen, früher in die Altersrente zu gehen. Das ist ein Prozess, bei dem viele Faktoren eine Rolle spielen. Die Entscheidung wird meist nicht von heute auf morgen getroffen.

Patienten sind bei Eintritt der Querschnittlähmung im Durchschnitt immer älter, der Beruf spielt oft keine Rolle mehr. Wie ist das bei Ihnen im Haus?

Verena Schnell: Es sind alle Altersgruppen und alle sozialen Schichten vertreten. Das macht unsere Arbeit so vielseitig. Wenn ein Patient zunächst kein Interesse hat und er sich dann erneut meldet, um an einer Hospitation im BFW teilzunehmen, sind das Entwicklungen, die uns freuen und motivieren.

Stephanie Seith: Das Spektrum der Patienten reicht von Menschen kurz vor dem Renteneintritt bis hin zu jungen Patienten, die gerade ihren Schulabschluss gemacht haben und vor der Entscheidung stehen, eine Ausbildung oder Weiterbildung zu beginnen.

Immer wieder werden auch junge Menschen verrentet.

Stephanie Seith: Manchmal hören wir Sätze wie: „Wenn es nicht klappt, dann bekomme ich eben eine Erwerbsminderungsrente.“ Diesem Gedanken versuchen wir früh entgegenzuwirken. Denn bis eine Rente bewilligt wird, müssen viele Voraussetzungen erfüllt sein – das ist nicht selbstverständlich.

„Unser Ziel ist es, den Wert von Arbeit zu betonen, zu motivieren und realistische Perspektiven aufzuzeigen.“

Stephanie Seith



Natürlich gibt es Situationen, in denen eine Erwerbsminderungsrente sinnvoll oder notwendig ist. Genauso gibt es Fälle, in denen andere Wege erstrebenswert sind. Unser Ziel ist es, den Wert von Arbeit zu betonen, zu motivieren und realistische Perspektiven aufzuzeigen. Gleichzeitig weisen wir auf die Konsequenzen einer vollen Erwerbsminderungsrente und dem dauerhaften Ausscheiden aus dem Arbeitsleben hin.

Verena Schnell: Unser Ziel ist es, den Menschen zu vermitteln, dass sich ihre Situation entwickeln kann. Selbst wenn es im nächsten halben Jahr nicht realistisch ist, dass er wieder in den Beruf einsteigt, gibt es befristete Erwerbsminderungsrenten. So kann nach gesundheitlicher Stabilisierung die Situation neu bewertet werden. Gerade bei einem jungen Menschen ist unser Ziel eine langfristige Perspektive in Richtung beruflicher Teilhabe und selbstständiger und autonomer Lebensführung.

Wie sehen Sie die Rolle eines Peers in Bezug auf die berufliche Teilhabe frisch querschnittgelähmter Menschen?

Stephanie Seith: Ein Peer kann auf sehr authentische Weise zeigen, wie der Alltag mit einer Querschnittlähmung funktioniert: Wie habe ich die Herausforderungen gemeistert? Was hat sich bewährt? Damit wird ein realistisches Bild vermittelt, wie ein selbstbestimmtes Leben mit einer Querschnittlähmung aussehen kann – auch in Hinblick auf berufliche Teilhabe. Wichtig ist, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch Angehörige von diesem Angebot erfahren und es nutzen können. Ich erhalte dazu durchweg sehr positive Rückmeldungen. Wir bauen dieses Angebot weiter aus.

Verena Schnell: Das ist für die Patienten eine wertvolle Ergänzung zum vorhandenen Beratungsangebot. Wir im Sozialdienst leisten die fachliche Beratung. Aber es ist motivierend für die Patienten zu sehen: Wie haben andere das geschafft? Das ist sehr förderlich für die Selbstwirksamkeit und Selbstwahrnehmung. Die unterschiedlichen Bausteine der Behandlung in der Klinik zusammen mit der Peerarbeit und der Expertise des BFW runden das gesamtheitliche Bild ab.

Das Interview führte
Zacharias Wittmann



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: Tobias Koch

Was nun, Herr Oellers?

Fünf Fragen an Herrn Wilfried Oellers, Teilhabebeauftragter der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

In seiner „Teilhabepolitischen Bilanz“ hat Wilfried Oellers in diesem Frühjahr die unterschiedlichen Politikbereiche mit Blick auf Inklusion und Teilhabe hinterfragt. Der PARAplegiker wollte wissen, was die Bürgerinnen und Bürger in den kommenden vier Jahren zu diesem Thema von der neuen Koalition erwarten können.

1. Inklusion im Koalitionsvertrag
Der Koalitionsvertrag widmet der Inklusion ein eigenes Kapitel. Konkrete Maßnahmen zur dringend notwendigen Umsetzung in einer alternden Gesellschaft sucht man dort allerdings vergebens. Zudem sind die genannten Zeiträume für die Umsetzung sehr lang. Wir reagieren Sie auf die Kritik?

Wilfried Oellers: Das sehe ich etwas anders. Man darf nicht nur auf das Inklusionskapitel schauen. Wir haben im Koalitionsvertrag ein eigenes Kapitel zur Seniorenpolitik als Querschnittsaufgabe, wo wir uns zum Beispiel die Maßnahmen gegen digitale Teilhabebarrieren, für altersfreundliche Arbeitsmodelle, für generationenübergreifendes Wohnen und für die Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz vorgenommen haben. Gleich an mehreren Stellen im Koalitionsvertrag haben wir das Ziel von Barrierefreiheit verankert. So wollen wir die Barrierefreiheit im privaten und im öffentlichen Bereich verbessern. Wir entwickeln das Behindertengleichstellungsgesetz weiter, sodass unter anderem alle öffentlich zugänglichen Bauten des Bundes bis 2035 barrierefrei gestaltet werden. Auch in der Privatwirtschaft wollen wir auf Barrierefreiheit hinwirken. Wir wollen dazu bestehende Gesetze auf bürokratische und rechtliche Hürden prüfen. In Milieuschutzgebieten sollen Vorhaben zur Herstellung von Barrierearmut und energetischer Sanierung sozialverträglich ermöglicht werden. Bei Investitionen in den sozialen Wohnungsbau sollen auch Mittel für barrierefreies, altersgerechtes Wohnen zur Verfügung gestellt werden. Das sind wichtige Maßnahmen, die wir natürlich in der Umsetzung noch konkretisieren werden müssen.

2. Verpflichtung der Privatwirtschaft
Ein großer Teil der Barrierefreiheit hängt von der Privatwirtschaft ab. Andere europäische Länder wie Österreich oder England haben diese bereits in die Pflicht genommen. Wann bringen wir den Mut auf, diesen überfälligen Schritt zu gehen?

Wilfried Oellers: Eine generelle Verpflichtung der Träger privater Güter und Dienstleistungen halte ich für sehr schwierig, da dies nicht nur mit voraussichtlich erheblichen Kosten – gerade auch für kleine und mittlere Unternehmen – verbunden wäre, sondern auch in der Praxis funktionieren und durchsetzbar sein muss. Auch fehlt es aus meiner Sicht noch an genügend Erfahrungswerten, wie die Verpflichtung etwa in Österreich rechtlich und tatsächlich wirkt. Soweit es hierzu einen Austausch zwischen dem deutschen und österreichischen Sozialministerium gibt, wären für uns als Gesetzgeber entsprechende Informationen hilfreich. Im Koalitionsvertrag haben wir uns am Ende auf die offene Formulierung verständigt, dass wir in der Privatwirtschaft auf Barrierefreiheit hinwirken wollen.

Wie dies dann konkret geschehen kann, muss im Rahmen der Gesetzgebung geklärt werden. In jedem Fall braucht es auch unbürokratische Förderprogramme zum Beispiel der Kreditanstalt für Wiederaufbau, aber auch eine kontinuierliche Bewusstseinsbildung, insbesondere für angemessene Vorkehrungen, also Lösungen für Barrierefreiheit im Einzelfall, wie die Rampe vor dem Einzelhandelsgeschäft oder das ärztliche Aufklärungsgespräch in Leichter Sprache. Schließlich kann man private Rechtsträger nur vom Ziel der Barrierefreiheit überzeugen, wenn der Bund seine Verpflichtungen nach dem Behindertengleichstellungsgesetz umsetzt. Genau deshalb haben wir in den Koalitionsvertrag auch das Ziel aufgenommen, dass alle öffentlich zugänglichen Bauten des Bundes bis 2035 barrierefrei gestaltet sein sollen.

3. Inklusive Arbeitswelt
Sie betonen, dass die Stärkung einer inklusiven Arbeitswelt nicht nur eine gesellschaftliche Notwendigkeit, sondern auch ein wirtschaftlicher Gewinn sei. Trotz aller Fortschritte bleibt die Arbeitslosigkeit von Menschen mit Behinderung hoch. Warum tun sich die Unternehmen Ihrer Meinung nach weiterhin schwer mit der Integration?

Wilfried Oellers: Es ist leider in der Tat so – es gibt viele rechtliche Ansprüche, Förderprogramme und bewusstseinsbildende Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen auf dem ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, die allerdings bei den Arbeitsuchenden und auch Arbeitgebern nicht immer bekannt sind. Auch angesichts ihrer Komplexität sorgen sie bei Arbeitgebern neben der Frage des „richtigen“ Umgangs mit Beschäftigten mit einer Behinderung oft für Hemmschwellen. Dabei bleiben Potentiale leider ungenutzt. Daher haben wir schon in der vorletzten Wahlperiode die sogenannten Einheitlichen Ansprechstellen für Arbeitgeber (EAA) eingeführt. Diese sollen als trägerunabhängiger Lotse Betriebe, die schwerbehinderte Menschen einstellen wollen oder beschäftigen, sensibilisieren, über die große und auch komplexe Palette an Fördermöglichkeiten informieren und bei der Antragstellung unterstützen. Im aktuellen Koalitionsvertrag haben wir nun vorgesehen, die EAA zu stärken und mit Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation und der Vermittlungstätigkeit der Bundesagentur für Arbeit besser zu vernetzen. Das betrifft zum Beispiel den Datenaustausch. Ich halte es aber auch für gewinnbringend, dass die Unternehmen, die mit der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen schon positive Erfahrungen gesammelt und sich oftmals schon in Netzwerken zusammengetan haben, diese Erfahrungen an andere Unternehmen weitergeben.

4. Barrierefreier ÖPNV
Die politische Zielsetzung, eine vollständige Barrierefreiheit im ÖPNV bis 2022 zu erreichen, wurde großflächig verfehlt. Neue Fristen bestehen aktuell nicht. Wie geht es weiter mit der Stärkung der barrierefreien Mobilität?

Wilfried Oellers: In der Tat ist dieses Ziel deutlich verfehlt worden. Und ich halte auch wenig davon, hier mit neuen Fristen zu arbeiten. Denn Enttäuschungen werden vorprogrammiert sein, da es allein schon aus technischen Gründen auch zukünftig zumindest Einzelfälle geben wird, in denen sich Barrierefreiheit im ÖPNV nicht oder nur mit immensem Aufwand realisieren lässt. Da wäre es doch ehrlicher, im Nahverkehrsplan die Begründungspflicht zu schärfen, warum sich im Einzelfall Barrierefreiheit aus nachvollziehbaren Gründen nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand realisieren lässt. Weiterhin sollte man in diesen Fällen mit pragmatischen Lösungen arbeiten. Ich denke hier etwa an unsere Bundeshauptstadt Berlin, in der seit einiger Zeit ein barrierefreier Bustransfer geordert werden kann, wenn die Barrierefreiheit aufgrund eines



kaputten Fahrstuhls gestört ist. Solche Lösungen könnte man auch generell anbieten, wenn Barrierefreiheit an bestimmten Haltepunkten gar nicht realisierbar ist. Gleichzeitig ist es unerlässlich, dass wir bei Investitionen in Barrierefreiheit einfach schneller werden. So haben wir ebenfalls im Koalitionsvertrag verankert, das Gemeindefinanzierungsgesetz zu vereinfachen und zu entbürokratisieren, um damit unter anderem auch den barrierefreien Ausbau von Bahnhöfen zu erleichtern. Sehr wichtig ist zudem, dass zu den aus dem Sondervermögen Infrastruktur finanzierten Maßnahmen auch Maßnahmen zum Ausbau der Barrierefreiheit gehören. Dies sollte im Errichtungsgesetz entsprechend verankert werden.

„Menschen mit Behinderungen gehören als aktive Akteure in die Politik!“

Wilfried Oellers,Teilhabebeauftragter der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

5. Selbstverwaltung

Menschen mit Behinderung sind in Politik und Verwaltung unterrepräsentiert. Wie kann es gelingen, diese stärker einzubinden?

Wilfried Oellers: Menschen mit Behinderungen gehören als aktive Akteure in die Politik! Dafür setze ich mich als Teilhabebeauftragter der CDU/CSU-Bundestagsfraktion gerade auch mit Blick auf unsere beiden Parteien ein. Wo immer möglich, werbe ich dafür, sich zu engagieren und sich an guten Beispielen, die es ja zumindest im ehrenamtlichen kommunalpolitischen Bereich gibt, zu orientieren. Sehr erfreulich ist es, dass mittlerweile in mehreren Landesverbänden der CDU und auch innerhalb der CSU sogenannte Netzwerke für Menschen mit Behinderungen gegründet wurden, in denen sich engagierte Parteimitglieder für Aspekte der Inklusion engagieren. Was schließlich die Repräsentation von Menschen mit Behinderungen in der Verwaltung angeht, müssen wir die entsprechenden Behörden stärker in die Pflicht nehmen, das Fünf-Prozent-Beschäftigungsziel einzuhalten – und zwar nicht nur im Einfachen und Mittleren Dienst, sondern auch im Gehobenen, im Höheren Dienst und ebenso in Führungspositionen! Hier sehe ich aber auch die jeweiligen Schwerbehindertenvertretungen in der Verantwortung, ein stärkeres Augenmerk darauf zu legen.

Das Interview führte Kevin Schultes

romowo

Rollstuhlmobilität wohnortnah

Rollstuhlfahrer können lernen, besser Rollstuhl zu fahren. Sie sind dann selbstständiger. Dabei helfen Schulungen.

Mehr Training • Mehr Mobilität • Mehr Teilhabe

Sie haben Fragen? Sie möchten sich anmelden?

Team RoMoWo

Tel. 0151 12 15 85 71 • info@romowo.app

Die Adresse der Webseite ist: romowo.app

Ein Projekt von:

FIBS Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport

DRS Deutscher Rollstuhl-Sportverband e.V.

Gefördert durch die Aktion Mensch



Kardiopulmonale Auswirkungen auf Herz und Kreislauf

Teil 2: Lunge und Atmung

Eine Querschnittlähmung beeinträchtigt auch die Funktion innerer Organe, einschließlich des Herzgefäßsystems und der Lunge. Diese sogenannten kardiopulmonalen Auswirkungen können die Lebensqualität und Gesundheit erheblich beeinflussen.

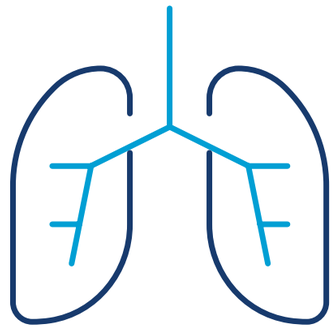
Die Atemfunktion ist aufgrund der Querschnittlähmung in Abhängigkeit von der Läsionshöhe häufig vermindert, da die Atempumpe beeinträchtigt ist. Je höher die Lähmung, desto höher ist die Beeinträchtigung der Atempumpe.

Unter Atempumpe versteht man das Zusammenspiel verschiedener Muskeln bei der Ein- und Ausatmung. Beteiligt sind das Atemzentrum im Gehirn sowie die Nervenleitung vom Gehirn zu den an der Atmung beteiligten Muskeln. Der Beweglichkeit sowie der Form des Brustkorbes kommen hier ebenfalls eine wesentliche Funktion zu. Der wichtigste Atemmuskel ist das Zwerchfell, welches durch den Zwerchfellmuskelnerv gesteuert wird. Dieser Nerv verlässt das Rückenmark zwischen den C3-5 (C2-C4).

Bei einer Querschnittlähmung oberhalb Th6 fällt die sympathische Nervenversorgung aus und der Parasympathikus dominiert. Hierdurch kommt es zu einer Verengung der Bronchien, zu vermehrter Produktion von zähflüssigem Lungensekret sowie zur Überempfindlichkeit des Bronchialsystems.

Einschränkungen in Hinblick auf die Läsionshöhe

C1-C3: Eine selbstständige Atmung ist bei Zwerchfelllähmung dauerhaft nicht möglich. Eine Beatmung über ein Beatmungsgerät ist erforderlich. Je nach Lähmungshöhe ist teilweise nach Training eine kurzzeitige Atmung über die Atemhilfsmuskulatur im Bereich des Halses zur Überbrückung von Notfallsituationen möglich.



C4-Th1: Die Atmung ist selbstständig meistens möglich, evtl. ist eine Teilbeatmung (z.B. nachts über ein Beatmungsgerät) erforderlich. Der Hustenstoß ist deutlich eingeschränkt, eine Unterstützung beim Abhusten von Lungensekreten ist erforderlich.

Th2-Th7: Die eigene Atmung ist erhalten, der Hustenstoß ist eingeschränkt, evtl. ist eine Unterstützung beim Abhusten von Lungensekreten notwendig.

Bis Th12: Einschränkung des Hustenstoßes bei Teillähmung der Bauch- und Beckenbodenmuskulatur möglich.

www.t-rv.de

t-rv

Dein Sitzkissen vom Spezialisten ...



Sitzqualität



Positionierung

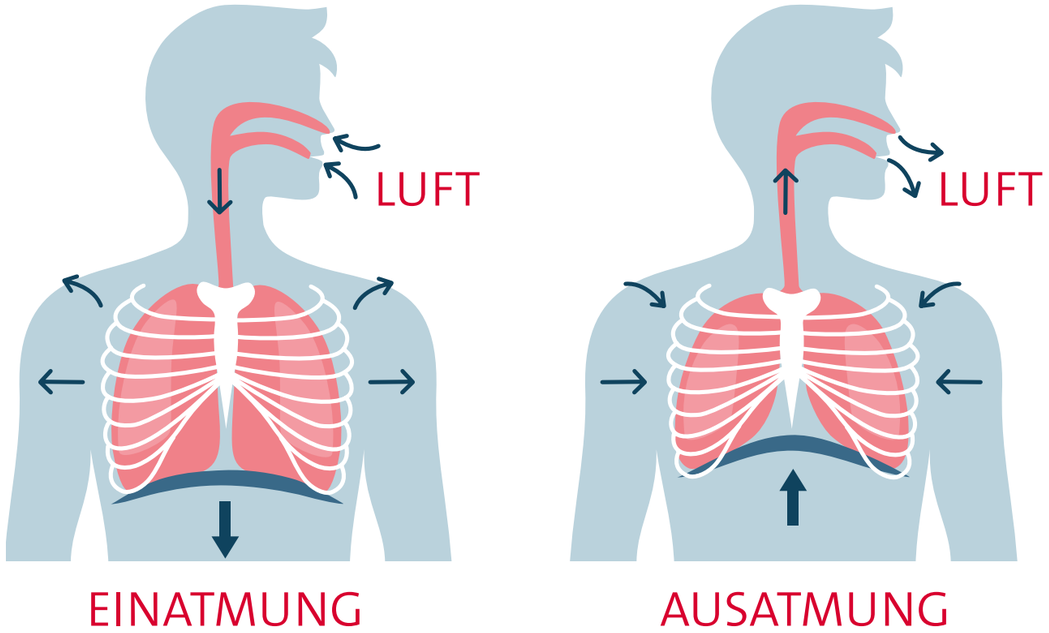


Druckentlastung

... für jedes Problem die passende Lösung!

Gewerbering 47
D–76287 Rheinstetten
+49 (0)7242 2579 60
+49 (0)7242 2579 610
kundenservice@t-rv.de
www.t-rv.de

Dein Spezialist für Sitzen & Positionieren



Grafiken (2): stock.adobe.com – Parbat, Orapun

Einflussfaktoren auf die Atmung

Durch die Abnahme der Kraft zur Ein- und Ausatmung wird die Menge Luft, die pro Atemzug eingeatmet werden kann, reduziert. Um eine ausreichende Versorgung mit Sauerstoff zu gewährleisten, kommt es zu einer kompensatorischen Erhöhung der Atemfrequenz. Insbesondere bei körperlicher Aktivität kann die Sauerstoffaufnahme unzureichend sein und führt dann rasch zur Zunahme der Kurzatmigkeit und zur Abnahme der körperlichen und geistigen Belastbarkeit. Auch ist die zentrale Atemregulierung im Gehirn bei veränderten Sollwerten im Blut – zum Beispiel von Kohlendioxid und Sauerstoff – gestört. Diese führt vor allem nachts und unter dem Einfluss von bestimmten Medikamenten, die die Atmung beeinflussen (Opiate, die spinale Spastik beeinflussende Medikamente, Schlafmittel etc.), zu einer Störung des Atemantriebes.

Risiken

Die Ausatmung wird je nach Lähmungshöhe nicht mehr aktiv unterstützt, sodass vermehrt Luft in der Lunge zurückbleibt und zu einer Verminderung des nutzbaren Lungenvolumens führt. Ein effektiver Hustenstoß kann bei zu geringem Ausatemfluss (< 270 l/min) nicht mehr erzielt werden. Unter 160 l/min ist nahezu kein Husten mehr möglich. Das Lungensekret kann nicht mehr oder nur noch ungenügend abgehustet werden. Es kommt zu einem Sekretstau in der Lunge mit Verschlechterung der Lungenfunktion bis hin zum Lungenversagen. Insbesondere Infektionen der Luftwege können bei vermehrtem Sekretaufkommen rasch zu einer kritischen pulmonalen Situation führen – mit der Notwendigkeit einer Intensivierung des Sekretmanagements (Inhalation, mechanische Abhusthilfe, Lagerungsmaßnahmen, Medikamente, Beatmung).

Außerdem besteht ein erhöhtes Risiko für Infektionen der Lunge, wenn Schleim zurückbleibt und Lungenabschnitte nicht mehr ausreichend belüftet werden, sowie für die Aspiration von Nahrung und anderen Fremdkörpern, wenn diese bei fehlendem bzw. eingeschränktem Hustenstoß nicht aus der Luftröhre und tieferen Lungenabschnitten hochgehustet werden können. Der Hustenstoß kann mit Hilfe eines Peak cough flow-Meters gemessen werden.

Durch Veränderungen des Rumpfes kommt es allmählich zu einer Versteifung des Brustkorbes – zum Beispiel durch eine Lähmungsskoliose und die dadurch verminderte Bewegung der Rippen bei abgeschwächter Ein- und Ausatmung sowie bei Spastik der Interkostalmuskulatur*. Hierdurch verschlechtert sich die Lungenfunktion zusätzlich.

Der wichtigste Atemmuskel ist das Zwerchfell.

Aufgrund der eingeschränkten bis fehlenden Bauchmuskulatur kommt es zu einer verschlechterten Funktion des im Sitzen „durchhängenden" Zwerchfelles, sodass die Atmung im Liegen häufig leichter fällt. Dieses steht im Gegensatz zur Atemnot bei Herzschwäche oder COPD, bei der eine sitzende Haltung zur Beschwerdelinderung führt.

Bei Menschen mit einer Querschnittlähmung kann – aufgrund der Darmlähmung mit Verstopfung, Blähungen und Spastik der Bauchmuskulatur – eine Erhöhung des Druckes im Bauch beobachtet werden. Dies führt zu einer Reduktion der Zwerchfellfunktion mit vermehrter Atemarbeit und kann zu einer ausgeprägten Verschlechterung der Atmung (in Abhängigkeit des Ausmaßes der lähmungsbedingten Einschränkung) der Lungenfunktion führen.

*Skelettmuskulatur, die sich zwischen den Rippen ausspannt und die Brustwand formt und bewegt. Neben dem Zwerchfell ist sie der wichtigste Teil der Atemmuskulatur. Sie hebt und senkt die Rippen und ermöglicht so das Ein- und Ausatmen.

Therapie und Prävention

Bei hoher Tetraparese mit Beatmungsnotwendigkeit und/oder deutlich abgeschwächtem Hustenstoß erfolgt üblicherweise die Anlage eines Tracheostoma (Luftröhrenschnitt) zur maschinellen Beatmung und zur Sicherstellung des Sekretmanagements durch Absaugen. Auch bei Menschen mit einer hohen Querschnittlähmung, die noch keinen Luftröhrenschnitt benötigen, muss besonders intensiv eine Prophylaxe von lähmungsbedingten und die Atmung betreffenden Komplikationen erfolgen.

Empfohlen werden:

- Regelmäßiges Inhalieren mit Kochsalzlösung, um die Konsistenz des Sekretes (Sekretviskosität) zu verbessern. Bei Verengung der Bronchien ist eine zusätzliche Inhalation mit entsprechenden Medikamenten notwendig. Außerdem ist eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme erforderlich.
- Manuelle (Bauch-/Thoraxkompression, Lagerung) und mechanische Unterstützung des Abhustens (In-Exsufflator).
- Konsequente Mobilisation im Rollstuhl, evtl. Unterstützung der Atemmechanik durch einen Bauchgurt. Tägliches Atemmuskeltraining über mindestens zehn Minuten zur Stärkung der Muskeln, die an der Ein- und Ausatmung beteiligt sind.
- Überprüfung einer nächtlichen Atemstörung bei durchgehend selbstständig atmenden Menschen mittels Polygrafie und ggf. Anpassung einer nächtlichen Beatmung über eine Maske oder über einen vorhandenem Luftröhrenschnitt.
- Regelmäßiges Abführen und die Vermeidung voluminöser Mahlzeiten.
- Regelmäßige Kontrolluntersuchungen der Atmungsparameter, Blutgase und des Sekretmanagements.
- Gewichtskontrolle, Nikotinverzicht, vermehrte körperliche Aktivität, Behandlung weiterer kardiopulmonaler Erkrankungen.
- Impfung gegen Influenza (jährlich), Pneumokokken, Pertussis, Covid-19.
- Bei Infekten und Verschlechterung der Atmung zeitnahe Vorstellung beim Hausarzt und bei entsprechendem Befund Kontaktaufnahme zu einem Querschnittzentrum.

Indira Rakshit

RELIYOO
Das Entlastungskissen für Personen mit Druckstellen
Mehr Informationen www.reliyoo.com
RELIYOO
9:41
Mein RELIYOO
100%
2h 30m
Live
Statistik
Pause 10min
Kissen
Einstellungen

Noch 60 Minuten bis zur nächsten Entleerung …

Über Inkontinenz spricht man nicht oder nur ungern. Aber das Problem betrifft Millionen von Menschen allein in Deutschland. Viele von ihnen praktizieren intermittierenden Selbstkatheterismus (ISK). Ein neues Hilfsmittel könnte ihren Alltag künftig entscheidend erleichtern.



Foto: inContAlert

Die Messergebnisse werden permanent ausgewertet und an die App übermittelt.

Befragt man Menschen mit Querschnittlähmung danach, welche Auswirkungen der Lähmung ihr alltägliches Leben am stärksten beeinflussen, kommt die Sprache rasch auf die damit verbundenen Funktionsausfälle von Blase und Darm. Darin unterscheidet sich die Wahrnehmung Betroffener deutlich von der ihrer Mitmenschen, die – was durchaus verständlich ist – ihre Aufmerksamkeit zunächst auf den Rollstuhl konzentrieren. Tatsächlich wird der Alltag der meisten Rollstuhlnutzer aber weit mehr durch den Umstand beeinflusst, dass das Handling von Blase und Darm besondere Aufmerksamkeit verlangt, weil die durch die Lähmung indizierten neurologischen Ausfälle eben auch die Verdauungsorgane betreffen.

Eine komplexe Herausforderung

Deren Gesunderhaltung ist ein zentraler Punkt im Leben nach Eintritt einer Querschnittlähmung, weswegen ein so problemlos wie möglich in den Alltag integriertes Blasenmanagement auch zu den wesentlichen Lernaufgaben während des Rehabilitationsprozesses zählt. Das Mittel der Wahl ist in der Regel der intermittierende Selbstkatheterismus, kurz ISK. Die Blase wird mehrmals täglich mittels Einmalkatheters entleert. Idealerweise geschieht das so, dass die Blase nicht wegen zu hohen Füllstandes überdehnt wird oder sich ungeplant entleert. Ob das im Alltag reibungslos gelingt, hängt nicht zuletzt davon ab, wie gut der ISK-Anwender den Füllstand seiner Blase beurteilen kann, was aber durch lähmungsbedingte neurologische Ausfälle erschwert werden kann. Weil der Mensch nämlich ein organisches Wesen und keine Maschine ist, spielen bei dieser Schätzung viele Faktoren eine Rolle und beileibe nicht nur die konsumierte Flüssigkeitsmenge. Tageszeit, Tag-Nacht-Rhythmus, die Außentemperatur, Liegepausen, Bewegungsphasen, Sport, auch ungewohnte Ereignisse wie Krankheiten oder Reisen spielen eine Rolle. Zwar schaffen es die allermeisten ISK-Anwender, im Laufe der Zeit zu einer gut funktionierenden Routine zu finden, sodass unangenehme Überraschungen vermieden werden. Aber nahezu jeder Anwender kennt auch Situationen oder Phasen, in denen die Sache mal nicht reibungslos funktioniert. Bisher hatte die Medizin für dieses Problem keine praktikable Lösung.

Füllstandsanzeige per Handy-App

Das könnte sich nun ändern. Vor einigen Jahren gründeten der Wirtschaftsinformatiker Jannik Lockl, der Elektroingenieur Tristan Zürl, die Softwareentwicklerin Nicola Ruhland und der Datenanalyst Pascal Fechner ein Unternehmen, das seither einen vielversprechenden Lösungsansatz verfolgt. Das Startup trägt den aussagekräftigen Namen inContAlert und steht kurz davor, ein marktreifes Hilfsmittel zu präsentieren, das Menschen mit neurogenen Blasenfunktionsstörungen zuverlässig ermöglichen soll, den Füllstand ihrer Blase zu kontrollieren. Dabei kommt komplexe Technik zum Einsatz. Eine Sensor-Empfänger-Einheit in einem flachen Kunststoffgehäuse, das mittels eines elastischen Bands knapp oberhalb des Schambeins positioniert wird, sendet permanent Infrarotimpulse in Richtung Blase. Deren Reflektionen werden von Fotosensoren registriert und ausgewertet. Der so ermittelte Füllstand der Blase wird an eine App auf dem Smartphone des Benutzers übermittelt. Eine Füllstandsanzeige per Handy-App? Einfacher geht's eigentlich nicht. Nur wer mit ISK lebt, weiß, wie massiv ein solches Gerät die Bewältigung dieser wichtigen Alltagsroutine unterstützen dürfte.

inContAlert geht davon aus, dass die Markteinführung des Produktes 2026 stattfinden wird und fordert interessierte Betroffene dazu auf, sich zu melden und als potentielle Anwender registrieren zu lassen.

Kontakt: inContAlert



Foto: inContAlert

„Wir suchen nach Anwendern, die Lust auf ein innovatives Produkt haben."

Firmengründer Dr. Jannik Lockl erläuterte im Gespräch mit dem PARAplegiker, wie die Idee zu inContAlert entstand.

Wie sind Sie auf die Idee gekommen, eine Lösung für dieses Problem zu suchen?

2017 nahm ich als Student an einer HealthTech Competition in Hongkong teil. Dort war eine Aufgabenstellung, eine „smarte Windel" zu entwickeln, also eine Windel, die quasi Alarm gibt, wenn sie voll ist. Dabei dachte ich mir aber wiederholt, dass man doch auch ein System entwickeln könnte, das sich schon meldet, bevor es gewissermaßen zu spät ist. Also irgendeinen Sensor, der vorbeugend Alarm gibt. Dafür gab es noch keine Lösung. Gemeinsam mit meinem Co-Gründer Tristan Zürl machte ich mich in der Folge daran, ein System zu entwickeln, das aus einem Sensor und einer Handy-App bestand.

Wann gab es praxistaugliche erste Ansätze?

Uns schwebte relativ schnell vor, Infrarottechnologie für die Messung zu nutzen; die Forschung dazu war aber erst wenige Jahre alt. Die Entwicklung der Messtechnologie nahm mehrere Jahre in Anspruch. Bis wir auf dieser Basis einen tragbaren Sensor fertig hatten, dauerte es bis 2022.

Was waren die größten Probleme auf dem Weg zu einem funktionierenden System?

Das größte Problem war, eine Messtechnik für ein noch nicht existierendes Produkt zu entwickeln. Da wir uns auf dem Gebiet von Medizinprodukten bewegen, kamen die extrem hohen und zeitintensiven regulatorischen Anforderungen hinzu, was unsere Arbeit sehr in die Länge zog. Auf einem anderen Gebiet hätten wir vielleicht schon vor fünf Jahren mit einem ersten Produkt auf den Markt gehen können.

Wie zuverlässig und mit welcher Fehlertoleranz arbeitet das System zurzeit?

Wir haben eine Messtoleranz vergleichbar mit klassischen Ultraschallgeräten. Ganz praktisch heißt das aktuell, dass wir 20 Prozent vor Erreichen des gewünschten maximalen Füllstands



eine Benachrichtigung schicken, weil wir uns danach im Toleranzbereich bewegen. Ist das maximale Volumen bei 500 Millilitern erreicht, gibt der Sensor bei 400 Milliliter eine Benachrichtigung, dass das Maximum bald erreicht ist und eine Entleerung empfohlen wird.

Wie lange dauert es noch bis zur vollständigen Marktreife des Systems?
Im Juni 2025 werden wir als Medizinprodukt registriert, dann können wir mit der praktischen Anwendung starten. Einen klassischen Launch haben wir in der Form aktuell nicht geplant. Wir stellen uns eher vor, schrittweise mit mehr und mehr Anwendern in Kontakt zu treten. Dafür suchen wir nach Anwendern, die Lust auf ein neues, innovatives Produkt haben und bestmöglich auch Lust dazu hätten, uns Feedback aus dem Alltag zu geben.

Gibt es schon Stellungnahmen von Testanwendern und wie fallen sie aus?
Erste Usability-Interviews zeichnen ein gutes Bild von der Praktikabilität des Systems. Es ist schon sehr anwendernah, wobei wir sicher sehr viel durch die praktische Anwendung lernen werden.

Ist das System für bestimmte Formen von Funktionsstörungen besonders geeignet bzw. nicht geeignet?
Das System ist für alle Formen von Blasenfunktionsstörungen geeignet, bei denen Anwender keine Rückmeldung über den Füllstand ihrer Blase erhalten, unabhängig von den Ursachen. Ihnen hilft die App, den richtigen Zeitpunkt für den Katheter-vorgang zu bestimmen.

Was kostet das System inklusive Voruntersuchungen, Hardware, Betreuung und Nachsorge?
Das lässt sich zum momentanen Zeitpunkt noch nicht genau sagen. Unter anderem hängt es davon ab, ob wir von einer Einführung auf dem freien Markt reden oder von der breiten Erstattung durch die Krankenkasse. Im letzten Fall sind die Prozessaufwände bedeutend höher, was sich auch auf die Kosten auswirken wird.

Wann wird das System verschreibungsfähig sein?
Die Erteilung eines CE-Kennzeichens und die Vergabe einer Hilfsmittelnummer sind langwierig. Wir rechnen damit, dass wir 2027 ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen werden.

Wie reagiert die medizinische Öffentlichkeit, wie die Querschnittkliniken oder die DMGP?
Die Rückmeldungen sind ausschließlich positiv. Aber auf diesem Gebiet ist die CE-Zertifizierung unverzichtbar. Insofern wird sich erst nach der Registrierung ein genaueres Bild ergeben.

Auf Ihrer Website ist von Wartelisten die Rede. Was hat es damit auf sich?
Wir „sammeln“ Interessenten und mögliche Anwender, um dann bei unserem schrittweisen Vorgehen nach und nach auf diejenigen zuzugehen, von denen wir wissen, dass sie Interesse an inContAlert haben. Das hilft uns jetzt schon bei den Produkttests. Wenn wir dann als Medizinprodukt registriert sind und in die Studien starten, können wir diejenigen, die sich jetzt schon registrieren lassen, zeitnah kontaktieren.

Werner Pohl

Präsentation auf der FGQ-Fachtagung „Neue Technologien – von Robotik bis KI“ am 11.10.2025 in der Manfred-Sauer-Stiftung





Albert Marti besucht den Tetraplegiker Julien zuhause – in einem acht Quadratmeter großen Schuppen ohne Toilette und fließend Wasser.

HaitiRehab Schweiz: Neue Lebensperspektiven

In Haiti gibt es für Menschen mit Querschnittlähmung keine staatlichen Hilfen. Sie sind darauf angewiesen, dass Familie und Freunde sich um sie kümmern. Ist das nicht der Fall, stehen sie vor dem Nichts. Mit seinem Verein „HaitiRehab Schweiz“ setzt Albert Marti deshalb Projekte zur Inklusion von Betroffenen ins berufliche und soziale Leben in Haiti um. Daneben hilft der Verein, die Infrastruktur eines Rehazentrums zu finanzieren, das gerade neu aufgebaut wird.

Weiße Sandstrände, türkisfarbenes Meer, tropische Regenwälder, fröhliche Menschen und ein entspannter Urlaub in der Hängematte – wer hat nicht diese Bilder vor Augen, wenn er das Wort „Karibik“ hört? Und doch ist die Realität in den Ländern der Karibik oft eine ganz andere. Das gilt besonders für Haiti, das trotz seiner schönen Natur eher nicht in den Angeboten der Reiseveranstalter auftaucht. Und das aus gutem Grund. Denn die Situation in dem Inselstaat ist äußerst schwierig: Er gilt als ärmstes Land Lateinamerikas und als eines der am wenigsten entwickelten Länder der Welt. Mehr als die Hälfte der insgesamt 12 Millionen Einwohner lebt unter der Armutsgrenze. Die Bevölkerung leidet unter den instabilen politischen Verhältnissen, unter Bandenkriminalität und Gewalt. Hinzu kommt, dass Haiti überdurchschnittlich oft von Naturkatastrophen wie Tropenstürmen und Erdbeben betroffen ist. Anfang 2010 wurde die Insel von einem Erdbeben erschüttert, das zu den zehn schwersten zählt, die die Menschheit jemals erlebt hat. Und das dazu führte, dass Albert Marti in der fast 8.000 Kilometer entfernten Schweiz den Verein HaitiRehab gründete.

Aufbau eines Rehazentrums in Haiti

Durch die Naturkatastrophe gab es in Haiti plötzlich sehr viele Menschen mit einer Querschnittlähmung. Doch die medizinische Versorgung war katastrophal, es gab keine Paraplegikerzentren, keine Reha, keine staatliche Unterstützung. „Vor dem Erdbeben hat man mit Querschnitt noch ein, zwei Jahre vor sich hingesiecht – dann was Schluss. Eine untragbare Situation“, sagt Albert Marti, der seit einem Motorradunfall im Alter von 20 Jahren selbst Paraplegiker ist. Deshalb begann die englische Organisation „Hope Health Action“ mithilfe der Schweizer Paraplegiker Stiftung (SPS) in der Stadt Cap Haïtien schon kurz nach dem Erdbeben damit, eine Klinik aufzubauen. Auch eine Rehabilitationsabteilung für Menschen mit Querschnittlähmung wurde dort eingerichtet. Die SPS schickt seither regelmäßig Pflegekräfte, Physiotherapeutinnen und Ärzte aus dem Paraplegikerzentrum Nottwil in die Klinik, um das Personal dort zu schulen.

Neue Perspektiven schaffen

Marti arbeitete zu dieser Zeit ebenfalls in Nottwil in der Forschung. Dort schrieb er an seiner Doktorarbeit über die Arbeitsmarktintegration von Quer-



Der Verein hat auch ein Solarpanel finanziert, mit dem Handys aufgeladen werden können.



Die Eröffnung einer kleinen Bäckerei war das bislang größte Projekt des Vereins HaitiRehab Schweiz. Hier können Menschen mit Behinderung eine Anstellung finden.

schnittgelähmten in der Schweiz. Mit dem Team der SPS reiste er 2011 zum ersten Mal nach Haiti. „Das Land hat mich nicht mehr losgelassen“, gesteht er. Die Zustände in Haiti erlebte er als chaotisch und in jeder Hinsicht „extrem“ – aber zugleich auch als eine spannende Herausforderung. Dank der ausländischen Hilfsorganisationen funktionierte die Rehabilitation mittlerweile ganz gut. Aber danach? Nichts – keine Sozialversicherung, keine Katheterversorgung, keine Integration in den Arbeitsmarkt. „Was nützt eine Reha, wenn danach nichts kommt?“, fragte sich Marti. In Ergänzung zur medizinischen Hilfe der SPS gründete er 2014 deshalb HaitiRehab – sein Ziel: Den Betroffenen nach der Reha eine Perspektive für ihr weiteres Leben zu geben.

Mit Mikrokrediten Existenzen sichern

„In Haiti heißt Behinderung: Du bist nichts wert“, erzählt Marti. Viele Familien leben in Armut und brauchen jedes Familienmitglied als Arbeitskraft. Ein Mensch mit Behinderung wird oft als zusätzliche Last empfunden, als „Kostenfaktor“, je nach religiösem Hintergrund auch als „Strafe Gottes“. Nur wenn man Glück hat, wird man von der eigenen Familie versorgt. Oft ist leider das Gegenteil der Fall: Es kommt nicht selten vor, dass ein behinderter Mensch von der Familie verstoßen wird. Da es keinerlei staatliche Versorgung gibt, geht es für ihn dann um das nackte Überleben. Und das nicht nur in medizinischer Hinsicht.

Marti bewegt das sehr. „Das können wir uns hier in der Schweiz gar nicht vorstellen.“ Er hilft mit seinem Verein, Arbeitsplätze zu schaffen und den querschnittgelähmten Menschen eine Perspektive zu geben. Bei einer allgemeinen Arbeitslosenquote von 60 Prozent ist das gar nicht so einfach. Das größte Projekt war bisher der Aufbau einer Bäckerei, in der Menschen mit Behinderung eine Anstellung finden können. Viele gründen nach der Reha auch einen eigenen kleinen Laden, wo sie Eis, Kaugummis, Benzin oder andere Waren anbieten. Manche verkaufen Dinge am Straßenrand, wie man es in Haiti oft findet. In solchen Fällen hilft der Verein mit Mikrokrediten oder mit der Finanzierung der Materialien, aus denen die Betroffenen etwas selbst produzieren können. „Hier kann man mit 100 Dollar schon weit kommen“, erklärt Marti. So wie bei Julien, der nach einem Unfall als Tetraplegiker ins Rehazentrum kam. Er lebt allein



Der Austausch und das Gespräch mit den Menschen vor Ort sind für Albert Marti sehr wertvoll.

mit seinem Sohn in einem nur acht Quadratmeter großen Haus ohne fließend Wasser und Toilette – eher ein Schuppen als ein Wohnhaus, in Haiti aber durchaus üblich. Der erste Versuch, sich mithilfe eines Mikrokredits als Verkäufer zu etablieren, misslang: Juliens Käufer machten Schulden bei ihm, die sie nie zurückzahlten. Schnell war er pleite. Erst nach einem zweiten Kredit und mit etwas „Berufserfahrung“ kann sich Julien nun seinen bescheidenen Lebensunterhalt selbst verdienen.

Neues Rehazentrum

Die beiden Hilfsorganisationen bauen gerade ein neues Rehazentrum in Cap Haïtien auf. Auch bei der Ausstattung des neuen Reha-Gebäudes hilft der Verein aus. So finanziert er zum Beispiel die Solarpanels auf dem Dach des neuen Gebäudes, das in der Stromversorgung damit komplett autark ist. In Haiti wird der Strom mit Dieselgeneratoren erzeugt, und Diesel ist sehr teuer und nicht immer verfügbar. Stromausfälle sind deshalb häufig – und bedrohen gerade im Krankenhaus Menschenleben. Auch den Einbau von Rampen und barrierefreien Toiletten unterstützt der Verein. Zudem übernimmt er Kosten für das Material, das in der Ergotherapie gebraucht wird. Hier lernen die Patienten, Dinge wie Schuhe oder Kleidungsstücke selbst herzustellen und sich so ihren Lebensunterhalt zu verdienen.

Manchmal ist es für Albert Marti nicht einfach, diese Arbeit zu machen. „Wir können das Leid nur lindern, aber das System nicht ändern.“ Dennoch will er sich weiter in Haiti engagieren. Und das, obwohl sich immer mehr ausländische Hilfsorganisationen wegen der politischen Unruhen aus Haiti zurückziehen. Doch Marti weiß: Die querschnittgelähmten Menschen dort brauchen seine Unterstützung dringend. Und er will ihnen etwas Wichtiges weitergeben: „Ja, du hast eine Behinderung – aber du bist trotzdem wertvoll!“

Eva Mündlein

Fotos (4): HaitiRehab Schweiz



Das neue Reha-Gebäude befindet sich noch im Aufbau.

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

„Wenn wir im Plan sind, ist alles gut!“



Sinan Tunbek ist dreifacher Vater, vollzeit berufstätig und engagiert sich als Peer bei der FGQ.

Foto: privat

Es ist 20.30 Uhr an einem Dienstagabend. Bei Sinan Tunbek kehrt Ruhe ein. Feierabend, die Kinder sind im Bett. Wir sind zum Interview verabredet. Seine Stimme ist etwas angeschlagen, er ist noch nicht ganz von einer Erkältung genesen. Sinan hat einen langen Tag hinter sich. „Um sechs Uhr klingelt der Wecker, der Tag beginnt. Dann rufe ich zu meiner Frau rüber: ‚Die kommen gleich!‘“ Die, das ist der Pflegedienst. Er unterstützt ihn, sich fertig zu machen für den Tag.

Nach einer halben Stunde ist der Pflegedienst weg. Sinan muss los, zu seinem Job als Finanzprüfer bei der Stadt Mannheim. Von Tür zu Tür braucht er mit Ein- und Aussteigen aus seinem umgebautem VW-Bus 35 bis 40 Minuten. Ankunft im Büro. „Ich bin der Typ, der erstmal eine Stunde in Ruhe für sich ‚schafft‘ und Kaffee trinkt. Dann krieche ich aus dem Büro. Ein bisschen schnacken.“ An der Arbeit schätzt er seine Kollegen. „Von jedem kann man etwas lernen.“

„Ein großer Teil meiner Arbeit ist es, den Jahresabschluss zu prüfen. Wenn das fertig ist, bin ich mit Schwerpunktprüfungen beschäftigt. Hier geht es um die Optimierung in einzelnen Bereichen der Stadt“, erklärt der 35-Jährige seinen Job. „Ziel ist es nicht, einen Schuldigen zu finden, sondern das Verwaltungshandeln auf Ordnungs- und Rechtmäßigkeit zu prüfen und wenn es Optimierungspotenzial gibt, dieses aufzuzeigen, nach dem Motto: ‚Warum macht ihr dies und das heute noch händisch und nicht einfach mit Excel?‘ Relevante Verstöße aber werden dokumentiert und sind öffentlich einsehbar. Das wird manchmal zu einem politischen Thema.“ Beliebt sei er wegen seines Jobs nicht bei jedem, erzählt er mit einem Schmunzeln.

Selbstvertrauen und Erfüllung

Sinan verunfallte als Jugendlicher, er hatte einen Badeunfall. „Da stand die Option im Raum, dass ich verrentet werde. Ich dachte mir nur: Was ist das denn für eine Perspektive als junger Mensch? Die Arbeit ist ein großer Teil des Lebens! Sie bedeutet Struktur, Selbstvertrauen, Erfüllung.“ Bei diesem Thema wird der ansonsten so ruhige 35-Jährige deutlich. „Mit den aktuellen demografischen Herausforderungen können wir uns doch nicht leisten, dass jemand, der eigentlich gut am Schreibtisch arbeiten kann, keinen Job hat. Das geht mir nicht in den Kopf!“

Früher wollte er eine Ausbildung zum Informatiker machen. „Dann lief die Schule gut und ich habe weitergemacht“ sagt er. Er wollte sich mehr Optionen offenhalten: „Ich habe den Realschulabschluss in Hessisch Lichtenau gemacht, direkt

auf dem Gelände des Querschnittgelähmten-Zentrums, wo ich auch damals wohnte.“ In der Klinik wurde er nach seinem Unfall rehabilitiert. Sein Abitur machte er in der SRH in Neckargemünd bei Heidelberg, einer Schule mit Berufsförderungswerk und Internat, speziell für Menschen mit Behinderung. „Das ist ein Mikrokosmos, das sehen viele kritisch. Für mich war es nach meinem Unfall optimal für den Start in die Selbstständigkeit, um Selbstvertrauen aufzubauen. Das war eine super Zeit!“ Sinan machte sein Abitur im Wirtschaftszweig. Von seiner Idee, Informatik zu studieren, kam er in dieser Zeit ab. Der Unterricht in diesem Fach war für ihn wenig attraktiv. „Das hat mich abgeschreckt.“ Er entdeckte immer mehr das Fach Wirtschaft für sich. „Da hatte ich einen unfassbar guten Lehrer. Der hat mich für mein Leben geprägt“, sagt er. Er studierte VWL mit Nebenfach BWL.

Der Einstieg ins Berufsleben war mühsam. „Bei meinem ersten Job habe ich wirklich viele Bewerbungen geschrieben, sechs Monate Praktikum gemacht und mich weiter beworben, bevor ich eine Stelle bekam. Dann wurde ich eingeladen: niedrige Bezahlung, auf neun Monate befristet, ich bin nachgerückt und durch Zufall reingerutscht.“ Sein Glück: „Der Chef war supercool, hat mich sehr unterstützt, in mir Potential gesehen.“ Leider gab es trotzdem keine längerfristige Stelle. „Ich bin dann in den Bereich Controlling gewechselt.“ Es folgten fünf Jahre als stellvertretender Amtsleiter. Und jetzt die Station Mannheim.

Eine Frage der Struktur

Sinan arbeitet seit seinem ersten Job in Vollzeit. „Wenn ich daran denke, nur noch 35 Stunden zu arbeiten, das klingt schon gut. Aber dann fehlt dir natürlich einiges an Gehalt. Das kann ich mir als Familienvater schwer leisten. Dafür müssen die Bedingungen aber sein, wie sie sind: Gleitzeit, mit Home-Office, verständnisvolle Chefs.“ Er arbeitet zwei Tage pro Woche im Home-Office. Seine Zeit kann er sich komplett selbst einteilen. „Am Ende zählt das Ergebnis. Eine Frage der Struktur“, sagt er. Eine Arbeitsassistenz möchte er nicht, aber natürlich gebe es „Situationen, die als Tetraplegiker nicht einfach sind, beispielsweise wenn man mit Akten zu tun hat, drucken muss, Bücher benutzt. Das ist immer eine Gratwanderung, ein ständiges Organisieren und ‚Jonglieren‘“. Aber sein Arbeitsumfeld ist da sehr aufmerksam. Er erzählt eine Anekdote aus dem Büro: „Der Amtsleiter ruft aus dem Büro: ‚Herr Tunbek, können Sie mal kommen?‘ Ich dachte mir: ‚Habe ich was falsch gemacht?‘ Sein Anliegen: der Wasserspender. ‚Können Sie mir bitte sagen, was wir umbauen müssen, damit Sie allein klarkommen?‘ Zuvor hatte ich immer Kollegen um Hilfe gefragt. ‚Entspannen Sie sich bitte‘, sagte ich dem Chef. Der ließ nicht locker. Jetzt komme ich komplett allein klar.“

Anderen Herausforderungen begegnet er selbst kreativ. „Den Laptop aufzubauen, einzustecken und so weiter, ist als Tetra nicht einfach. Aber du kannst dir vorstellen: Ich bin kreativ!“ Ein Magnet-Adapter an jedem USB-C-Stecker löst das Problem. Um den Pflegedienst morgens reinzulassen, während





seine Frau noch schläft, hat er alle Türschlösser digitalisiert. „Als sie noch selbst gearbeitet hat, also vor der Geburt unseres Sohnes, musste natürlich alles noch enger getaktet sein. Das war noch verrückter“ sagt er. Seine Frau ist Sozialarbeiterin. Jetzt gerade ist sie in Elternzeit. Geplant sind zwei Jahre. „Danach schauen wir weiter.“

Vorbildfunktion als Peer

Sinan ist ein Peer, wie man ihn sich wünscht: Er hat keine Zeit. Was paradox klingt, ist ganz einfach zu erklären, wenn man sich die Rolle eines Peers bewusst macht: Vorbild sein, positive Perspektiven aufzeigen für Menschen in einer schwierigen Situation. Wer kann das besser als ein Mensch, der als dreifacher Vater in Vollzeit berufstätig ist, zudem ein Ehrenamt ausübt und gelegentlich Sport macht? Man erlebt ihn nie schlecht gelaunt. Sinan ist Peer in Ludwigshafen, hilft aber bei Bedarf auch in Bad Wildbad aus und berät in Heidelberg, wenn speziell ein junger Tetraplegiker gefragt ist. Auch telefonisch übernimmt er immer wieder Anfragen. Eine spontane Anfrage im stressigen Alltag? „Kein Problem, ich rufe heute Abend an“, so seine Antwort. Berufliche Teilhabe ist in seiner Beratung aber nicht oft Thema, sagt er. „Das liegt zum einen am mittlerweile hohen Durchschnittsalter bei Eintritt der Querschnittlähmung, zum anderen daran, dass in der Akutphase die Hoffnung auf Besserung im Vordergrund steht.“



Sinan Tunbek berät als Peer in Ludwigshafen, hilft bei Bedarf auch in Bad Wildbad und Heidelberg aus.

Foto: FGQ

Erholung am Wochenende

Gegen viertel nach fünf ist Sinan zuhause. „Nun beginnt der anstrengende Part des Tages!“, berichtet er lachend. „Wir essen direkt. Die Kids quatschen mich voll, da gibt es viel zu erzählen.“ Heute sind sie zeitlich gut im Plan. „Ansonsten wird es schwierig: Dann sind sie zu müde, das Einschlafen, der Weg dahin, das Umziehen, Zähne putzen – alles wird schwierig.“ Zum Spielen ist unter der Woche keine Zeit. Wichtig ist ihm zu betonen, dass er den turbulenten Alltag nicht alleine stemmt, er möchte nicht als Held gesehen werden. „Meine Frau hält mir den Rücken frei, um viele Dinge muss ich mich nicht kümmern“, betont er.

Erholung findet höchstens am Wochenende statt. „Ich höre viel Musik und schaue blöde YouTube-Videos“, sagt er und lacht. „Oder ich zocke am Computer. Solche stupiden Dinge. Für mich alleine. Das bringt mich runter.“ Momentan ist das schwer, denn allein ist er selten. „Wir träumen natürlich auch mal wieder von einem Nachmittag, an dem man im Bett bleibt und nichts macht.“ Er grinst. Das wird wohl noch dauern. „Ja, aber was will man machen“, sagt er und lacht. „In ein paar Jahren sind die Kinder 14 Jahre alt, wollen nichts mehr von dir wissen, und dann passt dir das auch nicht.“ Später entwickeln sich vielleicht andere Interessen, vielleicht im Sport. Sinan spielte Rugby, momentan gibt es aber keine Mannschaft. „Wenn die Mädels mal größer sind und Bock haben mitzuspielen, dann könnte man wieder was aufbauen“, überlegt er und ergänzt lachend: „Dann haben wir ja schon eine halbe Mannschaft!“

Aufregende Zeiten

Wenn er Zeit findet, mit seinen Töchtern unterwegs zu sein, dann gehen sie raus. „Wir gehen auf den Spielplatz. Machen Fahrradtouren. Die haben ein Haufen Spiele“, erzählt Sinan. „Manchmal spiele ich den Spielverderber. Im Spielcafé den wütenden Gast, dem nichts passt“, sagt er mit einem Schmunzeln.

Der Tag neigt sich dem Ende zu. Das ‚Abendprogramm‘ mit den Kindern, wie er es nennt, ist seins. Seine Frau macht das ‚Morgenprogramm‘.

In dem Moment unterbricht Sinan unser Gespräch: „Ja bitte?“ Eine seiner Töchter ist aufgewacht. Er ist zuständig. Nach ein paar beruhigenden Worten sprechen wir weiter. „Die Zwillinge werden morgen sechs Jahre alt“, sagt er. Aufregende Zeiten.

War dies ein gewöhnlicher Tag?“, frage ich ihn. „Ja, ziemlich“, sagt er mit ruhiger Stimme. Um acht Uhr schlafen die Kinder, normalerweise. „Dann bleiben mir etwa anderthalb Stunden, um ‚runterzukommen‘. Das ist mein Tag.“

Zacharias Wittmann



Leistung oder keine Leistung?

Neue Rechtsprechung zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für Zuggeräte mit Handkurbel und Motorunterstützung (Handbikes mit elektrischem Zusatzantrieb)

Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 18.04.2024 mit zwei Entscheidungen nicht unerhebliche Teile seiner bisherigen Rechtsprechung aufgegeben und ermöglicht damit den Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) in weit höherem Maße als bisher, ihre Versicherten mit Handbikes mit elektrischem Zusatzantrieb auszustatten*. Gleichwohl sind die zitierten Urteile kein generalisierter Anspruch für alle Rollstuhlfahrer auf Versorgung mit Handbikes, es müssen auch weiterhin Gründe vorliegen, die eine solche Versorgung zwingend erforderlich machen.

Die Versorgung mit einem Handbike wird auch zukünftig nur möglich sein, wenn nachgewiesen werden kann, dass die Fortbewegung mit einem Adaptivrollstuhl im Nahbereich außerhalb der Wohnung nicht ohne Hilfe möglich oder nicht zumutbar ist (etwa bei erheblichen Schmerzen). Die häufig bei Rollstuhlfahrern auftretenden Schulterbeschwerden mit einhergehenden Schmerzsyndromen oder auch lähmungsbedingte Einschränkungen der Hand- und Armfunktionen bei Tetraplegikern werden auch weiterhin Grundvoraussetzung sein, dass die GVK überhaupt eine Versorgung vornehmen kann. Neu definiert wurde hingegen der Nahbereich des unmittelbaren Wohnumfeldes.

Nah und nicht ganz so nah

Ging man bisher davon aus, dass die GKV lediglich ihren Versicherten den Nahbereich erschließen muss, der üblicherweise von einem gesunden Menschen noch zu Fuß bewältigt werden kann, so geht das BSG jetzt von einem erweiterten Begriff des Nahbereichs aus. Ein Grund ist, dass die Alltagswege (Einkäufe, Besorgungen, Arztbesuche, Wege im Rahmen der Freizeitgestaltung usw.) sich auch in der Durchschnittsbevölkerung deutlich erweitert haben und viele Wege überhaupt nicht mehr zu Fuß zurückgelegt werden. Das BSG bezieht sich auf mehrere Statistiken, die dies eindrucksvoll belegen.



Foto: PRO ACTIV Reha-Technik GmbH

Ein weiterer Grund für die Leistungspflicht der GKV ist eine veränderte Einstellung zur Bedeutung von Bewegung zur Gesunderhaltung auch unterhalb der Schwelle von spezifischeren Präventionsleistungen. Insoweit bestehen berechtigte Teilhabeerwartungen von Menschen mit Einbußen der Gehfähigkeit, denen die GKV im Rahmen ihrer originären Leistungszuständigkeit für den Behinderungsausgleich Rechnung zu tragen hat. Insoweit besteht in der Gesamtbevölkerung ein Bewusstsein für die Bedeutung von ausreichender Bewegung für die allgemeine Gesundheit. Ausdrücklich bleibt das BSG bei seiner Auffassung, dass damit nicht gemeint ist, dass die Krankenkassen längere Wegstrecken – die etwa Radfahrer, Jogger oder Wanderer zurücklegen – nun ihren Versicherten erschließen müssten. Da aber heute viele Alltagsgeschäfte außerhalb des Bereichs liegen, der üblicherweise noch zu Fuß erschlossen werden könnte, ist es nachvollziehbar, dass die Krankenkassen auch diesen Bereich zu sichern haben.

Kein Therapiegerät

Das BSG hat allerdings erneut klar bestätigt, dass das Handbike kein Therapiegerät ist und deshalb auch nicht zur Sicherung der ärztlichen Behandlung eingesetzt wird. Es bezieht sich hier auf die Sperrwirkung des § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Hiernach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zulasten der Krankenkasse nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag Empfehlungen hierzu erlassen hat. Das BSG geht davon aus, dass Ärzte, Therapeuten und auch Sachverständige und Gutachter eine Entscheidung des Bundesausschusses nicht ersetzen können und hebt insoweit sei-



Foto: PRO ACTIV Reha-Technik GmbH

„Es bleiben Zweifel bestehen, wenn die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses plötzlich Gesetzescharakter erhalten.“

ne bisherige Rechtsprechung hierzu auf (vgl. BSG vom 7.10.2010, AZ: B 3 KR 5/10 R). Im genannten Urteil ging das BSG noch davon aus, dass ein Therapiedreirad für Erwachsene als Therapiegerät zur Sicherung der ärztlichen Behandlung eingesetzt wird – also ausdrücklich nicht der Gemeinsame Bundesausschuss hier das Therapiegerät als Behandlungsmethode hätte anerkennen müssen. Insoweit wird mit den aktuellen Urteilen der Gemeinsame Bundesausschuss deutlich in seiner Funktion gestärkt. Die Argumente sind teilweise nachvollziehbar.

Der Gemeinsame Bundesausschuss besteht aus drei unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertreterinnen und Vertretern der Vertragsärzteschaft, der Vertragszahnärzteschaft, der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Krankenhäuser. Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen nehmen an den Sitzungen aller Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses teil. Sie haben ein Mitberatungs- und Antragsrecht, aber kein Stimmrecht. Scheinbar sind so alle Beteiligten im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten. Gleichwohl bleiben Zweifel bestehen, wenn die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses plötzlich Gesetzescharakter erhalten.

Nicht ganz so schnell

Grundsätzlich hat das BSG auch zur Frage der Geschwindigkeit eines solchen Handbikes mit elektrischem Zusatzantrieb Stellung genommen. Das BSG ging davon aus, dass mit einem solchen Hilfsmittel tatsächlich Geschwindigkeiten bis zu 25 km/h erreicht werden können. Dies sei aber für die Beurteilung der Leistungspflicht der GKV unerheblich, wenn es keine Alternative hierzu gibt. Das BSG hielt die Höchstgeschwindigkeit insoweit für irrelevant, wenn nur mit einem solchen Zuggerät die selbstständige Erschließung des Nahbereichs unter Nutzung der verbliebenen Restkräfte möglich ist. Bei noch bestehenden Restfunktionen und dem Wunsch des Versicherten, sich möglichst unter Einsatz dieser Restfunktionen fortbewegen zu wollen, besteht eben ein Anspruch auf Versorgung mit dem elektrischen Zusatzantrieb. Ein Verweis auf einen ja nur passiv nutzbaren Elektrorollstuhl kommt – auch wenn dieser deutlich kostengünstiger sein sollte – nicht in Frage. Gleiches gilt für restkraftverstärkende Zusatzantriebe, wenn diese etwa wegen der hohen Unfallgefahr im Außenbereich ebenfalls nicht in Frage kommen.

Ausdrücklich bedeutet dies nicht, dass die Krankenkassen nun auch E-Rollstühle finanzieren müssen, die eine Höchstgeschwindigkeit über 6 km/h aufweisen. Das BSG weist darauf hin, dass dies nicht Gegenstand der Verhandlung war und diese Frage sehr wohl weiterhin offen ist.

Wohnumfeld ist bei der Hilfsmittelversorgung relevant

Ebenfalls hat das BSG seine bisherige Rechtsprechung zur Frage des individuellen Wohnumfeldes aufgegeben. Die Krankenkassen mussten in der Vergangenheit das individuelle Wohnumfeld bei der Hilfsmittelversorgung nicht berücksichtigen und konnten beim Einsatz der Hilfsmittel von einem fiktiven rollstuhlgerechten Wohnumfeld ausgehen. In beiden Urteilen ging es um Betroffene, deren Wohnumfeld sich in einer bergigen bzw. hügeligen Region befand. Ausdrücklich gehen beide Urteile davon aus, dass das individuelle Wohnumfeld einschließlich der topografischen Verhältnisse zu beachten ist. Auch die Festlegung eines Eigenanteils wegen ersparter Aufwendungen für ein Fahrrad hat das BSG verneint. Die Leistungen der GKV stehen den Versicherten grundsätzlich als Sachleistung ohne Kostenbeteiligung zu. Nur der Gesetzgeber kann festlegen, ob er die bestehenden Regelungen zur Zuzahlung in §§ 61 und 62 SGB V erweitert.

Das Wohnumfeld muss individuell bei der Definition des Nahbereichs, aber auch bei der Notwendigkeit des Zuggerätes (topografische Verhältnisse) berücksichtigt werden. Solange keine Alternative auf dem Hilfsmittelmarkt erhältlich ist, ist davon auszugehen, dass auch höhere Geschwindigkeiten von der Krankenkasse hinzunehmen sind. Inwieweit sich aus den Urteilen generell herleiten lässt, dass bei Rollstuhlversorgungen auch höhere Geschwindigkeiten als 6 km/h gerechtfertigt sein könnten, ist weiterhin offen. Gleichwohl darf die Frage erlaubt sein, wie der jetzt erweiterte Nahbereich mit ggf. heftigen Steigungen und größeren Entfernungen mit einem 6 km/h schnellen E-Rollstuhl in vertretbarer Zeit und mit eingeschränkter Motorkraft bewältigt werden soll. Man wird auch hier individuell entscheiden müssen. Insbesondere im ländlichen Raum, wo ggf. mehrere Kilometer bis zur nächsten Einkaufsmöglichkeit zurückgelegt werden müssen, muss die Frage nach dem Faktor Zeit erlaubt sein.

Trotzdem ist davon auszugehen, dass bei E-Rollstühlen weiterhin die 6 km/h Grenze besteht und sicher nicht freiwillig von den Krankenkassen aufgegeben wird. Dies gilt nebenbei auch für die gesetzliche Unfallversicherung, die sich zunehmend an den Leistungen der GKV orientiert.

Übrigens: Man sollte sich als Nutzer eines Handbikes mit elektrischem Zusatzantrieb aber auch darüber im Klaren sein, dass die allgemeinen Regeln für den Straßenverkehr zu beachten sind. Die Wenigsten wissen, dass sie auf Fußwegen nur mit Schrittgeschwindigkeit unterwegs sein dürfen. Das ist nach verbreiteter Auffassung eine Geschwindigkeit von maximal 3 km/h und nicht 6 km/h.

Fazit

Auch weiterhin muss durch ein zusätzliches qualitatives Merkmal (Schulterbeschwerden, lähmungsbedingte Einschränkung der Hand- und Armfunktionen usw.) die Fortbewegung im Nahbereich allein mit einem Adaptivrollstuhl nicht möglich bzw. nicht zumutbar sein. Der Wunsch des Versicherten, noch verbliebene Körperfunktionen bei der Fortbewegung einsetzen zu können, muss zwingend berücksichtigt werden. Entsprechend sind auch deutlich höhere Kosten (im Vergleich zu einem E-Rollstuhl) zu rechtfertigen.

Jörg Giesecke

ARGE Recht und Soziales
Koordination: Jörg Giesecke
Kontakt: info@fgq.de

*vgl. BSG-Urteil vom 18.04.2024; AZ: B 3 KR 13/22 R und BSG-Urteil vom 18.04.2024; AZ B 3 KR 14/23 R). Es gibt noch ein drittes Urteil des BSG vom 18.04.2024; AZ: B 3 KR 7/23 R. In diesem Urteil geht es um ein Erwachsenendreirad mit Motorunterstützung. Betroffen war eine an Multiple Sklerose erkrankte Frau, die noch mit einem Rollator mobilisiert war. Auch in diesem Fall hat das BSG die gesetzliche Krankenkasse verurteilt, das Dreirad mit Motorunterstützung zur Verfügung zu stellen. Inhaltlich folgt das Urteil den beiden vorgenannten Entscheidungen zum Handbike mit elektrischem Zusatzantrieb.

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 neuen Multifunktionslenkradknauf MultiMote. Und vielleicht am Wichtigsten: Dass Du so viel Freude wie möglich am Autofahren hast!

Mehr auf **www.paravan.de**

PARAVAN
MOBILITÄT FÜR DEIN LEBEN



Welche Leistungen gibt es zur Teilhabe am Arbeitsleben?

Aus den verschiedensten Gründen kann es für den Einzelnen erforderlich sein, Leistungen zur beruflichen Teilhabe zu beantragen, um am Arbeitsleben auch weiterhin teilnehmen zu können. Dann hat man als Betroffener die verschiedensten Dinge und Situationen gefühlt gleichzeitig zu lösen und zu organisieren. Welcher Kostenträger genau zuständig ist, hängt von der spezifischen Situation und dem Bedarf des Menschen mit Behinderung ab.

Unter der Teilhabe am Arbeitsleben versteht man alle Reha-Maßnahmen, welche erforderlich sind, um die Arbeits- und Berufstätigkeit von Arbeitnehmenden mit Erkrankungen und/oder Behinderungen zu unterstützen. Das sind zum Beispiel die Bereitstellung von Hilfen, um den Arbeitsplatz zu erhalten oder eine Weiterbeschäftigung zu ermöglichen. Hierzu gehören Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen sowie Zuschüsse an den jeweiligen Arbeitgeber. Zudem wird eine Vielzahl von Kosten für den Arbeitnehmer übernommen: Fahrtkosten, Unterkunftskosten, Prüfungsgebühren, Arbeitskleidung und Lehrmittel. Außerdem werden auch bauliche Maßnahmen finanziert.

In den UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) wird in Artikel 27 (Arbeit und Beschäftigung) darauf hingewiesen, dass die Vertragsstaaten gewährleisten müssen, dass jeder die Möglichkeit hat, seinen Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen.

So weit, so gut. Aber was mache ich, wenn ich zwar einen Arbeitsplatz habe, aber zur Ausübung meiner Tätigkeit Hilfen benötige? Es ist erst einmal zweitrangig, ob es sich dabei um technische Hilfsmittel, bauliche Änderungen oder gar eine persönliche Assistenz handelt. Wenn eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) benötigt wird, können folgende Träger in Frage kommen:

- Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV)
- Bundesagentur für Arbeit (BA)
- Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV)
- das Inklusionsamt des jeweiligen Bundeslandes
- die Träger der sozialen Entschädigung im Sinne des (SGB XIV)
- die Bundeswehrverwaltung im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung der Soldatinnen und Soldaten (SEG)

Damit der Betroffene allgemeine oder besondere Leistungen zur Teilhabe oder eine finanzielle Förderung am Arbeitsleben erhält, müssen grundsätzlich zwei Voraussetzungen erfüllt sein: Der Antragsteller ist behindert oder schwerbehindert oder konkret von einer Behinderung bedroht. Aufgrund der Behinderung kann die bisherige berufliche Tätigkeit von ihm nicht mehr ausgeübt werden oder der Einstieg in den Beruf ist für ihn ohne Unterstützung nicht möglich.

Deutsche Rentenversicherung

Persönliche Voraussetzungen: Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdet oder eingeschränkt. Durch Leistungen zur Teilhabe kann die Erwerbsfähigkeit erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder bei – bleibender bzw. teilweiser – Erwerbsminderung der Arbeitsplatz gesichert werden.
Versicherungsrechtliche Voraussetzungen: Der Antragsteller erfüllt die Wartezeit von 15 Jahren oder bezieht eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Oder er hat in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung auf LTA sechs Monate lang Pflichtbeiträge geleistet hat. Eine verminderte Erwerbsfähigkeit rechtfertigt ebenso einen Antrag.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden auch erbracht, wenn ohne diese eine Rente wegen Erwerbsminderung gezahlt werden müsste oder unmittelbar zuvor Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht wurden. Erfüllt der Antragsteller die dargestellten Voraussetzungen nicht, muss er sich mit einem Antrag auf Leistungen am Arbeitsleben an die Bundesagentur für Arbeit wenden.

Agentur für Arbeit

Sie ist für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig, sofern kein anderer Rehabilitationsträger Vorrang hat. Denn ihre Aufgabe ist es, die berufliche Eingliederung von Menschen mit Behinderung zu fördern. Hierzu hat sie eine breite Palette an Möglichkeiten – je nachdem, was der Antragsteller benötigt. Ein Reha-Berater unterstützt den Betroffenen während des gesamten Reha-Prozesses. Der Antrag ist bei der Agentur zu stellen, welche für den Wohnort des Antragstellers zuständig ist.

Je nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. der Behinderung erstattet die Agentur für Arbeit die Kosten für die Teilnahme an einer beruflichen Bildungsmaßnahme (Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Kosten für Lernmittel, Unterkunft und Verpflegung, Reisekosten). Gewährt werden auch Leistungen zum Lebensunterhalt etwa in Form von Ausbildungs- oder Übergangsgeld. Die Agentur für Arbeit übernimmt auch die Beiträge zur Sozialversicherung bei einer Aus- oder Weiterbildung in einer Einrichtung zur beruflichen Rehabilitation (z. B. Berufsbildungs- und Berufsförderungswerk). Weitere Leistungen zur Förderung der Beschäftigung sind die Erstattung von Bewerbungs- und Reisekosten, die Kraftfahrzeughilfe oder der Gründungszuschuss bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit.

Laut UN-BRK müssen die Vertragsstaaten gewährleisten, dass jeder die Möglichkeit hat, seinen Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen.

Auch Leistungen an Arbeitgeber, die einen Menschen mit einer (Schwer-)Behinderung beschäftigen, sind möglich. Etwa in Form von Zuschüssen zur Ausbildungsvergütung, zum Ausbildungsbonus oder zur behindertengerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes. Auch die Übernahme der Kosten für eine Probebeschäftigung oder Eingliederungszuschüsse (Lohnkosten) sind möglich. Die Agentur für Arbeit zahlt auch die Kosten für erforderliche bauliche Maßnahmen, damit der Arbeitsplatz erreicht werden kann.

Gesetzliche Unfallversicherung

Sie ist bei Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation zuständig. Sie steuert und koordiniert die medizinische Behandlung sowie die Wiedereingliederung in den Beruf und in das soziale Umfeld mit allen geeigneten Mitteln.

Die Unfallversicherungsträger haben die Aufgabe, den Versicherten frühzeitig und dauerhaft entsprechend seiner Leistungsfähigkeit und – unter Berücksichtigung von Eignung, Neigung und der bisherigen Tätigkeit – wieder einzugliedern. Koordiniert werden die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch Reha-Manager. Das Unterstützungsangebot umfasst Leistungen zur Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes einschließlich der Beratung und Vermittlung von Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen. Maßnahmen der Berufsvorbereitung (einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung), der beruflichen Ausbildung oder der Anpassung und Weiterbildung sind möglich. Arbeitgeber erhalten Leistungen wie Zuschüsse für eine Probebeschäftigung oder die technische Anpassung des Arbeitsplatzes.

Inklusionsamt

Dieser Reha-Träger erbringt immer dann die erforderlichen Leistungen, wenn der Antragssteller von den vorgenannten Leistungsträgern keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhält. Dies trifft insbesondere bei Beamten und Selbstständigen zu. Das Inklusionsamt trägt die Kosten für technische Arbeitshilfen, zum Erreichen des Arbeitsplatzes zur Gründung und Erhaltung einer selbstständigen Existenz sowie zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten. Der Beamte oder der Selbstständige muss zum Zeitpunkt der Antragsstellung bereits schwerbehindert oder schwerbehinderten Menschen gleichgestellt sein, um entsprechende Leistungen zu erhalten.

Fragen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantworten auch der Sozialdienst im Krankenhaus oder der zuständige Reha-Träger. Auch die FGQ bietet vielfältige Hilfen an.

Auf die Leistungen im Sinne des SGB XIV und des Soldatenentschädigungsgesetzes (erst seit 01.01.2025 in Kraft) wird gesondert eingegangen.

Stephan Neumann

Fotos (2): stock.adobe.com – Allebaz!8

Innovative Deckenlifter, Hebe- & Pflegehilfen
für selbstständige und unterstützte Transfers



- Deckenlifter, **optional mit Infrarot-Fernbedienung**
- Umhänge-Deckenlifter
- Wandlifter
- Mobile Lifter
- Klapp-/Reiselifter
- Pool-/Schwimmbadlifter
- uvm.

Wir sind auf der IRMA 26.-28.06.25 Bremen

Mit dem original Handi-Move Hebebügel® „Helfende Hände“ oder unseren Hebetüchern einsetzbar.

In der Regel sind unsere Hilfsmittel eine Leistung der Krankenkassen.

Handi move INTERNATIONAL
10 x in Deutschland + Österreich. Beratung, Installation und Service aus einer Hand.
Zentraler Kontakt:
koob@handi-move.de
Tel.: 0173 34 36 302
www.handimove.de
über 40 Jahre Erfahrung



ISK-TAG
Versorgung der neurogenen Blase

Was Frauen beim Katheterisieren wichtig ist

Ergebnissen einer strukturierten Online-Befragung von Nutzerinnen des intermittierenden Selbst- und Fremdkatheterismus bei Querschnittlähmung

Foto: stock.adobe.com – SewcreamStudio

Derzeit leben geschätzt 40.000 Frauen in Deutschland mit einer unfall- oder krankheitsbedingten Querschnittlähmung*. Ein bedeutender Anteil dieser Frauen sind von einer Blasenlähmung als Teil des Krankheitsbildes betroffen. Der intermittierende Katheterismus (IK) ist gemäß S2k-Richlinie die Methode der Wahl zur Blasenentleerung bei neurogener Dysfunktion des unteren Harntraktes (NLUTD). Die häufigste Komplikation der Querschnittlähmung ist die Harnwegsinfektion. Um Ansatzpunkte in Hinblick auf eine Verbesserung der Anwendersituation zu identifizieren, hat das Studienteam in einer anonymen Erhebung querschnittgelähmte Frauen zu ihren Erfahrungen und Bedarfen im Alltag mit intermittierenden Selbst- bzw. Fremdkatheterismus (ISK bzw. IFK) befragt.

Methode

Mit der der DSGVO-konformen, web-basierten Online-Befragungssoftware Tivian®, wurden querschnittgelähmte Frauen im Zeitraum Juli bis Dezember 2024 anonym zu einem von den vier Autoren erstellten Katalog befragt. Die Auswertung der Fragen erfolgte mit dem Programm Excel. Mittels Boxplot-Methode mit der Statistiksoftware Minitab® wurden die Datensätze bezüglich Harnwegsinfektionen und Verhaltenshinweisen auf Signifikanzen untersucht. Zudem wurde zum Thema „Was würden Sie sich für einen modernen ISK oder IFK wünschen?“ ein Freitextbereich erstellt und nach Themengruppen in der Auswertung strukturiert.

Beworben wurde die Studie im FGQ-Mitgliedermagazin PARAplegiker, in sozialen Medien, im Informationsportal Der-Querschnitt.de der Manfred-Sauer-Stiftung, aber auch durch Werbepostkarten des Fraunhofer Institutes IPA. Eine persönliche Ansprache von betroffenen Frauen erfolgte durch FGQ-Peer-Councellerinnen auf der Messe Rehacare, ebenso im Querschnittgelähmten-Zentrum der Klinik Bad Berka. Auch Homecare-Unternehmen wie die ProLife GmbH warben für die Teilnahme an der Studie.

Ergebnisse

Es nahmen 103 Betroffene im Alter zwischen 18 und 80 Jahre teil (Durchschnittsalter 51 Jahre). Beim überwiegenden Teil der Frauen waren weniger als zehn Jahre seit Eintritt der Querschnittlähmung vergangen. Die Hälfte der Befragten waren unfallbedingt querschnittgelähmt. Bei 75 paraplegischen Frauen wiesen 30 ein komplettes und 45 ein inkomplettes Lähmungsmuster auf. Bei 23 tetraplegischen Frauen wiesen acht ein komplettes und 15 ein inkomplettes Lähmungsmuster auf.

ISK und IFK

91 Befragte gaben an, immer selbst zu katheterisieren, vier meistens selbst und acht immer fremd katheterisiert zu werden. 47 der Betroffenen sagten, dass sie den ISK während der Erstrehabilitation, 16 in der weiteren Rehabilitation und 29 zu Hause erlernt haben. Örtlich erlernten die meisten den ISK in der Spezialklinik oder zu Hause. Durchführungsort für den ISK ist bei den Befragten (nach Häufigkeit) die Toilette zu Hause (54 von 103), der Rollstuhl (40 von 103) und dann die barrierefreie Toilette (33 von 103). Die Dauer des ISK geben 58 von

Der IK hindert an …

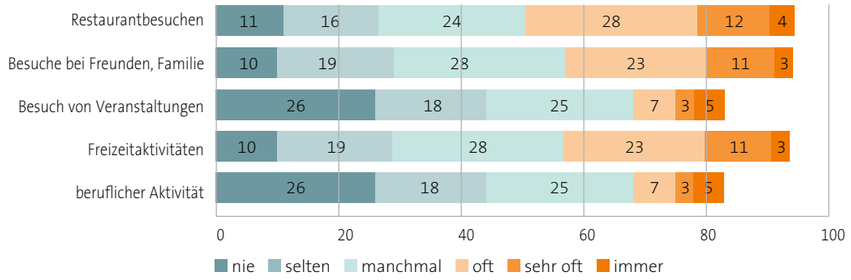


Abb. 1: „Wie stark beeinflusst der intermittierende Katheterismus Ihren Alltag?“

Verwendung zusätzlicher Hilfsmittel

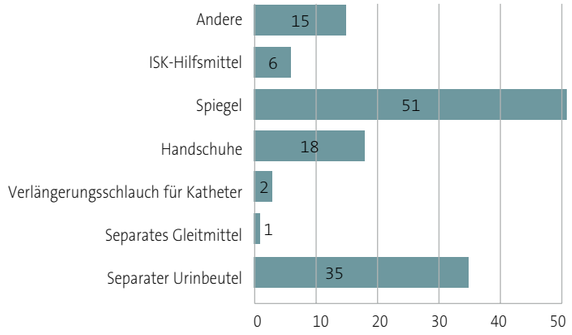


Abb. 2 : „Nutzen Sie zum ISK zusätzliche Hilfsmittel?“ Bei „andere Hilfsmittel“ wurden genannt: „Lampe“ (3), „Manchmal den Beinspreizer, wenn Spastik im Bein zu stark ist“ (1), „Urinflasche“ (1), „benutze Hollister Infyna Chic Katheter“ (1), „Unterlage“ (2), „Katheter mit verbundenen Urinbeutel (4)“, „Freehand Hosenhalter“ (1), „für den Beutel brauche ich noch ein Verbindungsteil und der Beutel hat einen Schlauch“ (1), „auf Reisen: separater Urinbeutel zum Kathetern im Rollstuhl“ (1).

103 Befragten mit unter fünf Minuten an. Weitere 29 Frauen brauchen sechs bis zehn Minuten. Bei drei von acht IFK-Nutzerinnen dauert der IFK ebenfalls unter fünf Minuten. Die Frauen führen häufiger eine Desinfektion als eine Reinigung mit Wasser und Seife durch. Meist werden gebrauchsfertige, beschichtete Katheter verwendet. Spiegel und separate Urinbeutel sind die häufigsten Hilfsmittel. Die Sitzhaltung wird dabei von den meisten Frauen (58 Prozent) als stabil beschrieben.

ISK und IFK beeinflusst bei 55 Prozent der Befragten den Alltag mäßig bis stark, vor allem in Bezug auf Restaurantbesuche, Besuche bei Freunden und Familie sowie bei Freizeitaktivitäten. 83 Prozent der Befragten gaben an, geeignete hochwertige Katheter und Zubehör in ausreichender Menge zu erhalten.

Zwei Zusammenhänge der Befragung sind statistisch signifikant:

1. Eine kürzere ISK-Dauer geht mit einer geringeren Harnwegsinfektionsrate in der Studienpopulation einher ($p = 0.007$; alpha < 0.05).
2. Zwei Personen, die den ISK in einer Spezialklinik gelernt haben, weisen eine geringere Harnwegsinfektionsrate auf ($p = 0.042$; alpha < 0.05).

Wünsche für die Zukunft

Wünsche im Bezug auf einen modernen ISK und IFK liegen – so die Aussagen der Frauen – in den Feldern Versorgung, Katheter, ISK-Durchführung, Harnwegsinfektionen, Hygiene öffentlicher Toiletten und Umweltfreundlichkeit. 40 Prozent der Befragten würden eine ein bis drei Minuten längere Durchführungszeit durch den Einsatz eines ergonomisch oder eines ggf. hygienisch verbesserten Hilfsmittels für den IK akzeptieren.

Infektionen

51 der Befragten hatten ein bis drei Mal im Jahr eine Harnwegsinfektion, 33 mehr als drei Mal pro Jahr, wobei der Nachweis meist durch Urinschnelltests erfolgte. Präventionsmethoden sind den Frauen bekannt. Bald die Hälfte der Befragten (50 von 103) geben die tägliche Trinkmenge mit 1 Liter bis 1,5 Litern an, was kritischen am unteren Ende der Empfehlung von 1,5 Litern liegt.

Interpretation

Die Hälfte der Befragten ist unfallbedingt querschnittgelähmt – die Studie weicht nur gering von der aktuell überwiegend krankheitsbedingten Population in Deutschland ab.

Dass eine kürzere ISK-Dauer mit einer geringeren Harnwegsinfektionsrate in der Studienpopulation signifikant korreliert, könnte mit unterschiedlichem Geschick bei der Durchführung, unterschiedlicher Sicht und Anleitung zusammenhängen.

Dass Frauen, die den ISK in einer Spezialklinik gelernt haben, eine signifikant geringere Harnwegsinfektionsrate aufweisen, könnte mit der Qualität von Anleitung und Training zusammenhängen. Diese Erkenntnisse sind aufgrund der begrenzt großen Studienpopulation aber mit Vorsicht zu betrachten.

Die Studienergebnisse zeigen Trends auf, worauf in Zukunft in Bezug auf das Blasenmanagement bei Menschen mit NLUTD ein besonderes Augenmerk gelegt werden sollte. Der Katalog an Wünschen umfasst u.a. Aspekte der Versorgung, der Katheter und der IK-Durchführung. Die befragten Frauen würden für Innovationen im Segment eine längere Durchführungsdauer in Kauf nehmen.

Dr. Urs Schneider

*Prof. Dr. Roland Thietje, BG HH, 2024, Zahlen basierend auf sächsischen Krankenkassendaten.

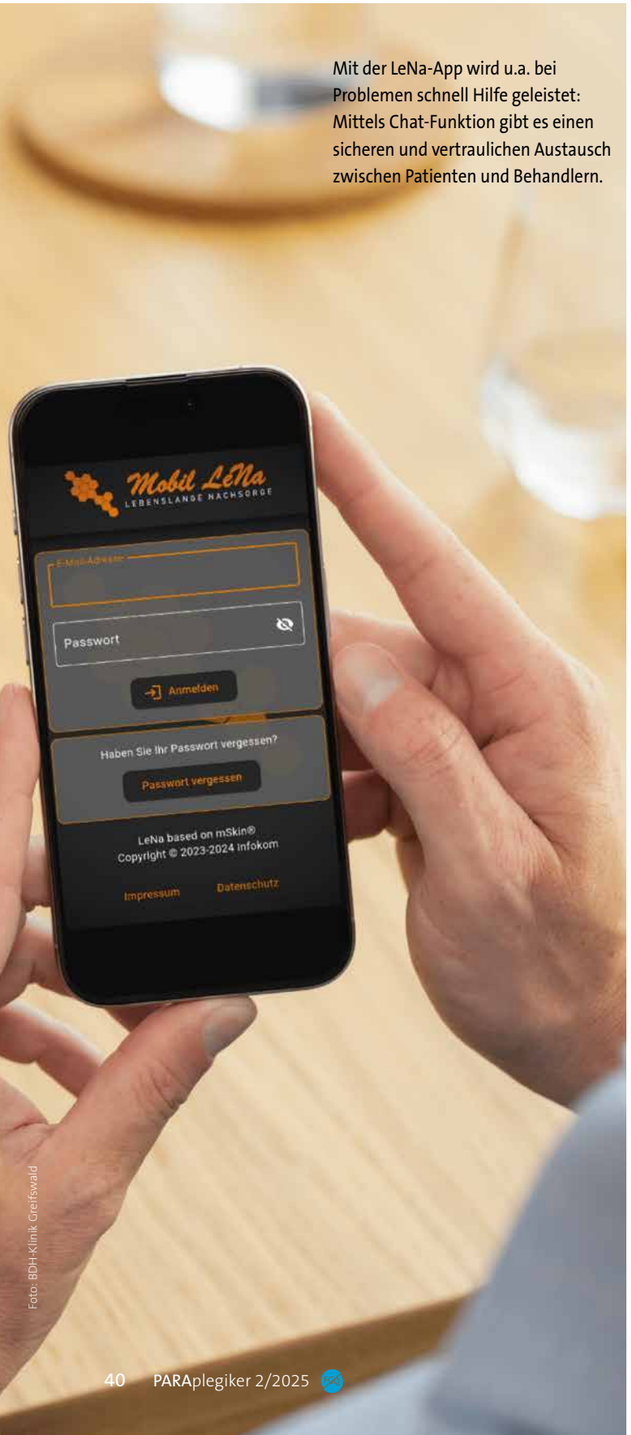
Studienautoren:

Veronika Geng, Manfred-Sauer-Stiftung, Lobbach
Dr. Ines Kurze, Querschnittgelähmten-Zentrum/Klinik für Paraplegiologie und Neuro-Urologie der Zentralklinik Bad Berka
Kevin Schultes, FGQ, Lobbach
Denise Clevers, Fraunhofer IPA, Stuttgart
Andreas Aichele, Fraunhofer IPA, Stuttgart
Dr. Urs Schneider, Fraunhofer IPA, Stuttgart

Die Langfassung der Studie mit allen Ergebnissen ist unter folgendem QR-Code erhältlich:

Innovative Gesundheits-App LeNa

Unterstützung der lebenslangen Nachsorge von Querschnittgelähmten



Mit der LeNa-App wird u.a. bei Problemen schnell Hilfe geleistet: Mittels Chat-Funktion gibt es einen sicheren und vertraulichen Austausch zwischen Patienten und Behandlern.

Foto: BDH-Klinik Greifswald

Menschen mit Querschnittlähmung haben auch nach einer stationären Behandlung noch einen großen Betreuungs- und Förderbedarf. Die BDH-Klinik Greifswald hat dafür als eine der ersten Kliniken in Deutschland Ende 2024 eine App entwickelt. Zusammen mit dem IT-Unternehmen Infokom wurde die App „LeNa" – kurz für „lebenslange Nachsorge" – konzipiert und programmiert, die bei der Kommunikation der Patienten mit Medizinern hilft und beim Planen von Terminen und Untersuchungen unterstützt. Die App dient als digitale Schnittstelle zwischen Behandlern und Betroffenen. Sie zielt darauf ab, die kontinuierliche und qualitativ hochwertige medizinische Betreuung und Nachsorge zu verbessern.

„Im Gegensatz zu vielen anderen Erkrankungen oder Verletzungen ist die medizinische und rehabilitative Behandlung bei einer Querschnittlähmung nie wirklich abgeschlossen, sondern ein kontinuierlicher Prozess, um ein Höchstmaß an Lebensqualität zurückzugewinnen und zu erhalten", erklärt der leitende Oberarzt des Querschnittgelähmten-Zentrums Dr. Jörn Bremer. „Nach der Akutphase im Krankenhaus gilt es, bestmöglich sekundäre Komplikationen, wie eine Verkürzung von Sehnen und den Abbau von Muskeln, zu vermeiden." Nicht nur körperlich, sondern auch psychisch stellt eine Querschnittlähmung eine große Herausforderung dar. Gerade nach der stationären Behandlung und der Rückkehr in das alltägliche Leben, kann es zu schwierigen Phasen kommen. Die Umgebung ist meist nicht so barrierefrei wie die Klinik, die Unterstützung durch die Pflege und der Kontakt zu Mitpatienten fehlen. Daher wurde eine App entwickelt, die spezifische Abläufe in der Patientenbeziehung digital abbildet.

Mit LeNa planen und kommunizieren

Die App bietet die Funktionen eines Patientenportals und dient darüber hinaus als Kommunikationsmittel. LeNa ermöglicht es den Nutzern, Termine und Untersuchungen zu planen. Die Kalenderfunktion unterstützt beiden Seiten – Klinik und Patient – bei der Planung und Koordination von Nachsorgeterminen.

Damit zum Termin alle wichtigen Dokumente vorliegen, helfen digitale Fragebögen bei der Erfassung. So können Patientinnen und Patienten regelmäßig ihr Wohlbefinden überprüfen und protokollieren und werden vor allem schleichende Prozesse früher erkannt. Damit sind die Ärzte und Therapeuten bereits im Vorfeld über mögliche Komplikationen oder besondere Anforderungen in der Versorgung mit Hilfsmitteln, wie einer speziellen Matratze, informiert. Solche Abfragen gab es schon vor der App, allerdings wurden Fragebögen per Post verschickt. Per App geht es deutlich schneller, die Daten sind aktueller und die Bearbeitungszeit ist geringer. „Wir können anhand der Daten und Angaben einschätzen, ob ein Termin vor Ort notwendig ist und ob weitere Fachärzte hinzugezogen werden müssen. Damit arbeiten wir deutlich effizienter und können unseren Patientinnen und Patienten doppelte Wege ersparen. Zeitgleich entlastet uns die App durch weniger Planungsaufwand", betont Dr. Bremer. Außerdem erleichtert die App den Zugang zu medizinischen Unterlagen. Der Austausch, auch von medizinischen Dokumenten oder Medikamentenplänen, ist datenschutzkonform. Die Anwendung erfüllt höchste Sicherheitsstandards.

Chatten mit Arzt oder Ärztin

Bei Problemen wird schnell Hilfe geleistet: Mittels Chat-Funktion bietet LeNa auch eine Plattform für einen sicheren und vertraulichen Austausch zwischen Patienten und Behandlern. So können Fragen auf niederschwelligem Wege gestellt werden. Etwa wenn sich ein Druckgeschwür bildet: Was genau ist das und was kann man am besten dagegen tun? Bilder können direkt mitgeschickt werden, was die Beratung erleichtert. Gerade leichtere Komplikationen lassen sich so von zuhause aus versorgen, ohne dass ein Arzttermin mit längerer Anfahrt nötig wird.

Patienten, die in der Motorik der Hände eingeschränkt sind, können die App per Sprachsteuerung bedienen. Damit die App genau auf ihren Bedarf angepasst werden konnte, erfolgte die Entwicklung in enger Zusammenarbeit mit dem Querschnittgelähmten-Zentrum, das nun von der effizienteren Terminplanung und Ressourcenverteilung profitiert.

Erfolgsprojekt weiterentwickeln

Das erste Feedback der Benutzer ist überaus positiv. Eine wissenschaftliche Auswertung fand noch nicht statt. Fest steht jedoch, dass sich der praktische Nutzen auf allen Seiten bemerkbar macht. Die BDH-Klinik Greifswald ist stolz darauf, eines der ersten Krankenhäuser in Deutschland zu sein, das ein solches Projekt erfolgreich umgesetzt hat. Die Entwicklung von LeNa wurde durch den Krankenhausstrukturfonds gefördert, der auch telemedizinische Netzwerke unterstützt. Geplant ist nun, die App in Zukunft an die elektronische Patientenakte anzubinden und sich mit anderen Querschnittgelähmten-Zentren über die praktischen Erfahrungen auszutauschen.

Roger Gierczak

Querschnittgelähmten-Zentrum der BDH-Klinik Greifswald



KOMMENTAR

Unaussprechliches

Inklusion auf dem Prüfstand?

accessible ✖ activism ✖ activists ✖ advocacy ✖ advocate ✖ advocates ✖ affirming care ✖ all-inclusive ✖ allyship ✖ anti-racism ✖ antiracist assigned at birth ✖ assigned female at birth ✖ assigned male at birth ✖ at riskbarrier ✖ barriers ✖ belong ✖ biasbiased ✖ biased toward ✖ biases ✖ biases towards ✖ biologically femalebiologically male ✖ BIPOC Black ✖ breastfeed + people ✖ breastfeed + person ✖ chestfeed + people chestfeed + person ✖ clean energy ✖ climate crisis ✖ climate science ✖ commercial sex worker ✖ community diversity ✖ community equity ✖ confirmation bias ✖ cultural competence ✖ cultural differences ✖ cultural heritage ✖ cultural sensitivity ✖ culturally appropriate ✖ culturally responsive ✖ DEI ✖ DEIA ✖ DEIAB ✖ DEIJ ✖ disabilities ✖ disability ✖ discriminated ✖ discrimination ✖ discriminatory ✖ disparity ✖ diverse ✖ diverse backgrounds ✖ diverse communities ✖ diverse community ✖ diverse group ✖ diverse groups ✖ diversified ✖ diversify diversifying ✖ diversity ✖ enhance the diversity ✖ enhancing diversity ✖ environmental quality ✖ equal opportunity ✖ equality ✖ equitable ✖ equitableness ✖ equity ✖ ethnicity ✖ excluded ✖ exclusion ✖ expression ✖ female ✖ females ✖ feminism ✖ fostering inclusivity ✖ GBV ✖ gender ✖ gender based ✖ gender based violence ✖ gender diversity ✖ gender identity ✖ gender ideology ✖ gender-affirming care ✖ genders ✖ Gulf of Mexico ✖ hate speech ✖ health disparity ✖ health equity ✖ hispanic minority ✖ historically ✖ identity ✖ immigrants • implicit bias ✖ implicit biases ✖ inclusion ✖ inclusive ✖ inclusive leadership ✖ inclusiveness ✖ inclusivity ✖ increase diversity ✖ increase the diversity ✖ indigenous community ✖ inequalities ✖ inequality • inequitable ✖ inequities ✖ inequity ✖ injustice ✖ institutional ✖ intersectional ✖ intersectionality ✖ key groups ✖ key people ✖ key populations ✖ Latinx ✖ LGBT ✖ LGBTQ ✖ marginalize • marginalized ✖ men who have sex with men ✖ mental health ✖ minorities ✖ minority ✖ most risk ✖ MSM ✖ multicultural ✖ Mx ✖ Native American ✖ non-binary ✖ nonbinary ✖ oppression ✖ oppressive ✖ orientation ✖ people + uterus ✖ people-centered care ✖ person-centered ✖ person-centered care ✖ polarization ✖ political ✖ pollution ✖ pregnant people ✖ pregnant person ✖ pregnant persons ✖ prejudice ✖ privilege ✖ privileges ✖ promote diversity • promoting diversity ✖ pronoun ✖ pronouns ✖ prostitute ✖ race ✖ race and ethnicity ✖ racial ✖ racial diversity ✖ racial identity ✖ racial inequality ✖ racial justice ✖ racially ✖ racism ✖ segregation ✖ sense of belonging ✖ sex ✖ sexual preferences ✖ sexuality ✖ social justice ✖ sociocultural ✖ socioeconomic ✖ status ✖ stereotype ✖ stereotypes ✖ systemic ✖ systemically ✖ they/them ✖ trans ✖ transgender ✖ transsexual ✖ trauma ✖ traumatic ✖ tribal ✖ unconscious bias ✖ underappreciated ✖ underprivileged ✖ underrepresentation ✖ underrepresented ✖ underserved ✖ undervalued ✖ victim • victims ✖ vulnerable populations ✖ women ✖ women and underpresented

✖ Begriffe, die von der Trump-Administration aus der öffentlichen Sprache getilgt werden:

Vorweggeschickt: Ich kann meine Sozialisierung in den 1960er und 1970er Jahren nicht verleugnen. Ich bin kein sonderlicher Fan von übertrieben gendergerechter und politisch korrekter Sprache. Diese wirkt häufig sperrig. Ich sehe aber durchaus den Sinn in der Weiterentwicklung unserer Sprache. Denn Sprache beeinflusst unser Denken, formt die Vorstellungswelt und damit schließlich auch unsere Realität. Und diese ist heute eine andere als vor 60 Jahren. Noch.

Ein Beispiel: Beim „Behinderten“ wird die Sichtweise auf nur dieses eine Merkmal verengt. Der „Mensch mit Behinderung“ hat jedoch noch viele weitere Facetten. Und genau darum geht es. Wir wollen mit unserer Behinderung als Teil der Gesellschaft wahrgenommen werden. Auf Augenhöhe. Wir sind Sportler oder Couch-Potatoes, Mütter und Väter, Töchter und Söhne, Rentner, Angestellte und Unternehmer und auch mal Ärzte oder Politiker. Das alles eben nur mit einer Behinderung. Na und?

Die guten alten Zeiten

Nun gibt es Kräfte, die wollen das Rad der Zeit zurückdrehen. Frei nach dem Motto: „Früher war alles besser.“ Sie verkennen jedoch, dass es dieses von ihnen vehement verehrte „früher“ so nicht mehr gibt und auch nie mehr geben wird. Auch nicht, wenn sie die moderne Entwicklung leugnen oder aus ihrer Sprache verbannen. Was nützt es, unser heutiges Leben mit den 1960ern zu vergleichen, wenn Gleichberechtigung, Globalisierung, Mobilfunktelefone, Internet und andere (Un-)Annehmlichkeiten die Welt seitdem unwiderruflich verändert haben? Dennoch wollen konservative Kreise Glauben machen, dass man nur wieder die Frauen an den Herd stellen, Einwanderer in ihre Heimatländer deportieren und behinderte Menschen – selbstverständlich zu ihrem eigenen Wohl – in Sondereinrichtungen isolieren müsse, dann wäre die Welt vermeintlich wieder so großartig, wie sie mal gewesen sei.

Radikaler Gesellschaftsumbau

Teil dieses Kampfes ist das Vorgehen gegen eine vermeintliche „Woke-Sprache“. Seit seinem Amtsantritt verfolgt der amerikanische Präsident unter anderem eine radikale sprachliche Neuausrichtung. Dabei werden Begriffe, die mit sozialen Gerechtigkeitsthemen oder unliebsamen wissenschaftlichen Erkenntnissen verbunden sind, systematisch aus offiziellen Dokumenten und von Internetseiten entfernt. Die New York Times hat eine umfassende Liste der Begriffe zusammengetragen, die unter der aktuellen Administration nicht länger erwünscht sind. Darunter Wörter wie Inklusion, Barrierefreiheit, Behinderung oder Diskriminierung. Wenn man diese Wörter tilgt, so der Gedanke, dann tilgt man mit diesen auch die damit einhergehenden ungeliebten Themen und Diskussionen. Wer sich nicht an diese Sprachbereinigung hält, der wird boykottiert, verklagt, es werden wahlweise Mittel oder Akkreditierungen entzogen oder auch mal die Einreise verwehrt. Das ganze autoritäre Register.

Rechtsextreme jubeln

Die Rechtsextremen dieser Welt bejubeln ihn dafür und würden es ihm gerne gleichtun. Am Ende sind es Machtspielchen von Menschen, die den Verlust eben dieser fürchten. Und um diese zu sichern, sind ihnen alle Mittel recht. Sie stellen ungeprüfte Behauptungen in den Raum, verdrehen Tatsachen, schaffen alternative Fakten, lügen und schüchtern Andersdenkende ein, erpressen sie und versuchen sie (mund-)tot zu machen. Alle, die nicht in ihr Weltbild passen oder anderer Meinung sind, werden zu Feinden erklärt.

Machen wir uns nichts vor: Aktuell richtet sich ihr Hass vor allem gegen Menschen anderer Hautfarbe, Religion oder Herkunft. Doch zur Rechtfertigung ihrer Ideologie braucht es immer eine Gruppe, die Schuld trägt an der vermeintlichen Misere. Und so werden die Kreise immer weitergezogen. So bezeichnet Björn Höcke Menschen mit Behinderung bereits als einen „Belastungsfaktor“ und Inklusion als einen „Irrweg“. Wenn der rechtsextreme thüringische AfD-Vorsitzende ein Ende der Inklusion und damit eine Ausgrenzung von Menschen mit Behinderung fordert, so ist dies kein Zufall. Menschen, die nicht in das Weltbild des völkischen Nationalismus passen, sollen entrechtet oder ausgesondert werden. Herabsetzung und Ausgrenzung sind bei Rechtsextremen Programm.

Keine Rückabwicklung der Inklusion

Der Weg zur selbstbestimmten Teilhabe von Menschen mit Behinderung war und ist ein langer, steiniger Weg. Die FGQ beschreitet diesen seit 1981. Sie räumt Steine aus dem Weg und gestaltet gemeinsam mit vielen anderen Organisationen und Verbänden eine barrierefreiere und inklusivere Welt mit. In dieser Zeit hat sich viel getan, doch das Erreichte ist gefährdet. Die Errungenschaften einer modernen inklusiven Gesellschaft dürfen wir niemals aufgeben. Der Druck auf die Politik muss aufrechterhalten werden, damit in unserem Land niemals Hand an diese gelegt wird.

Kevin Schultes



Foto: stock.adobe.com – Tayba













Leicht und cool durch den Sommer

Bei großer Hitze wünschen wir uns oft Abkühlung durch gekühlte, manchmal sogar alkoholische Getränke, Speiseeis oder den Sprung ins kalte Wasser. Aber was hilft unserem Körper wirklich, die besondere Belastung zu bewältigen?

Für die Ernährung gilt generell, dass man den Körper nicht mit zusätzlicher Wärmeproduktion belasten sollte. Nimmt man aber besonders kalte Getränke oder Eis zu sich, muss der Körper Energie aufwenden, um sie auf Körpertemperatur zu bringen und erhitzt sich dabei selber weiter. Das Gleiche passiert bei schwerer und lang anhaltender Verdauungsarbeit.

Bei Hitze empfehlenswert sind deshalb:

- Lauwarme Getränke (haben bereits Körpertemperatur)
- Kleine Portionen
- Leichte Nahrung wie Salat, Früchte, Gemüse, Joghurt, mageres Fleisch, hart gekochte Eier
- Zerkleinerte Nahrung wie Smoothies und (kalte) Suppen

Ungünstig hingegen ist:

- Schwerverdauliches wie fettes Fleisch, Frittiertes, Hülsenfrüchte (außer grüne Erbsen)
- Kaltes wie Speiseeis oder Eiswürfel
- Salmonellenanfälliges wie rohe oder weiche Eier, Mayonnaise, rohes Fleisch/Hack, Meeresfrüchte



Kühlkette und Hygiene einhalten!

Bei hohen Temperaturen ist es besonders wichtig, leicht verderbliche Lebensmittel sorgfältig zu behandeln. Für Gekühltes sollte daher zum Einkaufen eine Gefriertasche mitgenommen und die Lebensmittel zu Hause sofort in den Gefrier- oder Kühlschrank eingeräumt werden. Gefrorenes, Gekühltes sowie nicht kühlpflichtige Lebensmittel sollten separat transportiert werden. Die Gefriertasche sollte außerdem fest verschlossen werden und eventuell mit Kühlpacks gekühlt werden.

Vor und zwischen den Arbeitsgängen und bei der gleichzeitigen Zubereitung von rohem Fleisch (insbesondere Geflügel) und Salat oder Rohkost müssen Hände und alle verwendeten Utensilien (Messer, Bretter) und Arbeitsflächen unbedingt gründlich gereinigt werden. Da Küchenschwämme Keimschleudern sind, sollte man zum Abwaschen spülmaschinenfeste Spülbürsten oder Tücher verwenden, die gut ausgespült und regelmäßig ausgetauscht bzw. bei mindestens 60 Grad Celsius gewaschen werden sollten. Auftauflüssigkeit muss weggeschüttet werden!

Tipps

Zuckerarme Obstsorten wie Wassermelone oder Erdbeeren, die übrigens mit 62 Milligramm Vitamin C pro 100 Gramm Frucht deutlich mehr davon enthalten als Zitrusfrüchte oder Kiwi, eignen sich super. Man kann sie in Milch, Quark oder Joghurt sehr erfrischend verarbeiten. Toll kombinieren lassen sie sich auch mit Romana- oder Eichblattsalat, Schalotten und gebratenen Hähnchenbruststücken als Eiweißquelle, die weniger belastet als Kohlenhydratreiches.

Alkohol und Hitze vertragen sich nicht!

Bei Hitze kann ein Flüssigkeitsdefizit unter anderem durch Schwitzen die Wirkung von Alkohol beschleunigen und verstärken. Außerdem wird die hitzebedingte Erweiterung der Blutgefäße zur Wärmeabgabe durch Alkohol verstärkt, was zu einem Blutdruckabfall und Kreislaufproblemen führen kann. Da Alkohol harntreibend wirkt, werden dem Körper weiteres Wasser und Elektrolyte entzogen, die über den Urin ausgeschieden werden. Dies gilt natürlich auch für Tetraplegiker, die keinen Flüssigkeitsverlust durch Schwitzen haben. Über die Lunge verlieren aber auch sie über verstärkte Atmung Flüssigkeit.

Anette von Laffert



Fotos (4): stock.adobe.com – angelus_liam, losmostachos, New Africa, Lukas Gojda

Fotos (6): stock.adobe.com – Željko Radojko, Win Nondakowit; (2) privat; Fraunhofer IPA Stuttgart, FGQ

ARGEN der FGQ

Die Arbeitsgemeinschaften (ARGEN) 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: Jörg Giesecke
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: Volker Huckestein
Kontakt: volker.huckestein@fgq-beratung.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 in verschiedenen Sprachen
Koordination: Ufuk Dogru
Kontakt: ufuk.dogru@fgq-beratung.de

ARGE Mobilität und Sport
in Zusammenarbeit mit dem DRS
Koordination: Peter Richarz
Kontakt: mobilitaet@fgq-beratung.de



*Wir stellen nicht mehr alle, sondern nur noch neue Autoren vor. Den gewonnenen Platz nutzen wir für redaktionelle Inhalte.



Dr. Hans Brunner ist seit 1964 aufgrund eines Unfalls querschnittgelähmt. Seit 1990 ist er als Arzt tätig, seit 2002 als Oberarzt in der Schön Klinik Bad Aibling. Als Kuratoriumsmitglied der Barbara Rauck Stiftung Comeback Querschnittgelähmter setzt er sich ein, um die Lebenssituation von Menschen mit Querschnittlähmung weiter zu verbessern.



Roger Gierczak ist seit 2017 Geschäftsführer der BDH-Klinik Greifswald. Die Klinik vereint Akutkrankenhaus und Rehabilitationsklinik in einer Einrichtung. Mit ihrer zusätzlichen Kompetenz als Querschnittgelähmten-Zentrum zählt die Klinik zu den führenden Fachkliniken in Norddeutschland.



Dr. Urs Schneider hat in Heidelberg und Mannheim Medizin studiert und über orthopädische Biomechanik promoviert. Er ist wissenschaftlicher Direktor am Fraunhofer Institut IPA in Stuttgart und unterrichtet Biomechatronik an der Universität Stuttgart.

Ihre Spende kommt an!



Beratung, Einzelfallhilfen und vielfältige 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

ISK-TAG
Versorgung der neurogenen Blase



Hier geht's zur Anmeldung

Mit freundlicher Unterstützung:
Unfallkrankenhaus Berlin

Vorschau Herbstausgabe 2025

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
Arzt der Neuro-Urologie
Jörg Eisenhuth
Leitender Psychologe und Psychotherapeut,
Werner Wicker Klinik Bad Wildungen
Dr. med. Kai Fiebag
Leitender Arzt der Neuro-Urologie,
BG Klinikum Hamburg
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
Sektionsleitung Viszeralmedizin,
Werner Wicker Klinik Bad Wildungen
Dr. med. Doris Maier
Chefärztin des Zentrums 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
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
Pflegeexperte,
BG Unfallkrankenhaus Berlin
Dr. med. Andreas Wolff
Leitender Oberarzt der Neuro-Urologie,
BG Klinikum Murnau

Lust ist kein Tabu

Auf die Frage „Was sind unsere Sexualorgane?“ würden die meisten Menschen wohl mit „Penis und Vagina“ antworten. Unsere Sexualität spielt sich aber zum allergrößten Teil im Kopf ab! Eine Chance für querschnittgelähmte Menschen? Sexualität mit Querschnittlähmung ist vielleicht anders – aber ganz bestimmt nicht langweilig. Sexualität ist ein individuelles und kreatives Feld. Viele entdecken ganz neue Seiten an sich: Berührungen, Nähe, Humor – tatsächlich ist das Kopfkino wichtiger als die Körperlichkeit und manchmal funktioniert etwas ganz Unerwartetes. Lust und Liebe lassen sich eben nicht standardisieren – und schon gar nicht lähmen. Wer sagt, dass Abenteuer nicht im Rollstuhl beginnen können? Lust auf Sex ist kein Privileg von Menschen ohne Behinderung. Und ja, es braucht manchmal etwas Mut, Offenheit, Hilfsmittel und eine ordentliche Portion Gleitgel.

SEX

In der Herbstausgabe des PARAplegiker wird es ganz konkret: Warum ist ein gutes Blasen-/Darm-Management auch für entspannten Sex wichtig? Welche Hilfsmittel und Medikamente gibt es? Warum entsteht Lust im Kopf?

Außerdem:

Therapie: UROQ – Neuro-urologische Informationen für Menschen mit Querschnittlähmung

Medizin & Forschung: Mitgestaltung statt nur Teilnahme – die Einbindung von Betroffenen in Forschung und Leitlinienentwicklung

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
Dr. Hans Brunner, Elisa Chirino, Roger Gierczak, Jörg Giesecke, Eva Mündlein, Stephan Neumann, Werner Pohl, Indira Rakshit, Dr. Urs Schneider, Anette von Laffert, Zacharias Wittmann, Martin Zak

Gestaltung
einsatz kreativbüro, Anke Wiesborn, Bochum

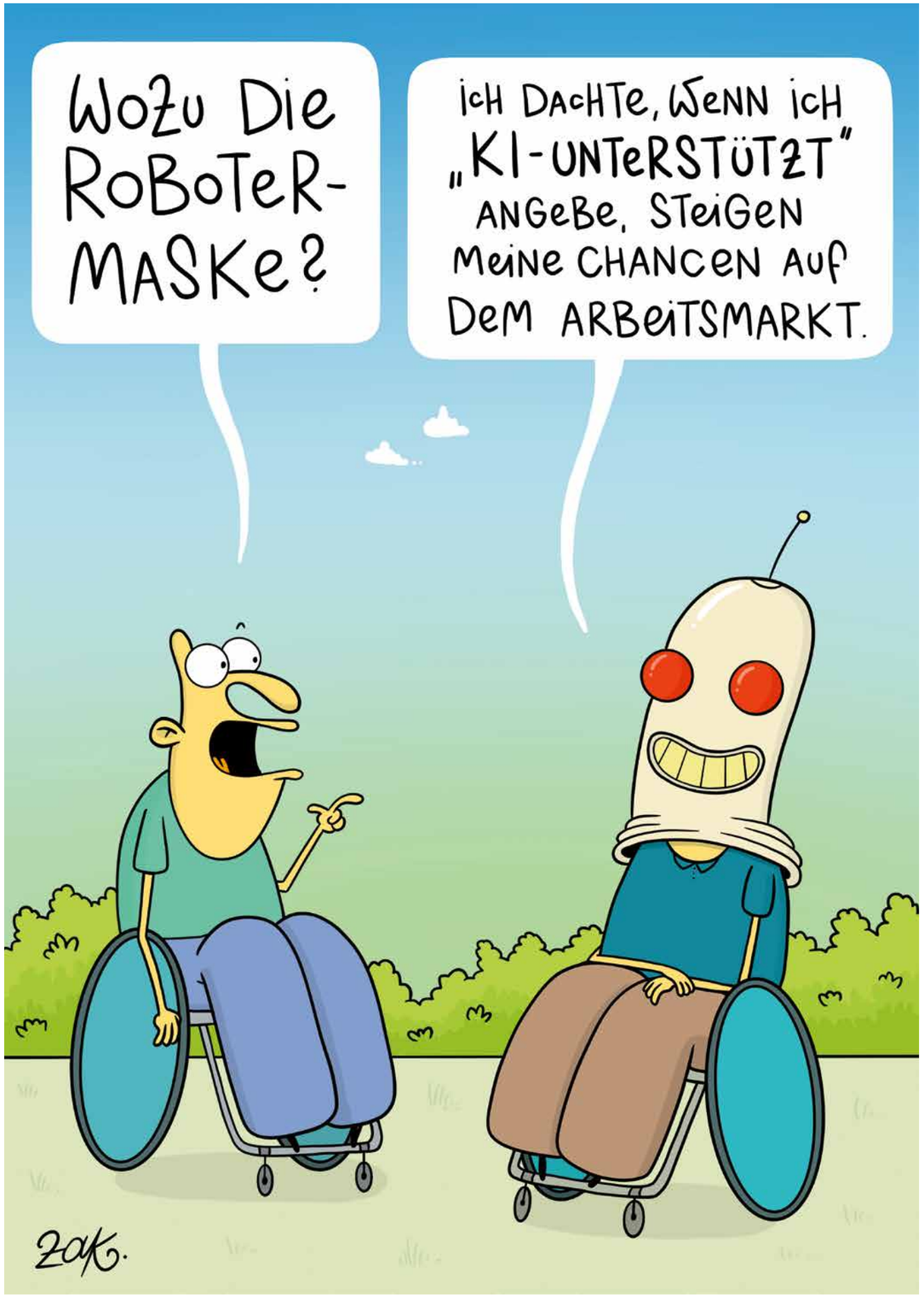
Lektorat
7Silben, Tanja Jentsch, Bottrop

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

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.



Fördergemeinschaft
der Querschnittgelähmten
in Deutschland e.V.

MANFRED SAUER
STIFTUNG



5. FACHTAGUNG

für Menschen mit Querschnittlähmung, Angehörige und Akteure im Gesundheitswesen

THEMA: Neue Technologien: von Robotik bis KI

SAMSTAG 11.10.2025

Werde Experte in eigener Sache!

Foto: stock.adobe.com – dreamdes

Einige Inhalte aus dem Programm:

- Künstliche Intelligenz – Fluch oder Segen?
- Robotik für Menschen mit Behinderung und ihre Akzeptanz im Alltag
- Neue Therapien für die Beweglichkeit, Funktion und Unabhängigkeit von Menschen mit Querschnittlähmung

Innovative Projekte für Menschen mit Querschnittlähmung:

- RELiYOO – Rollstuhl- und Sitzkissenversorgung – Erfahrungsbericht
- inContAlert – Blasenvolumen – Messsystem
- SoreAlert – Dekubitusprophylaxe durch Gewebemonitoring mit KI – interaktive Session mit dem Publikum

Weitere Infos und Anmeldung! ›››