# PARA*plegiker*

Das Magazin für den Querschnitt.

Kostenloser Mund-Nasen-Schutz für Tetras
Seite 8



Themenschwerpunkt: Beatmung

Menschen

## Das Leben neu denken

Gesundheit

## Schlafen Sie gut!

Herbst 2020

Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V.

DMGP Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie




Spielerische Mobilität erleben.

**Mercedes-Benz Fahrhilfen ab Werk.** Entdecken Sie die neue Art des Zusammenspiels mit Ihrem Automobil. Die Mercedes-Benz Fahrhilfen ab Werk in Ihrer A-Klasse ermöglichen es Ihnen, Ihre Ziele auch mit Handicap sportlich zu erreichen und mobile Unabhängigkeit zu genießen. Mit dem intuitiven MBUX Multimediasystem lässt sich jedes Detail in Ihrer A-Klasse spielerisch Ihren Wünschen und Bedürfnissen anpassen.
Mehr Infos zu Mercedes-Benz Fahrhilfen ab Werk unter: www.mercedes-benz.de/fahrhilfen

Mercedes-Benz

# Lernen fürs Leben

## Liebe Leserin, lieber Leser,

SARS-CoV-2 bleibt leider weiterhin ein aktuelles und heiß diskutiertes Thema. Was haben wir in diesen letzten Monaten gelernt? Wir haben ganz unmittelbar und direkt erfahren, wie wichtig unsere sozialen Kontakte sind. Wir haben gesehen, warum unsere Freunde eben unsere Freunde sind, und dass wir das Bedürfnis haben, sie zu sehen, uns mit ihnen auszutauschen, zu lachen und einfach zusammen zu sein. Unersetzlich sind unsere Familien, Menschen, die einfach zu uns gehören, ohne Wenn und Aber.

Wir haben erfahren, warum unsere Arbeit und das Geldverdienen wichtig sind. In Quarantänezeiten lernten wir auch, was wir vermissen: Die scheinbar kleinen Nebensächlichkeiten während der Arbeit, wie das Lächeln des Kollegen jeden Morgen oder der gemeinsame Kaffee mit der Kollegin am Mittag. Trotz all der Unsicherheit und all der Sorgen, die wir im Moment haben, müssen wir uns unbedingt immer wieder ganz bewusst die positiven Dinge vor Augen führen. Nur mit dem Wissen darum, dass auch sie existieren, können wir genug Kraft aufbringen, das Unvermeidliche und Negative dieser Pandemie auszuhalten und mit Hoffnung anzugehen.

## Einatmen, ausatmen

Schon vor Covid-19 stand der Schwerpunkt dieser Ausgabe des PARAplegiker fest: Beatmung. Nun ist das Thema noch aktueller geworden. Es gibt immer mehr dauerhaft beatmete Querschnitt-Patienten. In Deutschland hat sich ihre Zahl seit 2000 mehr als verfünffacht. Dr. Sven Hirschfeld ist Experte im Querschnittzentrum des BG Klinikum Hamburg und gibt in seinem Beitrag auf Seite 28 einen differenzierten Überblick über den aktuellen Stand der medizinischen Versorgung. „Wir können heute ein gutes Leben führen“ – Patrick Anders, der mit einem implantierten Zwerchfellschrittmacher atmet, weiß wovon er spricht. Wie sein Leben aussieht, beschreibt Nikola Hahn im Porträt des 34-jährigen Wuppertalers. Zwei „alte Hasen“ in der medizinischen und technischen Betreuung dauerbeatmeter Menschen berichten im Interview auf Seite 32, was es braucht, damit Leben mit Beatmung auch daheim möglich ist. Weitere „Lerneffekte“ verspreche ich Ihnen auf unserer Faktenseite.

## Applaus und Protest

Engagierte Assistenzkräfte sind Gold wert. Krankenschwestern und Pfleger auch. Wir wissen das – auch ohne die Bedrohung durch Corona. Der Applaus von den Balkonen war eine schöne Geste. Als Politiker eine Bonuszahlung an die Pflegenden in


Foto: FGQ

Maria-Cristina Hallwachs eröffnet mit dem Editorial den PARAplegiker.

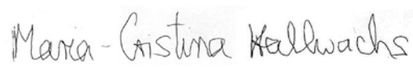
Aussicht stellten, gab es allerorts zustimmendes Kopfnicken für diese Form der Wertschätzung. Doch wie so oft, gibt es bei der Umsetzung guter Ideen Fallstricke. In seinem Kommentar fragt Gerhard Bartz deshalb provokant: „Ausgeklatscht?“

Der Deutsche ist ja eigentlich kein „Revoluzzer“. Aber wenn das Fass erst einmal übergelaufen ist, dann kann der deutsche Michel Zähne zeigen. So wie im Sommer 2019. Minister Spahn sorgte sich damals um die Qualität in der Versorgung intensivpflegebedürftiger Menschen. Sein Gesetzentwurf entfachte einen Sturm der Entrüstung, da die stationäre Versorgung als Regelversorgung etabliert und die Versorgung in der Häuslichkeit eine Ausnahme sein sollte. Und heute? Ein Jahr später hat das „Kind“ einen neuen Namen. Es heißt jetzt Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG). Sabine Roch hat es in ihrem Beitrag kritisch unter die Lupe genommen.

## Kölle am Rhing

Ach nee, wat es dat he schön in Colonia. Ja, hier ist es wirklich schön: Köln hat viel zu bieten. Wir geben Tipps für einen barrierefreien Besuch in der Domstadt. Nach der Lektüre lernen Sie auch, das Kölsch zu lieben. Garantiert!

Herzliche Grüße,
Ihre Maria-Cristina Hallwachs



# Inhalt




FGQ News

## 1,2 Millionen Masken für Tetras

Seit Mai werden kostenlos Masken an die Haushalte von Tetraplegikern und älteren Menschen mit einer Querschnittlähmung verteilt. Organisiert wird das europäische Hilfsprojekt von der European Spinal Cord Injury Federation (ESCIF), dem Dachverband der Paraplegiker-Organisationen. Nähere Informationen zu dem Projekt und wie die PARAplegiker-Leser es unterstützen können, gibt es in den FGQ-News.




Peers

## Fünfzig Jahre Ehrenamt

Mit 16 Jahren überlebte Brigitte Seiferheld einen Autounfall mit schwersten Verletzungen. Als Tetraplegikerin brachte sie sich über fünf Jahrzehnte für die Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen ein. Fast drei Jahrzehnte engagierte sie sich – zusammen mit ihrem Mann Frieder Seiferheld – in der FGQ. Ende Mai verstarb die 71-Jährige viel zu früh. Vorstandsmitglied Kevin Schultes blickt auf ihr außergewöhnliches und ereignisreiches Leben zurück.




Therapie

## Aktivierung mit Reflexlokomotion

Bei der Vojta-Therapie werden Grundmuster der automatischen Steuerung des Gleichgewichtes und der isolierten Bewegung der Arme und Beine, ohne übende Mitarbeit des Patienten, aktiviert. Lars Kellner, Physiotherapeut der Werner Wicker-Klink in Bad Wildungen, erläutert Ansatz und Wirkung des Prinzips genauer.




Medizin & Forschung

## Querschnittlähmung und Beatmung

Die Akutversorgung und lebenslange Nachsorge beatmeter querschnittgelähmter Menschen hat sich in den vergangenen 30 Jahren nachhaltig verbessert. PD Dr. Sven Hirschfeld, Leitender Arzt im Querschnittzentrum des BG Klinikums Hamburg, gibt einen Überblick zu dem Thema. Zudem zeigt die PARAplegiker-Redaktion die „rollende Intensivstation“ von FGQ-Peer Maria-Cristina Hallwachs.

Interview

## Zwei „alte Hasen“ mit aktuellstem Wissen

Dr. Andreas Badke, Chefarzt der Abteilung für Querschnittgelähmte, Technische Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie der BG Unfallklinik Tübingen und Jo Börgel, Gründer der Firma „Börgel – Beatmungsmedizinische Dienstleistungen und Techniken“ im Interview mit dem PARAplegiker über das Thema Querschnittlähmung und Beatmung.




Reisen

## Acht Tipps zu Köln

Köln hat neben Dom und Hohenzollernbrücke viel zu bieten. Die Stadt am Rhein ist zu jeder Jahreszeit einen Besuch wert. FGQ-Peers und -Mitglieder geben Insider-Tipps, welche Orte man als Rollifahrer nicht missen sollte. Und Conny Runge lädt zu einem kleinen Spaziergang ein.







Ernährung

## Königsberger Klopse

Sättigend und schmackhaft: Vincent Klink aus Stuttgart zeigt diesmal in der Rubrik Ernährung, wie Königsberger Klopse gelingen. Traditionell werden sie aus Kalbshackfleisch hergestellt, alternativ kann aber auch gutes Schweinefleisch verwendet werden. Privat kocht Vincent Klink das Gericht immer wieder zu Ehren seiner Oma.

Fotos (3): BG Unfallklinik Tübingen, Fa. Börgel, Pixabay


### FGQ NEWS

06 Herausforderung Assistenzsuche

07 Virtuelle Stammtische
Mitgliederversammlung verschoben
Professionelles Beratungsangebot macht Mobilitätseingeschränkte (wieder) mobil

08 CORONA-KRISE – 1,2 Millionen Masken für Tetras

09 ARGE Beatmung neu gegründet

### FAKTEN

10 Leben mit Beatmung

### PEERS

12 Fünfzig Jahre Ehrenamt

### MENSCHEN

16 Das Leben neu denken

### MOBILITÄT

18 Typisch Berlin?

### ARBEIT

20 Nachteilsausgleiche und Inklusion

### THERAPIE

21 Aktivierung mit Refexlokomotion

24 Direkte Gabe von Oxybutinin in die Blase: Langbewährtes, neu aufgelegt

26 Die technische Geschichte der Beatmung

### MEDIZIN & FORSCHUNG

28 Querschnittlähmung mit Beatmung

### INTERVIEW

32 Zwei „alte“ Hasen mit aktuellstem Wissen

### GESUNDHEIT

34 Schlafen Sie gut!

### MITEINANDER

36 Der-Querschnitt.de – Eine Erfolgsgeschichte

### RECHT & SOZIALES

38 IPReG: Faules Ei oder großer Wurf?

40 Neue rechtliche Grundlagen für Leistungen der Eingliederungshilfe

42 Querschnittgelähmte haben Anspruch auf medizinische Fußpflege

### KOMMENTAR

43 Ausgeklatscht?

### REISEN

44 Acht Tipps zu Köln

### ERNÄHRUNG

46 Vincent Klink: Königsberger Klopse

47 Gesunde Fleischeslust

### SERVICE

48 Arbeitsgemeinschaften (ARGE) der FGQ

48 Autoren

50 Vorschau I Beirat I Impressum

### DAS ALLERLETZTE

51 CORONA-KRISE – Aluhut statt Maske


Titelfoto: Patrick Anders (IST-Studieninstitut GmbH)

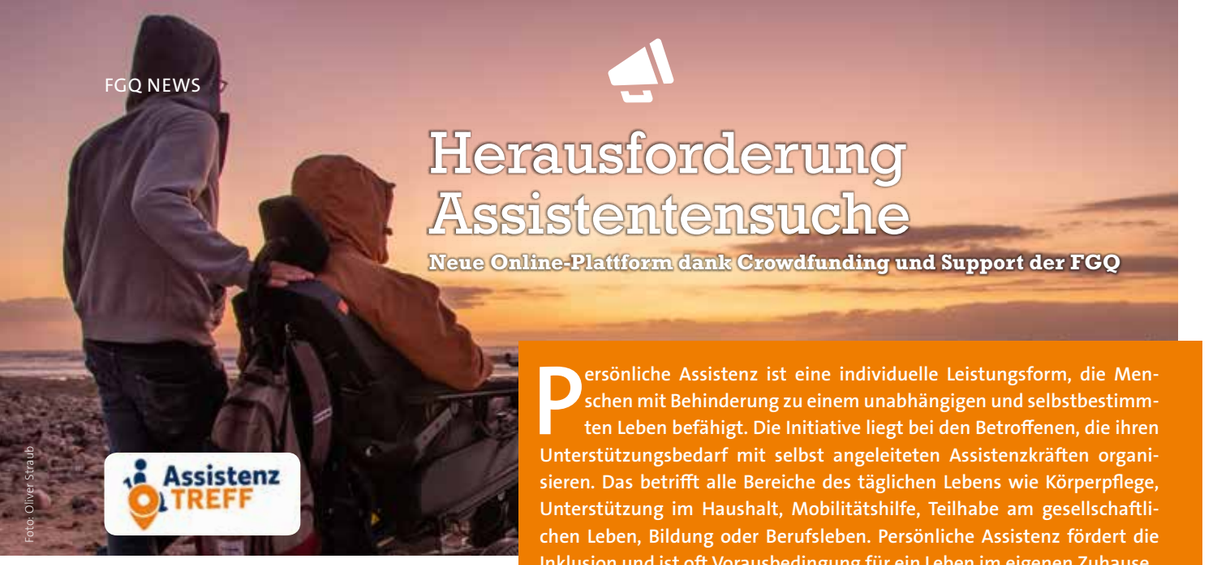



Foto: Oliver Straub

# Herausforderung Assistentensuche

**Neue Online-Plattform dank Crowdfunding und Support der FGQ**

**Persönliche Assistenz ist eine individuelle Leistungsform, die Menschen mit Behinderung zu einem unabhängigen und selbstbestimmten Leben befähigt. Die Initiative liegt bei den Betroffenen, die ihren Unterstützungsbedarf mit selbst angeleiteten Assistenzkräften organisieren. Das betrifft alle Bereiche des täglichen Lebens wie Körperpflege, Unterstützung im Haushalt, Mobilitätshilfe, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Bildung oder Berufsleben. Persönliche Assistenz fördert die Inklusion und ist oft Vorausbedingung für ein Leben im eigenen Zuhause.**

Die Assistenz kann über ein persönliches Budget finanziert werden. Mit dieser Geldleistung entscheiden Betroffene selbst, ob sie ihre Hilfen über einen Dienstleister einkaufen oder die Assistenz im Arbeitgebermodell selbst organisieren. Anforderungen, die an Assistenzkräfte gestellt werden, sind von Betroffenen zu Betroffenen unterschiedlich. Die berufliche Qualifikation ist oft Nebensache.

Die Suche nach geeigneten Assistenzkräften kann zu einer Herausforderung werden und ist vor allem im ländlichen Raum oft schwierig. Die neue Online-Plattform www.assistenztreff.de will dieses Problem lösen. Der Assistenztreff ist seit September online und bietet eine Jobbörse für persönliche Assistenz. Ein Informationsangebot rundet das Angebot ab und soll Betroffenen und Personen, die Interesse haben, in der Assistenz zu arbeiten, den Start erleichtern. Die Plattform konnte Ende letzten Jahres über Crowdfunding finanziert werden.

## Bieten und suchen

Zuerst als App geplant, hat sich das Projekt mittlerweile zu einer Webseite entwickelt, die auf allen internetfähigen Geräten nutzbar ist. Die Jobbörse ist in Biete und Suche aufgeteilt. Mit der Suchfunktion können Besucher nach passenden Jobangeboten in ihrer Region suchen und nach bestimmten Kriterien filtern. Die Ergebnisse werden zusätzlich auf einer interaktiven Karte angezeigt. Nach einer Registrierung steht dem Nutzer ein eigenes Profil zur Verfügung. Dort können Anzeigen erstellt, veröffentlicht und gespeichert werden.

Der Assistenztreff bietet auf der Seite die wichtigsten Informationen für Assistenznehmer und Assistenzgeber. Menschen mit Assistenzbedarf finden dort Informationen zu den Leistungen, der Finanzierung und Beantragung eines Budgets. Es wird der Unterschied zwischen dem Arbeitgebermodell und einem Assistenzdienst erklärt und deren Vor- und Nachteile aufgezeigt. Personen, die als Assistenzgeber tätig werden möchten, bekommen einen Einblick über die Anforderungen und die vielfältigen Aufgabengebiete in der persönlichen Assistenz.

## Vernetzung stärken

Ziel der Plattform ist die Jobvermittlung für persönliche Assistenz zu vereinfachen und mit einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit mehr Menschen in die Assistenz zu bringen. Dafür sind in der Zukunft noch weitere Funktionen geplant, um den Austausch und die Vernetzung untereinander zu stärken. Zum Beispiel mit der Organisation regionaler Assistenztreffen über die Plattform.

Der Assistenztreff wurde von einer Medien- und Softwarefirma in Zusammenarbeit mit Oliver Straub entwickelt und designt. *Oliver Straub*

**Weitere Infos: www.assistenztreff.de**

DIE EDAG-ROLLSTUHL-LADEHILFE
für VW, OPEL, Ford, Skoda, Audi* und Renault * auf Anfrage



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

*EDAG*
*Werkzeug + Karosserie GmbH*
*Geschäftsbereich Ladehilfe*
*Weinbergstraße 1*
*99817 Eisenach (Germany)*
*Telefon: +49 661 6000-240*
*E-Mail: rollstuhl-ladehilfe@edag.de*
*www.edag-rollstuhl-ladehilfe.de*

EDAG








Foto: FGQ

# Virtuelle Stammtische

Weiterhin können persönliche Treffen von Betroffenen und Besuche in den Querschnittgelähmtenzentren nur sehr eingeschränkt und unter Vorsichtsmaßnahmen stattfinden. Um dennoch den wichtigen Austausch zu ermöglichen, bietet die FGQ seit Mai auch wöchentliche Online-Stammtische an. *Kevin Schultes*

**Weitere Infos unter:**

## Mitgliederversammlung verschoben

Aufgrund der weiterhin bestehenden, schwer kalkulierbaren Gefährdung durch SARS-CoV-2 hat der Vorstand der FGQ beschlossen, die anstehende Mitgliederversammlung auf das Jahr 2021 zu verschieben. Es handelt sich hierbei um einen Fall von höherer Gewalt. Diese Maßnahme wurde zum Schutz der Teilnehmer beschlossen. Der Vorstand überprüft laufend die Situation und wird – sobald ein hinreichend sicheres Umfeld für eine Mitgliederversammlung gewährleistet werden kann – die Veranstaltung nachholen. In der Winterausgabe des PARAplegikers wird ein Jahresbericht zu den Tätigkeiten des Vereins veröffentlicht. *Kevin Schultes*

ARGE Fahrzeugumbau

# Professionelle Beratung durch Sachverständigen

**Für Menschen mit Mobilitätseinschränkung ist ein eigenes Kraftfahrzeug häufig von besonderer Bedeutung, weil es mehr als andere Verkehrsmittel selbstbestimmte Mobilität ermöglicht. Die Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Fahrzeugumbau der FGQ und Sachverständiger Dirk Weber bieten Hilfe bei Führerschein- und Kfz-Umrüstungsfragen an.**

Damit die Kraftfahrzeugnutzung nach Eintritt einer körperlichen Beeinträchtigung wieder oder auch zum ersten Mal möglich wird, müssen einige gesetzliche Vorgaben erfüllt werden. Das konfrontiert die Betroffenen mit einer Reihe von Fragen bzw. Anforderungen. Erste Hürde ist der Erwerb oder die Umschreibung des Führerscheins, wofür in der Regel ein verkehrsmedizinisches und/oder ein technisches Eignungsgutachten erstellt werden muss. Bei der Anschaffung eines geeigneten und entsprechend angepassten Kraftfahrzeugs stellt häufig die Finanzierung ein Problem dar. Im Vorfeld sollte geklärt werden, welche finanziellen Hilfen und Zuschüsse erschlossen werden können. Erfreulicherweise steht mit der Arbeitsgemeinschaft Fahrzeugumbau der FGQ und dem Peer und Koordinator der ARGE Dirk Weber, Sachverständiger für Fahreignungsbegutachtung und Fahrzeugtechnik für mobilitätseingeschränkte Personen nach DIN/EN ISO/IEC 17024, sowie dem Peer und Mobilitätsberater Bert Pein ein professionellen Beratungsangebot zur Verfügung. In der Winterausgabe berichtet der PARAplegiker ausführlich über den Themenkomplex und über die Arbeit der ARGE. *Werner Pohl*

**Kontakt: dirk.weber@fgq-beratung.de**



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

SWISS•TRAC



# 1,2 Millionen Masken für Tetras

## Europäisches Hilfsprojekt ESCIF Help Alliance

**In der Sommerausgabe des PARAplegiker haben wir über das europaweite Hilfsprojekt ESCIF Help Alliance berichtet. Vom Dachverband der Paraplegiker-Organisationen – European Spinal Cord Injury Federation (ESCIF) – organisert, werden seit Mai kostenlos Masken an die Haushalte von Tetraplegikern und älteren Menschen mit einer Querschnittlähmung verteilt, um diese vor einer Ansteckung mit dem Corona-Virus zu schützen. Die nationalen Verbände übernehmen dabei die Verteilung in den jeweiligen Ländern.**

Ermöglicht wird das Hilfsprojekt durch die umfangreiche Unterstützung von zahlreichen Sponsoren, die mit Material, Geldern und Logistikkapazitäten helfen. Dennoch bleibt der Versand der geplanten 24.000 Packungen Masken zu je 50 Stück eine logistische Herausforderung. Zunächst musste der Transport von China nach Europa organisiert werden. In Zeiten von stark eingeschränktem Luftverkehr und teurer Luftfracht schien dies zunächst kaum möglich. Auf Vermittlung des Bundesministeriums für Gesundheit übernahm Amazon.de den kostenlosen Transport nach Deutschland im Rahmen ihrer Hilfsmittelluftbrücke. Von hier aus ging es in bisher 20 europäische Länder via Paketdienst und mit Unterstützung des Logistikdienstleisters DB Schenker weiter. In Ländern, in denen infolge der Corona-Virus-Krise zeitweise die Infrastruktur nur eingeschränkt funktionierte, wurde der Einzelversand von Deutschland aus via DHL sichergestellt. Über 650.000 Masken konnten Betroffenen somit bereits zur Verfügung gestellt werden.

Auch in den nächsten Monaten werden über das europäische Netzwerk des Dachverbandes weiterhin kostenlos Mund-nasenmasken verteilt. Ab September liegt den Maskenpäckchen in Deutschland ein Handdesinfektionsmittel bei*.

*Kevin Schultes*

Fotos (3): stock.adobe.com – Brad Pict, merfin, Martin Zak | *Solange der Vorrat reicht.

**LIKE & SHARE**

**Der Facebook Gruppe ESCIF Help Alliance beitreten und das Hilfsprojekt unterstützen:**

**Jetzt kostenlosen Mund-Nasen-Schutz anfordern:**

**Weitere Infos zum Projekt:**

Hollister · Schweizer Paraplegiker Stiftung · amazon · Coloplast · Sanitätshaus Aktuell AG · FARCO · MANFRED-SAUER-STIFTUNG Impulse für bewusstes Leben · PubliCare · Wellspect HEALTHCARE · optimum medical · Comeback · MBH qufora · DÜRR · DB SCHENKER · Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmter in Deutschland e.V. · SERVICEDESIGN · DESERT SHIP STUDIOS · GOEX · VitalCare · Great Bear · ADAC Stiftung





# ARGE Beatmung neu gegründet

Über 100 Jahre geballte Erfahrung zum Thema „Querschnittlähmung und Beatmung“

**Menschen zusammenzubringen, die eine so hohe Querschnittlähmung (meist oberhalb C3) haben, dass sie dauerhaft beatmet werden müssen, ist keine einfache Sache. Und das liegt gewiss nicht daran, dass diese es nicht wollen – im Gegenteil.**

Einerseits sind es die Umstände, die dieses Unterfangen erschweren: Es gibt nicht so viele querschnittgelähmte Menschen mit Beatmung – und diese leben in ganz Deutschland verteilt. Alle sind in ihrer Tagesorganisation und Mobilität von den Menschen, die sie pflegen und deren Möglichkeiten und Fähigkeiten abhängig. Dies können die Familie, Assistenten, Pflegekräfte oder andere Versorgungsmodelle sein. Bei allen sind die körperlichen Kapazitäten nicht beliebig ausdehnbar und manche unvorhersehbaren Ereignisse verhindern lang geplante Treffen wieder.

Andererseits sind es auch genau diese Dinge, die Querschnittgelähmte mit Beatmung vereinen. Ähnliche Sorgen und Nöte können gemeinsam viel besser besprochen und dann auch gelöst werden. Ideen lassen sich besser zu Mehreren entwickeln als alleine.

Deswegen freue ich mich, die neue ARGE Beatmung der FGQ vorstellen zu dürfen. Unser noch kleiner Kreis besteht aus Patrick Anders, Maria-Cristina Hallwachs, Lisa Steffen und Anika Zinken: Gemeinsam haben wir über 100 Jahre Erfahrung mit diesem Thema.

Unser Ziel ist es, Knotenpunkt und Kreuzung zu werden für Menschen mit hohen Querschnittlähmungen und Beatmung – und für Menschen, die mit diesen zusammenarbeiten, für sie arbeiten und in ihrem Sinne arbeiten. So konnten wir zu unserer medizinischen Beratung PD Dr. Sven Hirschfeld vom BG Klinikum Hamburg gewinnen, für den die immer noch verhältnismäßig seltene Kombination von Querschnittlähmung und dauerhafter Beatmung seit vielen Jahren beruflicher Alltag ist. Für Fragen rund um die technische Ausstattung von beatmeten Querschnittgelähmten steht uns die Medizintechnikfirma Börgel mit ihrer langjährigen Erfahrung zur Seite. Sie wird auch mit kostenlosen Leihgeräten versuchen, Urlaube zu ermöglichen.

Nicht zuletzt möchten wir uns auch politisch einmischen, damit unsere kleine Gemeinschaft – unter den vielen anderen Lobby-Gruppen – nicht untergeht.

Menschen mit hoher Querschnittlähmung und Beatmung, sind herzlich eingeladen, sich bei der ARGE zu melden – natürlich immer gerne zur Mitarbeit, aber auch einfach nur zur Kontaktaufnahme und zum Informationsaustausch. Nur gut vernetzt haben wir Chancen, gehört und gesehen zu werden!

*Maria-Cristina Hallwachs*

**Kontakt: m.hallwachs@fgq-beratung.de**









Patrick Anders, Maria-Cristina Hallwachs, Lisa Steffen und Anika Zinken

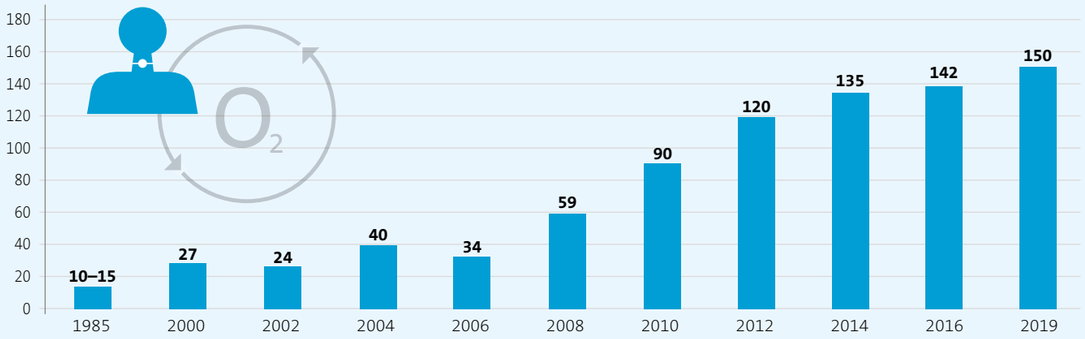
Fotos (4): FGQ, privat

**Weitere Infos zur ARGE Beatmung finden Sie unter:**



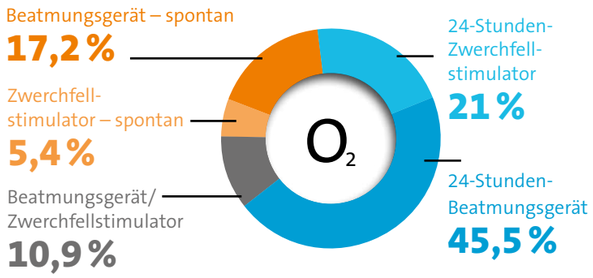
# Leben mit Beatmung

Anzahl der dauerhaft beatmeten querschnittgelähmten Menschen in Deutschland (neue Fälle pro Jahr)




## Formen bei dauerbeatmeten Patienten

(Beispiel BG Klinikum Hamburg)
Beatmungsformen mit jeweiligem Patienten-Anteil in Prozent



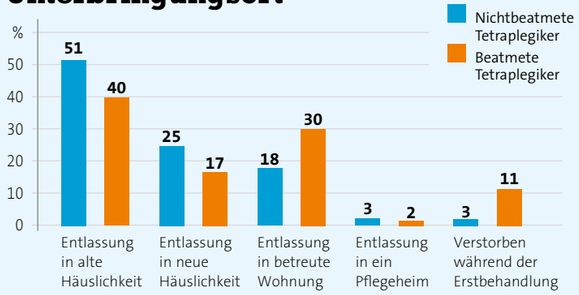



## Erstbehandlungsdauer

**113 TAGE**
Nichtbeatmete Tetraplegiker

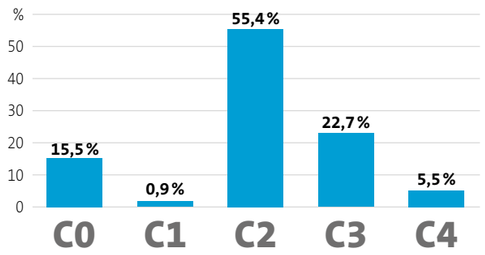
**246 TAGE**
Beatmete Tetraplegiker
Zwerchfellsimulator **290 Tage**
Beatmungsgerät **214 Tage**

## Unterbringungsort




## Lähmungshöhe

bei primär beatmeten Patienten mit Querschnittlähmungen Anzahl Patienten




Quelle der Zahlen: BG Klinikum Hamburg und DMGP, 2019



PubliCare®

0221
709049 4760
SERVICENUMMER

Selbstbestimmt mit ISK – Wir begleiten Sie!

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

↘ www.publicare-gmbh.de/kontinenz

Foto: Fa. Bürgel, adobe-stock.com – lovemask

# Fünfzig Jahre Ehrenamt

## Ein Nachruf auf Brigitte Seiferheld

**Ein Blick zurück – 1967: Der Begriff Inklusion war in Deutschland noch nicht erfunden, ein Verständnis für eine selbstbestimmte Teilhabe noch viel weniger vorhanden. So wie viele andere Teenager liebte Brigitte Schneele das Kino. Doch die Erfahrungen der hoch Querschnittgelähmten sind zu der Zeit geprägt von der fehlenden Barrierefreiheit und der mangelnden Integration von Menschen mit Behinderung. Eine Situation, die ihr Wirken in den nächsten Jahrzehnten wesentlich beeinflusste.**

Zugegeben, auf den ersten Blick scheint die Biographie der Tetraplegikerin wenig glücklich: Mit 16 Jahren überlebte sie einen Autounfall mit schwersten Verletzungen, rang tagelang mit dem Tod bis sie endlich adäquat behandelt wurde. Zur Waise geworden, verbrachte sie den Rest ihres Lebens mit einer hohen Lähmung im Rollstuhl. In den vergangenen Jahren machten ihr zudem gesundheitliche Probleme zu schaffen. Ende Mai schließlich verstarb die 71-Jährige viel zu früh an einer Blutvergiftung, hervorgerufen durch einen aggressiven Blasentumor. Der zweite Blick aber offenbart: Dazwischen lagen fünf ganz außergewöhnliche, ereignisreiche Jahrzehnte.


Foto: Werner Kühnle


Foto: Frieder Seiferheld

### Ein schwieriger Start

Brigitte wuchs in einer kleinen Gemeinde im Landkreis Schwäbisch Hall auf. Der Vater war amerikanischer Soldat. Die Eltern gestatteten ihrer Mutter nicht, ihn zu heiraten. Der Krieg und die Zeit des Nationalsozialismus sowie der dörfliche Konservatismus wirkten noch nach. Der Kontakt zu ihrem leiblichen Vater riss ab, als ihre Mutter mit einem jähzornigen Menschen verheiratet wurde, der mit Gewalt in der Familie herrschte und alles, was ihm zuwiderlief, an der kleinen Brigitte ausließ. Wenige Monate nach ihrem 16. Geburtstag waren die Auszubildende zur Einzelhandelskauffrau und ihre Mutter mit einer befreundeten Familie auf dem Weg nach Dinkelsbühl zum historischen Kinder- und Heimatfest ‚Kinderzeche'. Bei strömendem Regen kam der Wagen von der Straße ab und prallte gegen einen Baum. Ihre Mutter wurde durch das Heckfenster aus dem Fahrzeug geschleudert und starb einen Tag später im Krankenhaus. Auch Brigitte erlitt schwerste Kopf- und Wirbelsäulenverletzungen. Die Erstbehandlung erfolgte im örtlichen Kreiskrankenhaus. Aus heutiger medizinischer Sicht wurde alles falsch gemacht, was man falsch machen konnte.

Zu der Zeit wurde bei Tetraplegikern die Überlebensdauer anhand des betroffenen Halswirbels geschätzt – in Tagen. Als Brigitte, deren sechster Halswirbel gebrochen war, am siebten Tag noch immer lebte, verlegte man sie schließlich doch mit dem Hubschrauber nach Heidelberg in die neu errichtete Spezialklinik für Querschnittgelähmte. Hier wurde die 16-Jährige erstbehandelt und medizinisch rehabilitiert. Im Anschluss absolvierte sie im benachbarten Kurt-Lindemann-Haus, einem Berufsförderungswerk, eine Umschulung zur Industriekauffrau, die sie mit sehr gutem Ergebnis abschloss. Im September 1967 wurde sie entlassen. Der bestellte Vormund hatte ihr im Kreiskrankenhaus in Crailsheim eine Stelle und dort zugleich ein kleines Zimmer zum Wohnen und Schlafen beschafft. In einem Kellerraum wurde ein behindertengerechtes Bad eingerichtet, alles finanziert aus ihrem Schmerzensgeld. Brigitte wurde hier geduldet, wirklich integriert wurde sie aber nicht. Die Zeit hierfür war noch nicht gekommen.


Foto: Simon Granville

Brigitte Seiferheld geb. Schneele
*19.02.1949 † 23.05.2020

### Brigittes neue Familie

Die beiden Kinos in Crailsheim waren für Brigitte ein Zufluchtsort, um dem beschwerlichen Alltag zu entfliehen. Besuchen konnte sie diese allerdings nur, wenn sich die Schwesternschülerinnen der jungen Frau annahmen. Im Kino lernte sie bald einen hilfsbereiten jungen Mann kennen, der ihr anbot, sie zukünftig ins Kino, zu Theater, Konzerten oder Vorträgen zu begleiten. Die Bekanntschaft vertiefte sich rasch. Die beiden lernten, die Behinderung zu vergessen, und sich unbefangen zu lieben. Im November 1970 heirateten Brigitte und Frieder Seiferheld. Im darauffolgenden Jahr wurde sie zum ersten Mal schwanger. Die Ärzte hatten noch wenig Erfahrung mit dem Thema Schwangerschaft bei Querschnittlähmung. Brigitte erlitt zur Mitte der Schwangerschaft eine Fehlgeburt – ein Trauma für das junge Paar. Im Oktober 1975 kam dann der ersehnte Nachwuchs per Kaiserschnitt zur Welt, ein gesunder Bub. Brigitte war damit weltweit eine der ersten Tetraplegikerinnen, die ein Kind bekam.

### Beruf und Ehrenamt

Brigitte ist in diesen Jahren überhaupt für so manche „Premiere" gut. So machte sie zum Beispiel als erste Tetraplegikerin in Deutschland den Führerschein, sie bildete sich weiter und studierte ganz selbstverständlich. 1980 zog die junge Familie nach Freiberg am Neckar. Brigitte beschloss, mit dem damals gerade angelaufenen Telekolleg das Fachabitur nachzuholen. Das anschließende Studium der Sozialpädagogik in Esslingen musste sie nach drei Semestern abbrechen. Die körperlichen Herausforderungen des Studiums und auch der späteren beruflichen Tätigkeit unterschätzte sie. Doch die gelernte Kauffrau blieb ehrgeizig und bildete sich wenig später im Abendstudium in Stuttgart zur Betriebswirtin (VWA) weiter. Ab 1994 arbeitete sie, zunächst ehrenamtlich, später als Minijobberin beim Deutschen Roten Kreuz in Ludwigsburg als Wohnberaterin. Brigitte brachte dort 26 Jahre lang mit Erfolg ihre eigenen Erfahrungen und die daraus entstandene Lösungskompetenz ein.





hohenzollern apotheke

Ihr Partner für die Versorgung mit Fertigspritzen
zur Instillation von Arzneimitteln in die Blase



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

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

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

Wir sind für Sie da:

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

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

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

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

Unser Partner für Marketing und Vertrieb
4M Medical



Foto: Werner Pohl

Brigitte und Frieder Seiferheld waren über 50 Jahre ein glückliches und engagiertes Paar.

## Erfolgreiche Vorkämpferin

Die Tetraplegikerin schonte sich nicht. Neben Haushalt, Kindererziehung und Beruf brachte sie sich über fünf Jahrzehnte für die Gleichberechtigung von Frauen und die Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung und älteren Mitbürgern ein. Ein besonderes Anliegen blieben ihr dabei stets die Umsetzung einer selbstbestimmten Teilhabe für alle Menschen und – als eine der Voraussetzungen hierfür – die Beseitigung von baulichen und mentalen Barrieren. Vieles musste mit den Jahren erst erkämpft werden. Brigitte verzweifelte trotz der vielfachen Widerstände nie an den gesetzten Rahmenbedingungen, sondern nahm diese zum Anlass, um sich für deren Verbesserung einzusetzen. Brigitte war u.a. Mitbegründerin des Ludwigsburger Frauenforums, im Vorstand des VdK Freiberg und Initiatorin des Vereins „Selbstbestimmt mobil".

Es waren ihre Hartnäckigkeit und Konsequenz, aber eben auch der ruhige, sachliche und kooperative Umgang mit ihren Kontakten, die sie zur gesuchten Ansprechpartnerin machten. Brigitte beriet die Verwaltung, Bauträger und Architekten ausdauernd, aber eben auch andere Betroffene und Angehörige. Mit der Eröffnung des Querschnittgelähmtenzentrums in der benachbarten Gemeinde Markgröningen übernahm sie die Rolle eines Peers und war dort fast drei Jahrzehnte lang Ansprechpartnerin für die Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten.

## Ausgezeichnetes Gemeindemitglied

Die Arbeit von Brigitte Seiferheld trug und trägt viele Früchte. Wer heute zum Beispiel in Ludwigsburg Bus fährt, nutzt ganz selbstverständlich die komfortable Flotte an Niederflurbussen, die von Menschen mit Behinderung, Familien mit Kinderwagen und älteren Personen gleichermaßen geschätzt werden. Es war Brigitte Seiferheld, die sich bei den Ludwigsburger Verkehrslinien in den 90er-Jahren hartnäckig dafür einsetzte, diese anzuschaffen. Und die dafür sorgte, dass die Ludwigsburger Bürgerstiftung die Anschubfinanzierung übernahm. Brigitte Seiferheld war für ihre langjährige Heimatstadt eine wichtige Begleiterin auf dem Weg zu einer inklusiven Stadt.

## Für Engagement geehrt

Für dieses Engagement wurde sie mehrfach geehrt. 2009 erhielt sie die Ludwigsburg-Medaille, 2014 den Sonderpreis der Bürgerstiftung. 2017 wurde Brigitte schließlich mit der Bürgermedaille der Stadt Ludwigsburg die höchst mögliche Ehrung für ihre außergewöhnlichen Leistungen zuteil. Auf der Trauerfeier Anfang Juni erinnerte der Ludwigsburger Oberbürgermeister an ihr umfangreiches Wirken und bezeichnete sie als „tragenden Eckpfeiler für die kommunale Politik". Brigitte Seiferheld hat viele Erfolge vorzuweisen und vieles vorangebracht, was in den 60er-Jahren kaum vorstellbar schien. Ihr größter Erfolg war aber wohl die lange, glückliche Partnerschaft mit ihrem Mann Frieder. Er war stets an ihrer Seite. Dank seiner Unterstützung konnte Brigitte viele ihrer (gemeinsamen) Ziele erreichen. Im November hätten die beiden Goldene Hochzeit gefeiert.

Wir werden Brigitte vermissen – als aktive Mitstreiterin und gute Freundin.

*Kevin Schultes*







Discretion by Design

*97 von 104 Anwenderinnen, 95% Konfidenzintervall bei einem unteren Grenzwert von 88%.Hollister Anwendungsbeobachtung aus 2020, durchgeführt in 6 Ländern.

Ein Katheter, dessen Design wirklich begeistert.

Der Infyna Chic Einmalkatheter wurde mit Hilfe von Fachexperten entwickelt, um ein hohes Maß an Diskretion für Frauen, die Einmalkatheter verwenden, zu gewährleisten. Der Einmalkatheter hat nicht nur ein ansprechendes Design, sondern ist auch einfach in der Handhabung. Infyna Chic kann einer Frau helfen, sich besser damit zu fühlen, einen Katheter zu verwenden.

Benötigen Sie weitere Informationen oder möchten Sie ein Testprodukt anfordern? Dann besuchen Sie uns auf www.hollister.de oder rufen Sie uns an unter 0800 1015023.



Infyna Chic
Einmalkatheter

Lesen Sie vor der Verwendung die Gebrauchsanleitung mit Informationen zu Verwendungszweck, Kontraindikationen, Warnhinweisen, Vorsichtsmaßnahmen und Anleitungen.

Das Hollister Logo, sowie Infyna Chic sind Warenzeichen von Hollister Incorporated. © 2020: Hollister Incorporated.

CE 0050

Hollister

Kontinenzversorgung



Foto: Jeng Mercado

# Das Leben neu denken

**Patrick Anders brennt für die neu gegründete Arbeitsgemeinschaft „Beatmung“ der FGQ. Er selbst ist auf Beatmung und E-Rollstuhl angewiesen, seit er sich als Kind bei einem Unfall eine hohe Querschnittlähmung zuzog. Sein Leben empfindet er als absolut lebenswert – und will auch anderen neuen Mut machen.**

Patrick Anders lässt sich nicht aufhalten. Mit vier Jahren überlebte er einen schweren Autounfall und lebt seither mit dem Ausfall von Sensibilität und Motorik unterhalb C2. Bei seinem Läsionsniveau betrifft die Lähmung auch die direkt an der Atmung beteiligten Muskeln, die über ein Implantat stimuliert werden (Phrenic Nerve Stimulator, PNS). Patrick Anders ist rund um die Uhr auf Unterstützung angewiesen und führt heute dennoch ein selbstbestimmtes Leben. „Vielen ist nicht bewusst, dass man mit meiner Behinderung selbstbestimmt leben kann und es absolut lebenswert ist“, sagt der 34-Jährige: „Das merkt man wirklich erst, wenn man sich mit betroffenen Leuten auseinandersetzt.“ Für ihn ist es selbstverständlich in der eigenen Wohnung zu leben, ein eigenes Auto zu haben und mit einer selbstgewählten Assistenzkraft zum Treffen mit Freunden zu fahren oder in der Stadt unterwegs zu sein.

Oberstes Ziel: einen guten Job finden. Mit 21 Jahren ist Patrick Anders von zu Hause ausgezogen. An der Hochschule Düsseldorf studierte er zunächst Kommunikations- und Multimediamanagement und hängte nach einigen Praktika und Fortbildungen noch den Masterstudiengang Sportmanagement an, den er 2019 abschloss. Derzeit ist er auf Jobsuche und kann nicht nachvollziehen, weshalb er dabei keine Hilfen durch die Arbeitsagentur bekommt: „Ich erhalte Grundsicherung und gelte offiziell als nicht arbeitsfähig. Aber da ich schon mehrere Praktika in Unternehmen gemacht habe, weiß ich, dass ich arbeiten kann.“ Also ignoriert Patrick Anders den Stempel, den andere ihm aufgedrückt haben, und nimmt die Sache selbst in die Hand. Bis es mit einer Bewerbung klappt, ist er stundenweise in der Vereinsarbeit tätig und gewinnt so Erfahrungen für sein eigentliches Berufsziel, die hauptamtliche Organisation und Öffentlichkeitsarbeit eines Sportvereins. „Berufliche Ziele stehen bei mir ganz weit oben.“

## Erfahrung nutzen

Zugleich ist ihm die persönliche Weiterentwicklung wichtig – bloß kein Stillstand. Dazu gehört auch sein Engagement für die FGQ und für Menschen, die neu von einer hohen Querschnittlähmung betroffen sind. Sie will er aktiv mit Fingerspitzengefühl und Lebenserfahrung unterstützen. Patrick Anders weiß sehr genau, wo bei seiner Behinderung die Herausforderungen liegen – und was alles dennoch machbar ist. „Was für mich in den letzten Jahren eine große Rolle gespielt hat, war der Sport“, erzählt er. Elektro-Rollstuhl-Hockey, kurz E-Hockey, begeistert ihn, auch wenn er sich mittlerweile aus dem aktiven Sport zurückgezogen hat. Fast 20 Jahre lang war E-Hockey Teil seines Lebens, verbunden mit vielen Reisen im In- und Ausland.

Im Rückblick, sagt er, sei es ihm nicht zuletzt durch den Sport immer wieder gelungen, Tiefschläge hinter sich zu lassen und neue Energie zu schöpfen: „Die individuellen Situationen zeigen, dass auch schwierige Phasen überwunden werden können und man hinterher einiges an Erfahrung nutzen und weitergeben kann.“

## Selbstbestimmt

Dass er seinen Alltag frei gestalten kann, liegt auch daran, dass Patrick Anders inzwischen das Persönliche Budget bezieht. Dadurch ist er Arbeitgeber seiner eigenen Assistenzkräfte und leitet ein selbstgewähltes Team. Das Budget zu bekommen, sei ein Berg an Papierarbeit, Organisation und Abklärung mit Behörden gewesen, erinnert er sich. „Aber heute kann ich meine Leute selbst einstellen und notfalls auch mal jemanden ablehnen.“ Die eigens organisierte Unterstützung zu Hause habe natürlich eine ganz andere Dynamik als die in einer Einrichtung oder mit einem ambulanten Dienst. Ein eigenes Team sei viel Verantwortung, er könne dafür aber auch den kompletten Tagesablauf selbst bestimmen. „Mein Team hat sich über Jahre hinweg etabliert, alle kommen aus der Umgebung, ich muss mir keine Sorgen um einen Pflegedienst machen oder befürchten, dass eine Unternehmung nicht stattfinden kann, weil sie nicht in den Dienstplan passt.“ Auch Reisen gehören dazu: Dann wird eben ein passendes Haus gemietet und zwei Assistenzkräfte reisen mit, fertig.

## Politisch mitreden

Mittlerweile ist Patrick Anders zunehmend politisch tätig und im Behindertenbeirat der Stadt Wuppertal aktiv. „Mir ist es wichtig, dass Politiker erfahren, wie gut die Assistenz und das Beatmungsmanagement in den eigenen vier Wänden funktionieren können“, sagt er, auch mit Blick auf aktuelle Gesetzgebungsprozesse. Menschen mit Behinderungen und ihre Verbände protestierten vor allem im ersten Halbjahr 2020, so gut es in Corona-Zeiten eben ging, gegen geplante Neuregelungen, die sie als Bedrohung für ein selbstbestimmtes Leben von Menschen mit intensivpflegerischem Bedarf sahen. „Es geht um die persönliche Freiheit“, sagt Patrick Anders. Für diese Freiheit macht er sich auch regional im Behindertenbeirat stark.

Der Rat der Menschen mit Behinderungen in Wuppertal traf sich nach coronabedingter dreimonatiger Pause zum ersten Mal Anfang Juli 2020 wieder. Zufrieden blickt Patrick Anders unter anderem darauf, was die Beiratsmitglieder in Sachen Hauptbahnhof Wuppertal für Bürger mit Behinderungen erreicht haben. Der neue Bahnhof sei für Menschen mit den unterschiedlichsten Behinderungen mittlerweile gut zugänglich. Es habe gute Gespräche mit der Stadt gegeben, wenn auch hier und da ein wenig Nachdrücklichkeit notwendig gewesen sei. Die Zusammenarbeit will der Beirat nach der Zwangspause nun wieder aktivieren und weiter mitreden.

## Auf Messers Schneide

Als Corona kam, empfand Patrick Anders das wie einen Schlag. Für ihn und andere auf Beatmung angewiesene Menschen ist das Virus in besonderer Weise lebensbedrohlich. „Einen Ritt auf der Messerklinge“, nennt er den Zustand, sich nicht sicher schützen zu können. Schon 2005 und 2016 brachten ihn Lungenentzündungen auf die Intensivstation. Sein Team arbeitet ausschließlich mit Mund-Nasen-Schutz, jeden Tag werden Schlaf- und Badezimmer sterilisiert. „Jeder von uns weiß, dass die Gefahr noch nicht vorbei ist“, betont er. „Man darf jetzt nicht nachlässig werden.“ Auch wenn das alles Kraft kostet, richtet Patrick Anders den Blick auf die positiven Seiten, auf das, was funktioniert. Gesundheitlich gehe es ihm sehr gut, er habe beispielsweise keine Druckstellen. Das zeige übrigens auch, wie im wahrsten Sinne reibungslos selbstständig organisierte Pflege funktionieren könne.

## Familienzusammenhalt

Patrick Anders weiß, dass er bei allem, was er tut, auf seine Mutter und seine Schwester zählen kann, zu denen er ein inniges Verhältnis hat. Als es 1989 zu dem einschneidenden Unfall kam, erwartete seine Mutter gerade ihr zweites Kind, seine Schwester. Der kleine Patrick verbrachte 13 Monate in der Reha in Bad Wildungen. In dieser Zeit verließ der Vater die Familie. In den folgenden Jahren waren es auch die Großeltern, die häufig einsprangen. Familiärer Zusammenhalt bedeutet Patrick Anders daher sehr viel. „Das hat uns in den ganzen Jahren danach bis heute geprägt“, erzählt er. „Ich bin sehr stolz darauf, dass wir das in den letzten Jahren so gut gemeistert haben und heute ein gutes Leben führen können.“

*Nikola Hahn*



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**

MOBILITÄT

# Typisch Berlin?

## ÖPNV: Sonderfahrdienste und andere pfiffige Ideen




*„Gerade bei großen Baustellen muss an mobilitätseingeschränkte Menschen gedacht werden.“*




**Wie steht es um die Mobilitätsangebote für Menschen mit Behinderung in der Bundeshauptstadt? Und wie barrierefrei ist Berlin? Für den PARAplegiker sprach Stephan Neumann mit dem behindertenpolitischen Sprecher der SPD-Fraktion im Berliner Abgeordnetenhaus, Lars Düsterhöft.**

**Wo sehen Sie den größten Nachholbedarf im Bereich des ÖPNV?**

Der ÖPNV muss gerade in strukturell wenig erschlossenen Gebieten verstärkt werden. Wohnen Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, in Außenbezirken, sind sie ohne Auto aufgeschmissen. Hinzu kommt, dass die Taktung der Bus- und Tramlinien oftmals unzureichend ist.

In Berlin wird permanent gebaut, auch die Bahnhöfe werden erneuert. Gerade bei großen Baustellen, die recht lange, teilweise über Jahre bestehen, muss an mobilitätseingeschränkte Menschen gedacht werden. Am Bahnhof Schöneweide gibt es die ersten mobilen Fahrstühle, die während der Bauarbeiten eingesetzt werden. Was nach einer leichten Übung klingt, war in Wirklichkeit harte Arbeit. Ich habe Monate und viel öffentliche Unterstützung gebraucht, um die Senatsverwaltung und die Bahn AG hierzu zu bringen. So ein Vorgehen muss aber Standard werden. Daher begrüße ich die neuen Regelungen, dass wir bis zum 1. Januar 2022 einen weitestgehend barrierefreien ÖPNV in Berlin haben werden. Das Ziel wird sein, dass bei Lücken in Sachen Barrierefreiheit schnell ein angemessener Ersatz gefunden wird. Aufgrund dieses Anspruches wird es im nächsten Jahr viele Gespräche darüber geben, in welchem Rahmen man Ersatz schaffen kann, sollte es etwa über längere Zeit einen defekten Fahrstuhl an einem Bahnhof geben.

Zudem ist es weiterhin wichtig, vor Beginn der Bauarbeiten Menschen mit Behinderungen oder ihre Vertreterorganisationen einzubeziehen. Denn oft wird drauf losgebaut und am Ende stellt sich heraus, dass das Leitsystem für Sehbehinderte mangelhaft ist.

**Werden bei dem Thema barrierefreier ÖPNV in Ihrem Bundesland alle Behinderungsarten berücksichtigt?**

Es sollte weiterhin überlegt werden, welche Angebote für Menschen mit kognitiver Behinderung geschaffen werden können, um ihnen eine größtmögliche und selbstbestimmte Nutzung des ÖPNVs zu ermöglichen. Es gibt kleine Kommunen, in denen die Busse neben der Fahrtzielangabe ein Symbol – etwa eine Blume – haben. Das ermöglicht Analphabeten die Nutzung des richtigen Busses. Solche Überlegungen gab es auch für Berlin. Doch bei über 175 Tageslinien für Busse wäre eine solche Lösung zu unübersichtlich. Weiterhin muss daran gearbeitet werden, die Informationen zum ÖPNV so einfach wie möglich zu halten. Beispielhaft wären hier Piktogramme, die einfache Gestaltungen bei Automaten und die Infos zur Mehrsprachigkeit zu nennen.

Das neue IT-Gesetz wird auch neue Anforderungen an den ÖPNV stellen. Ich wünsche mir, dass damit wichtige Lücken geschlossen werden und es mehr Angebote in leichter Sprache und Gebärdensprache geben wird.

*„Vor Beginn der Bauarbeiten müssen Menschen mit Behinderungen einbezogen werden.“*

An die Gruppe der sehbehinderten Menschen wurde viele Jahre lang nicht gedacht. Die Markterkundung zum Thema „sprechende Busse und Straßenbahnen“ sollte herausfinden, welche sinnvollen Möglichkeiten man entwickeln kann, um akustische Informationen bereitzustellen. In Zukunft ist der Senat gefordert, auf die Empfehlung, Busse und Straßenbahnen mit akustischen Außenanlagen auszustatten, zu drängen. Zusätzlich soll es auch eine barrierefreie, akustische App-basierte Lösung geben.

Was mir als Bürger in einem Außenbezirk besonders wichtig ist – und das sehe ich auch bei meiner mobilitätseingeschränkten Nachbarschaft: Die enge Verzahnung von unterschiedlichen Verkehrsmitteln. Ziel muss es sein, alle Anstrengungen zu unternehmen, um eine vollständige Barrierefreiheit zu gewährleisten. Damit meine ich auch Ticketautomaten, die nach dem Prinzip „Design for All“ geschaffen werden.

**Wie bewerten Sie den Berliner ÖPNV in Sachen Barrierefreiheit?**

Im Vergleich steht der Berliner ÖPNV gut da. Die Anforderungen an den ÖPNV werden vom Senat definiert. Nach dem Personenförderungsgesetz sollen bis 1. Januar 2021 die Berliner U-Bahnhöfe – mit wenigen Ausnahmen – barrierefrei werden.

Positiv hervorheben möchte ich das automatische Kneeling. In Berlin senkt sich jeder Bus an der Haltestelle automatisch ab, sodass sich der Abstand zum Bus verringert und Menschen leichter ein- und aussteigen können. Zwar gab es in der Vergangenheit Versuche, dieses Kneeling abzuschaffen, doch hat sich das zum Glück nicht durchsetzen können. Für die Berliner SPD gehört ein inklusiver ÖPNV, der von allen gleichermaßen genutzt werden kann, zu einer inklusiven, solidarischen und weltoffenen Stadt.

Im Gegensatz zu anderen Städten und Kommunen gibt es in den Berliner Doppeldecker-Bussen, in den meisten Gelenkbussen und in den neuen Straßenbahnen immer zwei Plätze für Rollstuhlfahrer. Zudem gibt es Klappsitze, sodass sich Gepäck und/oder Rollatoren gut verstauen lassen.

Was mich auch freut, ist, dass nun auf Hinweis des Allgemeinen Blinden- und Sehbehindertenvereins Berlin die Fahrzielanzeige verbessert wurde. Bei allen Neuanschaffungen werden nun weiße LEDs verwendet. Weiße Schrift auf schwarzem Grund ist viel kontrastreicher als eine gelb-orange Schrift. Die neuen LEDs haben eine besondere Brillanz und können von sehbehinderten Menschen besser gesehen werden.

**Welche besonderen Angebote gibt es für Menschen mit Behinderungen im Land Berlin?**

Es gibt einen Begleitservice für Menschen mit Behinderungen oder Einschränkungen, für dessen Nutzung kein Nachweis nötig ist. Als Mensch mit Angststörung, mit Rollator oder mit Lernschwierigkeiten kann ich den Begleitservice buchen und werde von Haustür zu Haustür begleitet.

Auch der Berliner Sonderfahrdienst für Menschen mit Behinderungen ist berlintypisch. Leider sind Spontanfahrten nur selten möglich, weswegen Inklusionstaxen geschaffen werden sollen. Angesichts der schwierigen Lage der Taxiunternehmen allgemein, muss geschaut werden, inwieweit weitere Alternativen möglich sind.

Auf Initiative der Organisation „Sozialhelden“ ist die Internetseite „broken lifts“ entstanden. Hier können sich mobilitätseingeschränkte Menschen über Fahrstuhlstörungen informieren. Dabei wird sowohl auf Daten des Verkehrsverbund Berlin-Brandenburg (VBB) und der Berliner Verkehrsbetriebe (BVG) zurückgegriffen.

In langer Tradition gibt es in Berlin Mobilitätstrainings. Diese Trainings werden von der BVG angeboten. Rollstuhlfahrer oder ältere Menschen mit Gehbeeinträchtigung können ganz in Ruhe den Ein- und Ausstieg mit Rampe an einem Bus-Endbahnhof – außerhalb des regulären Betriebes und unter Anleitung – üben.

*Das Interview führte*
*Stephan Neumann*

SCHWALBE

TAKE A RIDE ON THE WIDE SIDE




**28 MM BREITE FÜR DIE SCHWALBE BESTSELLER.**
Beim Marathon Plus und Right Run haben wir die Standardbreite auf 28 mm geändert. Genial, gleich drei entscheidende Faktoren werden so positiv beeinflusst: Komfort, Rollwiderstand und Sicherheit.
**schwalbe.com**

# Nachteilsausgleiche und Inklusion

## Ein kritischer Praxis-Beitrag zum Nachteilsausgleich der beruflichen Teilhabe

**In der Sommerausgabe des PARAplegiker mit dem Themenschwerpunkt berufliche Teilhabe standen die Nachteilsausgleiche für Menschen mit Behinderung zur Diskussion. Sind sie Stolpersteine für die Inklusion? Manfred Sauer nimmt in dieser Debatte Stellung. Er ist Tetraplegiker, Gründer und Geschäftsführer der gleichnamigen GmbH, die sich seit über 40 Jahren auf die individuelle Versorgung im Bereich der ableitenden Inkontinenzhilfsmittel spezialisiert hat.**




Der Nachteilsausgleich ist aus meiner Sicht ein Gesetz, das lieb gemeint ist, aber sich kontraproduktiv auswirkt. Ein Paradebeispiel für das Auseinanderklaffen von Theorie und Praxis. Warum? Hier einige Beispiele:

### Stichwort: Akzeptanz

Die Akzeptanz eines Mitarbeiters mit einer Behinderung wird bei den Kollegen durch Vergünstigungen wie erhöhter Kündigungsschutz und zusätzliche Urlaubstage nicht gefördert. Denn sie werden – ob nun offen ausgesprochen oder nicht – als Ungerechtigkeit erlebt. Fünf zusätzliche Urlaubstage bedeutet für die Kollegen in der Regel Mehrarbeit. Da bleibt das Verständnis für die besondere Situation des behinderten Kollegen schnell auf der Strecke.

### Stichwort: Kündigung

Der erhöhte Kündigungsschutz macht die zusätzliche Genehmigung des Integrationsamtes nötig. Nach der ersten negativen Erfahrung wird ein Arbeitgeber nach Möglichkeit keinen Schwerbehinderten mehr einstellen. Meine Erfahrung: Im Zweifel entscheidet das Arbeitsgericht bei jeder Kündigung – ob schwerbehindert oder nicht – zu Gunsten des Arbeitnehmers. Warum also diese Sonderregelung, die streng genommen das Gegenteil von Integration bedeutet?

### Stichwort: Finanzielle Anreize

Die vom Arbeitsamt gegebenen Anreize zur Einstellung eines Schwerbehinderten, etwa die Kostenübernahme für Umbaumaßnahmen oder der Lohnzuschuss für begrenzte Zeit, sind keine echten Anreize für ein gesundes Unternehmen. Hier denkt man langfristiger und sieht für die Zukunft höhere Kosten auf die Firma zukommen, zum Beispiel durch ein höheres Ausfallrisiko, Kuren und Ähnliches.

### Abschaffung erhöht die Akzeptanz

Als Tetraplegiker weiß ich um mein behinderungsbedingtes zusätzliches Ausfallrisiko und um die eingeschränkten Möglichkeiten, dieses durch besondere Fähigkeiten zu kompensieren. Ich habe Einschränkungen, die sich in der täglichen Arbeit als nachteilig erweisen und es wäre blauäugig, dies hier schön zu reden und die Leistungsfähigkeit eines Schwerbehinderten als uneingeschränkt zu betrachten. Die meisten nicht behinderten Menschen werden diesen Umstand nicht benennen wollen, denn sie befürchten, dann als behindertenfeindlich eingestuft zu werden. Das hat nach unserer NS-Vergangenheit ein – wie man im Schwäbischen sagt – G'schmäckle. Für mich ist das der Grund, warum sich niemand traut, die Nachteilsausgleiche infrage zu stellen oder gar für ihre Abschaffung zu plädieren. Ich bin jedenfalls fest davon überzeugt, dass die Abschaffung dieses Gesetzes die Akzeptanz von behinderten Mitarbeitern erhöht und die Bereitwilligkeit von Unternehmen fördert, Schwerbehinderten eine Chance am ersten Arbeitsmarkt zu geben.

*„Ich habe Einschränkungen, die sich in der täglichen Arbeit als nachteilig erweisen."*

Was – auch unter den Betroffenen – nur ungern offen angesprochen wird: Der Wegfall von Rentenbezügen bei Berufstätigkeit. Es geht also nicht um die Arbeit an sich, sondern um den Verdienst, der um einiges höher liegen muss als der Rentenabzug, damit sich die Arbeit auch „lohnt". Das ist ein Teufelskreis und deshalb arbeiten viele Menschen mit Behinderung auf geringfügiger Basis. Will man ernsthaft und wirkungsvoll die Situation für schwer- und schwerstbehinderte Menschen auf dem Arbeitsmarkt verbessern, wird man nicht um die Veränderung der bisherigen Rahmenbedingungen herumkommen. Allerdings ist dazu die Bereitschaft fraglich. Es wäre gut, wenn die Behindertenverbände sich dieser Sache annehmen, denn nur sie sind in der Lage, die Situation zum Besseren zu verändern. Nur so kann die Politik ohne Diskriminierung tätig werden. *Manfred Sauer*

**Diskutieren Sie mit:** **redaktion@fgq-paraplegiker.de**







Foto: stock.adobe.com – reichdernatur

# Aktivierung mit Reflexlokomotion

## Die Vojta-Therapie in der Behandlung querschnittgelähmter Patienten

**In der Behandlung querschnittgelähmter Patienten steht heute eine Vielzahl unterschiedlicher physiotherapeutischer Behandlungsmethoden zur Verfügung. Der überwiegende Teil hat es zum Ziel, Bewegungsstörungen und Fehlhaltungen durch bewusstes Üben von Bewegung und Gleichgewicht zu reduzieren. Auch apparatives Training für Arme und Beine beabsichtigt, „normale" Bewegungsabläufe wieder zu erlernen. Einen anderen Weg beschreitet die Vojta-Therapie.**

Die bis heute gültigen Grundlagen für die „Behandlung und Rehabilitation rückenmarkverletzter Patienten" wurden in den 1940er-Jahren von Sir Ludwig Guttmann geschaffen. Von Beginn an lag die Verantwortung der Physiotherapeuten darin, die Patienten passiv und aktiv zu fördern und zu fordern. Durch neue neurophysiologische Erkenntnisse erfolgte ein grundsätzliches Umdenken und eine Neuorientierung in der Auswahl von Behandlungsschwerpunkten und deren Übertragung in das Behandlungskonzept der Querschnittlähmung. Die Inhalte aus der funktionellen Bewegungslehre, der Manuellen Therapie, und den neurophysiologischen Techniken (Bobath, PNF, Vojta) haben bis heute ihren Stellenwert in der Behandlung der spinalen Läsionen.

### Diagnostik und Therapie

Nach 1950 entwickelte der Neurologe und Kinderneurologe Prof. Dr. Václav Vojta ein differenziertes System zur Diagnostik und Therapie für Kinder und Jugendliche mit Bewegungsstörungen infolge einer Hirnschädigung. Dieses Prinzip beruht auf grundlegenden physiologischen Gesetzmäßigkeiten und wird bei Patienten mit neurologischen sowie neuroorthopädischen Störungsbildern aller Altersbereiche in der Rehabilitation vielfach und erfolgreich angewendet.

Bereits in den 1970er-Jahren wurden die Kenntnisse über die allgemeinen Gesetzmäßigkeiten der motorischen Entwicklung in die Rehabilitation von Menschen mit Querschnittlähmung übertragen. Es zeigte sich darüber hinaus, dass sich die von Vojta benannten zehn Entwicklungsstadien auf Patienten mit einer Querschnittlähmung übertragen lassen. Heute erfassen und beurteilen fünf Stadien (Locomotor Stages In





Reflexkriechen bei einem Patienten mit Tetraparese, Aktivierung der Rumpfsteuerung und Stützfunktion von Arm und Bein mithilfe der Zone an der Ferse.

Fotos (2): Aileen Raddatz

Spinal Cord Injury – LOSSCI) die quantitative Entwicklungsdynamik und die daraus resultierende Selbstständigkeit bei Querschnittlähmung.

## Wechselbeziehung von Haltung und Bewegung

Bei Verletzung des Rückenmarks treten – je nach Schweregrad der Lähmung – mehr oder weniger ausgeprägte instabile vitale und vegetative Funktionen, ein muskuläres Ungleichgewicht und Gelenkfehlstellungen mit Bewegungseinschränkungen und Kontrakturen auf. Daraus resultieren nicht nur Haltungs- und Bewegungsstörungen, sondern auch Ermüdungs- und Verschleißerscheinungen. Infolgedessen treten chronische Schmerzen, überwiegend von der Wirbelsäule und dem Schulter- und Beckengürtel ausgehend, in den Vordergrund. Sie sind auf den Verlust der ungestörten Steuerung der Körperhaltung und auf die notwendigen Kompensationsbewegungen zurückzuführen.

Die Fähigkeiten, „sich halten“ zu können und dabei „frei zu agieren“, stehen in einer wechselseitigen Beziehung und beeinflussen sich gegenseitig. Sie sind bei querschnittgelähmten Patienten gestört und beeinträchtigen die Selbstständigkeit in verschiedenen Bereichen wie:

- Essen/Trinken
- Selbstversorgung und Körperpflege
- Steuern/Antreiben eines Rollstuhles
- Veränderung Körperposition (Umdrehen, Aufsetzen, Übersetzen, Aufstehen, Gehen)

Eine Körperposition und Haltung zu erreichen, die freies Hantieren und ungehinderte Fortbewegung im Rollstuhl ermöglicht, steht im Fokus der Interessen der Betroffenen und Therapeuten.

## Therapeutischer Ansatz

Mit der Vojta-Therapie werden Grundmuster der automatischen Steuerung des Gleichgewichtes und der isolierten Bewegung der Arme und Beine, ohne übende Mitarbeit des Patienten, aktiviert. Diese sind angeboren und im zentralen Nervensystem abgespeichert. Sie enthalten alle wesentlichen Bausteine der menschlichen Aufrichtung und Fortbewegung.

Mit der Vojta-Therapie kann das jeweils vorhandene, ggf. nicht erreichbare oder „blockierte“ neurologische Potenzial ausgeschöpft werden. Durch wiederholte Behandlung werden die ausgelösten physiologischen Muster automatisch und unbewusst in das spontane Bewegungsverhalten des Patienten integriert.

Störungen von Haltungssteuerung und Bewegung, welche mit einer Querschnittlähmung verbunden sind, werden im zentralen Nervensystem überschrieben, erscheinen nach der Therapie reduziert, und können positiv beeinflusst werden. Viele Patienten beschreiben nach der Vojta-Therapie zudem ein „freies und leichtes“ Körper- und Bewegungsempfinden.

## Therapeutische Praxis

Zur Anwendung kommen das von Vojta beschriebene „Reflexumdrehen“ (s. Abb. 1) und das „Reflexkriechen“ (s. Abb. 2). Die motorischen Reaktionen werden aus Rücken-, Seiten- und Bauchlage über gezielten Druck des Therapeuten auf bestimmte Körperstellen aktiviert.

Die ausgelösten Haltungs- und Bewegungsreaktionen beinhalten muskuläre Aktivitäten und führen u.a. zu folgender Wirkung auf unterschiedliche Körperebenen:

- Die Wirbelsäule wird gestreckt und gedreht und ist funktionell beweglicher.
- Der Kopf kann freier bewegt und gehalten werden.
- Die Atem-, Bauch- und Beckenbodenmuskulatur wird aktiviert.
- Der Brustkorb weitet sich.
- Die Atmung vertieft sich und wird regelmäßiger.
- Die Gelenke werden beweglicher, insbesondere Hüft- und Schultergelenke.
- Schmerzen und Spastizität werden positiv beeinflusst.
- Die Hände und Füße werden gezielter für Greif- und Stützfunktionen eingesetzt.

## Resümee

Die Reflexlokomotion nach Vojta hat sich in vielen Behandlungszentren als Basismethode bewährt und etabliert. Es zeigt sich, dass nach der Aktivierung mit der Reflexlokomotion Patienten schneller und umfangreicher im Alltag agieren können. Hierzu wurde u. a. eine Untersuchung zur „Soforteffekterfassung in der Veränderung der Gehfähigkeit bei Querschnittgelähmten nach der Vojta-Therapie“ auf dem DMGP-Kongress 2016 in Bayreuth vorgestellt.







Reflexumdrehen bei einer Patientin mit Paraparese: Aktivierung der Stützfunktion von Arm, Bein und Rumpf mit Hilfe der Zone am Schulterblattrand und der obenliegenden Beckenseite.

Die jahrzehntelange Erfahrung mit der Vojta-Therapie in der motorischen Rehabilitation von Querschnittgelähmten hat gezeigt, dass damit Grundlagen für repetitives Üben geschaffen werden und sie sich mit technischen Applikationen (Orthesen, Prothesen, Exoskelette, etc.) erfolgreich kombinieren lassen.

Mit dem Ziel, den Handlungsspielraum zu erweitern sowie die Mobilität der Patienten zu verbessern, geht die positive Beeinflussung des subjektiven Befindens einher. Dies sind wertvolle Grundlagen eine größtmögliche Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Partizipation zu erreichen.

*Lars Kellner*



Foto: Vojta Gesellschaft e. V.

**Prof. Dr. Václav Vojta (1917 – 2000)**

Der Entdecker der sogenannten Reflexlokomotion entwickelte eine Diagnostik zur Früherkennung von Bewegungsstörungen im Säuglingsalter auf der die sog. Vojta-Therapie beruht. Er arbeitete an der Orthopädischen Universitätsklinik Köln sowie am Kinderzentrum München und lehrte seit 1990 wieder an der Karls-Universität in Prag. Für seine bahnbrechende Entdeckung und Behandlung erhielt er zahlreiche wissenschaftliche Auszeichnungen, darunter den Heine-Preis der deutschen Orthopädie.





Hilfe bei Darmschwäche

Über unfreiwilligen Harnverlust zu sprechen, ist für viele Betroffene schon schwer genug. Ständiges Stuhlschmieren oder hartnäckige Verstopfung werden in der Regel noch seltener thematisiert. Dabei kann ein individuelles Darmmanagement in den meisten Fällen zu mehr Lebensqualität verhelfen – und das in jedem Alter!

Selbstbestimmte Darmentleerung

Peristeen® Anale Irrigation* ist als intelligente Weiterentwicklung des Einlaufprinzips eine wirkungsvolle Möglichkeit, den Darm natürlich zu entleeren. Über einen Rektalkatheter wird Wasser in den Darm eingebracht, was Entleerungsreflexe auslöst. Durch die Irrigation entleert sich der Darm effektiver. Das kann helfen, die Wahrscheinlichkeit eines unfreiwilligen Stuhlverlusts und/oder einer Verstopfung zu minimieren. Zudem können die Anwender den Zeitpunkt der Anwendung so bestimmen, dass er zu Ihrem Lebensstil passt. Bei regelmäßiger Anwendung wird der Darm so effektiv entleert, dass Stuhlinkontinenz und Verstopfung für bis zu zwei Tage verhindert werden.

Entdecken Sie mit der transanalen Irrigation von Peristeen® ein Komplettsystem für eine sanfte Darmspülung, das Ihnen die Freiheit eines selbstbestimmten Lebens ermöglicht.

*Bestellen Sie Ihr perönliches Peristeen® Infopaket unter www.peristeeninfo.de oder scannen Sie einfach den QR-Code.*

* Ob dieses Hilfsmittel für den Betroffenen geeignet ist, entscheidet der behandelnde Arzt. Die Kosten des Hilfsmittels werden, bei medizinischer Notwendigkeit, von der Krankenkasse erstattet. Anwender müssen lediglich die gesetzliche Zuzahlung leisten.

The Coloplast logo is a registered trademark of Coloplast A/S. © 2020-08.
All rights reserved Coloplast A/S, 3050 Humlebaek, Denmark.

# Direkte Gabe von Oxybutinin in die Blase: Langbewährtes, neu aufgelegt

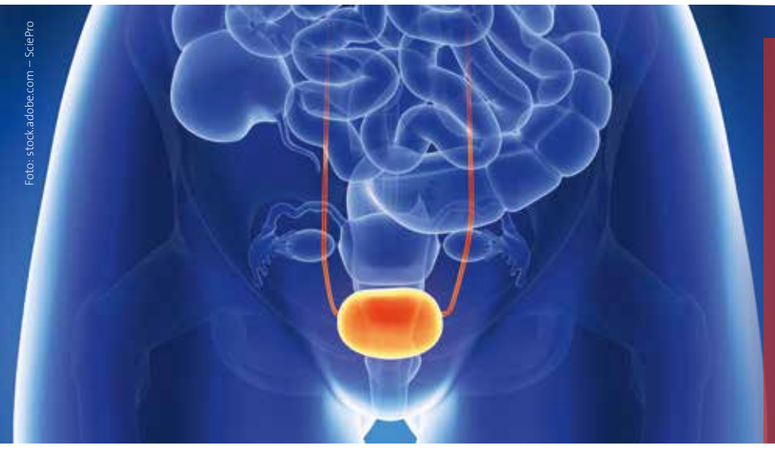


Foto: stockadobe.com – ScePro

**Nach dem Eintritt einer Querschnittlähmung steht meist der Schock über den Verlust der Mobilität und Gehfähigkeit im Vordergrund. Doch Rückenmarksverletzungen beeinträchtigen meist auch die Blase. Studien haben gezeigt, dass die direkte Gabe von Oxybutinin in die Blase bei vielen Querschnittgelähmten die sogenannte Hochdruckblase (spastische Blase) entlastet und somit die Lebensqualität steigert. Ab sofort müssen alle Krankenkassen die Kosten für die Lösung erstatten.**

In der ersten Zeit nach dem Trauma ist die Blase mit einer Ableitung über einen Katheter durch die Bauchdecke oder die Harnröhre versorgt, zumal sie sich in den durchschnittlich ersten sechs Wochen auch in einem „Schockzustand“ ohne Eigenaktivität befindet. Dann entwickelt sich ein Funktionsmuster, das den weiteren Verlauf der Blasentherapie bestimmt. Bei hohen Querschnittlähmungen mit Verletzung im Brust- und Halswirbelbereich sind die Folgen u.a. unkontrollierte Kontraktionen des Blasenmuskels mit Entwicklung hoher Drucke in der Blase, die sich auf die Nieren übertragen. Langfristig und unbehandelt kann dies zu gravierenden Nierenschädigungen bis zum Nierenversagen, u.a. wegen Harnrückstau und Harnwegsinfektionen führen. Wenn dieser Wechsel zur „Hochdruckblase“ stattfindet, äußert sich das meist durch Harnabgang über die Harnröhre, aber auch durch Zunahme von Spastik der Extremitäten und vegetativen Begleiterscheinungen (Bluthochdruckspitzen, Schwitzen und Gänsehaut im oberen Körperbereich, Kopfschmerzen).

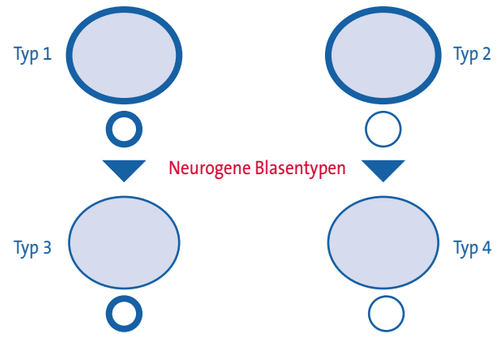
Häufig wird das Abgehen von Urin als Wasserlassen interpretiert. Dies hat jedoch nichts mit einer Normalisierung der Blasenfunktion zu tun, sondern mit einer neurologischen Funktionsstörung mit zusätzlich meist unvollständiger Entleerung, da der Schließmuskel gegen die Entleerungsanstrengungen des Blasenmuskels arbeitet.

## Blasendruck dämpfen

In den sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts kam man zu der Erkenntnis, dass die Patienten in ihrer Lebenserwartung nicht mehr eingeschränkt waren, wenn man den Druck in der Blase dämpft, die Blase kontrolliert und regelmäßig durch Einmalkatheterismus entleert. Auf diese Weise werden nicht nur Nieren und Blase geschützt. Es wird zudem die Lebensqualität der Patienten erhöht durch sogenannte sekundäre oder soziale Kontinenz, weniger symptomatische Harnwegsinfekte und weniger Arztbesuche bzw. Krankenhausaufenthalte. Dies ermöglicht die aktivere Teilhabe am sozialen Leben und am Arbeitsleben.

Ziel war also ein „Niederdrucksystem“ der Blase zu entwickeln. Dies kann mit Medikamenten gelingen, die den Blasenmuskel „lähmen“, um ein schlaffes Reservoir zu bilden (s. Abbildung). Diese Medikamente blockieren den stimulierenden Botenstoff Acetylcholin des Parasympathikus und heißen Anticholinergika. Allerdings spielt dieser Botenstoff auch an anderen Organen eine stimulierende Rolle z.B. beim Darm oder den Speicheldrüsen. Werden diese Organe blockiert, verstärkt sich z.B. eine neurogene Darmlähmung mit Obstipation und Entleerungsstörung (bei praktisch allen querschnittgelähmten Patienten vorhanden) und erzeugt einen trockenen Mund und sonstige Schleimhauttrockenheit. Auch Störungen des Gedächtnisses kommen vor. Dies ist vor allem bei den Anticholinergika, die geschluckt werden, der Fall.

Zielsetzung der Therapie bei neurogenen Funktionsstörungen des unteren Harntraktes: Schaffung eines Niederdrucksystems. Modifiziert nach einem Schema von Prof. Helmut Madersbacher.




Hyperreflexie = spastisch (= dick) Areflexie = schlaff (= dünn)
Typ 1 Spastischer Blasenmuskel und Schließmuskel
Typ 2 Spastischer Blasenmuskel und schlaffer Schließmuskel
Typ 3 Schlaffer Blasenmuskel und spastischer Schließmuskel
Typ 4 Schlaffer Blasenmuskel und Schließmuskel

## Botox-Injektionen

Eine weitere Idee war, dass man die dämpfenden Medikamente direkt an den Ort des Geschehens bringt: Botulinumtoxin A („Botox“) wird im Rahmen einer Blasenspiegelung mit einer Spritze an verschiedenen Stellen in den Blasenmuskel injiziert. Dies verursacht für eine bestimmte Zeit eine Lähmung (meist) nur des Blasenmuskels und ohne Wirkung auf den restlichen Körper. Dies sind im Durchschnitt neun Monate, sodass man regelmäßig, oft stationär in der Klinik, diese Behandlung wiederholen muss. In der Zeit nachlassender Wirkung (kleinere Kathetermengen und Harnkontinenz) wird zusätzlich wieder die Einnahme von Tabletten notwendig.

## Direkte Gabe von Oxybutinin

Schon vor Jahrzehnten hat man die Inhaltsstoffe der Tabletten in Lösungen gegeben und sie direkt über den Katheter in die Blase gespritzt. Katheterisiert werden soll und muss sowieso, sodass dieses Verfahren keinen besonderen zusätzlichen Aufwand bedeutet. Hier hat sich Oxybutinin sehr bewährt und viele Studien haben gezeigt, dass die Wirkung bei direkter Gabe in die Blase sogar noch effektiver als die orale Gabe ist. Grund sind Mehrfachwirkungen an der Blasensteuerung, u.a. an den Schmerzrezeptoren und eine direkte entspannende Wirkung am Blasenmuskel. Hinzu kommt noch die erfreuliche Tatsache, dass die unangenehmen Nebenwirkungen im Vergleich zur Tablettenform wesentlich geringer sind. Der Abbau über die Leber wird umgangen und es gibt weniger Unverträglichkeiten mit anderen Medikamenten. Studien belegen auch ein geringeres Auftreten von symptomatischen Harnwegsinfektionen.

Langjährige gute Erfahrungen zeigen Studien bei Kindern, vor allem mit Spina bifida, bei denen die lokalen Effekte erst recht gewünscht werden.

## Krankenkassen erstatten Kosten

Die Dosierung wird individuell durch den (Neuro-)Urologen bestimmt, die Gabe erfolgt meist dreimal täglich durch einfaches Einspritzen mit kleinen Fertigspritzen in den Einmalkatheter nach Entleerung der Blase.

Bisher musste diese Lösung von Apotheken als sogenannte Rezeptur oder Defektur bestellt und die Kostenübernahme bei der Krankenkasse beantragt werden, mit der Gefahr einer Ablehnung.

Seit März 2019 ist diese Lösung nun in vielen europäischen Ländern, u.a. in Deutschland, als Arzneimittel für die neurogene Blase mit dem Handelsnamen Vesoxx® zugelassen. Seit Mitte September 2020 kann Vesoxx® als Arzneimittel rezeptiert werden und ist in allen Apotheken beziehbar. Alle Krankenkassen müssen die Kosten erstatten.

## Anstieg der Lebensqualität

Zusammenfassend ist die Arzneimittelzulassung von Vesoxx® ein großer Fortschritt in der Therapie der neurogenen „Hochdruckblase“ zum Schutz der Harnwege und zur Steigerung der selbstbestimmten Lebensqualität.

Gerade in der Zeit der Covid-19-Pandemie hat sich gezeigt, dass sich viele Patienten in der kontinuierlich erforderlichen Therapie ihrer Blase allein gelassen fühlten und sich eine langfristig klinik- und arztunabhängige kontinuierliche Therapie wünschen. Die Patienten hatten Sorge, einen Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen oder sie bekamen keinen Termin. Die Wirkung von „Botox“ hatte nachgelassen, es konnte nicht nachgespritzt werden und eine ergänzende oder alternative effektive und nebenwirkungsarme Therapie wurde erforderlich. Die intravesikale Gabe von Oxybutinin haben viele Patienten geschätzt und können sie nun in ihr Blasenmanagement fest einbauen.

*Dr. Almuth Angermund*

KLINIK BAVARIA Kreischa/Zscheckwitz
KLINIK BAVARIA in Kreischa / Zscheckwitz




Zentrum für Querschnittgelähmte
» Weiterbehandlung und lebenslange Nachsorge
» Neuerlernung der Verrichtungen des täglichen Lebens
» soziale und berufliche Wiedereingliederung
» Integration der Angehörigen

OT Zscheckwitz 1 – 3 | 01731 Kreischa | Tel.: 035206 6-3305 | Fax: 035206 6-3333 | www.klinik-bavaria.de

# Die technische Geschichte der Beatmung

**Luft holen bedeutet Leben, das Atmen ist ständiger Begleiter unseres Lebens. Aber haben Sie schon mal bewusst daran gedacht zu atmen, außer vielleicht beim Tauchen oder beim Luftballon-Aufblasen? Eine der existenziellen Funktionen des menschlichen Körpers, das Atmen, ist eine sehr komplexe Funktion und passiert im Unterbewusstsein.**

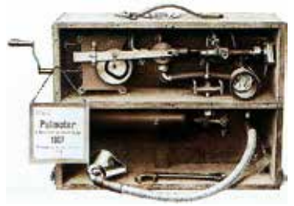


Der Pulmotor wurde beispielsweise zur Notfallbeatmung im Schwimmbad eingesetzt (1913).

Nun hat uns nicht erst COVID-19 beigebracht, dass diese unbewusste Funktion unseres Körpers ausfallen kann. Das Virus kann den Körper so schwächen, dass der Atemantrieb aussetzt. Es gab aber schon immer auch andere Gründe, warum Menschen nicht mehr atmen können. Es gibt Muskelerkrankungen wie MS (Multiple Sklerose), ALS (Amyotrophe Lateralsklerose), Muskeldystrophie oder andere Erkrankungen, die irgendwann zu einer starken Schwächung oder Lähmung der Atemmuskulatur führen können. Es gibt angeborene Atemfunktionsstörungen oder Krankheiten wie die COPS (chronic obstructive pulmonary disease), die dazu führen, dass Menschen künstlich beatmet werden müssen. Es gibt unendlich viele Gründe für eine Beatmung und schließlich gibt es natürlich auch ultrahohe Querschnittlähmungen, die eine Beatmungspflicht mit sich bringen.

## Erste Erwähnungen in der Geschichte

Schon in den Schriften der alten Griechen und Römer wurden erste Maßnahmen der Beatmung und der Tracheotomie (des Luftröhrenschnittes) beschrieben. Mitte des 18. Jahrhunderts unternahm man erste Versuche, mittels Blasebalg Luft in Tote zur Wiederbelebung zu pumpen („Insufflatio vehemens“, Monro) und wenig später sogar über einen Katheter in den Kehlkopf. Es gab Versuche mit einer Art Trachealkanüle und angesteckter, gelöcherter Spritze (Le Gallois, 1812). Berühmt wurde die „Rückendruck-Armzug-Methode“ nach Holger Nielsen, die bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts angewendet wurde. 1832 wurde die erste Vorform einer „Eisernen Lunge“ gebaut, die den Beginn der modernen Beatmung bedeutete. Es folgten verschiedene Formen maschineller Respiratoren, deren Entwicklung noch bis heute immer weiter voranschreitet und immer ausgefeilter wird.



Der Pulmotor ist ein Notfallbeatmungsgerät, das 1907 von Johann Heinrich Dräger, dem Gründer von Drägerwerk, erfunden wurde.

## Maschinelle Atemgeräte

Das erste maschinelle Beatmungsgerät, das berühmt wurde, war der Pulmotor der Firma Dräger (1907). Er ermöglichte es erstmals, Menschen noch an der Unfallstelle maschinell zu beatmen. Er war allerdings nicht für eine längere Beatmung geeignet und schon gar nicht für die Beatmung zu Hause.

Nach dem Zweiten Weltkrieg sorgte die Polio-Epidemie, auch Kinderlähmung genannt, weltweit für Entsetzen. Sie hinterließ bei den meisten Betroffenen bleibende Lähmungen und viele mussten zeitweise oder auch dauerhaft beatmet werden. Hier half das Militär: Soldaten wechselten sich an den Krankenhausbetten ab, um ohne Unterbrechung Beatmungsbeutel zu drücken. Das war natürlich keine Dauerlösung. In Schottland gab es zu dieser Zeit schon erste Modelle des Tank-Respirators (John Dalziel, 1832). In Deutschland wurden jetzt auch Beatmungsgeräte entwickelt und unter dem Namen „Eiserne Lunge“ bekannt. Hierbei liegt der gesamte Körper in einem Metallzylinder, nur der Kopf schaut heraus und im Inneren des Gerätes wird abwechselnd Unter- und Überdruck erzeugt. Das Ganze beeindruckt fachfremde Menschen immer sehr, da es sehr wuchtig aussieht und verhältnismäßig laut ist. Es hat jedoch den großen Vorteil gegenüber einem Atemgerät, dass Luft in die Lunge gesaugt wird (ein relativ natürlicher Weg) und nicht mit Überdruck hineingepresst wird, was Druckschäden in der Lunge erzeugen kann. Außerdem ist es eine nicht-invasive Form der Beatmung, das heißt, man legt die Beatmung nur von außen an und macht keinen Schnitt oder ähnlichen Eingriff am Körper. Das ist sicher ein Grund, warum die „Eiserner Lunge“ bis heute nicht vollständig aus der Beatmungswelt verschwunden ist, auch wenn nur noch wenig Exemplare in Gebrauch sind (vornehmlich in Italien). In jüngster Zeit tauchte auch wieder ein Kürass-Modell, das den Brust- und Bauchbereich wie ein Harnisch umschließt, zur Beatmung auf. Es basiert auf einem ähnlichen Funktionsprinzip, dem des Unterdrucks. Eine Entwicklung, die man sicher im Auge behalten muss, bei der es aber noch an Erfahrung mangelt.

Fotos (3): Drägerwerk AG & Co. KGaA



Im Kampf gegen die Folgen der Kinderlähmung wurde die „Eiserne Lunge“ als erstes Langzeit-Beatmungsgerät eingesetzt.

## Verbesserte Technik

Die Entwicklung der Elektro- und Digitaltechnik verbesserte in den 80er-Jahren entscheidend die technischen Möglichkeiten in der Beatmung. Beatmung – auch außerhalb eines klinischen Settings – wurde möglich und selbst Kleinkinder und extrem Frühgeborene konnten nun adäquat beatmet werden.

Seit Ende der 80er-Jahre gibt es eine weitere Option: den „Phrenicus Nerve Stimulator“ (PNS), den Zwerchfellnervenstimulator aus Finnland. Bei dieser Methode werden Elektroden am Zwerchfellnerv angebracht und ein Empfangsgerät implantiert. Extern wird in einem kleinen Gerät ein Atemprogramm programmiert und Energie induktiv (magnetisch) auf das Empfangsgerät übertragen und dann an die Elektroden weitergeleitet. Die am Zwerchfellnerv angelegten Elektroden geben in mehreren Impulsen den Strom an das Zwerchfell weiter, sodass sich dieses hebt, wie bei einem nicht-gelähmten Menschen auch. So entsteht ein physiologischer Atemzug, bei dem viele Spätfolgen einer Langzeit-Überdruck-Beatmung verringert oder gar vermieden werden können. Der Kreis der Menschen, die mit einem Zwerchfellnervstimulator leben, ist allerdings sehr klein, aktuell sind es – nach Schätzungen des Herstellers – weltweit etwas mehr als 250 Menschen. Dies hat unterschiedliche medizinische sowie soziale und auch psychologische Gründe.

## Fazit

Die Nachfrage nach Beatmungsmöglichkeiten steigt unabhängig von der Corona-Pandemie. Der Markt wächst beständig und es gibt immer mehr Firmen, die Beatmungsgeräte herstellen. Die Zahl der querschnittgelähmten Menschen, die beatmet werden, ist allerdings nicht sehr hoch. Im Jahr 2019 sind ungefähr 150 Menschen dazu gekommen. So gibt es sehr viele unterschiedliche Geräte, die beatmen, aber nur wenige, die den speziellen Anforderungen der Beatmung über viele Jahre hinweg in häuslichem Setting entsprechen. Beatmungsgeräte, die den berechtigten Grundbedürfnissen eines Querschnittgelähmten nach weitestgehender Unabhängigkeit, Berufstätigkeit, nach Reise- und Freizeitunternehmungen, einem Familienleben und vielem mehr genügen.

*Maria-Cristina Hallwachs*





Foto: Fa. Bögel

Beim Zwerchfellnervstimulator (Phrenicus Nerve Stimulator. PNS) werden Elektroden am Zwerchfellnerv angebracht und ein Empfangsgerät implantiert. Das ist was von außen sichtbar übrigbleibt: 18 x 9 Zentimeter im Gegensatz zu den zwar kleiner gewordenen, aber im Vergleich immer noch großen Atemgeräten.



MOWOOT bringt den Darm in Schwung.

Die Lösung für chronische Verstopfung.

Wirksam und schonend zugleich.

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

MOWOOT



Foto: stock.adobe.com – Merpics

# Querschnittlähmung mit Beatmung

**Die Akutversorgung und lebenslange Nachsorge von beatmeten querschnittgelähmten Patienten haben sich in den vergangenen 30 Jahren nachhaltig verbessert. Welche Formen der Beatmung gibt es und welche Besonderheiten sind bei Fragen der Versorgung zu berücksichtigen?**

Seit Mitte der 1980er-Jahre werden beatmete querschnittgelähmte Patienten in den Querschnittgelähmtenzentren (QZs) Deutschlands behandelt. Die Lähmungen waren damals vor allem durch Unfälle verursacht und betrugen in der geschätzten Gesamtzahl nur circa zehn bis 15 pro Jahr. Untersuchungen zur Sterberate ergaben, dass mehr als Zweidrittel dieser zumeist männlichen Patienten innerhalb des ersten Jahres nach Lähmungseintritt auf den Intensivstationen der Kliniken verstarben. Eine Entlassung in eine häusliche Situation war aufgrund unausgereifter pflegerischer und technischer Versorgung nur selten möglich. Durch die Schaffung von Intensiv- und Beatmungsstationen in den QZs einerseits und die großen Fortschritte hinsichtlich der technischen und pflegerischen Versorgung im ambulanten Bereich andererseits konnten seit Mitte der 1990er-Jahre immer mehr beatmungspflichtige Patienten behandelt und in die Häuslichkeit entlassen werden. Die Folge war, dass sich die Zahl der dauerhaft beatmeten Querschnittpatient in Deutschland seit dem Jahr 2000 mehr als verfünffacht hat und im Jahre 2019 rund 150 Fälle pro Jahr erreichte. Ein weiterer Aspekt der Beatmungsmedizin ist das Weaning, also die Entwöhnung von der Beatmung solcher Patienten im Falle einer Verbesserung der neurologischen Funktionen. Derzeit bieten 24 QZs bundesweit die Möglichkeiten sowohl des Weanings, als auch der umfassenden Erst- und Komplikationsbehandlung beatmeter Patienten.

## Medizinische Voraussetzungen für eine Beatmung

Die intakte aktive Zwerchfellfunktion ist die wichtigste Voraussetzung für eine ausreichende Eigenatmung eines Patienten. Der das Zwerchfell versorgende Nervus phrenicus entspringt aus dem Halsmark und wird hauptsächlich den Halssegmenten C3, C4 und C5 zugeordnet. Lähmungen oberhalb des Segments C3 sind deshalb im Regelfall von einer Dauer- oder Teilbeatmung begleitet. Damit sind die Höhe und die Ausdehnung einer Rückenmarkschädigung, neben möglichen Begleiterkrankungen und -verletzungen, wesentlich für die Entscheidung, ob betroffene Patienten vorübergehend oder dauerhaft beatmet werden müssen.

## Häufigkeit, Lebenserwartung und Sterblichkeit

Von circa 2.400 akuten Querschnittlähmungen pro Jahr in Deutschland waren im Jahr 2019 bei Aufnahme in die Klinik rund 20 Prozent beatmungspflichtig. Davon waren rund 30 Prozent dauerhaft beatmete Patienten. Das bedeutet auch, dass etwa 70 Prozent der ursprünglich beatmungspflichtigen Patienten erfolgreich entwöhnt werden konnten. Durch das demografisch bedingte höhere Lebensalter der Patienten kann der zunehmende Anteil an nichttraumatischen Querschnittlähmungen erklärt werden. Die ehemals hohe Zahl an durch Unfälle verursachten Lähmungen von über 80 Prozent zeigte 2019 einen Anteil von nur noch rund 50 Prozent. Dieser wiederum lässt die Geschlechterverteilung zugunsten der weiblichen Patienten ansteigen, denn auch Frauen werden durch die klassischen Ursachen der nichttraumatischen Lähmungen (Gefäß-, Entzündungs- oder Tumorleiden) nicht verschont.

Die Sterberate von beatmeten Patienten ist weiterhin hoch und wird aufgrund der demografischen Entwicklung unserer Gesellschaft weiter ansteigen. Die Todesursachen sind nach Entlassung zu über 80 Prozent beatmungsassoziiert und verursachen eine Sterberate von rund 30 Prozent betrachtet über einen Zeitraum von zehn Jahren. Insbesondere stellen die ersten zwei Jahre nach der Klinikentlassung aus der Erstbehandlung eine besonders „gefährdete“ Phase dar. Zu erklären ist dies auch mit der Lernkurve und den dazu gehörenden Unwägbarkeiten für Patient, Angehörige, Hausärzte und Pflegedienste.

## Besonderheiten bei der Versorgung

### Weaning

Während einer Akut- oder Komplikationsbehandlung sollte grundsätzlich das Weaningpotenzial eines Patienten beobachtet und behandelt werden. Weaning sollte also zu keinem Zeitpunkt in der Häuslichkeit begonnen oder fortgeführt werden. Es obliegt erfahrenen Klinikern.

### Regelmäßige Mobilisation

Die Beatmungssituation erschwert die Mobilisation des Patienten für das Personal. Die permanente Überwachung der Kreislauf- und Beatmungsparameter ist dabei die Grundvoraussetzung sowohl für den stationären als auch häuslichen Bereich. Dies gilt umso mehr, als dass häufig auftretende vegetative Reaktionen dieser hochgelähmten Patienten – etwa die der Verengung der Bronchien – als zusätzliche beatmungsrelevante und schwerwiegende Komplikationen auftreten können.

### Bestmögliche Kommunikation

Es sollte frühestmöglich das Sprechen unter Beatmung durch entsprechende Techniken in den Alltag umgesetzt werden. Im weiteren Verlauf sollten dann auch computergestützte Umfeld- und Kommunikationshilfen erprobt und gegebenenfalls adaptiert werden.

### Selbstständigkeit im Alltäglichen

Da es sich im Regelfall um vollständig fremdhilfe- und technologieabhängige Menschen handelt, steht im Gegensatz zu anderen querschnittgelähmten Patienten hier die ununterbrochene Behandlungspflege im Vordergrund.



Deshalb muss auf eine hohe fachliche und soziale Kompetenz von Pflegekräften und auch der Angehörigen geachtet werden. Deren Einarbeitung sollte noch während der stationären Behandlung am Patienten erfolgen. Besonderes Augenmerk gilt der Wahl der beatmungsrelevanten Hilfsmittel und die der Trachealkanülen bzw. Beatmungsmasken. Weiter ist die Einstellung der Beatmungsgeräte sehr wichtig, da die Beatmungszeiten und -formen sehr individuell ausfallen können.

### Alternative Beatmungsformen

Neben der bekannten externen Überdruckbeatmung über ein Tracheostoma oder eine Maske kann die elektrische Stimulation des Zwerchfells ebenfalls eine Alternative sein. In internationalen Studien wurde das statistisch signifikante Absinken der pulmonalen Komplikationsraten, die niedrigeren Mortalitätsraten und die Verbesserung von Sprechfähigkeit und Lebensqualität herausgearbeitet. Eine Implantation erfordert einen operativen Eingriff und sollte nur in darin erfahrenen Zentren durchgeführt werden.

## Kompensierte Kontinenz

Eine Studie belegt, dass eine Dauerableitung, gelegt durch die Bauchdecke (suprapubisch), gegenüber dem intermittierendem Selbstkatheterismus keine signifikanten Nachteile zeigt. Die pflegerisch weniger aufwändige Methode der Dauerableitung ist eine Option ohne zusätzliche gesundheitliche Risiken.

## Entlassung wohin?

Nach der Entlassung werden über 50 Prozent aller Patienten in die alte oder eine neue eigene Häuslichkeit entlassen. Immer mehr Patienten begeben sich in betreute Wohngruppen mit einer angebundenen Intensivpflege, die im Regelfall eine 1:2 bis 1:5 Betreuung vorweisen. Nur ein sehr kleiner Teil, zumeist im Lebensalter weit fortgeschrittene Patienten, möchten in ein Heim entlassen werden. Die Kosten für die Behandlung eines beatmeten Patienten liegen um ein Vielfaches höher als bei einem nicht beatmeten Patienten. Zu bedenken ist jedoch, dass der Anteil beatmungspflichtiger querschnittgelähmter Patienten – bezogen auf die Gesamtpopulation – gering ist.

Die häusliche Unterbringung mit einer 24-Stunden-Pflege wird jedoch durch die Diskussionen der Kostenträger zunehmend erschwert. Diese favorisieren im Regelfall stationäre Wohnbedingungen, da hier die deutlich höheren Kosten der 1:1 Betreuung (wie im häuslichen Bereich notwendig) vermieden werden können. Im Zuge der gesetzlichen Bestimmungen des Entlassmanagements und des seit Juli 2020 geltenden Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetztes (IPReG) wird eine kritische Überprüfung der medizinischen und pflegerischen Gegebenheiten in solchen Unterbringungen Voraussetzung für eine sichere Entlassung dieser besonders betroffenen Patienten sein müssen. Inwieweit der für diese Prüfung maßgebliche Medizinische Dienst sowohl quantitativ als auch qualitativ in der Lage sein wird, bleibt hier abzuwarten.

## Fazit

Obwohl grundsätzlich die gleichen rehabilitativen Ziele innerhalb einer Erst- oder Weiterbehandlung zu definieren sind, gibt es doch bestimmte Bereiche, in denen sich beatmete von nicht beatmeten Patienten unterscheiden. Dies betrifft vor allem die komplexen intensivmedizinischen Bereiche des Weanings und der konstanten Monitor-Überwachung bis zur Entlassung des Menschen mit einer Querschnittlähmung. Daraus resultierend sind die Definition der Form, des Zuganges und der Zeiten der Beatmung grundlegende Behandlungsziele. Das Sprechtraining unter Ventilation und die Entscheidung, ob auch eine Zwerchfellstimulation als Beatmungsform geeignet ist, sind weitere Ziele, die nur innerhalb dieser Patientengruppe zu entscheiden sind. Schließlich ist die Überleitung in den häuslichen Bereich und die daraus notwendige Organisation einer ununterbrochenen Behandlungspflege mit allen erforderlichen Hilfsmitteln eine besonders detaillierte Form des Entlassmanagements und bedarf einer langjährigen Erfahrung in der Behandlung dieser Menschen. Aus diesen Gründen ist ihre umfassende Behandlung nur in einem der bundesdeutschen Zentren für Querschnittgelähmte mit Beatmungsplätzen zu empfehlen. Das der Wunsch des Patienten im Sinne der Teilhabe und des Aufenthaltsbestimmungsrechtes die oberste Priorität in der Umsetzung außerklinischer Bedingungen haben sollte, wird von Autorenseite als selbstverständlich erachtet.

*PD Dr. Sven Hirschfeld*

## Eine „rollende Intensivstation“




Foto: Maria-Cristina Hallwachs

1. **Notfallrucksack:** Beinhaltet alles, was außer Haus benötigt wird.
2. **Absaugung:** Steht auf Rollen und kann im Notfall auch ohne Strom überall verwendet werden.
3. **Ambubeutel/Handbeatmungsbeutel**: Wenn alle Geräte versagen, Stromausfall herrscht oder ein akutes Lungen- oder Trachealkanülenproblem besteht, kann per Händedruck beatmet werden.
4. **Atemgerät mit Akku** des beatmeten Patienten.
5. **Atemgasbefeuchter:** Zur Befeuchtung und Erwärmung der Luft, die in die Lunge gepumpt wird.
6. **Steril-Wasserflasche** Dient der Befeuchtung (siehe Punkt 5).
7. **TravelAir**: Therapiegerät, eine Art Inhaliergerät, das direkt an der Trachealkanüle angebracht wird: Das darin vernebelte Kochsalz wird unter Oszillation (Vibration) in die Lunge geleitet, um den festsitzende Schleim zu verdünnen und gleichzeitig zu lockern.
8. **The Vest:** Therapiegerät. Eine Weste, die den Brustkorb umschließt, wird mit Luft befüllt und dann mit unterschiedlichem Druck und unterschiedlicher Frequenz zum Vibrieren gebracht, damit sich der Schleim in der Lunge löst.
9. **Notrufklingel:** Das Gegenstück dazu hängt nachts über dem Mund des Patienten. Bei ganz geringfügigem Druck wird ein lauter Klingelton ausgelöst.
10. **Trachealkanüle:** Wird über Nacht und in Notfällen durch den Luftröhrenschnitt in die Luftröhre eingesetzt. Der Universalstecker erlaubt, dass daran alle wichtigen Geräte direkt angeschlossen werden können (Atemgerät, Ambubeutel, Therapiegeräte etc.).




Foto privat

Jochen Faas ist dauerbeatmet und lebt in seinen eigenen vier Wänden.

## Empfehlungen der DMGP

**(Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie)**

**2009**
Empfehlungen für die außerklinische Behandlung von Querschnittgelähmten mit Beatmung

**2011**
Arbeitskreis Beatmung: Interdisziplinäre Arbeit zur Optimierung der komplexen Behandlung, Rehabilitation und langfristigen Versorgung dieser Patienten.

**2020**
Erarbeitung einer Leitlinie aktuell: Leitlinien der DGP (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin), Besonderheiten bei Querschnittlähmung für „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ und das „Prolongierte Weaning“.

**Auf der Webseite der DMGP sind alle Querschnittzentren mit der Möglichkeit der Beatmungsentwöhnung vorgestellt**.

# Zwei „alte Hasen“ mit aktuellstem Wissen

**Sie gehören zu den „Insidern“ der Beatmungsszene: Dr. Andreas Badke, Chefarzt der Abteilung für Querschnittgelähmte, Technische Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie der BG Unfallklinik Tübingen, und Jo Börgel, Gründer der Firma „Börgel – Beatmungsmedizinische Dienstleistungen und Techniken“ im Interview mit dem PARAplegiker über das Thema „Querschnittlähmung und Beatmung“.**

**Seit wann beschäftigen Sie sich mit dem Thema „hohe Querschnittlähmung und Beatmung“?**

*Andreas Badke:* Seit Beginn meiner Tätigkeit auf der Querschnittstation im BG Unfallkrankenhaus Tübingen vor 27 Jahren.

*Jo Börgel:* Nach meiner Ausbildung als Krankenpfleger habe ich viele Jahre lang in der Lungenfunktions- und Atemtherapieabteilung eines großen Klinikums in Frankfurt gearbeitet. Die Erfahrungen in der langfristigen Versorgung von Menschen mit chronischen Atemwegserkrankungen waren für mich ein Auslöser, mich 1982 in diesem Bereich selbstständig zu machen.

**Herr Dr. Badke, wie sieht die heutige Krankenhausbehandlung und anschließende Entlassung von Menschen mit hohen Querschnittlähmungen und Beatmung aus?**

*Andreas Badke:* Prinzipiell gibt es immer mehr Menschen mit hohen Querschnittlähmungen und Beatmung. Durch die Arbeit an Leitlinien, die Arbeit des Arbeitskreises Beatmung der Deutschsprachigen medizinischen Gesellschaft für Paraplegie und die Zusammenarbeit mit Pulmologen und anderen Fachleuten gibt es heute sehr differenzierte Möglichkeiten, einen Tetraplegiker von der Beatmung weg zu bekommen, also eine Entwöhung, Weaning genannt, durchzuführen. Deswegen ist die Rate der Menschen, die anfänglich beatmet werden müssen und dann auch beatmet entlassen werden, gesunken.

Die Strategie der Beatmung bei Langzeitpatienten hat sich allerdings wenig verändert. Die Geräte und ihre Möglichkeiten sind differenzierter geworden, aber unser Ziel ist es nach wie vor, die Menschen mit guter Lungenpflege und nicht zu hohen Drücken zu entlassen.

Die Hauptveränderung in diesen Jahren hat sich bei dem Klientel gezeigt. Früher waren rund 80 Prozent der Patienten verunfallt, heute hat die Zahl der Patienten mit beatmungspflichtigem Querschnitt deutlich zugenommen, zum Beispiel durch Abszesse oder Durchblutungsstörungen. Diese Menschen haben früher erst gar nicht überlebt, heute machen sie fast 50 Prozent aus. Insgesamt steigt im gesamten Querschnittbereich der Altersdurchschnitt an, ebenso bei den Beatmungspatienten. Das liegt zusätzlich daran, dass auch bei Patienten, die älter als 70 Jahre alt sind, eine gute Lebensqualität erreicht werden kann. Bei Beatmungspatienten führen wir zu Beginn immer die Diskussion „Machen wir weiter?“ und immer häufiger antworten wir mit „Ja“. In der Regel können wir eine gute Situation aufbauen.

Entscheidend für eine positive Entwicklung ist meist der soziale Hintergrund, er ist fast noch wichtiger als die Physiologie. Insbesondere bei älteren Menschen wird es schwierig, an der Beatmungssituation zu arbeiten, wenn diese Menschen langfristig keine Lebensperspektive haben. Sie verlieren dann schnell ihren Lebensmut und ohne Lebensmut übersteht keiner eine Dauerbeatmung.

**Herr Börgel, wie sieht in Ihren Augen eine gute Versorgung von Menschen mit hohen Querschnittlähmungen und Beatmung im außerklinischen Setting aus?**

*Jo Börgel:* Ich habe meine Meinung zu diesem Thema im Laufe meiner ganz praktischen Arbeit mit beatmeten Menschen entwickelt und versucht, die Erkenntnisse daraus umzusetzen. Zu Beginn war meine Erfahrung in der Klinik, dass die Kombination von Diagnose und Therapie auf einer Station in einer Hand, eine optimale Ausgangssituation für eine gute Versorgung ist. Es entstehen keine Kommunikationsprobleme und die Umsetzung der Therapie kann schnell, adäquat und patientenbezogen durchgeführt werden und ist somit sehr effizient. Die Probleme begannen damals nach der Entlassung. Die Lieferanten der Geräte für zu Hause waren in der Regel ohne medizinische Ausbildung, konnten sich also nicht um medizinische Fragen kümmern, sondern nur um die reine Technik. Für die Patienten – damals noch meist COPD-Patienten – gab es keine fachliche, medizinische Einweisung und keinen anderen Ansprechpartner außerhalb der Klinik.

Dies war für mich mit ein Auslöser, mich mit dieser Dienstleistung selbstständig zu machen und diese durch den

*„Eine chronische Erkrankung oder Behinderung erfordert eine ganzheitliche Therapie.“*

Jo Börgel



Foto: Fa. Börgel







Foto: BG Unfallklinik Tübingen

*„Entscheidend ist der soziale Hintergrund, er ist fast noch wichtiger als die Physiologie.“*

Dr. Andreas Badke

Geräteverkauf zu finanzieren. Mein Ansatz war dabei immer: Eine chronische Erkrankung oder Behinderung erfordert eine chronische Therapie. Das heißt, eine Therapie muss auf lange Zeit angelegt sein, sie benötigt eine klare Konzeption und eine konkrete Zielsetzung.

Anfang der 80er-Jahre gab es einige wenige Menschen, die mit einer „Eisernen Lunge“ zu Hause lebten und es wurden die ersten Querschnittpatienten mit Dauerbeatmung nach Hause entlassen. Wir waren damals sehr intensiv mit einer Konzepterstellung zur häuslichen Versorgung von dauerbeatmeten, querschnittgelähmten Menschen beschäftigt. Dies geschah in sehr enger Zusammenarbeit mit den Fachbereichen der Klinik, in langen Gesprächen mit Angehörigen und den Pflegediensten vor Ort. Gerätetechnisch gab es zu Beginn nur Klinikgeräte, also Geräte, die auf den Intensivstationen genutzt wurden und entsprechende Zusatzgeräte. Es mussten Pflegende eingearbeitet werden, noch mehr Angehörige als heute, aber auch Krankenschwestern und Laienkräfte. Und besonders wichtig war es, allen das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln.

Die Mobilität der Menschen war damals oft gar nicht möglich und wenn dann doch sehr eingeschränkt. Die Versorgungen mussten meist den Gegebenheiten angepasst werden. Die räumlichen Voraussetzungen waren schlecht, also haben wir mit Architekten Pläne erstellt, wie Familienleben und externe Pflege räumlich miteinander harmonieren und wie die Umsetzung finanziert werden kann. Es gab keine adäquaten Rollstühle, also haben wir mit Sanitätshäusern beraten, wie Atemgeräte und ihr Zubehör sicher und praktisch an einem Rollstuhl untergebracht werden können. Die Voraussetzungen waren in den einzelnen Versorgungen extrem unterschiedlich, der Aufwand sehr groß und die Vorbereitungen dauerten oft bis zu einem Jahr. Zu Beginn gab es sogar regionale Mitarbeiter einiger Krankenkassen, die mit uns gemeinsam darauf hinarbeiteten, die Menschen in ein möglichst gutes Setting zu entlassen.

Von Beginn an war unser Credo: Wir können nicht alles machen, aber wir kennen diejenigen, die es gut machen. Bis heute bin ich der Meinung, dass es wichtig ist, dass die Versorgung ganzheitlich ist. Außerdem ist die Vorbereitung in dieser Hinsicht in der Klinik das A und O und muss sehr sorgfältig geschehen. Sie ist Grundlage für das komplette, anschließende Leben.

**Wie sehen Sie die Zukunft?**

*Jo Börgel:* Wichtig für die Zukunft wird bleiben, dass es Menschen gibt, die den Überblick über die Gesamtsituation einer Beatmung behalten. Dieser Überblick muss patientenorientiert und ganzheitlich sein, er muss gute Qualität im Auge haben und alle „Akteure“ einbinden. Idealerweise kann der beatmete Querschnittgelähmte dies selbst tun, in der Realität ist dies häufig nicht möglich. Es erfordert eine hohe Qualifikation, viel Zeit und viel Empathie. Es wäre gut, „Partner“ für diese Menschen zu werden, sie in ihrer Lebensführung zu unterstützen und nicht „Kunden“ zu bedienen, an denen wir verdienen.

*Andreas Badke:* In erster Linie sehe ich eine positive Entwicklung. Unser soziales System hat inzwischen akzeptiert, dass Leben mit Beatmung einerseits sinnvoll ist und andererseits auch finanziert werden muss. Die Entwicklung des Lebensraumes „Wohngruppe“ finde ich grundsätzlich auch sehr positiv, da es Menschen gibt, die aus verschiedenen Gründen nicht zu Hause bleiben können oder die kein eigenes Pflegeteam managen können oder wollen. Medizinisch gesehen werden wir keine dramatischen Fortschritte machen, solange wir nicht in der Lage sind, den eigenen Atemantrieb in irgendeiner Art künstlich herzustellen oder zu ersetzen.

*Maria-Cristina Hallwachs*





Foto: stock.adobe.com – sbv19

# Schlafen Sie gut!

## Warum die Schlafapnoe ernstgenommen werden sollte

**Besonders in unserer heutigen, schnelllebigen Zeit sind Energie und Aufmerksamkeit für das tägliche Leben stark gefragt. Dies wird umso wichtiger, je stärker der Einzelne durch mögliche Einschränkungen oder Vorerkrankungen bereits belastet oder beeinträchtigt ist. Eine häufig unterschätzte Erkrankung ist in diesem Zusammenhang das Schlafapnoe-Syndrom, das den gesunden Schlaf erheblich stört.**

Das Schwierige an dieser Erkrankung ist, dass sie von Betroffenen selber häufig gar nicht oder nur indirekt erkannt wird. Übliche Anzeichen sind Antriebs- und Lustlosigkeit, Erschöpfungszustände, häufiges Einnicken bei monotonen Situationen, aber auch Depression und andere seelische und körperliche Leiden. Wer mit einem Partner zusammen lebt, hat es hier etwas leichter: Meist stellt dieser fest, dass die Atmung seines Gegenübers im Schlaf durch lautes Schnarchen und wiederholte Atemaussetzer von über zehn Sekunden Länge gestört ist.

*„Es gibt viele gute Gründe für einen Paraplegiker, das Thema gesunder Schlaf ernst zu nehmen.“*

Die Prävalenz der Schlafapnoe liegt je nach Studie im Bereich von fünf bis zehn Prozent der Gesamtbevölkerung. Einflussparameter sind hierbei neben den Lebensgewohnheiten auch Alter und Geschlecht. Ältere Menschen sind häufiger betroffen und Frauen weniger häufig als Männer. Eine Schweizer Untersuchung[1] unter Rollstuhlfahrern aus dem Jahr 2016 legt zudem nahe, dass die Häufigkeit bei Paraplegikern noch deutlich höher liegen könnte.

### Schlafapnoe, was nun?

Was bedeutet es nun, an einer Schlafapnoe erkrankt zu sein? Grundsätzlich gibt es zwei Arten der Schlafapnoe. Bei der obstruktiven Schlafapnoe wird der Atemweg mechanisch verschlossen, etwa indem der Zungenmuskel in Rücklage den Luftweg blockiert. Bei der zentralen Schlafapnoe hingegen handelt es sich um eine Fehlsteuerung des Atemzentrums, wodurch der Atemantrieb kurzzeitig unterbunden wird. Mischformen beider Apnoeformen sind möglich. Die obstruktive Schlafapnoe ist die häufigste Form der Schlafapnoe. Allen Erscheinungsformen ist gemein, dass aufgrund des ausbleibenden Gasaustausches die Sauerstoffsättigung des Blutes im Schlaf sinkt, worauf der Körper mit einer sogenannten Weckreaktion (Arousal) antwortet, um dem Ersticken zu entgehen. Diese Weckreaktion erfolgt unbemerkt als natürlicher Abwehrmechanismus des Körpers, stört aber den gesunden Schlaf erheblich, da hierdurch stark schlafstörende Stresssituationen auftreten. Die Folge ist eine verminderte Leistungsfähigkeit am Tage, auch verbunden mit einem erhöhten Unfallrisiko in Beruf und Verkehr.

*„Eine Therapie steigert die Lebensqualität enorm.“*

Die gute Nachricht ist, dass eine obstruktive Schlafapnoe heute gut therapiert werden kann. Die klassische Behandlungsform ist die sogenannte PAP-Therapie (PAP = positive airway pressure; engl. für positiver Atemwegsdruck), bei der ein kleiner Luftgenerator mittels Schlauchsystem und Maske einen medizinisch notwendigen Überdruck auf den Atemweg ausübt. Die zugeführte Luftsäule verhindert, dass der Atemweg blockiert wird, weshalb man auch von einer „pneumatischen Schienung“ spricht. Eine alternative, ähnlich wirksame Methode, ist die Unterkieferprotrusionsschiene (kurz: UKPS), bei der durch eine Vorverlagerung des Unterkiefers über eine Zahnspange zusätzlicher Raum im Rachen geschaffen wird.




Fotos (4): ResMed





Beide Therapieformen werden während des Schlafes angewendet. Welche Therapie im Einzelfall am geeignetsten ist, legen Arzt und Patient im Dialog fest.

### Der Weg zur erfolgreichen Therapie

Bei Verdacht auf eine Schlafapnoe sollte die Vermutung mit dem Arzt des Vertrauens besprochen werden. Einen ersten Selbsttest kann man vorab auch online machen. Der Hausarzt wird bei einem Verdacht an einen Facharzt überweisen, der anhand einer sogenannten Polygraphie die Atmung im Schlaf mit einem kleinen Rekorder in der häuslichen Umgebung aufzeichnen kann. Bestätigt sich der Anfangsverdacht, erfolgt meist eine Überweisung ins Schlaflabor, wo mithilfe der Polysomnographie neben der Atmung auch die Schlafqualität untersucht wird und im Bedarfsfall die Therapieeinstellung erfolgt.

Einmal gut eingestellt, kann bei regelmäßiger Anwendung der Therapie erwartet werden, dass sich Leistungsfähigkeit und Lebensqualität normalisieren. Auch das Risiko für häufig auftretende Begleiterkrankungen wie Hypertonie (Bluthochdruck) oder andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird durch die Anwendung der Therapie bei entsprechender Therapietreue auf das normale Maß zurückgeführt.

[1] Kohortenstudie (SwiSCI), Entnommen aus Paracontact 1/2016

### Risiken nicht unbeachtet lassen

Wie kommt es nun, dass das Thema Schlafapnoe insbesondere für Personen mit Querschnittlähmung relevant ist? Zu den Risikogruppen für eine Schlafapnoe gehören generell Menschen mit überwiegend sitzender Tätigkeit, eingeschränkter Mobilität und auch Neigung zu Übergewicht. Lassen sich einige dieser Faktoren für Menschen ohne Einschränkungen schon häufig schwer kontrollieren, ist es für Querschnittgelähmte herausfordernd, ihr Risiko für die Ausbildung einer Schlafapnoe zu minimieren. Darüber hinaus stellt auch das zusätzliche Dekubitusrisiko durch unbeabsichtigtes Einschlafen im Rollstuhl aufgrund schlechter nächtlicher Schlafqualität ein nicht unerhebliches Gesundheitsrisiko dar.

Es gibt also viele gute Gründe, gerade als Paraplegiker das Thema gesunder Schlaf ernst zu nehmen. Versierte Unternehmen für die Versorgung von Menschen mit Schlafapnoe helfen gerne bei der Klärung von Detailfragen. Patienten mit einer gut eingestellten Therapie berichten häufig von einer enormen Steigerung der Lebensqualität.

*Dr. Claus Ziegenbein*

**Bei Verdacht auf eine Schlafapnoe gibt ein erster Online-Selbsttest Informationen:**





Foto: Der-Querschnitt.de

# Der-Querschnitt.de – Eine Erfolgsgeschichte

**Seit sieben Jahren gibt es Der-Querschnitt.de, das Informationsportal der Manfred-Sauer-Stiftung. Das Onlineangebot wird von Menschen mit Querschnittlähmung, Angehörigen und Vertretern relevanter Berufsgruppen genutzt – und das mit kontinuierlich steigender Besucherzahl.**

Die hohen Zugriffszahlen, bei gleichzeitig niedriger Absprungrate, sprechen deutlich für den Bekanntheitsgrad der Website bei der Zielgruppe.

Der Erfolg von Der-Querschnitt.de macht klar, wie groß das Bedürfnis nach Information ist – nicht nur bei Menschen mit neu eingetretener Rückenmarksverletzung, sondern auch bei Betroffenen, die schon viele Jahre mit einer Querschnittlähmung leben. Die Seite ergänzt die bestehenden deutschsprachigen Printangebote für Menschen mit Querschnittlähmung. Das Informationsportal bietet aus einer Hand eine Darstellung aller spezifische Themen und ermöglicht Betroffenen so Lösungsansätze zur eigenen Situation und eventuellen Problemen zu finden.

## Die Dauerbrenner – Häufig gesuchte Themen

Auf Der-Querschnitt.de gab es im Juni 2020 ca. 1.700 Beiträge mit relevanten Informationen für Menschen mit Querschnittlähmung. Die Redaktion veröffentlicht ein breites Angebot an Themen, sodass die Interessen aller Leser angesprochen und auch Nischenthemen behandelt werden.

Bei all der Vielfalt gibt es aber einige Artikel, die besonders häufig gelesen werden. Diese Dauerbrenner sind monatlich weitgehend gleichbleibend. Die Mehrheit der Leser interessiert sich für die Themen:

- Sexualität bei Querschnittlähmung
- Akupressur: Per Fingerdruck zur besseren Verdauung
- Formen der Querschnittlähmung
- Rektale Entleerungshilfen – Zäpfchen bei Neurogener Darmfunktionsstörung
- Darmentleerungstechniken

## Nutzerzahlen Der-Querschnitt.de 2013–2020




## Der-Querschnitt.de – So mobil wie noch nie

Mit der Umgestaltung von Der-Querschnitt.de im Sommer 2020 wurde nicht nur das Design verändert, sondern auch die Struktur des Online-Angebotes an das Nutzerverhalten angepasst. Die Seite wurde für mobile Endgeräte – über die mehr als 70 Prozent der Zugriffe vorgenommen werde – optimiert. Die Navigation führt schneller und bequemer zu weiteren relevanten Beiträgen.





Ebenfalls häufig gesucht werden Informationen zu der Blasen- und Atemfunktion bei Querschnittlähmung, der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit sowie zum Einfluss der Lähmungshöhe.

*Tanja Konrad*

## Der-Querschnitt.de in Zahlen

**80.000 Nutzer**

**1.700 Beiträge**

**2 Redakteurinnen**

**20 Autoren**

**1.200 Fachbegriffe**

**1 Quelle für alle Informationen rund um die Querschnittlähmung**

## Der-Querschnitt.de Leser weltweit

Die große Mehrheit der Leser von Der-Querschnitt.de kommt aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Aber das Informationsportal ist auch außerhalb des deutschsprachigen Raums bekannt. Besonders viele und besonders aktive Leser kommen aus Russland, den USA und den Niederlanden.







Verladen. Einsteigen. **Fahren.**
Ihre (Auto-)Mobilität mit Handicap
ist unsere Passion.

✆ 0800 523 666 33
oder Mail an: kontakt@kadomo.de www.kadomo.de

# IPReG: Faules Ei oder großer Wurf?

**Kaum ein Gesetzentwurf hat beatmete Menschen in den letzten Jahren so sehr in Aufruhr versetzt, wie der Referentenentwurf zum RISG (Rehabilitations- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz) im Sommer 2019. Auch nach der Umbenennung zum IPReG (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz) gab und gibt es Vorbehalte. Wie ist nun der aktuelle Stand?**



Im August 2019 protestierten Menschen mit und ohne Behinderung gegen den Referentenentwurf zum RISG im Bundesministerium für Gesundheit.

Foto: Anna Spindelndreier / Gesellschaft leicht e.V.

Im August 2019 veröffentlichte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen Referentenentwurf mit dem (vorgeschobenen?) Ziel, die Qualität in der Versorgung intensivpflegebedürftiger Versicherter zu steigern. Die gesetzliche Regelung bei der Versorgung von Beatmungspatienten wurde in der öffentlichen Diskussion begrüßt.

Gleichzeitig entwickelte sich ein Sturm an Protesten, da die stationäre Versorgung als Regelversorgung etabliert und die Versorgung in der Häuslichkeit eine Ausnahme sein sollte.

Bereits am Tag der offenen Tür der Bundesregierung im August 2019 formierten sich mehr als 100 Protestierende gegen die Pläne des BMG. Ein Großteil kam aus den Reihen der Betroffenen: Die enormen Widerstände und der Protest hatten Erfolg. Im Dezember 2019 wurde das RISG zum IPReG mit ersten Anpassungen.

## Änderungen auf den letzten Metern

Nach einer öffentlichen Anhörung im Juni 2020 kam es zu wichtigen Änderungen (nachfolgend kursiv). Im Juli 2020 wurde das Gesetz im Bundestag abschließend beraten und beschlossen.

In § 37c SGB V wird der Anspruch auf Intensivpflege neu definiert. Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege „wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist."

Ein hoher Bedarf entsteht, wenn die Maßnahmen „in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen, oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht erforderlich ist."

Die Leistung muss durch einen Vertragsarzt oder eine Vertragsärztin verordnet werden „die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist". Dabei ist mit jeder Verordnung das „Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben, zu dokumentieren und *auf deren Umsetzung hinzuwirken*."

Außerklinische Intensivpflege erhalten Versicherte in vollstationären Einrichtungen und „in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in *betreuten Wohnformen*, in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen".

> *„Protest und Sachverstand konnten Schlimmeres verhindern."*

Im Mai 2020 sah der Gesetzesentwurf bezüglich des Ortes der Leistung noch vor, dass die „medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann."

Die Worte „tatsächlich" und „dauerhaft" wurden nun gestrichen. Neu heißt es: *„Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen."* Sollte der Medizinische Dienst Nachbesserungsmaßnahmen fordern, so schließt die Krankenkasse dazu mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung ab. Eine Überprüfung erfolgt in der Regel jährlich. Wird das Einverständnis zum Betreten des Wohnraums nicht erteilt, kann die Leistung versagt werden.

## Zuzahlung und persönliches Budget

In vollstationären Einrichtungen werden die Kosten zur medizinischen Behandlungspflege, die Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung von der Krankenkasse übernommen. Die Leistung kann vollstationär für sechs Monate weitergewährt werden, wenn etwa sich der Gesundheitszustand verbessert und der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege entfällt.

Zunächst war geplant, dass die Zuzahlung von zehn Euro nur im vollstationären Bereich auf 28 Tage begrenzt wird. Dies wurde nun geändert und alle Leistungsorte gleichgestellt.
Im Rahmen eines persönlichen Budgets können auch selbst beschaffte Pflege- und Assistenzkräfte eingesetzt werden. Die Versorgung muss dabei durch das in § 18 SGB IX verankerte Teilhabeplanverfahren sichergestellt und die Unterstützung durch qualifizierte Fachkräfte im erforderlichen Maß gewährleistet sein.

## Faules Ei oder großer Wurf?

Es begann in großen Teilen definitiv als faules Ei. Vieles konnte noch verhindert werden, aber als großer Wurf kann dieses Gesetz trotzdem nicht bezeichnet werden. Die Richtlinien zu diesem Gesetz müssen vom Gemeinsamen Bundesausschuss innerhalb von zwölf Monaten ausgearbeitet werden. Ein wesentlicher Knackpunkt im Alltag: Schon jetzt sind die ärztlichen Kapazitäten und Kompetenzen außerhalb der Behandlungszentren in der hausärztlichen Versorgung von Intensivpatienten kaum vorhanden. Wie kommen die Patienten also zukünftig an die Verordnungen?

Menschen mit einem dauerhaften Bedarf an außerklinischer Beatmung ohne Weaningpotenzial werden im Gesetz nicht gesondert betrachtet. Muss hier wirklich bei jeder Verordnung das Weaningpotenzial neu bewertet und dokumentiert werden?

Die Tür zum persönlichen Budget bleibt offen. Aber auch das Arbeitgebermodell ist kein rechtsfreier Raum. Ausgehend von einem Mischmodell bleibt die Frage, wie viele Fachkräfte notwendig sind, um die Qualität zu halten. Und was für eine Qualifikation müssen Laienkräfte mitbringen? Werden hier Schulungsangebote benötigt?

Der Widerstand der Betroffenen und die Arbeit der Verbände, Interessenvertretungen und Fachgesellschaften hat sich gelohnt. Der Vorrang der stationären Versorgung wurde gestrichen, die Zuzahlung gleichgestellt und alternative Versorgungsformen wie das Arbeitgebermodell sind weiterhin möglich.

*Sabine Roch*

**Das Arbeitgebermodell als Versorgungsform in der außerklinischen Intensivpflege**
In Rahmen ihrer Masterarbeit zur Versorgungsforschung an der Ernst-Abbe-Hochschule in Jena untersucht die Autorin Sabine Roch die Versorgungssituation beatmeter Menschen in Arbeitgeber- und Assistenzmodellen. Sie sucht Betroffene, die eine solche Versorgungsform für sich gewählt haben, für eine Befragung. Diese erfolgt auf Wunsch per Fragebogen oder Telefoninterview und dauert nicht länger als 10-15 Minuten. Kontakt: cm@roch-ulm.de





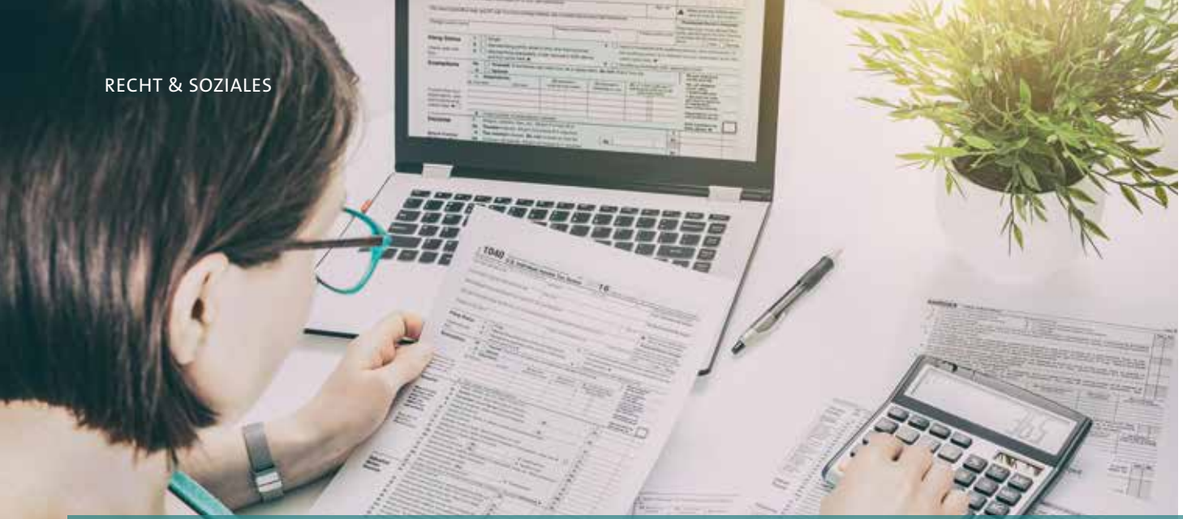



Foto: adobe-stock.com – REDPIXEL

## Einkommen und Vermögen

# Neue rechtliche Grundlagen für Leistungen der Eingliederungshilfe

**Die wichtigste Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, Menschen mit Behinderungen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten. Hierzu gehören beispielsweise Leistungen zur Beschaffung und Erhaltung behindertengerechten Wohnraums, Kfz-Hilfe und Assistenzleistungen. Bisher resultierten diese Ansprüche aus den §§ 53ff. SGB XII. Seit 2020 finden wir diese in den §§ 90ff. SGB IX, dem neuen Teil 2 des SGB IX.**

Damit sind dann auch die Vorschriften aus dem SGB XII, die sich mit Anrechnung von Einkommen und Vermögen befassen, nicht mehr anwendbar. Aus diesem Grund war der Gesetzgeber gezwungen, im Teil 2 des SGB IX in den §§ 135 ff. einen eigenen Abschnitt zur Anrechnung von Einkommen und Vermögen zu schaffen.

In verschiedenen Punkten unterscheiden sich diese Vorschriften erheblich von den bekannten Regelungen des SGB XII. So werden Einkommen und Vermögen von Ehegatten und Lebenspartnern sowie nichtehelichen Partnern nicht länger berücksichtigt.

## Vorjahr spielt keine Rolle

Des Weiteren wird künftig bei der Berechnung, ob zu Leistungen der Eingliederungshilfe ein Beitrag zu entrichten ist, auf das Einkommen des Vorvorjahres im Sinne des Einkommensteuergesetzes oder die Bruttorente des Vorvorjahres abgestellt. Nur wenn im aktuellen Jahr eine wesentliche Abweichung des Einkommens nach oben oder unten zu verzeichnen ist, wird auf das laufende Jahr abgestellt. Unter einer solchen wesentlichen Veränderung versteht der Gesetzgeber aber nicht jede kleine Gehaltserhöhung. Beispielhaft werden in der Gesetzesbegründung der Verlust des Arbeitsplatzes, die Aufnahme einer Arbeit, oder der Wechsel aus dem Berufs- ins Rentnerleben aufgeführt.

Das Vorjahr spielt unter keinen Umständen bei der laufenden Beitragsermittlung eine Rolle.

Aktuell ist also das Einkommen oder die Rente des Jahres 2018 bei der Beitragsberechnung zugrundezulegen, wenn sich nicht im Jahr 2020 eine wesentliche Veränderung ergeben hat.

Übersteigt das steuerpflichtige Jahreseinkommen gem. § 2 Abs. 2 Einkommensteuergesetz (hierunter versteht man das Bruttogehalt abzüglich Werbungskosten – i.d.R. wird hier der Pauschalbetrag von 1.000 EUR abgezogen) des Vorvorjahres aus sozialversicherungspflichtiger oder selbstständiger Tätigkeit 85 %, die Besoldung von Beamten, Richtern oder Soldaten oder aus sonstigen Einkommen 75 % oder die Bruttorente 60 % der jährlichen Bezugsgröße, sind von dem übersteigenden Einkommen 2 % als monatlicher Beitrag zu leisten.

## Bezugsgröße: 38.220 Euro in 2020

Unter der Bezugsgröße versteht man einen Wert, der jährlich neu errechnet wird. 2020 beträgt diese Bezugsgröße 38.220 EUR. Der so errechnete Beitrag ist immer auf volle zehn Euro abzurunden.

**Beispiel 1:**
Jemand hat als Angestellter ein Jahreseinkommen von 40.000 EUR. Hiervon werden 1.000 EUR Werbungskostenpauschale abgezogen. Sein zu berücksichtigendes Jahreseinkommen beträgt also 39.000 EUR. Sein Freibetrag beträgt im Jahr 2020 32.487 EUR. Sein Einkommen übersteigt also den Freibetrag um 6.513 EUR. Damit beträgt sein monatlicher Beitrag zu einer Dauerleistung der Eingliederungshilfe (zum Beispiel Assistenz oder Fahrdienste für die Freizeitgestaltung) 130 EUR = 2 % von 6.513 EUR.

Der Einkommensfreibetrag steigt für Ehegatten und Lebenspartner sowie nichteheliche Partner, deren Einkommen unter den zuvor benannten Einkommensgrenzen liegen um 15 % und für im Haushalt lebende unterhaltsberechtigte Kinder um 10 %.

Verdient der Ehegatte, Lebenspartner oder nichteheliche Partner selbst über den besagten Grenzen, entfällt für ihn die Erhöhung und für die unterhaltsberechtigten Kinder steigt die Grenze des Leistungsberechtigten lediglich um 5 %.

Ist ein minderjähriges Kind leistungsberechtigt, steigen die einkommensbezogenen Grenzen der Eltern um 75 %. Achtung: Lebt das Kind nur bei einem Elternteil wird die Erhöhung um 75 % nicht vorgenommen. Es bleibt dann bei den Beträgen von 85, 75 oder 60 % zzgl. der Erhöhung um 10 % pro Kind.

Wie im bisher geltenden Recht werden eine Reihe von Leistungen (zum Beispiel zur Teilhabe an Bildung – Schulbegleiter etc.) einkommensunabhängig geleistet.

## Beitragsberechnung

**Beispiel 2:**
Der Vater verdient 30.000 EUR und die Mutter 35.000 EUR. Beide sind angestellt. Abzüglich der beiden Werbungskostenpauschalen von je 1.000 EUR sind also 29.000 EUR + 34.000 EUR = 63.000 EUR als Einkommen zugrundezulegen. Die Familie hat einen Freibetrag von 85 % + 75 % der Bezugsgröße = 160 %, also im Jahr 2020 61.152 EUR. Das Einkommen übersteigt den Freibetrag um 1.848 EUR. Zwei Prozent dieses Betrags sind 36,96 EUR, abgerundet also 30 EUR. Die Eltern müssen mithin zu einer laufenden Leistung für das Kind monatlich 30 EUR Beitrag leisten, sofern die Leistung nicht gem. § 138 von der Beitragszahlung ausgenommen ist.

Handelt es sich bei der Leistung nicht um eine laufende Leistung, sondern um einen Gegenstand, dessen Gebrauch für mindestens ein Jahr vorgesehen ist, berechnet sich der Beitrag wie folgt:

*Leistungen, wie Schulbegleiter, werden weiterhin einkommensunabhängig geleistet.*

Man errechnet zunächst den Beitrag, der monatlich für eine laufende Leistung gezahlt werden müsste. Das Vierfache dieses Beitrags darf dann maximal einmalig als Beitrag festgesetzt werden.

**Beispiel 3:**
Die Eingliederungshilfe trägt (neben Leistungen der Pflegekasse zur Wohnumfeldverbesserung in Höhe von 4.000 EUR) 5.000 EUR der Kosten für den Einbau einer barrierefreien Küche als Leistungen für Wohnraum. Zieht man nun beispielsweise das Ergebnis aus Beispiel 1 heran, so dürfte maximal ein einmaliger Beitrag in Höhe von 4 x 130 EUR = 520 EUR erhoben werden.

## Unberücksichtigt: Bar- oder Sparvermögen

Neben verschiedenen geschützten Vermögenspositionen wie einem angemessenen selbstbewohnten Hausgrundstück wird das Bar- oder Sparvermögen bei der Anspruchsprüfung unberücksichtigt gelassen, solange es 150 % der jährlichen Bezugsgröße nicht überschreitet. Im Jahr 2020 entspricht dieses einem Vermögen von 57.330 EUR. Übersteigt das Vermögen die Grenze, muss die Leistung solange aus dem Vermögen selbst finanziert werden, bis die Grenze unterschritten wird.

Bei Leistungen, die unabhängig vom Einkommen beitragsfrei gewährt werden, darf auch das Vermögen nicht berücksichtigt werden.

*Christian Au*



mobilcenter® Zawatzky



Dein Weg – unser Ziel

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



Keine Reha-Messen? Kein Problem!

Köln: 07.- 09.10.2020

Zawatzky-Reha-Days

- Ausführliche Beratung
- Fahrerprobung
- Kraftmessstation uvm.



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

Service und Infos:
info@zawatzky.de
www.zawatzky.de

Personenkreis erweitert

# Querschnittgelähmte haben Anspruch auf medizinische Fußpflege

**Ein Sachverständigengutachten in einem Gerichtsprozess und eine Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) machen es künftig für Querschnittgelähmte leichter, ihre podologische Therapie mit der Krankenkasse abzurechnen.**

Eine Begleiterscheinung von Querschnittlähmung, die für die Betroffenen mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden ist, sind Probleme mit den Füßen. Die Betroffenen entwickeln aufgrund des mangelnder oder nicht vorhandener Sensibilität sowie unzureichender Durchblutung der Füße Druckstellen oder offene Wunden. Eingewachsene Zehennägel werden infolge mangelnden Schmerzreizes nicht oder zu spät wahrgenommen und behandelt. So können sich ernsthafte Komplikationen entwickeln, die langwierige medizinische Behandlungen bis hin zu Amputationen erforderlich machen.

## Fußheilkunde als Ausbildungsberuf

Die beste Vorsorge gegen solche vermeidbaren Probleme ist regelmäßige medizinische Fußpflege. Seit dem Jahr 2002 gehört Podologie, die Heilkunde am Fuß, zu den medizinischen Ausbildungsberufen. Podologen suchen und behandeln gezielt Probleme am Fuß wie Druckstellen, Warzen, Hühneraugen, eingewachsene Nägel, Entzündungen und Wunden. Bisher wurden die Kosten für medizinische Fußpflege ausschließlich bei Diabetikern mit dem sogenannten „diabetischen Fußsyndrom“ übernommen. Auch dieses Krankheitsbild geht mit mangelnder Durchblutung und gestörter Sensibilität einher.

## Eindeutiges Gutachten

Im Zuge eines Rechtsstreits vor dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (AZ L 16/1 KR 391/13) ließ ein Kläger mit Spina bifida ein Gutachten von einem unabhängigen Sachverständigen erstellen. In diesem wurde zweifelsfrei festgestellt, dass die Indikation für eine regelmäßige podologische Behandlung beim Kläger aus medizinischer Sicht mindestens so eindeutig vorliege wie bei Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom. Die beklagte gesetzliche Krankenversicherung erkannte daraufhin den Anspruch des Klägers auf Kostenübernahme für podologische Behandlung im Einzelfall an. Dies ganz offensichtlich, um einem Berufungsverfahren vor dem Landessozialgericht aus dem Weg zu gehen und einen möglichen Präzedenzfall zu vermeiden.

## Gemeinsamer Bundesausschuss schafft Klarheit

Hilfe für alle Betroffenen kommt nun vom Gemeinsamen Bundesausschuss. Er gab bekannt, dass seit dem 1. Juli 2020 nicht mehr nur Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom eine podologische Therapie verordnet bekommen. Zukünftig könne diese auch bei ähnlichen Symptomen von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Dazu zählen unter anderem Querschnittlähmung und eine schwere sensible oder sensomotorische Neuropathie. Bei diesen Krankheiten entstehen ganz ähnliche Schädigungsbilder an Haut und Zehennägeln, sodass eine podologische Behandlung sinnvoll und wirksam ist. Bei einer ärztlichen Verordnung und entsprechender Kostenübernahme durch die Krankenkasse wird künftig also lediglich die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung fällig.

Betroffenen kann nur dringend empfohlen werden, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen, denn fachgerechte medizinische Betreuung ist die beste Vorbeugung gegen Komplikationen und Gesundheitsrisiken durch dieses weitverbreitete Problem.

*Werner Pohl*



Foto: adobe-stock.com – hedgehog94







Foto: stock.adobe.com – Noradoa

# Ausgeklatscht?

## Pflegeprämie für Assistenten gefordert

**Erinnern wir uns: Erst vor wenigen Wochen zeigte sich unsere Gesellschaft überschwänglich dankbar gegenüber plötzlich systemrelevanten Berufen wie den der Pflege. Man klatschte von Balkonen und sang ihnen Hymnen. Der Gesetzgeber konnte da nicht abseitsstehen und versprach den Pflegenden als Anerkennung für ihren aufopfernden Dienst in der Corona-Krise eine Prämie.**

Diese sollte ursprünglich aus einer Hand durch die Pflegekasse ausgezahlt werden. Im Hintergrund sollte die Finanzierung der Prämie zwischen Bund und Ländern aufgeteilt werden. Soweit die Theorie. In der Praxis gibt es Bundesländer, die für ihren Anteil eigene Anträge verlangen. Es gibt auch Bundesländer, die zusätzlich Verpflegungsgelder bezahlen. Behinderte Arbeitgeber bemühen sich darum, auch für ihre Assistenzpersonen diese Prämie zu beantragen – obgleich in den Anträgen nur von Einrichtungen die Rede ist. So heißt es etwa im FAQ zur Erstattung von Verpflegungskosten in Bayern: Antragsberechtigt sind die jeweiligen Einrichtungen, nicht Einzelpersonen.

Anfragen zu dieser Problematik bleiben in den Ministerien meist unbeantwortet. Anders in Bayern. Ein Mitarbeiter des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege teilte per Mail mit: „Wir gehen davon aus, dass Sie im Rahmen Ihres Arbeitgebermodells in der ambulanten Pflege antragsberechtigt sind“ und riet – allerdings ebenfalls per Mail und nicht in einem Brief – man solle doch einfach ankreuzen, dass man eine Einrichtung sei. Eine schriftliche Bestätigung wollte er nicht senden.

Nun ist das Begehren dieser Arbeitgeber, die ihre Assistenzpersonen selbst beschäftigen, durchaus begründbar. Denn diese leisten seit Beginn der Pandemie einen noch wertvolleren Dienst, indem sie auch in ihrer Freizeit sehr darauf achten, keine Risiken einzugehen. Denn sie wissen um die Gefahren für ihren Arbeitgeber. Viele Assistenzpersonen haben Überstunden geleistet, um die Schichten erkrankter oder sich in Quarantäne befindlicher Kolleginnen und Kollegen übernehmen zu können. Dennoch blieb es stets bei der Aussage der Behörden, dass nur Pflegepersonal in Einrichtungen in den Genuss der Prämien und der Verpflegungspauschalen kommen können.
Die Aussage aus dem Bayerischen Staatsministerium, der Antragsteller solle sich als Einrichtung bezeichnen, kann in eine üble Falle führen. Denn wenn in einigen Jahren alle Zahlungen geprüft werden, können sich die falschen Angaben bitter rächen. Dann droht nicht nur die Rückzahlung, auch strafrechtlich könnte der Vorgang relevant werden. Denn den Mail-Hinweis aus dem Ministerium könnte schließlich jeder geschrieben haben. Rechtssicherheit bietet er nicht.

Daher der Appell an den Gesetzgeber, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dem Assistenzteam behinderter Arbeitgeber für ihr besonderes Engagement auch finanziell zu danken. Auch für sie sollen diese Zusagen gelten. Betrachtet man den Grund der Prämie, so trifft dieser unbedingt auch für die Arbeitgebermodelle von Menschen mit Behinderung zu. Eine Verweigerung käme der Diskriminierung dieser Arbeitsplätze gleich.

*Gerhard Bartz*

UNSER ANTRIEB:
DEINE FREIHEIT.

Unsere innovativen und multifunktionalen Elektro-Rollstühle verhelfen Menschen mit Behinderung zu mehr Mobilität und Unabhängigkeit. Evolutionär wie die Natur und perfekt angepasst an Dich und Dein Krankheitsbild. Die Paravan Rollstühle sind verlässliche Partner für zu Hause, bei der Arbeit, beim Hobby und unterwegs. Mit dem PR 50, der EU-Zulassung als vollwertiger Autofahrersitz mit integriertem Gurt besitzt, ist sogar Autofahren im Rollstuhl möglich.

Mehr auf **www.paravan.de**

PARAVAN
MOBILITÄT FÜR DEIN LEBEN





# 8 Tipps zu KÖLN

## Eine Stadt für Herz und Kehle

Foto: Pixabay

Praktisch jede große Stadt in Deutschland ist fest mit bestimmten Synonymen verbunden. Wenn die Vokabel „Domstadt“ fällt, ist klar: Es geht um Köln. Die weltberühmte gotische Kathedrale prägt die Stadtsilhouette und musste ihren Status als höchstes Gebäude der Stadt, sieht man von diversen Industriekaminen an der Peripherie ab, erst 1981 an den Sendeturm Colonius abtreten. Weniger himmelstrebend aber nicht minder charakteristisch sind die Bögen der Hohenzollernbrücke, über die viele Besucher erste Tuchfühlung mit Köln aufnehmen bei der Einfahrt in den denkmalgeschützten Hauptbahnhof. Deutschlands kleinste Millionenstadt hat viel zu bieten und lohnt mehr als nur einen Besuch. Köln-Kenner und -Liebhaber unter den Lesern des PARAplegiker verraten uns, wie man wo auf Rädern zurechtkommt und welche Plätze man aufsuchen sollte.

Conny's Köln



Foto: privat



1

Foto: Köln Tourismus GmbH

### Köln von oben

## Aussichtsplattform Triangle

Wer Köln von oben sehen und dabei den Dom im Köln-Panorama genießen will, sucht auf der gegenüberliegenden Rheinseite die Besucherplattform KölnTriangle Cologne View auf.

*Conny Runge*

### Rheinüberquerung

## Hohenzollernbrücke – der Weg zu Dom und Hauptbahnhof

Die Stahlbrücke mit der markanten Bogenkonstruktion (eine der meistbefahrenen Eisenbahnbrücken in Deutschland) kann auch zu Fuß genutzt werden. Blickfang sind tausende von Vorhängeschlössern, die Verliebte an den Absperrgittern anbringen um sodann den Schlüssel im Rhein zu versenken.



Foto: privat

2



Foto: Cölner Hofbräu Früh

3

### Einzigartig

## Kölner Kneipenkultur

Kaum eine Stadt pflegt das Image ihrer Kneipenkultur besser als Köln, unterstützt von eigenem Bier und gastronomischen Spezialitäten mit so gewöhnungsbedürftigen Namen wie Halve Hahn, Himmel un Äd oder Hämmchen. Der kürzeste Weg zum Kölsch führt vom Bahnhof aus vermutlich zum Brauhaus Früh am Dom, einer reichlich touristischen Institution. Ein Köln-Besuch ohne Streifzug durch die Kneipenszene bleibt eine halbe Sache.

*Werner Pohl*





Foto: Pixabay

Foto: privat

4



### Rundweg

## Unterwegs an Rhein und Altstadt

Vom schwellenlos zugänglichen Kölner Dom geht es zum benachbarten Römisch Germanischen Museum, dann zur Promenade über eine größere Serpentinenrampe. Am Rhein entlang kann man ebenerdig bis zum Rheinauhafen und zurück durch die Altstadt rollen.

*Dirk Michalski*



Foto: Raimond Spekking

Puppenspiele

5

### Kölner Institution

## Hänneschen Theater

Bereits seit 1802 ist das traditionelle Stockpuppentheater der Kölner Mundart verpflichtet. Neben dem Hänneschen stehen die legendären Kölschen Originale, Tünnes und Schäl, sowie weitere liebevoll gestaltete Figuren auf der Bühne im Martinsviertel. Fünf Rollstuhlplätze stehen zur Verfügung.

*Kevin Schultes*

Foto: privat



Foto: Kölner Zoo

6

### Immer wieder schön

## Ene Besuch em Zoo

Zugegeben – kein Geheimtipp, eher eine sentimentale Kindheitserinnerung, aber der Kölner Zoo ist wirklich einen Besuch wert. Mit über 10.000 Tieren und 750 Arten zählt er zu den größten seiner Art in Deutschland. Dank einer relativ kräfteschonenden Topographie und barrierefreier Gestaltung mit ausreichend Rampen und Toiletten gestaltet sich auch der Besuch auf Rädern problemlos.

*Werner Pohl*

Foto: privat

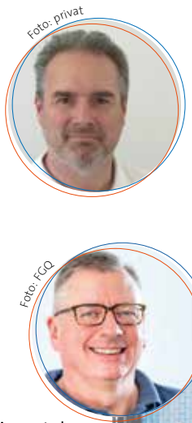


Foto: FCQ



Foto: Pixabay

### Rheinauhafen

## Zwei sehr unterschiedliche Museen

Das eine hat sich den süßen Sünden verschrieben, das andere dem Sport: Am nördlichsten Punkt des Rheinauhafens liegt das Schokoladenmuseum. Das von Schokoladenmagnat Dr. Hans Imhoff 1993 gegründete Museum hat sich ganz und gar der begehrten Süßigkeit verschrieben und informiert über deren Werdegang vom Kakaobaum bis zur Praline. In unmittelbarer Nachbarschaft befindet sich das Deutsche Sport & Olympiamuseum mit einer sehenswerten Sammlung von über 100.000 sporthistorisch relevanten Ausstellungsstücken. Beide Museen sind komplett barrierefrei.

*Björn Lohmann*



Foto: Schokoladenmuseum

7

Björn's Köln



Foto: privat

8

### Gehoben orientalisch

## Türkisch-kurdische Küche

Und zum Abschluss des Spaziergangs durch den Rheinauhafen empfiehlt sich ein Besuch im Restaurant bona'me.

# Königsberger Klopse

## Zutaten für vier Personen

500 g Kalbshackfleisch (alternativ: gutes Schweinefleisch) | 4 EL Sahne
80 g Kastenweißbrot ohne Rinde oder Brötchen | 2 Schalotten | 2 EL Butter | 2 eingelegte Sardellenfilets
3 Zweige Blattpetersilie | 1 Zwiebel | 4 Gewürznelken | 2 Lorbeerblätter | 1 Ei | etwas Pfeffer aus der Mühle | 1 TL Zucker
1/8 l Weißwein | 1/4 l Fleisch- oder Gemüsebrühe | 1 TL scharfer Senf | 1 EL kleine Kapern
1 TL abgeriebene Schale einer Bio-Zitrone | 1 TL Mehlbutter (Butter/Mehl zu gleichen Teilen gemischt)
50 g Sahne | Pfeffer und Salz

## Zubereitung

1. Das Brot in kleine Würfel schneiden. In eine große Schüssel geben und mit 4 bis 5 EL Sahne einweichen.
2. Die Schalotten schälen und klein schneiden.
3. In einer Pfanne 1 EL Butter schmelzen, die Hälfte der klein geschnittenen Schalotten darin anschwitzen.
4. Sardellenfilets klein hacken.
5. Blattpetersilie abbrausen, trocken schütteln, die Blätter abzupfen und fein schneiden.
6. Die Zwiebel mit einem Lorbeerblatt und zwei Nelken spicken.
7. Einen Topf mit reichlich Salzwasser mit der gespickten Zwiebel zum Kochen bringen.
8. Angeschwitzte Schalotten mit Hackfleisch, Sardellen, Ei, Petersilie und dem eingeweichten und gut ausgedrückten Brot vermischen. Mit Salz und Pfeffer abschmecken.
9. Aus der Hackfleischmasse mit feuchten Händen Klopse formen. Die Hitze des kochenden Wassers etwas reduzieren, die Klopse darin ca. 15 Minuten ziehen lassen. (Es sollte nicht mehr Wasser im Topf sein als nötig).
10. Für die Sauce in einem Topf restliche Butter schmelzen, die restlichen klein geschnittenen Schalotten darin anschwitzen. Zucker darüber streuen und karamellisieren lassen. Mit Wein auffüllen und stark einkochen lassen. Brühe und zusätzlich ca. 150 ml vom Klopsekochfond angießen. Senf und Kapern, 2 Nelken und ein Lorbeerblatt zugeben. Mit Salz, Pfeffer und Zitronenschale abschmecken. Mit Mehlbutter binden. Die Sauce ziemlich dick halten und 5 Minuten kochen.
11. Die Sahne halbsteif schlagen und kurz vor dem Servieren unter die Sauce ziehen.
12. Die Klopse anrichten. Mit der Sauce übergießen und servieren. Dazu passen Salzkartoffeln und Rote Beete.

*„Meine Oma mütterlicherseits war gebürtige Stettinerin. Friedrich der Große von Preußen war Zeit ihres Lebens ihr Held. Königsberger Klopse als hohes Lied Ostpreußens, gab es alle 14 Tage. Heute habe ich den Verdacht, dass das Gericht für sie eine gewisse Heimaterinnerung barg. Ich koche das Gericht privat auch immer wieder der Oma zu Ehren.“*

*Vincent Klink*



Foto: privat



Fotos (3): stock.adobe.com – Marco2811, Bernd Schmidt, jaojormami





# Gesunde Fleischeslust

**Um es gleich vorweg zu nehmen: Dies ist kein Plädoyer für mehr Fleischverzehr, sondern für eine bedachte Auswahl qualitativ hochwertiger Produkte und einen moderaten erschwinglichen Genuss.**

Fleisch hat im Verlauf der Menschheitsgeschichte wesentlich zu unserer Gehirnentwicklung beigetragen. Es ist neben pflanzlicher Kost immer Bestandteil (früh)menschlicher Ernährung gewesen, abhängig vom klimatischen und geographischen Lebensraum des jeweiligen Volkes. Der Anteil tierischer Kost (Fleisch und Fisch) variierte allerdings sehr: Er schwankte zwischen 15 und 100 Prozent!

Aufgrund seines Gehalts an biologisch hochwertigem Eiweiß und Eisen mit guter Bioverfügbarkeit, Zink sowie den Vitaminen B1, B6 und B12 ist Fleisch von hoher ernährungsphysiologischer Qualität. Allerdings stammte das Fleisch, von dem sich unsere Vorfahren noch bis vor wenigen Jahrtausenden ernährt haben, ausschließlich von Wildtieren. Der heute vielfach im Übermaß praktizierte Verzehr von schnell gemästetem Fleisch aus Massentierhaltung bietet keine mit Wildfleisch vergleichbare Versorgung an wertvollen Inhaltsstoffen.

## Gesunde Fettsäuren

Da Wildtiere kein Mastfutter wie Soja oder Mais erhalten, sondern das fressen, was im Wald und auf der Wiese natürlicherweise wächst, enthält ihr Fleisch viele für den Menschen unentbehrliche Omega-3-Fettsäuren. Auch bei ökologisch aufwachsenden Tieren, die auf die Weide kommen und/oder mit Heu gefüttert werden, bilden sich diese günstigen Fettsäuren vermehrt im Fleisch. Gleiches gilt übrigens auch für Milch und Eier von so gehaltenen Tieren. Darüber hinaus hat Biofleisch einen höheren Gehalt an fettlöslichen Vitaminen und Eisen. Aus tierischen Quellen wird Eisen sehr viel besser aufgenommen als aus pflanzlichen, denn pflanzliches Eisen liegt, anders als tierisches, meistens fest gebunden und in dreiwertiger Form (Fe3+) vor. Damit der Körper es aufnehmen kann, muss er es zunächst in eine lösliche Form überführen und zu zweiwertigem Eisen (Fe2+) reduzieren. Dieser Prozess wird z.B. durch Vitamin C gefördert, durch Oxalsäure (aus Kaffee, schwarzem Tee und anderem) gehemmt. Das wasserlösliche Vitamin B12 kommt in Pflanzen praktisch nicht vor und muss deshalb bei veganer Ernährung substituiert werden.

## Fleisch macht satt!

Fleisch und andere tierische Produkte sind reich an hochwertigem tierischem Eiweiß, das den Körper besonders gut mit den lebensnotwendigen Aminosäuren versorgt. Pflanzliches Eiweiß liefert diese zwar auch, die Quellen müssen aber geschickt kombiniert werden, um dem Körper alle essenziellen Aminosäuren ausreichend verfügbar zu machen. Das ginge beispielsweise mit Reis und Soja oder Bohnen und Mais. Am besten ist eine Kombination aus tierischen und pflanzlichen Eiweißquellen.

Nach Ergebnissen der größten Ernährungslangzeitstudie der Welt, der „Nurses Health Study“ senkt eine hohe Eiweißzufuhr (aus beiden Quellen) das Herzinfarktrisiko signifikant. Und, da Eiweiß von allen Nährstoffen den besten Sättigungseffekt hat, hilft es, Übergewicht vorzubeugen. Eine Eiweißaufnahme von 25 Energieprozent – wie in der Studie beschrieben – ist nur für Nierengeschädigte ein Risiko, für Gesunde hingegen vorteilhaft. Bei Fleisch sollte man lediglich auf fettarme Stücke und auf gute Qualität achten und deutlich weniger als ein Kilo pro Woche verzehren.

*Anette von Laffert*

*„Maximal 300-600 g Fleisch pro Woche – wegen Gesundheit und Klima.“*

**Deutsche Gesellschaft für Ernährung**



Fotos (2): stock.adobe.com – Marco2811, jaojormami



Foto: vege - stock.adobe.com

# Arbeitsgemeinschaften der FGQ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Foto: stock.adobe.com – Win Nondakowit

## Ihre Spende kommt an!

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

**SPENDENKONTO**

**IBAN: DE21 6729 1700 0028 2344 06**
**BIC: GENODE61NGD**



Foto: pexels.com

# Autoren



**Dr. Almuth Angermund** Die Urologin ist seit 2015 leitende Ärztin der Neuro-Urologie an der Schön Klinik Vogtareuth in Bayern. Sie betreut Erwachsene und Kinder nicht nur mit angeborener oder erworbener Querschnittlähmung, sondern auch mit sonstigen neurologischen Erkrankungen. Sie engagiert sich u.a. im Arbeitskreis Neuro-Urologie der DMGP.



**Christian Au** ist Gründer der Fachkanzlei Au für Sozialrecht und das Recht behinderter Menschen. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die bundesweite Vertretung von Menschen mit Behinderung und die Kooperation mit Vereinen. Er lehrt an der Medical School Berlin und an der Hochschule für angewandte Wissenschaften und Kunst, Holzminden.



**Gerhard Bartz** Die Beratung behinderter Menschen mit Assistenzproblemen ist der Arbeitsschwerpunkt des Autors, der 1951 an Kinderlähmung erkrankte. Seit 1997 ist er im Vorstand von ForseA, seit 2009 dessen Vorsitzender. Der Rollstuhlnutzer ist ehrenamtliches Redaktionsmitglied der kobinet-Nachrichten.



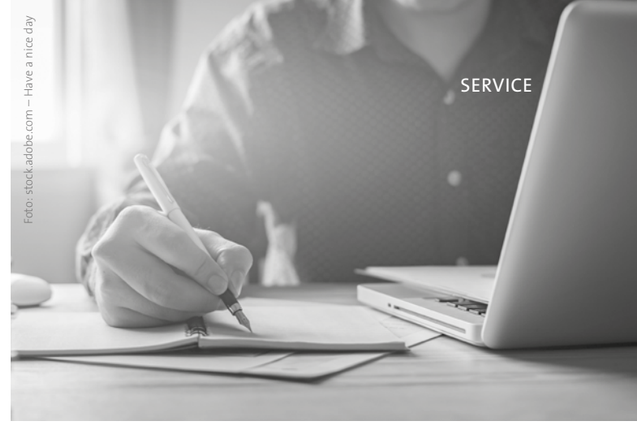


Foto: stock.adobe.com – Have a nice day





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



**Maria-Cristina Hallwachs** Die Autorin berät seit einigen Jahren Menschen, die querschnittgelähmt sind und Beatmung benötigen. Sie ist selbst rund um die Uhr auf Hilfe angewiesen und verbindet dabei maximale Abhängigkeit mit größtmöglicher Eigenständigkeit.



**PD Dr. Sven Hirschfeld** Seit über zwei Jahrzehnten beschäftigt sich der Leitende Arzt im Querschnittzentrum des BG Klinikums Hamburg mit der (außer-)klinischen Behandlung von beatmeten Menschen mit Querschnittlähmung. Dies macht er sowohl in der DMGP als auch in der DIGAB und trägt dieses Thema in die Beatmungs- und Weaning-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie.



**Lars Kellner** ist Physiotherapeut und Lehrtherapeut der Internationalen Vojta Gesellschaft e.V. Er arbeitet seit 1998 im Zentrum für Rückenmarkverletzte der Werner Wicker-Klinik in Bad Wildungen/Reinhardshausen und war von 2006 bis 2010 im sozialpädiatrischen Zentrum, Zentrum für Entwicklungskinesiologie der Kinderklinik Siegen tätig.



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



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



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

Fotos (16): Maria-Christina Hallwachs, Werner Pohl: FGQ; privat



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



**Oliver Straub** ist seit 2003 nach einem Badeunfall querschnittgelähmt. Seit 2008 lebt er dank persönlicher Assistenz ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben mit hoher Querschnittlähmung. Als Experte in eigener Sache gibt er seine Erfahrungen mit der Assistenz an andere Menschen mit Behinderung weiter. Unter anderem als Leiter der ARGE Assistenz der FGQ.



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



**Dr. Claus Ziegenbein** ist seit vielen Jahren in diversen Bereichen des Gesundheitswesens tätig (Nahrungsmittelergänzung, Schwerstbehinderten-/Laryngektomiertenversorgung, Klinikbedarf, schlafbezogenen Atmungsstörungen). Aktuell leitet er das Produktmarketing für schlafbezogene Atmungsstörungen eines führenden Unternehmens in der Schlaf- und Beatmungsmedizin.

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

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

# Vorschau Winterausgabe 2020



Foto: Hollister Inc.

## Bewegung tut gut

Nein, das legendäre, Winston Churchill in den Mund gelegte Zitat „No sports", ist keine gute Idee! Sich im Rahmen seiner Möglichkeiten regelmäßig zu bewegen, hat viele Vorteile: Bewegung stärkt die Muskeln, verbessert Kondition und Ausdauer, hilft bei Schmerzen, lässt Pfunde schmelzen, beugt Krankheiten vor, gibt ein gutes Körpergefühl, schafft soziale Kontakte und macht einfach gute Laune. Körperlich fit zu sein hilft, ein möglichst unabhängiges Leben zu führen. Nicht der Leistungsgedanke, sondern die Freude an der Bewegung ist entscheidend. Aber wie kommt man in Bewegung? Für Menschen mit einer Querschnittlähmung ist die Läsionshöhe entscheidend. Im nächsten PARAplegiker zeigen wir, was möglich ist, und stellen Menschen vor, die in Bewegung sind.

**Außerdem:**

**Therapie: Diabetes Mellitus Typ II**
**Gesundheit: Entlassungsmanagement**

## 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
E-Mail: redaktion@fgq-paraplegiker.de

**Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe**
Dr. Almuth Angermund, Christian Au, Gerhard Bartz, Nikola Hahn, Maria-Cristina Hallwachs, PD Dr. Sven Hirschfeld, Lars Kellner, Tanja Konrad, Stephan Neumann, Werner Pohl, Sabine Roch, Manfred Sauer, Oliver Straub, Anette von Laffert, Dr. Claus Ziegenbein, Martin Zak (Cartoon)

**Gestaltung**
Anke Wiesborn, einsatz kreativbüro, Bochum

**Lektorat**
Ruth Justen, freie Journalistin, Leipzig

**Anzeigen**
Christian Jägemann
Tel.: 01 70 - 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 80

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

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





# Aluhut statt Maske

## Von Verschwörungstheoretikern und Risikogruppen

**Neulich vernahm ich als ein der Wissenschaft zugeneigter Leser, dass die Frage, seit wann Menschen an Verschwörungstheorien glauben, in der Forschung noch nicht abschließend geklärt sei. Lange Zeit hielt sich die Meinung, dass es diese immer schon und in allen Kulturen gegeben habe. Gesichert ist: Es gab Vorläufer in der römischen und griechischen Antike. Und sie breiten sich in der jüngsten Zeit gedeihlich aus. Der Homo conspiratorius hat eine erstaunliche Karriere hingelegt und nun hat diese „Berufsgruppe", befeuert durch die Corona-Krise, den langersehnten medialen Durchbruch geschafft.**

### Opfer des Erfolges

Deutschland scheint dabei das Opfer des erfolgreichen Umgangs mit der Pandemie zu sein. Dank der getroffenen Maßnahmen verlief die Pandemie hierzulande bisher glimpflicher als anderswo. Die vergleichsweise geringe Zahl der Personen, die an Covid-19 erkrankten, und leerstehende Krankenhausabteilungen werden von geneigten Kreisen dahingehend interpretiert, dass die Maßnahmen völlig übertrieben gewesen seien. Seit Corona nach Deutschland schwappte, kämpft das Land nicht nur gegen das Virus, sondern auch gegen einen Riss in der Gesellschaft. Zwei Gruppen stehen sich zunehmend unversöhnlich gegenüber: Diejenigen, die Covid-19 für eine leichte Grippe oder gar eine Erfindung halten, und diejenigen, die sich und andere aktiv schützen wollen. Dabei gerät selbst etwas so Harmloses wie das Tragen von Masken zum Schutze seiner Mitmenschen zum Glaubenskrieg.

Zur Corona-Verschwörungstheorie gehört wahlweise die Vorstellung, bestimmte Personen oder Gruppen hätten das Virus absichtlich über die Welt gebracht, um von der Pandemie zu profitieren, oder dieses wäre lediglich eine Erfindung von dunklen Kräften. In der Vorstellung der Verschwörungstheoretiker sind letztere geheime Eliten und fraternisierende Virologen, die nach der Weltherrschaft trachten. Diese wollten uns verstrahlen, zwangsimpfen und uns Mikrochips implantieren, dazu unsere Bürgerrechte und – noch schlimmer – das geliebte Bargeld abschaffen.




### Virus im Kopf

Gemeinsam ist allen Verschwörungserzählungen, dass sie durch teils erstaunliche Zusammenhänge die Komplexität der Geschehnisse zu simplifizieren suchen. Früher wurde gegen angebliche Chemtrails gewettert, die Existenz der BRD bestritten oder die Mondlandung in Frage gestellt. Der Umgang mit der Pandemie ist sehr viel aggressiver. Vielen Teilnehmern der (Hygiene-) Demos blieb aber verborgen, dass ihr sorgenvoller Protest längst von Rechtsextremen Spinnern und Möchtegern-Promis gekapert wurde. Corona wird zu einem ertragreichen Nährboden für deren Wahn. Experten dagegen werden angefeindet. Wer braucht schon Wissenschaftler, wenn mir doch prominente Barden, vegane Köche und verwirrte Schauspieler die Welt erklären können? Wie ihre Jünger tragen sie lieber den Aluhut als eine Schutzmaske.

Gemeinsam ist diesen Menschen, dass sie stets neue Feindbilder suchen und die eigenen geistreichen Überlegungen im Internet und in den Sozialen Medien mit der Weltöffentlichkeit teilen. Verständnis und Verstand sucht man in ihren Beiträgen meist vergeblich. Vielleicht ist aber eben dies der Beweis für die Gefährlichkeit des Corona-Virus? Seriöse Medien berichten, es befalle auch das Gehirn.

*Kevin Schultes*

# Impulse für ein sinnerfülltes Leben ...

## ... trotz Querschnittlähmung




## Eine DVD für Menschen mit Querschnitt-lähmung, Familie und Freunde

### „The Best of Men“

Der 90-minütige Film erzählt die bemerkenswerte Geschichte eines deutschen Arztes, der aufgrund seiner jüdischen Konfession 1939 aus dem nationalsozialistischen Deutschland emigrierte und in England erstmalig eine umfassende Behandlung querschnittgelähmter Menschen etablierte. Die bis dahin ausweglose Situation veränderte er hin zu einem Leben mit Perspektiven. Erstmals führte er den Sport in die Rehabilitation ein und gilt als Vater der Paralympics.

**Eine Biografie über das Leben und Wirken von Sir Ludwig Guttmann, dem Begründer der modernen aussichtsreichen Therapie für Menschen mit Querschnittlähmung ergänzt mit Impulsen zu Partnerschaft, Familie und Sexualität, Beruf, Autofahren, Reisen.**

**Video-Material ergänzt mit persönlichen Erfahrungsberichten**

**Sechs querschnittgelähmte Frauen und Männer berichten über ihre Erfahrungen und ihren Weg zurück ins Leben.**

**Kostenlos erhältlich***
Manfred-Sauer-Stiftung

*Die DVD ist für Menschen mit Querschnittlähmung kostenlos erhältlich.
**Senden Sie uns eine E-Mail mit Ihrer Anschrift an: info@der-querschnitt.de**

MANFRED-SAUER-STIFTUNG
*Impulse für bewusstes Leben*

Neurott 20
74931 Lobbach
www.manfred-sauer-stiftung.de