PARA*plegiker*

Das Magazin für den Querschnitt.



Themenschwerpunkt: Krankheitsbedingte Querschnittlähmung

Menschen

Durch die Krise zum Erfolg?

Recht & Soziales

Das kleine bisschen Barrierefreiheit

Herbst 2021

Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V.

DMGP Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie



Klick Power Standard
Der leichte Allrounder



Klick Race Standard
Der kräftige Allrounder

Entdecken Sie jetzt die Zuggeräte von Klaxon exklusiv bei Ottobock.

- Innovative Handhabung
- Bewährte Qualität
- Mit Ottobock Rollstühlen ab Werk kombinierbar
- Einfach nachrüstbar
- Inklusive Straßenzulassung bei Bestellung ab Werk mit einem Ottobock Rollstuhl

ottobock.

Mit einem Klick
zu mehr Unabhängigkeit.

Die Klaxon Zuggeräte bei Ottobock



Weitere Informationen erhalten Sie direkt bei unserem Ottobock Außendienst oder unter **www.ottobock.de/rollstuehle/zugantriebe**

© Ottobock · 646S901=de_DE-01-2016 · Technische Änderungen und Druckfehler vorbehalten. Produktabbildungen können von der Standardkonfiguration abweichen.

Wandel

Liebe Leserin, lieber Leser,

das Bild von Menschen mit einer Querschnittlähmung wandelt sich zunehmend. Auch ich habe meist noch eine junge Person mit einer unfallbedingten Querschnittlähmung vor Augen, wenn ich mir einen typischen Vertreter unserer „Spezies“ vorstelle. Das deckt sich mit meiner ganz persönlichen Erfahrung und den Erlebnissen in meiner Reha. Doch dieses Bild entspricht immer weniger der Realität.

Herausforderungen

Der Anteil der Gründe für den Eintritt einer Querschnittlähmung hat sich in den letzten Jahren deutlich verschoben. Früher dominierten tatsächlich mit fast achtzig Prozent Unfallfolgen. Der Anteil der sogenannten nicht-traumatischen, also krankheitsbedingten Querschnittlähmungen, nimmt seit vielen Jahren durch die demografische Entwicklung stetig zu und hat vor zwei Jahren erstmalig die Zahl der unfallbedingten Querschnittlähmungen überstiegen. Durch den beschriebenen Trend steigt das durchschnittliche Lebensalter bei Eintritt einer Querschnittlähmung, welches aktuell mehr als 60 Jahre beträgt. Eine herausfordernde Situation auch für Angehörige und Behandelnde. Denn diese hat Auswirkungen auf die Reha-Ziele, die Versorgung und Perspektiven der Betroffenen.

Komplikationen

Der Eintritt einer Querschnittlähmung bleibt für Betroffene und ihre Angehörigen immer ein „Trauma“, gleich ob traumatischen oder nicht-traumatischen Ursprungs. Und häufig bleibt es dies auch, wenn etwa die Versorgung nicht ausreicht, die Bewältigung nicht gelingt oder Schmerzen den Alltag erschweren. Nach wie vor gelten die verschiedenen Schmerzsyndrome bei Querschnittgelähmten als eine zentrale und schwerwiegende Komplikation und als eine der größten Herausforderungen bei der Behandlung. Diese chronischen Nervenschmerzen haben keine Funktion, sie sind nur einschränkend und belastend, das kenne ich aus eigener Erfahrung. Viele Betroffene sind verzweifelt, gerade weil es keine zielführende Therapie gibt. Es bleibt die Hoffnung auf neue Methoden bei der Behandlung dieses bislang oft ungelösten Problems. In der Schmerzabteilung am Schweizer Paraplegiker Zentrum in Nottwil wird aktuell eine neuartige Therapie untersucht. Mit dem „virtuellen Gehen“ eröffnet sich eine vielversprechende Therapieoption. André Ljutow, Chefarzt des Zentrums für Schmerzmedizin in Nottwil, stellt diese auf den Seiten 38 und 39 vor.

Einschränkungen

Einschränkungen erfahren Menschen mit einer Querschnittlähmung auch durch mangelnde Barrierefreiheit. Wir alle erleben das tagtäglich: unerreichbar hohe Regale im Supermarkt, unüberwindbare Treppenstufen, defekte Aufzüge und fehlender Wohnraum. Ich finde es wichtig, dass sich Verbände einbringen, damit ein Bewusstsein für unsere Belange geschaffen wird, Dinge verändert werden und endlich ein gleichwertiges Miteinander erreicht wird. Die Fördergemeinschaft hat mit einem Webinar zum „SCI-Day“, dem jährlichen Internationalen Tag der Querschnittgelähmten am 5. September (Seite 8), und beim Gipfel „Barrierefreier ÖPNV und Fernverkehr“ (Seite 10) am 6. September in Berlin auf die fehlende Barrierefreiheit und unsere Forderungen aufmerksam gemacht.



Foto: luftsprung-fotografie.de

Elisa Chirino eröffnet mit dem Editorial den PARAplegiker.

Veränderungen

In den vergangenen Wochen habe ich wie so viele die Paralympics in Tokio verfolgt. Zunächst stand die bange Frage im Raum, ob die Spiele überhaupt stattfinden, dann unter welchen Voraussetzungen das drittgrößte Sportevent der Welt wohl durchgeführt werden kann und wie die Sportler mit der Pandemie-Situation umgehen. Lesen Sie auf den Seiten 32 bis 34, welche Bedingungen die Athleten vorgefunden haben und wie die Stimmung in Japan von ihnen wahrgenommen wurde. Nach wie vor bin ich überzeugt, dass diese Weltspiele seit ihrer Gründung Menschen an das Thema Behinderung heranführen und Berührungsängste abbauen. Und damit auch einen Wandel in der Wahrnehmung bewirken!

Herzlichst, Ihre Elisa Chirino



Inhalt



Foto: Silke Wagner

Peers

Kontinuierliche Arbeit an sich selbst

Brigitte Loos erhält im Jahr 2015 die Diagnose Rückenmarkinfarkt. Nach anfänglichen Schwierigkeiten, gewinnt sie mithilfe ihrer Familie, Freunden und Therapeuten ihren Lebensmut zurück. Ihre Erfahrungen und ihre Power gibt die heute 71-Jährige als Peer der FGQ weiter.



Foto: stock.adobe.com – Halfpoint

Medizin & Forschung

Nicht-traumatische Querschnittlähmung

Im Jahr 2018 wurden 55 Prozent der Querschnittlähmungen durch Erkrankungen verursacht. Zudem hat sich das durchschnittliche Eintrittsalter auf über 60 Jahre erhöht. Wir zeigen auf, welche Krankheitsbilder zu einer Querschnittlähmung führen können und worauf bei Therapie und Behandlung zu achten ist.



Foto: oto: stock-adobe.com – crev.

Gesundheit

Osteoporose und Querschnittlähmung

Etwa 75 Prozent der Menschen mit Querschnittlähmung entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Osteoporose. Dr. Jürgen Moosburger, Neurologe, Rehabilitations- und Sozialmediziner, erklärt, warum sich Osteoporose bei Rollstuhlfahrern von der Volkskrankheit unterscheidet und welche Hilfen es für Betroffene gibt.



Foto: stock-adobe.com – fifg

Lebenslust

Schwierige Spiele im Land der aufgehenden Sonne

Die Paralympics in Tokio waren kein normales Sportevent. Wie erlebten die Sportlerinnen und Sportler die Spiele in der japanischen Megametropole? Wie klappte es mit der Organisation? Der PARAplegiker sprach mit einigen Paralympioniken.



Foto: Andi Weiland | Gesellschaftsbilder.de

Recht & Soziales

Das kleine bisschen Barrierefreiheit

Im Juni dieses Jahres wurde das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) beschlossen, welches im Jahr 2025 in Kraft tritt. Behindertenrechtsaktivist Constantin Grosch hat sich das Gesetz näher angeschaut und kommt zu einem vernichtenden Ergebnis.

FGQ NEWS

06 Endlich: FGQ-Schulungen wieder in Präsenz
Online-Stammtisch für Menschen mit Beatmung
07 Hilfe für Indien
08 SCI-Day 2021 – Alltägliche Herausforderungen für die Mobilität auf Rädern
09 Ausbau der Hauptamtlichkeit bei der FGQ
10 Gipfel zum Thema barrierefreier ÖPNV und Fernverkehr

FAKTEN

11 Barrierefreiheit in Deutschland

PEERS

12 Statt Ruhestand: Kontinuierliche Arbeit an sich selbst

MENSCHEN

16 Durch die Krise zum Erfolg?

MEDIZIN & FORSCHUNG

20 Nicht-traumatische Querschnittlähmung: Ursachen – Altersstruktur – Behandlung

INTERVIEW

23 Vier Fragen an PD Dr. Frank Rainer Abel
24 Barrierefreiheit: „Viel zu oft wird noch von Ausnahmeregelungen Gebrauch gemacht.“

GESUNDHEIT

26 Osteoporose und Querschnittlähmung – vieles ist noch ungeklärt
30 „Time is spine“ – die tumorbedingte Querschnittlähmung

LEBENSLUST

32 Schwierige Spiele im Land der aufgehenden Sonne

HILFSMITTEL

36 Wie sieht der Rollstuhl der Zukunft aus?

THERAPIE

38 Mit virtuellem Gehen gegen chronische Schmerzen

RECHT & SOZIALES

40 Das kleine bisschen Barrierefreiheit
42 Politiker antworten – Betr.: Ihre Anfrage

KOMMENTAR

43 Schlechte Noten für die Barrierefreiheit

REISEN

44 Acht Tipps zu Frankfurt

ERNÄHRUNG

46 Blumenkohl I Ei I Trüffel
47 Der Blumenkohl: ein leicht bekömmliches Gemüse

SERVICE

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

DAS ALLERLETZTE

51 Cartoon

Titelfoto: Silke Wagner

Themenschwerpunkt: Krankheitsbedingte Querschnittlähmung

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

QR-Code scannen und direkt zur Webseite gelangen



Foto: privat

Reisen

Acht Tipps zu Frankfurt

Frankfurt am Main hat eine bedeutende Historie und entwickelte sich im Laufe der Zeit zu einem international bekannten Finanzplatz. Doch nicht nur zahlreiche Museen und die Hochhaus-Skyline sind sehenswert. Unsere Peers verraten ihre Lieblingsplätze, die für Rollifahrer garantiert barrierefrei sind.

Ernährung

Blumenkohl I Ei I Trüffel



Foto: Julia Hoersch, Hamburg

Diesmal gibt es ein raffiniertes Gericht von Marianus von Hörsten. 1992 geboren und auf einem Demeter-Hof in der Lüneburger Heide aufgewachsen, gewann der ausgebildete Koch unter anderem 2018 den „Next Chef Award.“ Nach verschiedenen Stationen betreibt er nun das Hamburger Restaurant „Klinker“.


Foto: FGQ Jörg Farys

Endlich: FGQ-Schulungen wieder in Präsenz

Nach einer gefühlten Ewigkeit mit Zusammenkünften ausschließlich am Bildschirm: „Jetzt verteilt euch mal in Zweiergruppen im Raum und interviewt euch. Nachher kommen wir wieder zusammen und besprechen die Ergebnisse“, dieser Anleitung der Referentin Susanne Bell folgen die Teilnehmer an der Schulung „Kommunikation“ im bayrischen Alling mit Eifer. Allen modernen Kommunikationsmitteln zum Trotz – persönlich miteinander umzugehen ist einfach etwas anderes.

Aber Sicherheit geht vor. Lange hat es gedauert, bis sich die FGQ dazu entschloss, ihr Schulungsprogramm aus dem virtuellen Universum zurück in die analoge Wirklichkeit zu verlegen. Und auch dabei gelten natürlich nach wie vor die Spielregeln, die durch den jeweiligen Gesetzesrahmen bzw. durch die jeweiligen Tagungshäuser vorgegeben sind. Auf mittlere Sicht – und niemand weiß, wie lange noch – sind Masken ein unverzichtbares Utensil und das abendliche Beisammensein fand in Alling im Freien statt, was gottlob von der Wetterlage begünstigt wurde.

Das wird bei den im Oktober und November anstehenden Veranstaltungen kaum möglich sein, aber mit Befolgung der 3G-Regel und unter Beachtung der tagesaktuell geltenden Bestimmungen hofft die Fördergemeinschaft, ihr Schulungsprogramm wieder weitgehend normal durchführen zu können. Bis November stehen neben einem Teamer-Wochenende Nord in Rheinsberg noch Schulungen zu den Themen Bewältigung I und II, Kommunikation II, eine Fachtagung Blase und Darm und ein Regionaltreffen Süd in Alling auf dem Programm.

Bleibt zu hoffen, dass die Entwicklung der Corona-Situation diesen Plänen gewogen ist. Die Teilnehmer an der Kommunikationsschulung in Alling waren sich jedenfalls einig, dass der persönliche Umgang miteinander eine andere Qualität hatte als virtuelle Treffen und machten sich am Sonntagnachmittag fortgebildet in guter Stimmung auf den Heimweg.

Die Peers Heidi Maur, Benny Holzer, Stephan Korth und Rainer Hülskemper haben übrigens alle vier Bausteine des Peer-Schulungsprogramms zwischenzeitlich erfolgreich absolviert. Ein weiterer Beitrag zur Qualität der Beratungsarbeit der FGQ für Betroffene.

Werner Pohl

Neu im Portfolio der FGQ

Online-Stammtisch für Menschen mit Beatmung

Seit August bietet die Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Beatmung der FGQ einen „Stammtisch Beatmung“ an. Jeden zweiten Dienstag im Monat um 14.00 Uhr treffen sich alle, die dieses Thema interessiert, online in einem Zoom-Meeting.

Ziel ist es, Querschnittgelähmte mit Beatmung zusammen zu bringen, denn mobil sein und sich live zu treffen ist für viele aufwendig oder überhaupt gar nicht möglich. Gleichzeitig können Frischverletzte, deren Angehörige und Freunde sich dazu schalten, erleben, dass ein Leben mit so hoher Lähmung nicht nur möglich ist, sondern dass sich auch viele neue Perspektiven eröffnen können. Zudem möchten wir auch Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten erreichen, die sich mit speziellen Fragen an uns wenden können oder uns mit ihrem Wissen unterstützen möchten. Ebenfalls mit in den Kreis der Beteiligten gehören Hilfsmittelversorger, die häufig direkte Ansprechpartner für die Sorgen beatmeter Menschen sind, sowie alle anderen, die sich für das Thema interessieren: Schaltet Euch dazu – aktiv oder passiv – ohne Verplichtung, ganz so, wie Euch zumute ist. Wir freuen uns auf jeden Einzelnen!

Maria-Cristina Hallwachs

Spende von FGQ, DSQ und Manfred-Sauer-Stiftung

Hilfe für Indien

Zwischen dem Spinal Cord Injury Center in New Delhi und den deutschen Fachkollegen besteht seit Jahren eine enge Zusammenarbeit.

Wiederholt waren Experten aus Deutschland (beispielsweise Dr. Doris Maier, Dr. Patrick Kluger und PD Dr. Frank Rainer Abel) sowie Mitarbeiter aus den jeweiligen Kliniken bei Fortbildungsveranstaltungen in Neu Delhi aktiv. Es sind auch Ausbildungskurse im Rahmen von wirbelsäulenchirurgischer Versorgung durchgeführt worden. Die Kollegen vor Ort sind uns hier in Deutschland bestens bekannt, der Leiter der Klinik – Dr. Harvinder Chhabra – hat auch schon Festvorträge auf dem DMGP-Kongress in Deutschland gehalten. Wir haben deshalb, nachdem die Kollegen im Juli bei der immer gravierender werdenden Covid-Epidemie in Indien einen Hilferuf an uns gesandt haben, reagiert. Die Vielzahl an Covid erkrankten Patienten, die mit und ohne Querschnittlähmung mehr oder weniger an den Stufen der Klinik abgelegt worden sind, hat dazu geführt, dass die Ressourcen, die eigentlich zur Behandlung querschnittgelähmter Menschen in diesem Zentrum gedacht waren, schnell aufgebraucht waren. Wir haben deshalb von den Gesellschaften Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V. (FGQ), Deutsche Stiftung Querschnittlähmung (DSQ) und Manfred-Sauer-Stiftung zusammen 45.000 Euro zur Verfügung gestellt, um diesem Notstand abzuhelfen.


Foto: Indian Spinal Cord Injury Center New Delhi

Mit der Spendenaktion soll sich die Akutversorgung und die Versorgung mit Hilfsmitteln in New Delhi verbessern.

Die Spende wurde und wird begleitet von der Deutschen Botschaft, die auch bei früheren Spendenaktionen im Rahmen der Zusammenarbeit vor Ort präsent war. Dank gilt dabei dem zuständigen Mitarbeiter Timotheus Felder-Roussety. Das Geld wird in Delhi zur Akutversorgung und zur Anschaffung von Materialien, die der Akutversorgung dienen (zum Beispiel spezielle Betten), verwendet werden.

Dr. Doris Maier, PD Dr. Frank Rainer Abel



Internationaler Tag der Querschnittlähmung

Alltägliche Herausforderungen für die Mobilität auf Rädern

Alle Jahre wieder: Bereits zum sechsten Mal fanden Aktionen zum „Internationalen Tag der Querschnittlähmung“ (Spinal Cord Injury Day/ SCI-Day) am 5. September statt. Auch in diesem Jahr aufgrund der Corona-Pandemie wieder virtuell.

Im Jahreskalender tummeln sich zahlreiche „Welttage“ bzw. „Internationale Tage“. Der „Internationale Frauentag“ hat es bereits zu einer gewissen Bekanntheit gebracht, dann gibt es weitere positiv besetzte Tage, wie zum Beispiel der des „Kusses“ oder der „Schokolade“, wichtige wie der „Tag der Kinderrechte“ oder skurrile wie der „Weltmaultaschentag“. Und dann eben der „Internationale Tag der Querschnittlähmung“ – ins Leben gerufen vom weltweiten Fachverband zum Thema Querschnittlähmung, der International Spinal Cord Injury Society (ISCoS). Gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat man dazu aufgerufen, verstärkt auf die besonderen Belange unserer Zielgruppe hinzuweisen. In Deutschland wird der Aktionstag von der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP), dem Deutschen Rollstuhl-Sportverband e.V. (DRS), der Deutschen Stiftung Querschnittlähmung (DSQ) und der Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten e.V. (FGQ) gemeinsam unterstützt.



Foto: privat

Aktionstag 2021

In diesem Jahr stand der Internationale Tag der Querschnittlähmung ganz im Zeichen der „Barrierefreiheit“. Nachdem PD Dr. Frank Rainer Abel, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und der Klinik für Querschnittgelähmte am Krankenhaus Hohe Warte in Bayreuth, in das Thema eingeführt hatte, berichtete Stephan Neumann, Co-Leiter der ARGE Recht und Soziales bei der FGQ, über das kürzlich verabschiedete und stark in der Kritik stehende Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG). Im Anschluss referierten Peter Richarz, Christian Au und Jens Naumann für den Deutschen Rollstuhl-Sportverband über das Thema „Mobilität als zentraler Aspekt für Teilhabe und Gesundheit“, dann FGQ-Geschäftsführer Felix Schulte über die neuen Kursangebote zur Mobilität von ADAC-Stiftung und FGQ. Kevin Schultes, Mitglied des Vorstandes der FGQ, schilderte in seinem Schlusswort die Historie und die Bedeutung des Internationalen Tages der Querschnittlähmung. Abgerundet wurde das Programm mit einem Videobeitrag von Elisa Chirino, die über ihre Erfahrungen mit dem Thema Barrierefreiheit berichtete. Der Aktionstag betont den Anspruch einer normalen Teilhabe am sozialen Leben im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention. In ihr ist klar formuliert: Menschen mit Behinderung müssen voll und ohne Benachteiligung am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. In einer mobilen Gesellschaft ist die Barrierefreiheit hierfür die zwingende Voraussetzung.

Kevin Schultes



Foto: privat

„Mir liegt besonders am Herzen, dass Menschen mit einer Querschnittlähmung in der Gesellschaft als gleichwertig angesehen und wahrgenommen werden.“

Elisa Chirino über den SCI-Day



Foto: F. Gail

Neuer Peer-Koordinator

Ausbau der Hauptamtlichkeit bei der FGQ

Zacharias Wittmann trat am 1. September seine Stelle als Peer-Koordinator an. Beim Sport und bei der FGQ versteht er sich als Teamplayer.

Der 30-Jährige wurde mit einer Spina bifida geboren. Seit er klein ist, nutzt er den Rollstuhl, den er nicht als Einschränkung, sondern als Aktivitätshilfe sieht, der ihm vieles ermöglicht. Nach seinem Schulabschluss zog er aus dem heimatlichen Allgäu ins mehr als 400 Kilometer entfernte Marburg, um dort Soziologie zu studieren. Zwischenzeitlich ist er dort mit seiner Lebensgefährtin sesshaft geworden, wozu auch sicher sein hohes sportliches Engagement als Basketballspieler und -trainer in der Region, unter anderem beim RSV Lahn-Dill, beigetragen hat. Gegen Ende des Studiums entwickelte er das vielfach ausgezeichnete Start-up „Companion2Go“, welches Menschen mit und ohne Behinderung zum gemeinsamen Reisen oder dem Besuch von Events zusammenbringt. Wir freuen uns sehr, ihn „an Bord“ zu haben und auf eine lange und erfolgreiche Zusammenarbeit.



Foto: privat

Kevin Schultes

„Unser gemeinsames Ziel ist es, das Peer-Counseling neben der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung Schritt für Schritt als selbstverständlichen Teil der Rehabilitation zu etablieren. Hierfür möchte ich mich mit voller Energie einsetzen.”

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

Gipfel zum Thema barrierefreier ÖPNV und Fernverkehr



Am Ende der Veranstaltung wurde das Positionspapier an die Vertreter der Bundestagsfraktionen übergeben*.

Foto: Simone Kuhlmey, FGQ

Zum Stichtag 1. Januar 2022 ist die Umsetzung einer vollständigen Barrierefreiheit im ÖPNV gesetzlich vorgegeben. Trotz einiger Verbesserungen wird dieses Ziel absehbar gründlich verfehlt. Die Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V. (FGQ) hatte mit Unterstützung der Münchner Barbara Rauck Stiftung Comeback Querschnittgelähmter über 40 Verbände und Organisationen aus allen Bereichen der Selbsthilfe aktiviert, bei diesem Gipfel – trotz des GDL Streiks – mitzuarbeiten. Am 6. September 2021 fand die Veranstaltung im Berliner Hotel Estrel statt.

Nach der Begrüßung durch die Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung in Berlin, Christine Braunert-Rümenapf, begann die Veranstaltung mit einem Impulsvortrag des bekannten Aktivisten Constantin Grosch. Im Anschluss berichtete Matthias Rösch, Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung in Rheinland-Pfalz und langjähriges Mitglied der FGQ, über die Entwicklung im Bereich der Barrierefreiheit. Danach stellte Stefan Nitz von der Refund Rebel GmbH die Forderungsabwicklung gegenüber den Bahnunternehmen vor, ein Service, der in enger Zusammenarbeit mit mobilitätseingeschränkten Reisenden entstanden ist. Last but not least stellte Frank Böhnke, Mitglied des Vorstandes des Deutschen Bahnkunden-Verbandes (DBV), die aktuelle Auswertung zur Barrierefreiheit im ÖPNV vor.

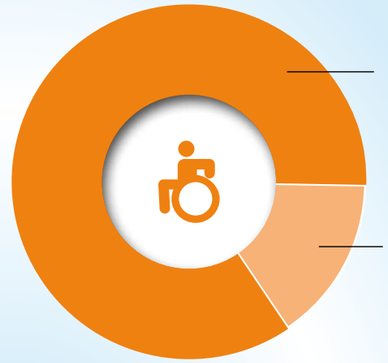
Nach der Mittagspause beteiligten sich fast 100 Teilnehmer an acht Workshops, in denen die Bestandteile einer Abschlusserklärung erarbeitet wurden. Am Ende des Gipfels wurde diese Erklärung an die Vertreter der Bundestagsfraktionen übergeben, bevor beim anschließenden Netzwerktreffen Kontakte und Ideen ausgetauscht wurden. In der Winterausgabe des PARAplegiker berichten wir ausführlich.

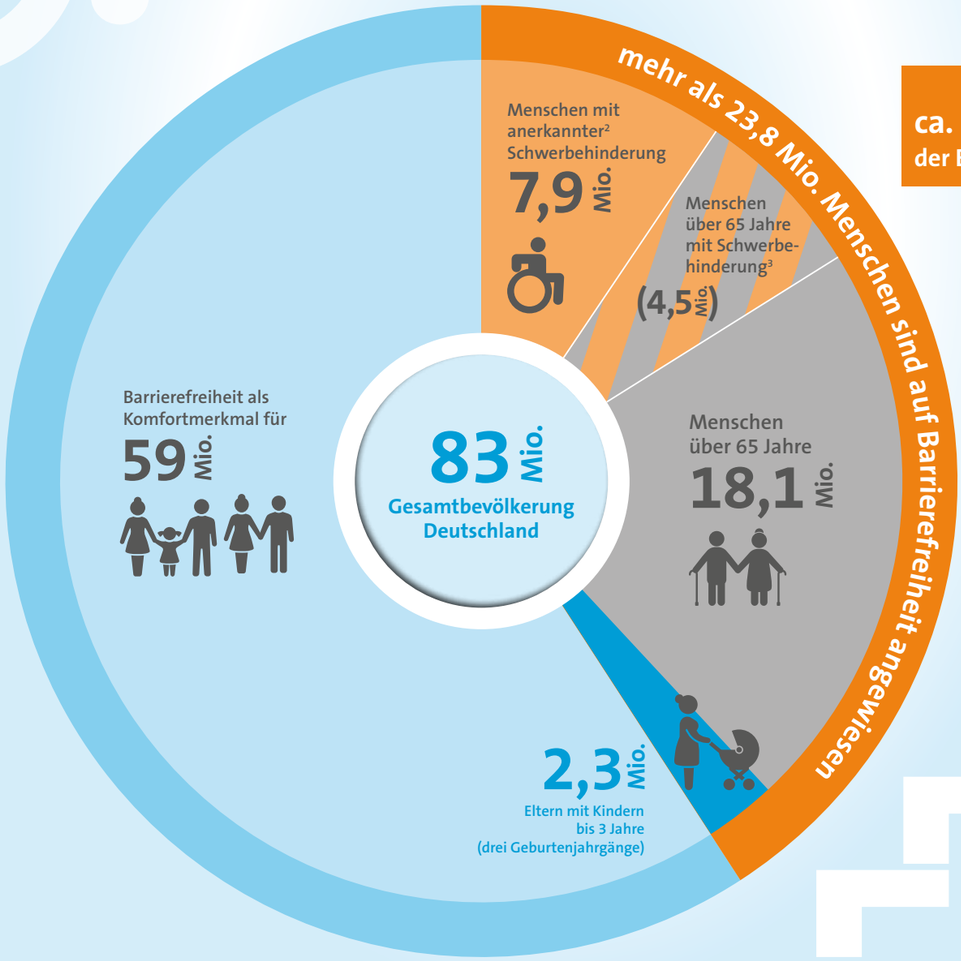
Tina Huckestein

*(v.l.n.r.) Stephan Neumann, Projektkoordinator; Kevin Schultes, Mitglied des Vorstandes der FGQ; Claudia Urban, Büroleiterin MdB Sören Pellmann, DIE LINKE; MdB Mechthild Rawert, SPD und Wolfram Giese, Büro MdB Wilfried Oellers, CDU/CSU.

Barrierefreiheit in Deutschland

Kein Randgruppenthema[1], sondern Grundvoraussetzung für Teilhabe





[1] Barrierefreiheit für alle Menschen mit Einschränkungen (Mobilität, Sinnesbeeinträchtigungen, kognitive und psychische Beeinträchtigungen)
[2] Inhaber eines Schwerbehindertenausweises
[3] Die 4,5 Mio. beziehen sich auf die Schnittmenge zwischen 18,1 Mio. Menschen über 65 Jahren und 7,9 Mio. mit anerkannter Schwerbehinderung, sie sind also nicht zur Gesamtmenge hinzuzurechnen.

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2020

Grafik: stock-adobe.com – Viktvector, svetlana gorshkova

Grafik: stock-adobe.com – Salome



Brigitte Loos arrangierte sich nur schwer mit dem „neuen Leben.“

Fotos (2): Silke Wagner

Statt Ruhestand: Kontinuierliche Arbeit an sich selbst

Ein Rückenmarkinfarkt durchkreuzt Brigitte Loos‘ Traum vom aktiven Rentnerinnenleben. Die Querschnittlähmung raubt ihr nicht nur die Befehlsgewalt über ihre Beine, sondern anfangs auch den Lebensmut.

„Als ich realisierte, dass ich von jetzt an querschnittgelähmt sein werde, war für mich klar: So will ich nicht mehr nach Hause. 40 Jahre war ich dort aktiv: rein, raus, treppauf, treppab, zwei wunderbare Mädchen darin großgezogen. Und da sollte ich jetzt wieder hin? In einem Haus leben, in dem ich mich nicht mehr so bewegen konnte, wie ich wollte? Nein! Niemals!“ Brigitte Loos ist 64 – und gibt sich auf. Dunkelste Gedanken kreisen in ihrem Kopf und lassen sich nicht verdrängen.* „Später habe ich mich selbst über solche Gedanken erschreckt, denn ich habe einen wunderbaren Mann, zwei Töchter, zwei Schwiegersöhne und vier allerliebste Enkelkinder“, sagt sie heute.

Erst vor eineinhalb Jahren hatten ihr Mann und sie die Heizungs- und Sanitärfirma verkauft. Bis dahin war ihr Leben „geprägt gewesen von Arbeit, die uns immer Spaß machte, von viel Sport und vielen Reisen. Jetzt endlich wollten wir richtig Zeit haben für Rad-, Ski- und Bergtouren.“

Nachts kam der Schmerz

Am 15. März 2015 wachte sie nachts auf, nur ein kleiner Schmerz war da zunächst: „Ich dachte an einen Krampf oder Bandscheibenvorfall. Ich bin aus dem Bett und meine Beine hielten mich nicht mehr und ich dachte: ‚Das war es dann wohl.‘“, erzählt Brigitte Loos. Nach der Diagnose Rückenmarkinfarkt kommt sie in ein Querschnittzentrum. Es folgen 14 Wochen, in denen es ihr psychisch sehr, sehr schlecht geht. Bevor sie endgültig entlassen wird, muss sie für ein Probewochenende nach Hause. Das Haus wird bereits rollstuhlgerecht umgebaut, aber der Treppenlift fehlt noch. „Die ganze Familie war da. Meine Schwiegersöhne trugen mich mit dem Rollstuhl auf die Terrasse. Da war es wieder! Mir wurde bewusst, wie hilflos ich in Zukunft sein würde, und dass ich das nicht wollte. Ich musste fürchterlich weinen, wo ich doch so stark sein wollte, um die Familie nicht zu beunruhigen!“

Der erste Wendepunkt

Als die Familie tags darauf zum Frühstück kommt und die fünfjährige Enkelin Lina erfährt, dass ihre Oma jetzt noch einmal zurück in die Klinik muss, sagt sie eindringlich: „Bitte, bitte, Oma, bleib bei mir! Ich hab´ dich so lieb und brauche dich!“ Brigitte Loos bezieht die Bitte auf ihr ganzes Leben: „Von diesem Moment an war der Gedanke, nicht mehr leben zu wollen, aus meinem Kopf“, sagt die heute 71-Jährige.

Der zweite Wendepunkt

Danach stellt das Schicksal, der Zufall, eine höhere Macht oder einfach das Leben noch ein paar Weichen. Enkel Yoshi quatscht in einer Eisdiele eine querschnittgelähmte Frau an: „Meine Oma hat auch einen Rollstuhl!“. Loos´ Tochter will einen Kontakt zwischen ihr und ihrer Mutter herstellen und bekommt auch eine Telefonnummer. „Ich habe aber nicht angerufen, war immer noch in mir eingeschlossen, wollte keine Kontakte.“

> *„Ich gebe meine Erfahrungen und meine Power als Peer weiter.“*

Der dritte Wendepunkt

Also muss das Schicksal noch eine Schippe an positiver Weichenstellung draufle-gen. Bei einer Anschluss-Reha plaudert Loos mit einer anderen Frau – später stellt sich heraus: Sie ist die Rollstuhlfahrerin aus der Eisdiele. Die Chemie stimmt, man wohnt in derselben Stadt, kann sich also öfter treffen ... der Beginn einer tiefen Freundschaft. Und für Brigitte Loos der endgültige Wendepunkt.

Denn anders als sie selbst hat ihre neue Freundin Eva Freude am Leben. In langen Gesprächen steckt sie auch Brigitte Loos mit ihrer positiven Grundeinstellung und ihrer Art, mit den körperlichen Einschränkungen zu leben, an: „Ich



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



Gemeinsamer Spaß beim Sport: Brigitte Loos mit den Freundinnen Karin Zölfel (li.) und Eva Ostermann (re.)

wiederholte ständig nur, dass ich wieder laufen will. Eva war pragmatisch – ‚der Rollstuhl ersetzt erst mal deine Beine' – und sie hat ehrlich von ihren Problemen erzählt. Das half mir. Nach dieser Reha wollte ich heim und leben!"

Loos ist endlich wieder zu Hause. Inklusive üppigem Sportprogramm, jetzt auf dem Handbike und nicht mehr auf dem Fahrrad. Mit Freundinnen genießt sie den Spaß an gemeinsamen Aktivitäten. Ihre wiedererwachte Lebensfreude und der Aktivitätsdrang überraschen weder ihre Familie noch ihren Mann: „Er hatte von Anfang an überhaupt keine Probleme damit, dass ich mich jetzt im Rollstuhl bewege. Wenn ich jammerte, meinte er immer nur: ‚Ja und? Aber ansonsten bist du doch immer noch die Gleiche!'"

Mit dem neuen Leben arrangiert

Trotz aller mentalen Arbeit, die sie an sich geleistet hat: Im zuckerigen „Alles-ist-gut-so-wie-es-ist-Zustand" lebt die 71-Jährige nicht. „Ich habe mich mit meiner Erkrankung und ihren Folgen arrangiert. Das auf jeden Fall. Und lebe wirklich sehr gut damit. Aber völlig akzeptieren kann ich das Ganze nicht."

Für sie bedeutet das: Dranbleiben! Vielleicht kommen ja doch noch Körperfunktionen zurück: „Ich habe mein Leben lang im Betrieb viel gearbeitet – und jetzt arbeite ich viel an mir." So oft wie möglich treibt sie Sport und trainiert – draußen in der Natur oder an Geräten abends bei sich zu Hause. Dreimal die Woche besucht sie außerdem ein ambulantes Rehazentrum und lässt sich nach der Bobath-Methode behandeln.

Sie macht große Fortschritte und ist inzwischen sogar in der Lage, einzelne Beinmuskeln wieder anzusteuern. Dank ihrer sehr guten Rumpfstabilität – die Lähmung sitzt relativ weit unten zwischen dem 6. und 7. Brustwirbel – kann Brigitte Loos frei auf einem Pezziball oder einem Hocker ohne Lehne sitzen und am Barren aufstehen.

Power abzugeben

Und sie kann noch etwas anderes, das ihr ebenfalls sehr wichtig ist: Sie gibt ihre Erfahrungen und ihre Power als Peer der FGQ an Menschen weiter, die in derselben Situation sind wie sie noch vor ein paar Jahren. Schließlich weiß sie nur zu gut, in welches psychische Tief man fallen kann. Sie weiß, wie wichtig der Austausch mit anderen Betroffenen, das Gehört- und Verstandenwerden für den seelischen Heilungsprozess sind. Und sie weiß, dass man nicht hilflos ist, sondern im Rahmen seiner Möglichkeiten aktiv werden kann und sollte.

Ursula Willimsky

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

Rückenmarkinfarkt
(Apoplexia spinalis)

Schädigung des Rückenmarks, hervorgerufen durch eine Minderversorgung mit Blut (Ischämie). Mögliche Ursachen: Verschluss versorgender Arterien, Traumata wie Bandscheibenvorfall oder Wirbelkörperfraktur, Eingriffe im Wirbelsäulenbereich. Der Rückenmarkinfarkt verursacht neurologische Ausfälle und kann zu einer Querschnittlähmung führen.

*Wenn Sie sich in einer schweren psychischen Ausnahmesituation befinden, sprechen Sie bitte mit Freunden und Familie oder wenden Sie sich an einen Psychologen oder eine Klinik. Hilfe bietet auch die Telefonseelsorge. Sie ist anonym, kostenlos und rund um die Uhr erreichbar – unter 0800/111 0 111 und 0800/111 0 222. Auf der Seite der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention findet sich eine Liste mit weiteren Hilfsstellen.

Jetzt schon an Weihnachten denken?
Warum eigentlich nicht!















In unserer Werkstatt können Sie kreativ sein.
Für Querschnittgelähmte und Begleitperson kostenlos. Sie bezahlen nur das Material.
Mehr über uns unter www.manfred-sauer-stiftung.de
Rollstuhlgerecht • kostengünstig • gutes Essen • schöne Landschaft

MANFRED-SAUER-STIFTUNG
Impulse für bewusstes Leben
Neurott 20 • 74931 Lobbach
Tel. 06226 960 250
info@manfred-sauer-stiftung.de



Foto: Ilona Antina

Boris Grundl –
Speaker und Coach

Durch die Krise zum Erfolg?

Jede Biografie von Rollstuhlnutzern, so sie denn nicht mit ihrer Mobilitätseinschränkung schon geboren wurden, sind notwendigerweise in ein Davor und ein Danach geteilt. Im Großen und Ganzen sind Krankheiten und Unfälle eine ziemlich demokratische Angelegenheit. Jeder mit seinem Leben glückliche und zufriedene Rollstuhlnutzer hat eine Erfolgsgeschichte zu erzählen. Manche machen daraus einen einträglichen Beruf.

Es kann jeden und jede treffen. Der Stuntman mag dafür eher disponiert sein als der Finanzbeamte, beide eint nach dem einschneidenden Ereignis aber die Aufgabe, sich mit den neuen Bedingungen auseinanderzusetzen. Wie dieser Prozess verläuft, ist stark davon abhängig, mit welchem Rüstzeug die Betroffenen ins Leben geschickt wurden. Wem es gelingt, sich nach einem solchen gemeinhin als „Schicksalsschlag" apostrophierten Ereignis in ein erfolgreiches und zufriedenstellendes Leben zurück zu kämpfen, der hat zweifelsfrei eine bemerkenswerte Leistung vollbracht.

„Als Tetraplegiker muss ich mit meiner Energie mehr haushalten als andere. Also konzentriere ich mich auf das Wesentliche."

Nichts spricht dagegen, diese grundsätzliche Erfahrung zu teilen, um andere davon profitieren zu lassen. Das tun denn auch Betroffene auf unterschiedliche Art und Weise. Sie werden Peers und unterstützen Menschen, die Vergleichbares erleben, mit Rat und Tat beim Neubeginn, sie geben ihre Erfahrungen in Form von Büchern weiter, sie halten Vorträge, sie entwickeln Modelle, die das Durchstandene für andere nutzbar machen sollen. Manche machen aus der Art und Weise, wie sie sich neu erfinden mussten, sogar einen Lebensinhalt, einen Beruf.

Hoffnung – eine heikle Ware

Alles das ist völlig in Ordnung, aber dieser Weg ist nicht frei von Risiken. Eine tiefe Lebenskrise zu überwinden, ist eine sehr persönliche Angelegenheit. Aus dem Geschehenen allgemeingültige Schlüsse zu ziehen, ist deshalb heikel und verlangt ein hohes Maß an Selbstreflexion und Verantwortungsbewusstsein. Ratsuchenden – womöglich gar Menschen in gleicher Situation – Hoffnung zu verkaufen, braucht, wenn es keinen Schaden anrichten soll, ein hohes Maß an moralischer Integrität. So ziemlich jeder Betroffene, der den Neustart erfolgreich absolviert hat, macht die Erfahrung, dass diese Leistung von seinem Umfeld bewundert und anerkannt wird. Darauf kann man stolz sein, aber das bewahrt nicht vor der Beantwortung einer grundsätzlichen Frage: Was war der persönliche Anteil an der bewunderten Leistung, also der, der als Beispiel und Ermutigung Dritten zugänglich gemacht werden soll? Um es in nüchterne Worte zu fassen: Rollstuhlnutzer zu sein, ist ein Zustand, keine Qualifikation.

Krise – eine Einladung zum Lernen

Wer unter Ex-Fußgängern nach solchen professionellen, öffentlichkeitswirksamen Karrieren sucht, landet bei Motivationstrainern und Coaches. Das folgt durchaus einer gewissen Logik. Auf dem Weg vom Nullpunkt in der Biografie zurück in ein wieder rundum funktionierendes Leben werden viele persönliche Fähigkeiten und Eigenschaften auf eine harte Probe

Mein Lagooni gibt mir Freiheit

Lagooni BV ist spezialisiert auf (maßgeschneiderte) Dusch-Toiletten-Rollstühle für Erwachsene und Kinder, für zu Hause und auf Reisen... Bei allen Lagooni-Duschstühlen stehen Design, Qualität, Funktionalität, Benutzerfreundlichkeit, aber auch Nachhaltigkeit im Vordergrund.

Rezension von Arnoud: "Wird seit Jahren ohne Probleme eingesetzt. Robust und leicht in den Urlaub mitzunehmen"

Mehr Informationen?
Bitte kontaktieren Sie Lagooni unter +31-174-281551, info@lagooni.com oder besuchen Sie unsere Website www.lagooni.com.



WHEELCHAIRS BY Lagooni Dutch Quality Product

MOTOmed®

Bewegung bei Querschnittslähmung durch aktives, assistives oder passives Training der Beine und Arme.



Bewegungstherapie

+ Wissenschaftlich belegt und langjährig erprobt
+ Intuitive Bedienung
+ Einfach zu reinigen und zu desinfizieren
+ Motorunterstützt
+ Made in Germany

KRANKENKASSEN ERSTATTUNGSFÄHIG

Mehr Information:
www.motomed.de
07374 18-84

RECK



Foto: Grundl Leadership Institut

Boris Grundl ist ein gefragter Redner – hier bei einer Veranstaltung im ehemaligen Plenarsaal des Deutschen Bundetags in Bonn, dem Alten Wasserwerk.



Foto: Andrei Melente

„Durch die Verdichtung meines Leids konnte ich mich schneller entwickeln.“

gestellt. Dieser Prozess ist geradezu eine Einladung, Standpunkte zu hinterfragen, Strategien zu entwickeln, Misserfolge zu verkraften, Erfolge zu feiern, sich neu im Dasein zu positionieren. Und auch wenn es auf Außenstehende zunächst befremdlich wirkt: Das Ergebnis kann ein befriedigenderes Leben als das zuvor gelebte sein.

Dieses Erfolgsrezept taugt als Blaupause für Krisenbewältigung und Selbstoptimierung ganz allgemein – vorausgesetzt, es wird zielgruppengerecht formatiert. So viel ist sicher: Wer als Rollstuhlnutzer diesen Weg einschlägt, profitiert von einem Glaubwürdigkeitsbonus. Er hat schließlich die eigene Erfolgsgeschichte vorzuweisen. Klar ist aber auch: Das ist Bewunderung auf Kredit.

Ein Mann mit einer Mission

Diesen Kredit braucht Boris Grundl nicht. Tetraplegiker seit einem Badeunfall vor mehr als 30 Jahren, reüssierte er im Rollstuhl in verschiedenen Sportarten, nahm an den Paralympics in Sydney teil und gründete 2001 sein Leadership Institute. Er zählt zu den gefragtesten Management-Beratern Deutschlands, ist erfolgreicher Buchautor und Vortragsredner und offeriert über sein Institut ein breites Angebot an Seminaren und Kursen zu Themen wie Menschenführung, Rhetorik und Entscheidungsfindung. Wer die Web-Präsenz des erfolgreichen Unternehmers sichtet, stellt dabei freilich fest, dass man schon genau hinsehen muss, um irgendwo einen Rollstuhl-Kontext zu finden. Man ahnt: Dieser Mann hätte auch als Fußgänger seinen Weg zum Erfolg gefunden.

Das hat viel mit seiner Fähigkeit zu tun, sich auf das Wesentliche zu fokussieren. Dass diese maßgeblich durch das seinerzeitige Unfallgeschehen gefördert wurde, steht für den Führungsexperten außer Frage. Dazu Grundl: „Durch die Verdichtung des Leids, das ich erfahren habe, konnte ich mich schneller entwickeln und Fähigkeiten in mir entdecken, die ich in der Folge nutzte.“ Seine Mission sieht der heute 56-Jährige darin, seinen Auftraggebern zu Wachstum, Kraft und Größe zu verhelfen. Seine Kundenliste ist ein Who’s who der deutschen Wirtschaftselite. Erfolg trotz oder wegen seiner speziellen Situation? Müßig, sich dieser Frage zu stellen. Wenn der Erfolg recht gibt, hat Boris Grundl den richtigen Weg eingeschlagen.

Vielleicht gut gemeint, aber…

Problematisch ist hingegen, wenn die erfolgreiche Verarbeitung des eigenen Traumas zur Kernbotschaft eines Beratungsangebots wird. So finden sich im Netz Websites mit Botschaften von Rollstuhlnutzern, die deutlich im Randbereich des Seriösen angesiedelt sind. Wer mit dem Glauben an Wunder spielt, 90-Minuten-Lebensberatung offeriert und die Begleitung auf Lebensreisen mit wundervoller Wandlung verspricht, sollte mindestens in Bezug auf seine fachliche Qualifikation etwas genauer unter die Lupe genommen werden, bevor Geld in die falsche Richtung fließt.

Verboten ist das natürlich nicht. Verboten ist auch nicht, die eigene Erfolgsstory in ein Buch zu verpacken und als ermutigendes Beispiel zu verkaufen. Etwas zu erzählen zu haben und das auch zu können, sind allerdings zwei Paar Schuhe. Nicht jeder ist zum Schriftsteller geboren. Es nimmt insofern kaum Wunder, dass im beträchtlichen Angebot der auf diesem Feld verfügbaren Literatur das Spektrum weit ist. Letztlich gilt auch für Buchautoren, die ihre persönliche Lebensgeschichte in eine Botschaft kleiden: Aus dem selbst Erlebten allgemeingültige Schlüsse abzuleiten, ist eine verantwortungsvolle Aufgabe. Wo etwa ein durch glücklichen Heilungsverlauf wieder zum Fußgänger gewordener Querschnittgelähmter aus dem Geschehenen eine „Therapie“ herbeischreibt, die er fortan vermarktet, überschreitet das nicht nur die Grenzen des guten Geschmacks.



Foto: Wolfgang List

Hat eine Botschaft und versteht es, ihr Gehör zu verschaffen. Führungsexperte Boris Grundl zählt zu den erfolgreichsten Managementberatern Deutschlands.

Legitim: Glaubwürdigkeit nutzen

Wer als von erworbener Querschnittlähmung Betroffener im Danach wieder ein funktionierendes Leben aufgebaut hat, hat auf dem Weg dorthin Strategien entwickelt, die sich auf viele Situationen übertragen lassen. Das verleiht Menschen im Rollstuhl, die sich als Keynote Speaker, Motivationstrainer oder Buchautoren engagieren, Authentizität und Glaubwürdigkeit. Dieses Kapital zu nutzen, ist legitim und naheliegend. Was überzeugt schließlich Menschen besser als ein gutes Beispiel? Das hier und da jemand der Versuchung erliegt, diesen Vertrauensvorschuss ein wenig überkreativ zu nutzen, gehört zum normalen Leben. Gesundes Urteilsvermögen hilft im Zweifelsfall, die Spreu vom Weizen zu trennen.

Werner Pohl

Qufora®

Qufora® IrriSedo MiniGo

Irrigation mit geringer Wassermenge neu gedacht!

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

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

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





- Einfach zu verwenden
- Leicht zu bedienen
- Passt in den Alltag

reddot winner 2021

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

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



Foto halfpoint – adobe-stock.com

Nicht-traumatische Querschnittlähmung

Ursachen – Altersstruktur – Behandlung

Jahrzehntelang galten Traumata in Form von Unfällen oder Verletzungen als größte Verursacher von Querschnittlähmungen. Doch Hightech im Auto, Schutzkleidung für Motorradfahrer und ein verbesserter Arbeitsschutz verdrängten Unfälle im Jahr 2018* mit 45 Prozent Anteil erstmals auf Platz 2 der Ursachenskala. Die Mehrheit – 55 Prozent – der Querschnittlähmungen wurden im selben Jahr durch Erkrankungen, also nicht-traumatisch, verursacht.

Ebenso hat sich das durchschnittliche Eintrittsalter einer Querschnittlähmung verändert: Es stieg zwischen 1995 und 2020 von 34,6 Jahre auf über 60 Jahre. Doch welche Erkrankungen können zu einer Querschnittlähmung führen? Was bedeutet das für Therapie und Behandlung?

Rund 140.000 Menschen leben nach Schätzungen des Arbeitskreises Querschnittlähmung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) mit einer Querschnittlähmung. Hinzu kämen zwischen 2.300 und 2.500 Menschen mit neu erworbenen Rückenmarkschädigungen pro Jahr.*

Vielfältige Ursachen

Die Ursachen für nicht-traumatische bedingte Querschnittlähmungen können dabei vielfältig sein: Neben ins Rückenmark metastasierenden Tumoren sind dies Entzündungen im Rückenmark, Rückenmarkinfarkte, Bandscheibenvorfälle sowie Fehler bei der ärztlichen Behandlung von Rückenmarkschädigungen. Ebenso können seltene Krankheiten oder degenerative Erkrankungen, die die Spinalnerven und das Rückenmark schädigen, zu einer Querschnittlähmung führen. Sehr selten seien hingegen osteoporotische Wirbelkörperfrakturen als Auslöser, wie PD Dr. Frank Rainer Abel, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Klinik für Querschnittgelähmte am Krankenhaus Hohe Warte in Bayreuth, im Gespräch mit der PARAplegiker-Redaktion betont.

Patientendaten geben Aufschluss

Ganz genau wollte es auch Dr. Markus Andreas Northmann, leitender Oberarzt Medizinische Koordination am BG Unfallkrankenhaus Hamburg, wissen: In seiner Doktorarbeit** „Ursachen, Lebenserwartungen und Todesursachen bei Menschen mit erworbener Querschnittlähmung“ aus dem Jahr 2017 wertete er die Daten der Patienten aus, die zwischen dem 1. Juli 1997 und dem 31. Mai 2017 im Querschnittgelähmten-Zentrum Hamburg mit einer frischen Querschnittlähmung oder wegen Komplikationen wiederaufgenommen worden waren. Von diesen insgesamt 20.963 Patienten identifizierte er 469 Todesfälle – 83,2 Prozent männliche und 16,8 Prozent weibliche. Dies sei das weltweit größte untersuchte Kollektiv einer einzelnen Klinik, wie der Autor betont.

Tumore auf Platz 1

Von den 469 Todesfällen waren 174 zuvor wegen nicht-traumatischer Querschnittlähmung im Hamburger Zentrum in Behandlung gewesen. Bei fast einem Drittel dieser Gruppe – 29,3 Prozent – waren Tumore bzw. Metastasen ursächlich für den Querschnitt. Zweithäufigster Auslöser war mit 22,4 Prozent eine Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems. Knapp dahinter folgte mit 21,8 Prozent die Spondylodiszitiden – Infektionen in der Bandscheibe –, die zumeist Folge einer septischen Streuung eines Infektherdes seien, so Northmann in seiner Dissertation. Häufig bestehe hier ein Zusammenhang mit Diabetes mellitus oder einer Dauermedikation mit Kortikosteroiden.

Mit weitem Abstand folgten bei der untersuchten Gruppe von 174 Todesfällen als Ursache für einen Querschnitt degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit 6,9 Prozent sowie mit 4,6 Prozent eine Verlegung des Spinalkanals mit nachfolgender Schädigung des Rückenmarks infolge von osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen. Schlusslicht bildeten mit 3,4 Prozent primäre Entzündungen des Rückenmarks.

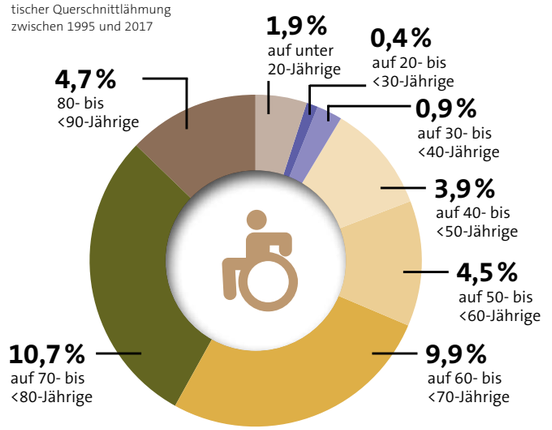
Kaum angeborene Querschnittähmungen

Bei nur vier der 174 untersuchten Todesfälle – also bei 2,3 Prozent – lag eine angeborene Querschnittlähmung vor. Alle vier waren Spina-bifida-Fälle. Der Anteil von angeborenen Querschnittlähmungen soll laut Schätzungen der DMGP, DRS, DSQ und FGQ bei unter einem Prozent der Gesamtzahl von 2.350 neuen Querschnittlähmungen im Jahr 2018 gelegen haben.*

Altersassoziierte Erkrankungen

„Die Ursachen nicht-traumatischer Lähmungen sind im Wesentlichen auf altersassoziierte Erkrankungen zurückzuführen“, schrieb Dr. Northmann, in seiner Dissertation**. Dies zeigt sich auch bei der Auswertung der Altersstruktur, die Dr. Northmann vornahm. Grundlage war ebenfalls die untersuchte Gruppe von 174 Todesfällen mit nicht-traumatischer Querschnittlähmung zwischen 1995 und 2017. Davon entfielen:

Untersuchte Gruppe von 174 Todesfällen mit nicht-traumatischer Querschnittlähmung zwischen 1995 und 2017



Auffällig sei, dass frische nicht-traumatische Querschnittlähmungen ab dem Alter von 80 wieder abnehme. Das läge an der größeren Sturzneigung dieser Altersgruppe, die insbesondere bei degenerativen Erkrankungen zu Verletzungen des Spinalkanals und damit zu Querschnittlähmung führen könne, wie Northmann in seiner Arbeit** erklärte.

Frühzeitiges Erkennen aller Beeinträchtigungen

Laut der Fachgesellschaften gäbe es trotz aller Forschungsbemühungen noch immer keine chirurgischen oder medikamentösen Lösungen, die traumatisch- oder nicht-traumatisch-bedingten geschädigten Rückenmarkstrukturen wiederherzustellen. Dennoch könnten größtmögliche Behandlungserfolge erzielt werden, wenn frühzeitig nicht nur Bewegungs- und Sensibilitätsausfälle, sondern auch die etwaigen Beeinträchtigungen der Organfunktionen erkannt würden, so PD Dr. Frank Rainer Abel. Allerdings würden viele Mediziner noch immer Querschnittlähmung mit Rollstuhlfahrer gleichsetzen, wie er betont. Dieser Grundgedanke müsse raus aus den Köpfen. „Die Gleichung lautet: Querschnittlähmung ist gleich Rückenmarkverletzung! Schließlich können einige Patienten noch laufen.“ Dabei sei es unerheblich, ob eine traumatische oder nicht-traumatische Ursache für den Querschnitt vorliege.



KLINIK BAVARIA Kreischa

Zentrum für Querschnittgelähmte

- Querschnittspezifische Rehabilitation nach Akutbehandlung, nach Komplikationen und im Rahmen der lebenslangen Nachsorge
- Behandlung querschnittbedingter Gesundheitsstörungen wie Spastik, Schmerzen, urologische Probleme
- Erlernen und Trainieren der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Bestmögliche soziale und berufliche Integration

KLINIK BAVARIA Kreischa | Saidaer Str. 1 | 01731 Kreischa | Tel.: 035206 6-3305 | Fax: 035206 6-3333 | klinik-bavaria.de

Zentren mit multidisziplinärer Expertise gefragt

Bei jeder Rückenmarkläsion müsse zunächst überprüft werden, ob etwa das Blasen- und Darmmanagement noch funktioniere. Schon dafür sei eine schnelle Überstellung von Patienten mit Rückenmarkverletzung in ein Querschnittzentrum so wichtig. „Denn nur an solchen Zentren ist die multidisziplinäre Expertise für das Blasen- und Darmmanagement, die Dekubitusprophylaxe sowie das jeweils passende Mobilitätstraining von querschnittgelähmten Patienten vorhanden, um Kontinenz, Kommunikation und Mobilität wieder zu erreichen“, erklärt Abel. Bei älteren Patienten, die schon zuvor bettlägerig waren, würden Lähmungserscheinungen von den Pflegenden nicht gleich bemerkt. Sie kämen oft erst Tage oder Wochen nach den ersten Lähmungserscheinungen in ein spezialisiertes Zentrum, was die Behandlung auch für die Zentren erschwere.

Multikausale Querschnittlähmung – vielfache Herausforderung

Auch im Querschnittgelähmten-Zentrum des BG Klinikums Hamburg nimmt die Anzahl der altersassoziierten, multikausalen Querschnittlähmungen zu. Gerade die Multikausalität verkompliziere die Situation für die Patienten und für das gesamte Behandlungsteam, limitiere häufig lähmungsadäquate Behandlungsergebnisse, wie Prof. Dr. Roland Thietje, Chefarzt des Hamburger Querschnittgelähmten-Zentrums im Gespräch mit der Redaktion betont. „Vor den Lähmungserscheinungen konnten die behandelnden Ärzte Fehlfunktionen an Herz, Kreislauf oder Lunge kompensieren. Mit Eintritt der Lähmung kollabieren solche Systeme aber häufig“, so der Chefarzt. Aufgrund der eingeschränkten Vitalfunktionen fehle den Patienten Kraft und Atem für die physisch anstrengende Rehabilitation. Eine weitere Komplikation: Bei altersassoziierten Lähmungen sei auch die Wahrscheinlichkeit von kognitiven Defiziten wie demenzielle Erkrankungen höher. Letzteres erfordere einen besonders sensiblen Umgang mit den Patienten. Denn diese könnten manche Anforderungen der Klinikmitarbeiter gar nicht verstehen, geschweige denn umsetzen.

Mehr Erfahrung und Aufwand notwendig

Das gängige Ziel, Querschnittgelähmte fit für ein mobiles und selbstständiges Leben zu machen, sei häufig nicht erreichbar. „Es gibt bei nicht-traumatischen Querschnittlähmungen keine sichere Prognose zu Zielen und Ergebnissen“, erklärt Prof. Thietje. „Für jeden einzelnen Patienten muss das multidisziplinäre Behandlungsteam der Klinik anhand der vielen vorliegenden Erkrankungen ein jeweils sinnvolles Therapieziel in Absprache formulieren und ständig überprüfen.“ Nicht zu vergessen, diese Ziele müssten mit denen der Patienten und gegebenenfalls der Angehörigen besprochen werden.



Foto: BG Klinikum Hamburg

„Wir brauchen daher dringend einen anderen Personalschlüssel und viel mehr erfahrene Mitarbeiter, um diesen Herausforderungen gewachsen zu sein.“

Prof. Dr. Roland Thietje

Das sei nur mit sehr erfahrenen Mitarbeitern zu bewerkstelligen. Zudem sei der Aufwand für die Behandlung nicht-traumatischer Querschnittlähmungen und das Überleitungsmanagement für das Klinikpersonal viel größer als bei jungen, kräftigen Patienten, die voll motiviert nach einem Motorradunfall bei ihnen aufgenommen würden. „Wir brauchen daher dringend einen anderen Personalschlüssel und viel mehr erfahrene Mitarbeiter, um diesen Herausforderungen gewachsen zu sein“, mahnt der Chefarzt abschließend.

Ruth Justen

„Die Gleichung lautet: Querschnittlähmung ist gleich Rückenmarkverletzung! Schließlich können einige Patienten noch laufen.“

PD Dr. Frank Rainer Abel

Weitere Zahlen und Informationen zum Thema Querschnittlähmung gibt es in der gemeinsamen Pressemappe der DMGP, DRS, DSQ und FGQ:

Hier geht es zur Dissertation:

* Quelle: Arbeitskreis Querschnittlähmung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Zahlen für das Jahr 2018

** „Ursachen, Lebenserwartungen und Todesursachen bei Menschen mit erworbener Querschnittlähmung“, Inauguraldissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Universität Lübeck (Aus der Sektion Medizin) vorgelegt von Markus Andreas Northmann aus Reinbeck, Lübeck 2017

Vier Fragen an PD Dr. Frank Rainer Abel

Doppelerkrankung: Krebs und Querschnittlähmung

PD Dr. Frank Rainer Abel ist Chefarzt der Klinik für Orthopädie und der Klinik für Querschnittgelähmte am Krankenhaus Hohe Warte in Bayreuth. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Kinderorthopädie sowie für Physikalische- und Rehabilitative Medizin, Spezielle Schmerztherapie, Chirotherapie und Rehabilitationswesen gehört zu den führenden Experten onkologisch bedingter Querschnittlähmungen. Mit der PARAplegiker-Redaktion sprach er über Besonderheiten bei der Behandlung von Krebspatienten mit Querschnittlähmung.



Foto: privat

Welche Krebsarten können Querschnittlähmungen verursachen?

Alle Krebsarten, die in die Wirbelsäule metastasieren. Mama-, Bronchial- und Nierenkarzinome sind hier als häufigste Verursacher von Querschnittlähmungen zu nennen.

Was bedeutet die Doppelerkrankung für den Behandlungsplan?

Patienten mit einer Krebserkrankung und einer Querschnittlähmung kämpfen an zwei Fronten: Geschwächt vom metastasierenden Krebs muss sich der Körper zusätzlich gegen die Begleiterscheinungen der Rückenmarkverletzung wie Infektionen, Druckgeschwüre oder Inkontinenz wehren. Da diese Fälle seit Jahrzehnten zunehmen, bin ich gemeinsam mit Prof. Dr. Dominik Parsch von der Baumann-Klinik Orthopädie und dem Fachgebietsleiter Automates Image and Data Analyse am Karlsruher Institut für Technologie, apl. Prof. Dr. Ralf Mikut, bereits vor knapp 20 Jahren der Frage nachgegangen, wie die Überlebensrate dieser Patienten ist, und was das für die Rehabilitation bedeutet. Die Auswertung von 68 Patientendaten ergab: 66 von ihnen starben im Median im Laufe von elf Monaten und das unabhängig vom Krebstyp. Die neurologischen Symptome traten durchschnittlich im Alter von 58 Jahren auf, 55 waren bei der Aufnahme bettlägerig, davon konnten 43 Patienten wieder mobilisiert werden.

Diese Zahlen beschreiben im Wesentlichen auch die aktuelle Situation an unserer Klinik. Unser Ziel ist es, die zumeist älteren und initial bettlägerigen Krebspatienten so gut zu stabilisieren, dass sie nach sechs bis acht Wochen möglichst schmerzfrei mobilisiert und mit einem funktionierenden Blasen- und Darmmanagement in das häusliche Umfeld entlassen werden können. Im ersten Schritt kann das ein notfallchirurgischer Eingriff zur Stabilisierung der Wirbelsäule sein. Der Tumor kann meist nicht mehr lokal eingegrenzt werden, deshalb handelt es sich um symptombezogene, nicht für die Tumorbehandlung an sich relevante Eingriffe. Wie bei anderen Krebspatienten kommt Bestrahlung oder Chemotherapie zum Einsatz. Entscheidend in dieser Situation ist, dass parallel ein Blasen- und Darmmanagement erfolgt sowie Druckgeschwüre vermieden werden. Ein Dekubitusgeschwür beispielsweise ist in Kombination mit dem metastasenbedingten Querschnitt schnell tödlich.

Welche Versorgungsstrukturen erleichtern die Behandlung?

Idealerweise sind die Spezialeinrichtungen, die Rückenmarkverletzte behandeln, in die lokalen Tumorboards eingebunden. Mit diesen Fallkonferenzen wird sichergestellt, dass von Anfang an Onkologen, Wirbelsäulenchirurgen und Spezialisten bei der Behandlung der Querschnittlähmung mitentscheiden können. Dies ist in aller Regel bei den an Universitätskliniken und Maximalversorgern angebundenen Kliniken der Fall. Die Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie hat die Spezialeinrichtungen 2020 zertifiziert. Es ist davon auszugehen, dass auch die Level 1-Einrichtungen über entsprechende Strukturen verfügen.

Worauf ist bei der Rehabilitation von Krebspatienten mit Querschnittlähmung besonders zu achten?

Wir sind es den Betroffenen mit ihrem meist geschwächten Allgemeinzustand und ihrer geringen Lebenserwartung schuldig, uns nicht in langwierigen Rehabilitationen zu verzetteln. Ihnen das zu vermitteln, gehört zu unseren besonderen Herausforderungen. Denn viele Patienten fordern zunächst eine möglichst umfangreiche Rehabilitation. Wir müssen aber erst sehen, wie sich der Krebs nach der klinischen Behandlung in der häuslichen Umgebung entwickelt. Je nach Rückbildung der Metastasen kann eine spätere Wiederaufnahme in das Querschnittzentrum mit weiteren rehabilitativen Maßnahmen sinnvoll sein.

Das Interview führte Ruth Justen

Barrierefreiheit:

„Viel zu oft wird noch von Ausnahmeregelungen Gebrauch gemacht.“

Der PARAplegiker sprach vor der Bundestagswahl mit Jens Beeck. Er wurde 2017 Mitglied im Deutschen Bundestag und übernahm dann in der FDP-Fraktion die Rolle des teilhabepolitischer Sprechers.

Was verbindet Sie mit dem Thema „Menschen mit Behinderung“ und was ist Ihr Antrieb, sich für eine bessere Teilhabe einzusetzen?

Vor meiner Wahl in den Deutschen Bundestag war ich als Rechtsanwalt unter anderem im Sozialrecht tätig. Zudem bin ich seit vielen Jahren in verschiedenen sozialen Vereinen im Emsland engagiert. Die zahlreichen Kontakte zu Menschen mit Behinderungen, die sich aus Beruf und sozialem Engagement ergeben, haben mir viele Einblicke in die Lebensrealität von Menschen mit Handicap ermöglicht und die Herausforderungen, die umfassender und vollständiger Teilhabe im Wege stehen, verdeutlicht. Als Freier Demokrat stehe ich für Eigenständigkeit, Bürgerrechte und das Individuum ein. Das bedeutet für mich auch, dass gleichwertige Teilhabe aller Menschen an unserem sozialen Leben selbstverständlich sein muss. Denn aus Sicht der Freien Demokraten ist unsere Gesellschaft nur dann wirklich freiheitlich, wenn jeder Einzelne seine Freiheiten auch leben kann.

Welche Rolle spielt die barrierefreie Mobilität für eine selbstbestimmte Teilhabe?

Barrierefreie Mobilität ist der Schlüssel zu gesellschaftlicher Teilhabe. Ohne umfassende Barrierefreiheit im öffentlichen Raum ist ein selbstbestimmtes Leben in meinen Augen nahezu unmöglich. Zu recht gibt es aus diesem Grund unter anderem die Vorgabe, dass der ÖPNV ab 2022 vollständig barrierefrei sein soll. Doch von diesem Ziel, genauso wie von barrierefreiem Fernverkehr, sind wir weit entfernt. Denn viel zu oft wird noch von Ausnahmeregelungen Gebrauch gemacht. Als Freie Demokraten haben wir deshalb gefordert, dass jegliche Ausnahmen spätestens im Jahr 2026 auslaufen müssen.

Behindertenverbände sind sich einig: Das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz wird seinem Namen nicht gerecht. Was sind Ihrer Meinung nach die Gründe, warum bauliche Barrierefreiheit nicht umfassend festgeschrieben wurden?

Nicht nur Verbände, sondern auch die Freien Demokraten und die anderen Oppositionsfraktionen im Deutschen Bundestag haben das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz scharf kritisiert. Denn es wird seinem Namen in der Tat nicht gerecht. Vielmehr ist es eine mutlose Minimallösung, die nicht mehr als die Umsetzung einer EU-Richtlinie ist. So ist absolut unverständlich, weshalb Bankautomaten erst ab 2040 barrierefrei sein sollen und der Weg hin zu ihnen überhaupt nicht thematisiert wird. Barrierefreiheit im öffentlichen Raum muss endlich umfassend gedacht werden. Das bedeutet auch, dass es verpflichtende Regelungen für Neubauten gibt. Ich bin davon überzeugt, dass barrierefreies Bauen – sobald es der Standard ist – keine Nachteile für die Bauherren mit sich bringt. Vielmehr wird die Abweichung von der Barrierefreiheit dann kostspieliger. Dieses Verständnis fehlt an vielen Stellen leider noch. Daher dürfen wir alle nicht müde werden, für Barrierefreiheit zu kämpfen.





Woran liegt es, dass Barrierefreiheit von vielen Ihrer Kollegen noch immer als Randgruppenthema und nicht als Merkmal einer modernen und innovativen Gesellschaft wahrgenommen wird?

Bei meinen Kollegen in der FDP-Fraktion nehme ich das glücklicherweise nicht wahr, denn Barrierefreiheit ist in Deutschland Bürgerrechts- und Verfassungsthema. Deswegen ist die FDP-Bundestagsfraktion auch an der Spitze der Anträge und Initiativen in der auslaufenden Wahlperiode. Aber in der Tat: Viele Menschen denken, dass Barrierefreiheit ein Thema ist, dass sie nicht betrifft. Das ist ein Irrglaube. Barrierefreie Mobilität ist Bewegungsfreiheit. Von ihr profitieren Menschen mit Behinderungen, Familien mit Kindern, ältere Menschen und letztlich wir alle, denn Einschränkungen der Mobilität erfährt zeitweise jede und jeder Einzelne. Ich bin davon überzeugt: Eine freie Gesellschaft ist inklusiv. Dafür muss sie auch barrierefrei sein.

Das Interview führte Kevin Schultes



Foto: DBT – Inga Haar

„Unsere Gesellschaft ist nur dann wirklich freiheitlich, wenn jeder Einzelne seine Freiheiten auch leben kann.“

Jens Beeck,
Mitglied des 19. Deutschen Bundestages und teilhabepolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion

Fotos (2): Wolfgang Bellwinkel | DGUV, Andi Weiland | Gesellschaftsbilder.de

Wellspect®
A REAL DIFFERENCE

NAVINA
FÜR IHRE UNABHÄNGIGKEIT

Innovative und benutzerfreundliche Lösungen für das Darmmanagement

Sie befinden sich in einer Situation, in der Sie Ihrem eigenen Körper aus Angst vor ungewolltem Stuhlverlust, Verstopfung oder Schmerzen nicht mehr vertrauen können?

Das ist verheerend und kann Ihr Leben einschränken. Navina Systems bietet Premium-Produkte, die an Ihre Bedürfnisse angepasst sind. Wählen Sie zwischen Navina Smart oder Classic mit Konus oder Katheter, für ein ganzheitliches Darmmanagement, dass Ihnen die Sicherheit gibt, spontan sein zu können.

Besuchen Sie wellspect.de für weitere Informationen und Anregungen, wie Sie das Thema Darmmangement mit ihrem Arzt besprechen können oder kontaktieren Sie uns direkt unter 0800 2727872.

wellspect.de

Die Person auf diesem Bild ist ein Model und nicht der Anwender.

Navina™



Foto: adobe-stock.com – crevis

Osteoporose und Querschnittlähmung – vieles ist noch ungeklärt

Osteoporose tritt gehäuft als Komplikation im Rahmen einer rollstuhlpflichtigen Querschnittlähmung auf. Sie unterscheidet sich wesentlich von der herkömmlichen Erkrankung. In den gelähmten Körperregionen überwiegt der Knochenabbau. Ursachen und therapeutische Möglichkeiten sind bislang wenig erforscht.

Die Osteoporose ist die häufigste Stoffwechselerkrankung des Knochens. Als eine Volkskrankheit betrifft sie meist ältere Menschen, vor allem Frauen nach den Wechseljahren. Sie führt zum Abbau von Knochenmasse, Knochendeformierungen und -brüchen sowie Schmerzen. Für das diagnostische und therapeutische Vorgehen gibt es klare Empfehlungen.

Medikamentöse Therapie

Die Basistherapie besteht vor allem in der Gabe von Calcium und Vitamin D sowie in der Vermeidung von Risikofaktoren. So sollte der Konsum von koffeinhaltigen Getränken eingeschränkt werden und das Rauchen unterlassen werden. Medikamente, die eine Osteoporose begünstigen, sollten nur wenn dringend erforderlich und nur in möglichst geringer Dosis eingenommen werden, dies gilt besonders für Cortisonpräparate. Nicht immer wird man auf diese Medikamente verzichten können.

Im Rahmen der spezifischen Therapie werden oft Substanzen verabreicht, welche direkt am Knochen wirken. Die Bisphosphonate sind „Mittel der ersten Wahl“. Sie Hemmen die Aktivität der knochenabbauenden Zellen. Die Substanz Denosumab wirkt ähnlich. In speziellen Fällen werden Hormonpräparate oder Präparate, die den Hormonhaushalt beeinflussen (Östrogene, Parathormonfragmente) gegeben. Insgesamt werden Bisphosphonate recht gut vertragen.

> Die DMGP-Leitlinie macht Vorschläge zur Diagnostik und Therapie. Sie soll im Einzelfall eine Entscheidungshilfe sein.

Diagnostik

Zur Bestimmung der Knochenmasse wird die Knochendichte an der Lendenwirbelsäule und an der Hüfte gemessen. Man erhält den sogenannten T-Wert. Im Falle einer verminderten Knochendichte zeigt sich ein negativer T-Wert. Je geringer die Knochendichte, desto negativer ist der T-Wert: Ein T-Wert von -1,0 entspricht definitionsgemäß einer Osteopenie, der Vorstufe der Osteoporose. Ein T-Wert von -2,0 oder geringer weist auf eine Osteoporose hin.

Osteoporose und Querschnittlähmung

Knochengewebe ist dynamisch und stets in Auf- und Abbau begriffen und richtet sich entsprechend der mechanischen Belastung aus. Im gesunden Knochen befinden sich Auf- und Abbau im Gleichgewicht, dieses ist im Fall einer Osteoporose gestört. Im Rahmen einer Querschnittlähmung unterscheidet sich die Osteoporose wesentlich von der Volkserkrankung. Der Knochenschwund in den unteren Extremitäten findet bei Tetraplegikern und Paraplegikern gleichermaßen statt, an den Armen nur bei Tetraplegikern. Etwa 75 Prozent der querschnittgelähmten Menschen entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Osteoporose.

Der Knochenabbau kann schon zehn bis 16 Wochen nach Lähmungseintritt seine größte Dynamik erreichen, mit einem Knochensubstanzverlust von zwei bis vier Prozent monatlich. Nach zwei bis sechs Jahren stellt sich ein neues Gleichgewicht ein, die Knochenmineraldichte ist dann um 40 bis 70 Prozent reduziert. Hierbei kann es recht große Unterschiede zwischen den Betroffenen geben.

Das Ausmaß der Osteoporose hängt ab vom Ausmaß der Rückenmark- oder Cauda-Schädigung. Betroffen sind in der Regel querschnittgelähmte Menschen, die vollständig auf einen Rollstuhl angewiesen sind. Bei vorliegender Spastik ist die Osteoporose etwas geringer, bei Frauen im Vergleich zu Männern etwas stärker ausgeprägt. Das Lebensalter wirkt sich nicht auf diese Osteoporose aus.

Ursachen

Die Ursachen sind nicht ausreichend geklärt, man geht von einem multifaktoriellen Geschehen aus. Die Inaktivität ist sicher ein Hauptfaktor. Allerdings werden Dynamik und Ausmaß der Osteoporose allein dadurch nicht ausreichend erklärt, andere Faktoren müssen eine Rolle spielen. Diskutiert werden Störungen vegetativer Nerven, dadurch bedingte Durchblutungsstörungen und hormonelle Faktoren.

Durch die geringe Knochensubstanz können Knochenbrüche auftreten, auch ohne wesentliche Krafteinwirkung, also durch sogenannte Bagatellunfälle. Die Frakturen treten häufig direkt ober- und unterhalb der Kniegelenke auf, weil gerade hier verstärkter Knochenabbau stattfindet. Das Fallen bzw. Gleiten aus dem Rollstuhl auf die Knie ist typisch für dieses Verletzungsmuster. Wesentlich ist deshalb die Vermeidung von (Bagatell-)Unfällen im Alltag und während pflegerischer und therapeutischer Maßnahmen.

Die Häufigkeit solcher Frakturen ist erhöht bei unter 16-Jährigen, bei hohem Alkohol- bzw. Drogenkonsum und bei untergewichtigen Menschen. Paraplegiker erleiden häufiger Frakturen als Tetraplegiker. Diese Unterschiede erklären sich durch die höhere Unfallgefahr bzw. höhere Mobilität.

Leitlinie der DMGP

Für die Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Querschnittlähmungen gibt es keine verbindlichen Vorgaben. Insbesondere die Entscheidung zur spezifischen Therapie muss individuell nach umfassender Beratung und einer Nutzen-Risiko-Abwägung getroffen werden. In der DMGP-Leitlinie „Querschnittlähmungsassoziierte Osteoporose“ wurden Vorschläge zur Diagnostik und Therapie entwickelt, die im Einzelfall als Entscheidungshilfe dienen können.

Messung an der Hüfte

Bei Menschen mit einer Querschnittlähmung wird die Knochendichte allein an der Hüfte gemessen. Im Verlauf einer Querschnittlähmung macht es keinen Sinn, Messungen an der

Mehr Selbstständigkeit. Mehr Entlastung.
Das erste teilbare Rad für volle Barrierefreiheit zwischen Rollstuhl und externer Sitzfläche

trivida®
So geht barrierefrei.



Mehr Info unter:
www.trivida-info.com



Lendenwirbelsäule durchzuführen, da hier meist normale bis erhöhte Knochendichtewerte festgestellt werden.



Foto: privat

„Die Knochendichtemessung erfolgt bei Querschnittlähmung an der Hüfte."

Dr. Jürgen Moosburger

Knochenaufbau mit Medikamenten

Studienergebnisse bezüglich der Therapie der Osteoporose sind rar, klare Therapieempfehlungen sind deshalb nicht möglich. Aufgrund der geringen Erfahrungen können die Bisphosphonate nur „off-label" verabreicht werden, also ohne offizielle Zulassung in begründeten Einzelfällen nach ausführlicher Aufklärung und Beratung des Betroffenen. Immerhin wurde in Studien eine gewisse knochenaufbauende Wirkung der Bisphosphonate sowohl im Falle der akuten als auch der chronischen Querschnittlähmung nachgewiesen.

Laut DMGP-Leitlinie könnte eine Verabreichung von zum Beispiel Bisphosphonaten ab einem T-Wert von -2,0 (oder darunter) in Erwägung gezogen werden. Sollte man sich dafür entscheiden, so wird eine Therapiedauer von drei bis fünf Jahren erwogen.

Die Empfehlungen für die Basistherapie gelten im Grunde auch für querschnittgelähmte Menschen. Die Gabe von Calcium ist selten erforderlich, da die über die Ernährung aufgenommene Menge meist ausreicht. Es gibt recht unterschiedliche Empfehlungen für die Einnahme von Vitamin D. Die DMGP-Leitlinie schlägt – in Anlehnung an die Leitlinie des Dachverbandes Osteologie – eine Tagesdosis von 800 bis 1.000 IE vor, ohne Bestimmung des Blutspiegels.

Funktionelle Elektrostimulation

Unter der Vorstellung einer Inaktivitäts-Osteoporose sollte man davon ausgehen, dass sich regelmäßiges Steh- oder Gehtraining oder Vibrationstherapie positiv auswirken. Überraschenderweise konnten Studien diesen Nachweis nicht erbringen.

Positive Effekte zeigt hingegen die Funktionelle Elektrostimulation (FES) in Form von Cycling oder einem Knie-Flexions-Extensions-Training, bei akuten als auch chronischen Lähmungen nach Rückenmarkschädigungen. Die gelähmte Muskulatur wird hierbei durch elektrische Stimulation von außen zu Bewegungsabläufen veranlasst, die gegen Widerstand durchgeführt werden können. Muskulatur und Knochen stellen offensichtlich eine funktionelle Einheit dar und bedingen sich gegenseitig. Reine Knochenbelastung führt nicht zum gewünschten Ergebnis.

Die FES muss allerdings sehr intensiv und langfristig durchgeführt werden und zwar drei- bis fünfmal wöchentlich, jeweils für eine halbe bis eine Stunde und mindestens sechs Monate lang. Dann ist eine Steigerung der Knochenmineraldichte im Falle chronischer Lähmung von 10 Prozent zu erwarten. Leider bildet sich dieser Effekt nach Beendigung der Therapie rasch wieder zurück.

Was kann man Betroffenen raten?

Für die Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Querschnittlähmungen gibt es keine verbindlichen Vorgaben. Insbesondere die Entscheidung zur spezifischen Therapie muss individuell nach umfassender Beratung und Nutzen-Risiko-Abwägung getroffen werden. Die Durchführung einer wirksamen FES ist sehr aufwendig, nur wenige werden hierfür die Möglichkeit haben.

Eine ausgewogene Ernährung und die Substitution von Vitamin-D, die Reduktion von koffeinhaltigen Getränken und die Vermeidung von Nikotin sind Möglichkeiten, die im Alltag beachtet werden können. Bezüglich der Gabe von Vitamin-D gibt es sehr unterschiedliche Angaben, mitunter werden recht hohe Dosierungen empfohlen. Immerhin scheinen auch recht hohe Vitamin-D-Dosierungen verträglich zu sein. Medikamente, die eine Osteoporose begünstigen sollten möglichst vermieden werden.

Wesentlich ist die Vermeidung von (Bagatell-)Unfällen im Alltag und während pflegerischer und therapeutischer Maßnahmen. Die Osteoporose ist einer von vielen Gründen, weshalb querschnittgelähmte Menschen möglichst von Fachpersonal in spezialisierten Querschnittzentren rehabilitiert und behandelt werden sollen.

Dr. Jürgen Moosburger

	Herkömmliche Osteoporose	querschnittlähmungs-assoziierte Osteoporose
Betroffene	ältere Menschen, vor allem Frauen	rollstuhlabhängige querschnittgelähmte Menschen
Diagnostik	Knochendichtemessung/DXA-Scan an LWS und Hüfte	Knochendichtemessung/DXA-Scan im Verlauf nur an der Hüfte
medikamentöse Therapie	Basistherapie empfohlen (z. B. Calcium, Vitamin D), Spezifische Therapie mit Bisphosphonaten empfohlen – sie senken die Häufigkeit von Knochenbrüchen.	Basistherapie empfohlen (z. B. Calcium, Vitamin D), Spezifische Therapie mit Bisphosphonaten möglich – der Effekt auf Knochenbruchhäufigkeit ist nicht nachgewiesen.

- Anzeige -

Blasenfunktionsstörungen bei Paraplegie

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

Folgeerkrankungen

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

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

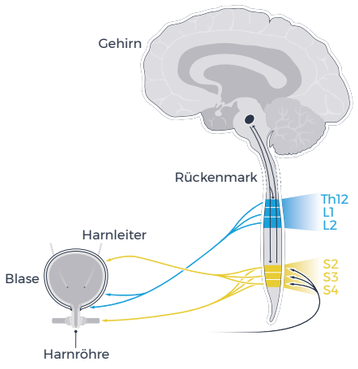
Alarmzeichen

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

Das Steuerzentrum im Rückenmark

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

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



Therapieoptionen

Oral | Transdermal | Intravesikal | Injektion | Operativ

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

WWW.FARCO.DE

FARCO

V_AV1_01_0521_D



„Time is spine“

Die tumorbedingte Querschnittlähmung

Dr. Thomas Liebscher befürwortet die enge Zusammenarbeit von Wirbelsäulenchirurgie, Onkologie und Paraplegiologie.

Mit Auftreten einer tumorbedingten Querschnittlähmung ist eine Entscheidung am Aufnahmetag über die primäre Behandlung mittels Bestrahlung oder wirbelsäulenchirurgischer Versorgung zu treffen. Aufgrund des operativen Schweregrades und der akuten Querschnittlähmung stellt die primäre Wirbelsäulenchirurgie eine große Herausforderung dar und sollte nur in tumorerfahrenen Wirbelsäulenzentren mit einer 24/7 Versorgung durchgeführt werden.

Die paraplegiologische Behandlung beginnt in der erstbehandelnden Klinik, um querschnittspezifische Komplikationen (u. a. Dekubitus, Harnwegsinfektion) zu vermeiden. Nach der wirbelsäulenchirurgischen oder onkologischen Behandlung erfolgt die Weiterbehandlung in einem der Zentren für Paraplegiologie.

Analyse der Erstbehandlung

Die Inzidenz einer Querschnittlähmung wird in Deutschland auf 2.500 pro Jahr geschätzt. Etwa die Hälfte der Fälle sind nicht-traumatischer Genese, wobei es keine aktuellen Daten zur tumorbedingten Querschnittlähmung gibt. Eine differenzierte Behandlungsanalyse auf dem Gebiet der tumorbedingten Querschnittlähmung ist über eine querschnittspezifische Versorgungsforschung möglich, da umfassende Datenbanken wie das epidemiologische Krebsregister der Bundesländer oder das Wirbelsäulenmetastasen-Register die paraplegiologischen Aspekte nur teilweise berücksichtigen. Das COaTSCI-Projekt (Comparative Outcome- and Treatment-Evaluation in Spinal Cord Injury) der Spinal Cord Alliance Berlin vereint die erforschende Untersuchung von Versorgungspfaden, Komplikationen und Behandlungsergebnissen mit gesundheitsökonomischen Analysen zu Behandlungsdauer und -kosten.

Berliner Studie

Alle im COaT-SCI Projekt analysierten Patienten wurden über die Rettungsstelle des BG Klinikums Unfallkrankenhaus Berlin aufgenommen oder von anderen Kliniken direkt dorthin verlegt. Im Zeitraum von 2011 bis 2017 wurden 365 Fälle mit einer akuten Querschnittlähmung (traumatisch n = 246, entzündlich n = 64, tumorös n = 55) untersucht. Ursache einer tumorbedingten Querschnittlähmung waren Wirbelsäulenmetastasen mit 90 Prozent (Prostata und Lunge 25 Prozent, Niere 18 Prozent), Primärtumore des Knochenmarks (Multiples Myelom 7 Prozent) und des Stütz- und Bindegewebes. Charakteristisch waren bei stationärer Aufnahme das hohe Alter (Median: 68 Jahre) und der größere Anteil einer sensomotorisch inkompletten Querschnittlähmung (71 Prozent). In 50 Prozent der Fälle war der thorakale Wirbelsäulenbereich betroffen.

Frühe Intervention

Die tumorbedingte Querschnittlähmung ist ein Notfall. Der Begriff „Time is spine“ (Zeit ist Wirbelsäule) ist von der traumatischen auch auf die tumorbedingte Querschnittlähmung übertragbar und stellt die hervorgehobene Bedeutung der frühen Intervention dar. Nach der Primärdiagnostik wurde das Behandlungsprozedere interdisziplinär und mit den Patienten/Angehörigen am Aufnahmetag festgelegt. In 87 Prozent der Fälle erfolgte eine zeitnahe wirbelsäulenchirurgische Dekompression des Spinalkanals. Eine Stabilisation der Wirbelsäule erfolgte bei Anzeichen für vorliegende oder drohende knöcherne Instabilität. Operationen wurden nicht durchgeführt bei Inoperabilität, fortgeschrittenem Tumorleiden oder bei entsprechendem Patientenwillen.

Komplikationen

In der Erstbehandlung einer tumorbedingten Querschnittlähmung gab es weniger querschnittspezifische Komplikationen (Lungen- und Harnwegsinfektion) als bei Lähmungen traumatischer oder entzündlicher Ursache. Gründe sind hier unter anderem der hohe Anteil der sensomotorisch inkompletten Lähmung. Der Anteil eines Dekubitus Grad I-II war jedoch ähnlich hoch.

Onkologische Therapie

Nach Vorliegen der histologischen und immunhistologischen Befunde erfolgte immer die Meldung an das Klinische Krebsregister und eine Vorstellung im Tumorboard, wo die weitere onkologische Behandlung festgelegt wurde. Nach der wirbelsäulenchirurgischen Operation ist eine frühzeitige onkologische Behandlung einzuleiten, um eine hohe Erfolgsrate der Behandlung zu erreichen. Die Dauer der Erstbehandlung lag im Median bei 23 Tagen und war damit deutlich kürzer als nach traumatischer oder entzündlicher Querschnittlähmung (80 bzw. 54 Tage). Die Dauer der Erstbehandlung lag im Median bei 23 Tagen.

Alle Patienten erhielten das Angebot des Palliativdienstes. In 88 Prozent der Fälle war der Patientenwille dokumentiert. Während der Erstbehandlung verstarben 16 Prozent der Patienten.

Fazit

Der Patientenwille und die Therapieziele sind das Fundament der individuellen Erstbehandlung einer tumorbedingten Querschnittlähmung. Am Aufnahmetag muss entschieden werden, ob ein wirbelsäulenchirurgischer Eingriff oder eine primär onkologische Behandlung durchgeführt wird. Dabei spielen der Lähmungseintritt, die Operabilität und das Stadium der Tumorerkrankung eine Rolle. Im weiteren Verlauf bedarf es einer Zentrumsstruktur zur engen Zusammenarbeit zwischen der Wirbelsäulenchirurgie, dem Tumorboard, der Paraplegiologie und dem Palliativdienst. So kann eine optimale primär stationäre und später ambulante Patientenversorgung erreicht werden, bei der querschnittspezifische Komplikationen – auch in der palliativen Situation – weitestgehend vermieden werden.

Dr. Thomas Liebscher

Behandlungsqualität

Die Behandlung der tumorbedingten Querschnittlähmung erfordert die enge Zusammenarbeit von hoch spezialisierten Fachbereichen wie der Wirbelsäulenchirurgie, der Onkologie und der Paraplegiologie. In Deutschland gibt es bislang kein entsprechendes Zentrum, welches alle drei Fachbereiche vereint. Aus diesem Grund ist es unabdingbar, dass die vorhandene hohe Versorgungsqualität über Bildung von Kompetenzzentren gebündelt wird. In Berlin wird erstmalig die Organisationsstruktur, Spinal Cord Alliance, aufgebaut, welche die Zusammenarbeit bei tumorbedingter Querschnittlähmung zwischen der Charité-Universitätsmedizin Berlin und dem BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin fördert.

Spinal Cord Alliance Berlin

Dr. Thomas Liebscher, PD Dr. Matthias Pumberger, Dr. Christoph Nonnemann, Dr. Kerstin Rehahn, Prof. Dr. Gerald Niedobitek, Prof. Dr. Axel Ekkernkamp, Prof. Dr. Carsten Perka, Dr. Marcel A. Kopp.

www.t-rv.de
t-rv
NEU
KINETIC BALANCE
DAS neue Positionierungssystem von t-rv:
- Optimale Sitzposition
- Bestmögliche Flexibilität
- Sichere Positionierung
- Mehr Komfort im Alltag, im Beruf oder beim Sport


Oberkörper


Hüfte/Becken


Füße/Knöchel

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

Dein Spezialist für Sitzen & Positionieren



Foto: Stephanie Wunderl

Momente der Trauer bei den Rollstuhlbasketballerinnen nach dem Aus im Halbfinale.

Schwierige Spiele im Land der aufgehenden Sonne

Dass Olympia und die Paralympics in Tokio in Zeiten der Pandemie keine normalen Sportfeste sein würden, war wohl den meisten schon seit geraumer Zeit bewusst. Der PARAplegiker wollte wissen: Wie sind die Spiele unter diesen Bedingungen gelaufen und wie haben die Athleten und Besucher die Paralympics im „Land der aufgehenden Sonne“ erlebt?

Mit einem Jahr Verspätung fand nun das drittgrößte Sportevent der Welt vom 24. August bis 5. September 2021 statt. Japans Hauptstadt war zum zweiten Mal nach 1964 Gastgeber der Paralympics. Mit fast 39 Millionen Einwohnern ist Tokio der bevölkerungsreichste Ballungsraum weltweit. Eine Megametropole mit extrem hoher Einwohnerdichte. Entsprechend waren Organisatoren, Bevölkerung und nicht zuletzt die Athleten besorgt um die Auswirkungen der Pandemie und die Sicherheitsvorkehrungen waren demgemäß hoch.

Besondere Situation

Die Athleten waren sich der besonderen Verantwortung in Zeiten von Corona bewusst und nahmen die Vorsichtsmaßnahmen und Einschränkungen geduldig in Kauf. Am Ende waren wohl alle froh, dass die Spiele stattfanden. Die meisten Athleten betonten: „Eine Absage der Spiele wäre viel schlimmer gewesen“. Immerhin hatten sie seit vielen Jahren auf dieses Ziel hingearbeitet. Rennrollstuhlfahrer Alhassane Baldé zeigte im Vorfeld der Spiele dennoch Verständnis für eine mögliche Absage: „Wenn mir als Sportler das große Ziel Tokio genommen würde, wäre es schon schwer zu verkraften. Als normaler Bürger hätte ich angesichts der aktuellen Situation verstanden, wenn man die Spiele abgesagt hätte“, sagte der Bonner. Für den 35-Jährigen waren die japanischen Spiele die vierten und letzten Paralympics.

Joe Bestwick, Spieler bei der Rollstuhlbasketball-Herrenmannschaft, berichtete von der guten Stimmung. „Jeder freut sich, da zu sein“, erklärte der gebürtige Engländer aus Leicester per WhatsApp. Auch der Kapitän der Rollstuhlbasketballer, Jan Haller, fand das „Feeling“ vor Ort nach Ankunft trotz Coronasituation gut: „Das Tragen der Masken, die täglichen Tests, Fieber messen und desinfizieren gehört dazu und jeder im Dorf zieht mit, egal ob Athlet oder Volunteer. Alle haben Bock und sind froh, dass es losgeht“. Die Trainingslager waren geprägt von den entsprechenden Hygienekonzepten bei der Vorbereitung: „Wir konnten immerhin einige Testspiele gegen die Niederlande, Türkei und Spanien bei verschiedenen Maßnahmen spielen“, so der Kapitän. Andere hatten das Glück nicht. Viele Länder wie etwa Großbritannien, USA, Australien und Iran hatten keine Testspiele.



Staatliche Organisation und Erziehung

Zuschauer waren wie schon zuvor bei den Olympischen Spielen nicht zugelassen. Dabei war das Interesse an den Paralympischen Spielen in Tokio riesig. In der ersten Verkaufsphase hatte es 3,1 Millionen Anfragen für insgesamt 2,3 Millionen verfügbare Eintrittskarten gegeben. Bei den Paralympics gab es dann allerdings doch eine Ausnahme: Schülerinnen und Schüler durften nach Absprache mit den lokalen Behörden und Eltern im Rahmen des staatlichen japanischen Erziehungsprogramms zu den Wettkämpfen. Mehr als 100.000 Schülerinnen und Schüler konnten die Wettkämpfe der Menschen mit Behinderungen in den knapp zwei Wochen verfolgen.

Die japanischen Organisatoren wurden ihrem Ruf gerecht. „Alles ist sehr gut organisiert und das Olympische Dorf sehr schön und komplett barrierefrei“, schrieb uns Joe Bestwick. Auch Jan Haller lobte die Infrastruktur und die Top-Organisation: „Die Japaner sind bei allem sehr genau. Da fährt der Bus nicht los, bevor alle Stühle hundertprozentig fixiert sind und auf den Zentimeter genau stehen“, berichtete der erfahrene Basketballer von Hannover United. Die Zimmer seien simpel und einfach ausgestattet, aber völlig okay. Auch außerhalb der Arenen war der Zuspruch groß. Bei der Fahrt zur Eröffnung säumten unglaublich viele Japaner die Straßen, klatschten, winkten und schwenkten Fahnen. „Das waren ganz besondere Momente. Man kann nur erahnen, was los gewesen wäre, wenn die Leute von der Straße im Stadion gewesen wären“, schwärmte Joe.

Sieger und Besiegte

In Tokio waren rund 4.500 Sportlerinnen und Sportler aus 160 Ländern am Start. Dies sind etwa 100 Athleten mehr als vor fünf Jahren in Rio. Der Deutsche Behindertensportverband entsandte 133 Athletinnen und Athleten. Diese hatten sich





Fotos(2): privat

Die Unterkunft der Athleten: barrierefrei, klimatisiert, spartanisch, zweckmäßig. Das Bett ist aus umweltfreundlicher Pappe.





Er machte die Sensation perfekt: Valentin Baus gewann im Tischtennis die Gold-Medaille.

Foto: Axel Kohring, www.beautiful-sports.com

in 540 Wettbewerben zu beweisen. Medaillen wurden in 23 Sportarten vergeben. Die Spiele produzierten tolle und sehenswerte Momente. Freude und Trauer lagen dabei oft eng beieinander. Denn selten werden diese Gefühle so überschwänglich und deutlich gezeigt wie bei sportlichen Wettkämpfen. In Tokio haben wir strahlende Gesichter gesehen und tieftraurige Momente erlebt. Wir haben mit den Athleten gelitten. Das war manchmal auch bitter.

Die Basketball-Teams der Frauen und Männer waren mit großen Erwartungen gestartet, konnten diese aber nicht erfüllen. Das Team Germany Rollstuhlbasketball der Herren blieb im Viertelfinale stets an den starken Spaniern dran. Mit der Schlusssirene war mit einem 3-Punkte-Wurf noch die Chance zum Ausgleich da. Doch der Ball wollte nicht in den Korb. Deutschland verlor, Spanien war im Halbfinale und verlor dort gegen das US-Team. Für die deutschen Rollstuhlbasketballerinnen endete der Traum einer goldenen paralympischen Medaille im Halbfinale. Sie verloren mit 42:52 gegen das holländische Team.

Dreizehnmal Gold

Edina Müller (Kanu), Markus Rehm (Weitsprung), Natascha Hiltrop (Luftgewehr), Lindy Ave (400 m), Felix Streng (100 m), Frances Herrmann (Speerwerfen), Jana Majunke (2-mal Gold) und Annika Zeyen (beide Radsport), Elena Krawzow und Taliso Engel (beide Schwimmen) sowie Martin Schulz (Triathlon) nahmen Gold mit nach Hause. Und dann der „Goldjunge" Valentin Baus. Er besiegte die chinesische Nummer eins in der Welt, Cao Ningning, strahlte und gewann auch die Herzen der Zuschauer – wer freute sich nicht mit dem 25-jährigem Bochumer? Valentin Baus ist sicher der derzeit talentierteste deutsche Tischtennisspieler. Nach Holger Nikelis' Sieg bei den Paralympics in Athen 2004 ist es die erste Goldmedaille in dieser Sportart. Insgesamt konnten die deutschen Athleten in Tokio 43 Medaillen erringen, in jeder Sportart gab es mindestens eine Medaille für das deutsche Team.

Strahlende Momente gab es auch bei einer weiteren, ganz kleinen Gruppe von Athleten. Fünf Männer und erstmals eine Frau repräsentierten zwölf Millionen Menschen mit Behinderung, die vor Krieg, Verfolgung und Menschenrechtsverletzungen fliehen mussten: das Refugee Paralympic Team. Anas Al Khalifa ist einer von ihnen. Der syrische Flüchtling lebt seit vier Jahren in Deutschland. Erst nachdem er sich hier bei einem Arbeitsunfall eine Querschnittlähmung zuzog, entdeckte er das Parakanu für sich – vorher wusste er nicht einmal, was Paddeln ist. Auch wenn es in Tokio für das Refugee Team für keine Medaille reichte, so war vielleicht gerade bei diesen sechs Athleten das Credo: „Dabei sein ist alles!"

Björn Lohmann und Kevin Schultes

NEGELE RECHTSANWÄLTE

Ihr Spezialist für Personengroßschäden seit 15 Jahren

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

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

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

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



Wie sieht der Rollstuhl der Zukunft aus?

Ist Hightech die Lösung? Der schweizerische Scewo Bro rollt komfortabel in der Ebene, kapituliert aber auch nicht vor für Rollstuhlfahrer normalerweise unüberwindlichen Hürden.

Der Fortschritt macht mobil. Autos fahren elektrifiziert effizienter denn je, Rennräder wiegen nur noch sechs Kilo. Gute Perspektiven für Menschen, die sich auf leichtere Aktivrollstühle und leistungsfähigere E-Rollis freuen, oder?

Rollstuhlfahrer spielten im Hollywood-Business lange Zeit keine Rolle. Dann hatte 1978 der Film „Coming Home“ sein Kinodebüt. In dem mit Preisen überhäuften Vietnamkriegsdrama geht es um einen Soldaten, der als Querschnittgelähmter zurück ins Leben findet. Der Film, heute noch so sehenswert wie damals, öffnet ein Zeitfenster. Einschlägig Fachkundigen springt ein Ausstattungsdetail ins Auge: Die Rollstühle, die in den 70er-Jahren des vorigen Jahrhunderts zum Einsatz kamen, würde man aus heutiger Perspektive als Zusatzbehinderung empfinden: ungeschlachte, chromblinkende Ungetüme, weit davon entfernt, individuell angepasst zu sein, mit einem geschätzten Gewicht jenseits von 25 Kilogramm. Auch Rollstuhlveteranen unserer Tage erinnern sich noch an die Gefährte, mit denen man früher ins Leben jenseits der Klinikmauern entlassen wurde.

Ein Stück Lebensqualität

Die technische Entwicklung, die seither stattgefunden hat, hat der Menschheit zunächst einmal hocheffiziente Rennräder beschert. Neue Materialien, neue Fertigungstechniken, neue technische Möglichkeiten – all das schlug sich in einem nach der Jahrtausendwende immer populärer werdenden Sportgerät nieder. Auch in der Querschnittrehabilitation änderten sich die Standards und irgendwann kam wohl jemand auf die Idee, dass mehr möglich sein müsse als das, was bis dahin als Rollstuhl für ausreichend erachtet worden war. Das führte zu Aktivrollstühlen, die im Rahmen des Möglichen schon recht beweglich machten. Wer heute alle Möglichkeiten ausreizt, ist mit einem hochstabilen Rollstuhl von um die zehn Kilogramm Gewicht unterwegs. Das setzt allerdings voraus, dass das nötige Fachwissen zum Einsatz gekommen ist, der Stuhl perfekt angepasst und frei von überflüssigem Zierrat und Einstelloptionen ist. Wer das Möbel bezahlt, steht dann noch einmal auf einem anderen Blatt, denn eine Parallele zum Rennradbau ist auch hier: Jedes eingesparte Gramm schlägt sich auf der Rechnung nieder. Wer es sich leisten kann, sollte dennoch, wenn der Kostenträger nicht kooperiert, lieber tief in die eigene Tasche greifen, als sich mit Zweitklassigem zufriedenzugeben. Ein effizienter Rollstuhl ist ein Stück Lebensqualität par excellence.
Ist nun, was die technische Entwicklung betrifft, das Ende der Fahnenstange erreicht? Natürlich nicht. Die Entwicklung geht weiter. Aber Quantensprünge wie vom eisernen Krankenfahrstuhl seeligen Gedenkens zum Alu- und Carbonrenner unserer Tage sind in Zukunft nicht mehr zu erwarten. Und mit dem Maß des Möglichen sind wir heute auch schon ganz gut bedient.

Potenzial liegt brach

Anders sieht die Sache aus, wenn man den Begriff Rollstuhl weiter fasst. Auch hier zunächst ein Blick auf eine gänzlich andere Fahrzeuggattung: Wer die Entwicklung auf dem Sektor der E-Antriebe für Autos und Fahrräder verfolgt, kommt aus dem Staunen nicht heraus. Unter dem Druck der sich abzeichnenden einschlägigen Gesetzgebung fließt viel Kreativität in die Entwicklung von effizienteren Stromspeichern und Motoren. Davon ist einstweilen in der Rehabranche noch nicht viel angekommen. Vergleicht man die E-Rollstühle unserer Tage mit früheren Modellen, kommt man zu dem Schluss, dass sich heute bei Weitem noch nicht das im Angebot niederschlägt, was unterdessen eigentlich technisch möglich wäre. Raul Krauthausen, umtriebiger Szene-Aktivist, fasst es nüchtern in Worte: „Wenn ich einen Blick unter die Abdeckung meines E-Rollis werfe, sehe ich eher Trabi als Tesla.“

Mehr Technik oder weniger Barrieren?

Es gibt Vorstöße in neue Technologie-Bereiche. Für Aufsehen sorgte vor einiger Zeit der Segway-Rollstuhl Scewo Bro. Das von einem Schweizer Start-up entwickelte Fahrzeug kombiniert das Prinzip des sich selbst ausbalancierenden Zweiradgefährtes mit einem integrierten Raupenantrieb, der das Befahren von Treppen ermöglicht. Nicht von der Hand zu weisen ist der dem Segway-Prinzip eigene Vorteil einer großen Geländegängigkeit, die dem Nutzer neue Areale, etwa Feld- und Waldwege, Strände und dergleichen erschließt. Überhaupt ist dieser Typus Fahrzeug, der zur Zeit von verschiedenen Herstellern vermarktet wird, eine der wenigen echten Rollstuhl-Innovationen der zurückliegenden Jahre. Die Rollstuhlfahrersehnsucht, allgegenwärtige Barrieren im Straßenbild überwinden zu können, will die von Scewo konzipierte Hightech-Maschine mit zusätzlichen Funktionen erfüllen. Dafür haben die Ingenieure tief in die Technik-Trickkiste gegriffen und die derzeitigen Möglichkeiten ziemlich ausgereizt. Die Idee entbehrt nicht eines gewissen Charmes und wird von ihren Machern sehr emotional in Szene gesetzt. Das kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass dieses Stück Freiheit sehr technisch, sehr schwer und sehr teuer ist. Ist es ein guter Lösungsansatz, mit maximalem Technikeinsatz Hindernisse überwindbar zu machen? Raul Krauthausen hat auch dazu eine klare Meinung: „Das Leben im Rollstuhl erleichtern nicht technische Gadgets am Rollstuhl, sondern eine barrierefreie Welt“ und plädiert für mehr Aufzüge und Rampen im öffentlichen Raum.

Fotos (2): Scewo AG, Panthera AB



Was heute geht:
Panthera, ein Spezialist für die Verarbeitung von Carbon, fertigt Rollstühle mit einem Gewicht von deutlich unter zehn Kilogramm.

Wo gehts lang?

Am Rollstuhl der Zukunft wird in vielerlei Hinsicht gearbeitet. Aktivrollstühle mögen noch etwas leichter werden. Für das beste Ergebnis wichtiger als noch ausgefuchstere Materialien und Herstellungsverfahren bleibt aber eine optimale Anpassung von sachkundiger Hand. E-Rollstühle bieten mehr Entwicklungspotenzial denn je. Selbst blick- oder gedankengesteuerte Gefährte sind auf lange Sicht nicht unrealistisch. Ob die gerne bildwirksam in Szene gesetzten futuristisch anmutenden Gefährte der richtige Lösungsansatz sind, ist – abgesehen vom Kostenaspekt –, aber eher eine philosophische Frage. Die Welt ist barrierefreier geworden, die Rollstühle effizienter. Die Entwicklung geht also in die richtige Richtung, auch wenn sich über den Kurs zuweilen streiten lässt.

Und Hollywood? Schickt Rollstuhlfahrer inzwischen zu den Sternen. James Camerons Avatar mit Sam Worthington in der Hauptrolle – alias Jake Sully im spacigen Leichtgewichtrollstuhl – wird fortgesetzt.

Werner Pohl

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/PR50**

PARAVAN®
MOBILITÄT FÜR DEIN LEBEN



Mit virtuellem Gehen gegen chronische Schmerzen



Nervenschmerzen nach Querschnittlähmung werden mit innovativen Methoden begegnet. Damit eröffnet sich eine vielversprechende Therapieoption für ein bislang oft ungelöstes Problem.

Marc Elmer sieht sich in der Spiegelperspektive gehen. So soll seinem Gehirn die Möglichkeit einer Adaptation gegeben werden.

Für viele Menschen mit Querschnittlähmung gehören Schmerzen zu ihrem Alltag. In einer Erhebung der Schweizer Paraplegiker-Forschung geben fast 3/4 der Befragten Spastik und Schmerz als gesundheitliches Problem an. Glücklicherweise sind dabei die Schmerzen nicht immer sehr stark ausgeprägt. Jedoch sind die therapeutischen Möglichkeiten bei Schmerzen oft schnell erschöpft, ohne dass eine befriedigende Schmerzlinderung erreicht werden konnte.

So auch bei Marc Elmer, den starke Fußschmerzen quälen. Der 32-Jährige ist nach einem Gleitschirmunfall im Mai 2017 querschnittgelähmt. Seine Schmerzen wurden seither immer intensiver. „Es ist einerseits ein dumpfer Dauerschmerz in den Füßen, andererseits sind es spitze Schmerzen, die bis in die Unterschenkel ausstrahlen“, erzählt der passionierte Badmintonspieler. Man kann sich das vorstellen wie schlimme Zahnschmerzen: Der Schmerz ist brennend, einschießend oder elektrisierend – und fast nicht auszuhalten. Oft haben Betroffene einen jahrelangen Leidensweg mit vielen Therapieversuchen und wirkungslosen Medikamenten hinter sich. Marc Elmer haben die Schmerzen gezwungen, seine Umschulung vom gelernten Polier zum Bauführer abzubrechen.

Schmerzen im gelähmten Körper

Unser Gehirn vergleicht ständig unterschiedliche Informationen aus den verschiedenen Sinnessystemen: Gleichgewichtssinn, Körpergefühl, Berührung und optische Wahrnehmung. Dabei können allmähliche Veränderungen, beispielsweise durch Wachstum, angepasst werden. Bei plötzlichen Veränderungen, wie zum Beispiel einer unfallbedingten Querschnittlähmung, entstehen widersprüchliche Informationen. Die Beine sind zwar zu sehen, können aber nicht mehr gespürt oder aktiv bewegt werden. André Ljutow, Chefarzt des Zentrums für Schmerzmedizin in Nottwil, erklärt: „Bei einer Querschnittlähmung verändert sich der Informationsfluss so rasant, dass dem Gehirn kaum Anpassungszeit bleibt. Plötzlich stimmen die erlebten und gefühlten Sinneseindrücke nicht mehr überein.“ Das Gehirn reagiert darauf mit einer Fehlermeldung, ähnlich wie die Software eines Computers. Diese Fehlermeldung oder dieser Alarm drückt sich als Schmerz aus. Alleine kann die notwendige Anpassung oft nicht erfolgen.

Diese Schmerztheorie erklärt, warum die neuropathischen (durch Nervenverletzung hervorgerufenen) Schmerzen so hartnäckig und therapieresistent sind. Wirksame Medikamente gehen oft mit einem zentral dämpfenden Effekt einher. Dies gilt für Opiate, Antiepileptika und teilweise auch für schmerzwirksame Antidepressiva. Unzureichende Wirkung oder nicht tolerierbare Nebenwirkungen führen dann zur Beendigung dieser Behandlung. Stimulationsverfahren am Rückenmark oder im Gehirn sind stark eingreifende, operative Verfahren, welche leider auch keine hohe Wirksamkeit gezeigt haben.

Patient in der Spiegelperspektive

Der therapeutische Ansatz im Schweizer Paraplegikerzentrum in Nottwil zielt darauf ab, den Anpassungs- oder Lernprozess im Gehirn zu ermöglichen. Wie zum Beispiel die Spiegeltherapie für Phantomschmerzen gezeigt hat, können über äußere Reize Veränderungen in der zentralen Schmerzverarbeitung erreicht werden. Mit der Simulation, in der der Patient sich in der Spiegelperspektive gehen sieht, soll dem Gehirn die Möglichkeit einer Adaptation gegeben werden. Die Patienten sitzen in einem Stuhl, aber sehen sich auf einer Großleinwand gehen. Ihr Oberkörper wird live gefilmt und täuschend echt auf fremden Beinen in einem Video positioniert. So entsteht im Gehirn die Illusion, sie können wieder gehen. „Unsere Arbeitshypothese ist, dass dieses visuelle Gehen die Nichtübereinstimmung der motorischen Befehle und der sensorischen Rückmeldungen zu korrigieren vermag“, so Ljutow.

Tatsächlich hat die Schmerzintensität bei Marc Elmer seit Therapiebeginn langsam, aber stetig abgenommen. Seine Schmerzspitzen sind verschwunden und der Dauerschmerz ist weniger dominant. Erleichtert erzählt er, dass er seinem Alltag wieder nachgehen kann, mit intensiven Trainings im Parabadminton und einer neuen Ausbildung zum Kaufmann.

Partnerschaft mit der Hochschule Luzern

Für das Virtual Walking ließen sich die Schmerzexperten des Schweizer Paraplegikerzentrums vom Neurowissenschaftler Lorimer Moseley inspirieren, der 2007 an der Universität Oxford erste Experimente mit einer einfachen Filmprojektion machte. Seine Idee wurde damals nicht weiterverfolgt, weil die technischen Möglichkeiten zu eingeschränkt waren. Dank Fortschritten in der Computertechnik wird den Patienten heute eine viel realistischere Simulation geboten. Chefarzt Ljutow geht davon aus, dass die Wirkung umso besser wird, je näher das virtuelle Gehen an das tatsächliche Geherlebnis herankommt.

Dieses technologische Wissen bringt die Hochschule Luzern in die Projektpartnerschaft ein. Mehrheitlich Studierende des Instituts für Medizintechnik rund um Professor Roger Abächerli entwickeln das System, das Hardware- und Softwarekomponenten miteinander vereint. Ein interdisziplinäres Team erarbeitet die detailgenaue Übereinstimmung der verschiedenen Bildebenen: der Hintergrund, die gehenden Beine, der Körper der Betroffenen, die Blickwinkel und Abstände. Zudem bewegt sich die Sitzfläche des Rollstuhls, auf dem die Patienten sitzen, identisch zum Becken der Person, die sie im Video sehen. So fließen Bewegungsimpulse in ihre Körperwahrnehmung mit ein und verstärken die Illusion. Anhand dieser Illusion wird das Gehirn behutsam an die Situation eines Menschen mit Querschnittlähmung herangeführt.



Fotos (2): adrianbaer.com

Dr. André Ljutow, Chefarzt des Zentrums für Schmerzmedizin in Nottwil, entwickelte den Therapieansatz gemeinsam mit weiteren Wissenschaftlern aus Nottwil und Luzern.

Weites Anwendungsfeld

Dieser Therapieansatz kann nicht nur bei einer Amputation oder Querschnittlähmung schmerzlindernd wirken, sondern auch bei Schlaganfällen, Verletzungen mit Nervendurchtrennungen oder Entzündungen von Nerven. „Unser Forschungsprojekt zielt darauf ab, die Anwendung sowohl technisch wie auch im klinischen Einsatz weiterzuentwickeln“, sagt André Ljutow. „Zudem erarbeiten wir Behandlungstechniken für ähnliche Krankheitsbilder.“ Noch steckt das Projekt in der Anfangsphase. Der erste Prototyp in Nottwil, von dem auch Marc Elmer profitiert, ist aber schon jetzt weltweit einzigartig.

Dr. André Ljutow

mobilcenter® Zawatzky



Dein Weg – unser Ziel

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



Wir mobilisieren Ihre Unabhängigkeit

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

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

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



Foto: Jörg Farys | Gesellschaftsbilder.de

Das kleine bisschen Barrierefreiheit

Schon seit einigen Jahren besteht die Pflicht zur Barrierefreiheit für öffentliche Gebäude. Und auch wenn die meisten von uns Menschen mit Behinderungen immer noch viele Beispiele für mangelnde Barrierefreiheit in Behörden, Ämtern und Schulen kennen, so können wir doch einen gewissen Fortschritt hier erkennen. Unser Leben findet allerdings nur zu geringen Teilen in Rathäusern und anderen öffentlichen Gebäuden statt. Unser Alltag ist geprägt von Produkten, Dienstleistungen und Orten der Privatwirtschaft. So stoßen wir auf vielfältige Barrieren beim Einkaufen, beim Kinobesuch, dem Buchen von Reisen oder der Nutzung von Webseiten. Denn in Deutschland fehlt es bisher an einer allgemeinen Verpflichtung zur Barrierefreiheit.

Deutschland hinkt im Bereich der Barrierefreiheit Jahrzehnte hinterher – schaut man sich die Gesetzgebung in den USA oder in Österreich an. Es reicht schon aus zu wissen, dass es eine Richtlinie der EU brauchte, um die deutsche Politik überhaupt zum Handeln zu bringen. Mit dem 2019 im EU-Parlament beschlossenen European Accessibility Act (EAA) wurde Deutschland verpflichtet, die Barrierefreiheit zu regeln. Der Bundestag beschloss im Juni dieses Jahres daher das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG), welches im Jahr 2025 in Kraft tritt. Mit seinen Übergangs- und Ausnahmeregelungen wird es allerdings vollumfänglich erst im Jahr 2040 seine volle Wirkung entfalten.

Minimalkriterien sind unser Standard

Wer sich nun aber auf eine weitgehende Verpflichtung zur Barrierefreiheit gefreut hat, wird enttäuscht. Schon die europäische Richtlinie des EAA sah eine volle Verpflichtung nur für bestimmte Bereiche vor. Insbesondere sollten elektronische Produkte und Reisedienstleistungen geregelt werden. Der EAA gab aber den nationalen Staaten noch einige Hinweise und Gedankenanstöße – gerade in Bezug auf die bauliche Umwelt – mit auf den Weg. Doch der deutsche Gesetzgeber hat sich entschlossen, eine reine Eins-zu-Eins-Umsetzung des EAA anzustreben. Damit ist gemeint, dass Deutschland nur die Minimalkriterien bei der Umsetzung erfüllen wird und keine darüber hinausgehenden Anforderungen stellt oder weitere Bereiche zur Barrierefreiheit verpflichtet.

Was genau muss ab 2025 barrierefrei sein?

Im § 3 Abs. 1 BFSG steht ein Satz, der frohlocken lässt: „Produkte, die ein Wirtschaftsakteur auf dem Markt bereitstellt, und Dienstleistungen, die er anbietet oder erbringt, müssen barrierefrei sein." Eigentlich wäre damit alles gesagt. Der eigentliche Zweck des BFSG ist es aber scheinbar, möglichst viele Ausnahmen zu beschreiben. So gilt eben diese Verpflichtung zur Barrierefreiheit nur für große und mittelständische Unternehmen. Dienstleistungsunternehmen, die weniger als zehn Mitarbeitende und weniger als zwei Millionen Jahresumsatz erzielen, sind grundsätzlich von der Pflicht zur Erbringung von barrierefreien Dienstleistungen ausgenommen. Damit dürfen die meisten Geschäfte wie Friseur-Salons, Schneidereien oder Kanzleien – solange sie nicht zu einer größeren Kette gehören – weiterhin Menschen mit Behinderungen aufgrund von Barrieren von ihren Dienstleistungen ausschließen.

Barrierefreie Produkte und Dienstleistungen

Hier geht es schneller, nur die aufzuzählen, für die das Gesetz gilt. Denn alles, was nicht explizit im BFSG benannt ist, muss auch zukünftig nicht barrierefrei sein. Bezogen auf Produkte wird dies im § 1 Abs. 2 Barrierefreiheitsstärkungsgesetz festgelegt. Danach müssen Hardwaresysteme wie Computer, E-Book-Lesegeräte und Laptops, Smartphones und andere Consumer-Electronics wie Spielkonsolen und Router sowie Zahlungsterminals, Ticket- und Geldautomaten und weitere Selbstbedienungsautomaten bestimmte Barrierefreiheitsanforderungen erfüllen. Dabei gilt zu beachten, dass damit nur die Produkte selbst gemeint sind, nicht aber die Umgebung, in der sie stehen. So müssen zwar alle Geldautomaten bis 2040 mit einem Rollstuhl unterfahrbar sein, die Bankfiliale selbst darf aber weiterhin nur über Stufen erreichbar sein.

Bezüglich Dienstleistungen sind Telekommunikationsdienste wie Internetanbieter, Messenger-Dienste und ihre Apps sowie Webseiten, Tickets, Informationen und Interaktionsterminals im Bereich der Personenbeförderungsdienste zugänglich zu gestalten. Aber Achtung: Dies gilt wiederum nicht für bestimmte Informationen und Dienstleistungen im Nahverkehr. Ansonsten müssen Bankdienstleistungen und Webseiten, insbesondere Online-Shops, barrierefrei sein. Aber auch hier gibt es wiederum Ausnahmen. Kurzum: Gerade die physische Barrierefreiheit wird kaum geregelt. Ein Grund dafür ist sicher auch, dass in Deutschland die Bundesländer für bauliche Regelungen zuständig sind und diese nicht in einem Bundesgesetz geregelt werden können.

Ein Lichtblick ist der Klageweg

Was genau unter „barrierefrei" im Sinne des Gesetzes zu verstehen ist, wissen wir noch nicht endgültig. Zwar macht auch hier die EU-Richtlinie einige Vorgaben, doch im BFSG selbst ist nicht geregelt, was genau unter Barrierefreiheit für bestimmte Produkte und Dienstleistungen zu verstehen ist. Dafür wird es eine Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales geben, die gerade in Zusammenarbeit mit der Industrie und Behindertenverbänden erarbeitet wird. Mit einer Veröffentlichung ist nicht vor Mitte nächsten Jahres zu rechnen.

Einer der wenigen Lichtblicke scheint nur die Rechtsdurchsetzung zu sein. Hier kann das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz tatsächlich eine Vorbildrolle einnehmen. Denn nicht nur Einzelpersonen können gegen die Nicht-Einhaltung der Barrierefreiheitsregeln vorgehen, sondern auch Verbände und Vereine. Diese müssen verhältnismäßig wenige Voraussetzungen erfüllen, um ein Verbandsklagerecht zu haben.

Keinen Schritt weitergekommen

Mein Fazit: Das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz macht so ziemlich alles falsch. Statt grundsätzlich eine Verpflichtung zur Barrierefreiheit festzuschreiben und dann gegebenenfalls Ausnahmen zu definieren, dreht der deutsche Gesetzgeber den Spieß wieder einmal herum. Nur was explizit benannt ist, kann von behinderten Menschen gekauft oder benutzt werden. Und selbst diese Regelung kommt Jahrzehnte zu spät. Gerade mit Blick auf bauliche Barrieren sind wir keinen Schritt weitergekommen.

Constantin Grosch

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

Betr.: Ihre Anfrage

Vor den letzten Beratungen zum Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) am 20. Mai dieses Jahres hat die FGQ alle Abgeordneten der demokratischen Bundestagsfraktionen angeschrieben, auf die mangelhafte Umsetzung der Barrierefreiheit im Gesetzesentwurf und die zu langen Übergangsfristen hingewiesen sowie Nachbesserungen gefordert. Lesen Sie hier einige Zitate aus deren Antworten:



Dr. Marcus Faber FDP

„Ich teile Ihre Meinung, dass das BFSG in dieser Fassung nicht dazu beiträgt, eine inklusive Gesellschaft zu erreichen und Menschen mit Behinderung ein unabhängiges Leben zu ermöglichen, indem man dies ausschließlich für Produkte und Dienstleistungen beschließt. Ohne Regelungen baulicher Barrieren ist dies nicht zu gewährleisten.“



Ronja Kemmer, CDU

„Übergangsfristen bedeuten nicht, dass es auch erst dann umgesetzt wird. Das Planungs- und Baurecht muss vereinfacht werden, Bürokratie muss abgebaut werden, denn alles hängt mit allem zusammen.“



Prof. Dr. Lars Castellucci SPD

„Ticket- und Geldautomaten, Bankdienstleistungen, Bus und Bahn oder Mobiltelefone – all das nutzen wir täglich und ganz selbstverständlich. Ebenso selbstverständlich sollte es sein, dass sie barrierefrei sind, um […] all denjenigen, die eine Beeinträchtigung haben, ein unabhängiges Leben zu erleichtern – der Realität entspricht das jedoch nicht. […] Barrierefreiheit ist dabei nicht Kür, sondern sie ist Pflicht.“



Corinna Rüffer Bündnis 90/ Die Grünen

„Der Name ‚Barrierefreiheitsstärkungsgesetz‘ war nur Sand in die Augen. […] Aus unserer Sicht sind größere Anstrengungen nötig, um Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe zu ermöglichen. Für uns ist Barrierefreiheit auch im Privatsektor ein unverzichtbarer Bestandteil einer inklusiven Gesellschaft.“

„Das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz ist auch aus Sicht der Fraktion DIE LINKE eine Enttäuschung. […] Die Bundesregierung aus CDU/CSU und SPD verpassen es erneut, das Thema „Barrierefreiheit“ ganzheitlich zu betrachten und umfassende, menschenrechtskonforme Lösungen für eine inklusive und teilhabeorientierte Gesellschaft vorzulegen.“



Sören Pellmann Die LINKE

Fotos (5): Dr. Marcus Faber – Susanne Schmidt, Stella von Saldern; 2019 tokography/Tobias Koch, DBT – Achim Melde, DBT – Inga Haar





Foto: Andi Weiland | Sozialhelden e.V.

Schlechte Noten für die Barrierefreiheit

Keine Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zum 1. Januar 2022 im öffentlichen Nahverkehr

Das Prinzip ist altbekannt und wiederholt sich immerzu in stoischen Zyklen: Es werden Gesetze auf den Weg gebracht und für die Umsetzung lange Übergangsfristen vereinbart, um die betroffenen Parteien nicht zu „überfordern“. Kurz vor Ablauf der Fristen wird dann urplötzlich bekannt, dass die definierten Ziele nicht erreicht werden (können). Das haben wir bei der Diskussion um PKW-Abgaswerte erlebt und nun auch bezüglich der Barrierefreiheit im ÖPNV.

Neun Jahre. Das war 2013 die vereinbarte Übergangsfrist, die im Personenbeförderungsgesetz (PBefG) definiert war. Neun Jahre, um verpflichtend eine vollständige Barrierefreiheit für den gesamten öffentlichen Nahverkehr (Bus, Straßenbahn, U-Bahn und Fähren) herzustellen. Neun Jahre, um alternativ einen Fahrplan aufzuzeigen, bis wann diese umgesetzt wird. Denn Ausnahmen sind laut Gesetzestext nur in konkreten Fällen und mit Nennung eines Zielhorizontes zulässig.

Umsetzung: Ungenügend (6)

Nun wollte der Deutsche Bahnkunden-Verband e.V. (DBV) mit Sitz in Berlin wissen, wie weit die Umsetzung fortgeschritten ist, bevor die Frist zum 1. Januar 2022 abläuft. Dazu wurden bundesweit 65 Nahverkehrspläne ausgewertet. Das Ergebnis: Kein einziger Landkreis, keine einzige Stadt und kein Amt wird dieses Ziel erreichen. Auch wenn die Pläne der Befragten nicht repräsentativ sind, zeigt die Untersuchung doch eine Tendenz: „Inklusion, Barrierefreiheit und die Erfüllung der UN-Behindertenrechtskonvention spielen in Deutschland keine Rolle“, klagt der DBV. Stattdessen beriefen sich die Befragten darauf, dass „vollständige Barrierefreiheit“ doch ein „unbestimmter Rechtsbegriff“ sei und das Ziel sowieso in neun Jahren nicht zu erreichen.

Beteiligung: Mangelhaft (5)

Konkrete Ausnahmen von der Barrierefreiheit benannt und begründet haben lediglich sieben der befragten Kommunen. 58 machten keine oder keine ausreichenden Angaben zu der zeitlichen und baulichen Umsetzung zur fristgerechten Herstellung der Barrierefreiheit. 37 Kommunen beteiligten ihre Behindertenbeauftragten oder Behindertenverbände, 28 taten das nicht. Dabei heißt es im Gesetz: „Bei der Aufstellung des Nahverkehrsplans sind soweit vorhanden […] Behindertenbeauftragte oder Behindertenbeiräte, Verbände der in ihrer Mobilität oder sensorisch eingeschränkten Fahrgäste und Fahrgastverbände anzuhören.“ Diese gibt es nahezu flächendeckend, viele wurden nie angefragt.

Ausblick: Den Druck spürbar erhöhen

Und nun? Fristen werden gesetzt, Fristen verstreichen. Es wird deutlich, dass das Ziel einer umfassenden Barrierefreiheit auf diese Art und Weise nicht erreicht wird. Wer sich auf andere verlässt, ist sprichwörtlich verlassen. Zeit, dass Betroffene selbst Druck machen und ihre Ziele gemeinsam und nachhaltig verfolgen.

Wir werden das Thema nur dauerhaft auf die Agenda bekommen, wenn wir

- fortwährend den Druck auf die Kommunen und Verkehrsbetriebe erhöhen – auch durch Klagen,
- konsequent die Entschädigung bei nicht erbrachter Leistung einfordern,
- öffentliche wahrnehmbare Aktionen umsetzen.

Ziel muss sein, so unbequem zu werden, dass ein Aussitzen unmöglich oder zumindest unwirtschaftlich wird.

Ein gutes Beispiel ist das Projekt „Refund Rebels“, welches vormacht, wie dies gelingen könnte. Das Start-up setzte zunächst Ansprüche auf Entschädigung bei Zugverspätungen und Zugausfällen durch. Seit dem vergangenen Jahr geht es auch um Barrieren im Zugverkehr. Vorgestellt wurde das Projekt beim Gipfel „Barrierefreier ÖPNV und Fernverkehr“ am 6. September 2021 (siehe Seite 10), bei dem die Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V. (FGQ) mit Unterstützung der Barbara Rauck Stiftung Comeback Querschnittgelähmter ein Zeichen gesetzt hat. Nun muss sich zeigen, wie es weitergeht.

Kevin Schultes

8 Tipps zu Frankfurt

Stadt der Dichter und Denker



Foto: stock-adobe.com – grask.pic

Frankfurt am Main gehört seit dem Mittelalter zu den bedeutendsten städtischen Zentren Deutschlands. Hier wurden Könige gewählt, Kaiser gekrönt, die Bundesversammlung tagte 1848/49 in der Paulskirche, Goethe wurde in der Mainmetropole geboren, Hölderlin hat hier gearbeitet und es entstand der international bekannte Finanzplatz mit der typischen, stetig wachsende Hochhaus-Skyline, gerne als Mainhattan betitelt.

Abrocken

Zur Batschkapp

Das Kulturzentrum, im Szenejargon auch einfach die Kapp genannt, ist einer der ältesten und angesagtesten Veranstaltungsorte für Konzerte der härteren Rollart. Seit dem Umzug in die Gwinnerstraße ist sie vollständig barrierefrei, inklusive Parkplätzen, Toiletten und Rollibühne. Wer auf eine Begleitperson angewiesen ist, braucht für diese keinen Eintritt zu zahlen. *Rudi Mensing*



Foto: Simsalabimbam

Entspannung pur

Palmengarten

Wer Interesse an Pflanzen aus der ganzen Welt hat, ist hier richtig aufgehoben. Man kann in der Tiefgarage direkt unter dem Eingang parken und mit dem Lift barrierefrei zum Eingang gelangen. Für Rollstuhlfahrer und eine Begleitperson ist der Eintritt frei. Für einen Tag der Entspannung und Erholung gibt es kein besseres Plätzchen in Frankfurt. *Stephan Korth*



Foto: stock-adobe.com – saiko3p

Foto: privat

Hochkultur

Schauspiel Frankfurt



Foto: privat

Das Schauspiel Frankfurt ist die erste Anlaufstelle. Egal ob Klassiker oder zeitgenössisch, hier wird alles modern und abstrakt inszeniert. Barrierefreiheit ist gegeben, wird aber durch Aufzugpflicht und geringe Platzauswahl etwas eingeschränkt. Dafür ist die Begleitperson frei und Rollstuhlfahrer zahlen für nahezu alle Vorführungen nur zehn Euro. *Rudi Mensing*



Foto: Städtische Bühnen (c) Episzentrum

Weltkulturerbe

Saalburg

Die „Saalburg“ bei Bad Homburg ist ein Römerkastell, das zum UNESCO-Weltkulturerbe ernannt wurde. Fast rollstuhlgerecht kommt man mithilfe von anwesenden Besuchern in die Ausstellungshallen. Ich war bis jetzt mehrfach dort und bin immer auf zuvorkommende Hilfe gestoßen. *Stephan Korth*



Foto: Pixabay

Schlemmermeile Nordend

Oeder Weg

Hier kann man sich praktisch einmal von oben nach unten durchessen. Empfehlenswert ist z. B. das Café Caramel: Leckeres Essen, verführerischer Kuchen und nette Bedienungen mitten auf einer der bekannten Szene-Straßen der Metropole. Das Café hat eine Rampe am Eingang und die Toilette ist für die meisten Rollifahrer groß genug. *Maria Kreß*



Foto: Maria Kreß

Foto: privat



Foto: Franziska Möller – Thbulls

Erstliga Rollstuhlbasketball

ING Skywheelers

Die Mannschaft der ING Skywheelers freut sich über Support und man bekommt echtes Basketball-Feeling. Und wer die Wände in der Halle ganz genau inspiziert, findet dort sogar einen Frankfurter Peer abgebildet. *Maria Kreß*

Highlight

Maintower

Hoch hinaus geht es beim Besuch auf den Maintower, der einen Blick auf Mainhattan von ganz oben ermöglicht. Die höchste Aussichtsplattform Frankfurts ist komplett barrierefrei. *Michael Glaßner*



Foto: Thomas Wolf

Stammtisch-Locations

„Lohrbergschänke“ und „Depot 1899“

Die Lohrbergschänke ist auf dem Lohrberg gelegen, von wo aus man einen herrlichen Ausblick über Frankfurt hat. Das Depot 1899 ist ein ehemaliges Bahndepot mit schöner, gastlicher Atmosphäre. Beide Gaststätten werden auch für den FGQ-Stammtisch-Frankfurt genutzt. *Michael Glaßner*



Foto: Simsalabimbam



Foto: privat



Foto: Foto-stock-adobe.com - Helmut Vogler

Weitere Informationen zu „Frankfurt am Main Barrierefrei“



Blumenkohl | Ei | Trüffel





Hauptgericht für 4 Personen
Zeitbedarf: 1 Stunde | Pro Portion: ca. 465 kcal

Marinierter Blumenkohl

1 Blumenkohl (ca. 800 g) | 30 ml Olivenöl | Saft von 1 Zitrone
Salz | Pfeffer | Flambierbrenner

Zubereitung

Den Blumenkohl von Blättern befreien, waschen und in Röschen teilen. Den Strunk und sehr kleine Röschen für das Blumenkohlpüree beiseitestellen. Die Röschen in kochendem Wasser ca. 5 Min. bissfest garen. In ein Sieb abgießen, abschrecken, trocken tupfen und auf ein Backblech geben. Die Röschen mit einem Flambierbrenner so abbrennen, dass sie ganz zart angekohlt sind. In eine Schüssel geben und mit Olivenöl, Zitronensaft, Salz und Pfeffer anmachen.

Blumenkohlpüree

½ Blumenkohl (ca. 400 g) | Blumenkohlstrunk und sehr kleine Röschen vom marinierten Kohl (siehe oben) | Salz
3 Schalotten | 50 g Butter | Salz 100 ml Weißwein | 50 g Sahne

Zubereitung

Kohl wie oben beschrieben vorbereiten, Strünke schälen. Röschen und Strünke klein schneiden. Schalotten schälen und fein würfeln. Butter schmelzen, Kohl und Schalotten dazugeben, salzen und bei mittlerer Hitze unter Rühren ca. 8 Min. dünsten. Wein und Sahne dazugießen und den Kohl abgedeckt bei kleiner Hitze ca. 10 Min. weich köcheln, ab und zu umrühren. Topf vom Herd nehmen, Kohl mit dem Pürierstab fein pürieren. Mit Salz würzen.

Trüffeldressing

1 Schalotte | 40 ml Apfelessig | 20 g mittelscharfer Senf
20 g Zucker | 40 ml Rapsöl (ersatzweise Distelöl)
5 ml Trüffelöl | Salz | Pfeffer

Zubereitung

Schalotte schälen, würfeln, mit Essig, Senf und Zucker in einen hohen Mixbecher geben und pürieren. Dabei langsam Rapsöl einlaufen lassen. Dressing mit Salz und Pfeffer würzen. Mit Trüffelöl so abschmecken, dass es nicht zu intensiv ist.

Topping

3 Eier (M) | 1 Bund Schnittlauch | 1 kleine Trüffel
(ca. 10 g, egal ob weiß oder schwarz) | Trüffelhobel

Zubereitung

Die Eier ca. 10 Min. hart kochen, abschrecken, schälen und klein würfeln. Schnittlauch abbrausen, trocknen und in sehr feine Röllchen schneiden. Beides mischen.
Die Trüffel vorsichtig abbrausen und abbürsten.



„Trüffel sind eigentlich nicht ganz mein Ding, hier passen sie allerdings wie angegossen. Unbedingt probieren! Wer das spezielle Aroma aber absolut nicht mag oder keine Knolle zu kaufen bekommt – der Blumenkohl schmeckt auch ohne Trüffelöl und -späne.“

Marianus von Hörsten







Der Blumenkohl: ein leicht bekömmliches Gemüse

Der in Deutschland sehr beliebte und großflächig angebaute Blumenkohl wurde wahrscheinlich von Kreuzfahrern aus Kleinasien (Anatolien) nach Europa gebracht und ist heute weltweit verbreitet.

Im Gegensatz zu anderen Kohlarten werden beim Blumenkohl nicht die Blätter, sondern die Blütenknospen, also die noch nicht entwickelten „Blumen“ verzehrt. Nicht rechtzeitig geerntete Köpfe beginnen zu „schießen“ und blühen gelb. Gleiches gilt für den hellgrün bis gelblichen Romanesco, eine Variante des Blumenkohls, der nahe Rom gezüchtet wurde. Seine Blüten sind violett. Beide Kohlformen sind sehr mild, haben kaum blähende Inhaltsstoffe und sind somit sehr gut verdaulich. Beim Anbau ist zu beachten, dass sie einen nährstoffreichen kalkhaltigen Boden brauchen und einen hohen Wasserbedarf haben. Acht bis zwölf Wochen nach der Pflanzung sind beide Sorten erntereif, die Haupterntezeit ist von Juni bis Oktober – je nach Klima auch etwas länger. In sehr milden Regionen mit max. 12 °C im Winter kann die Pflanze sogar überwintern. Beim Blumenkohlanbau muss darauf geachtet werden, dass die Köpfe nicht zu viel Sonne bekommen und (mit den Blättern) schattiert werden, damit sie nicht vergilben. Romanesco hingegen braucht viel Sonne, um genügend Chlorophyll und damit seine grüne Farbe zu bilden.

Vitamin- und Mineralstoffspender

Blumenkohl ist insbesondere reich an den Vitaminen C und Folsäure. Mit Letzterer ist die deutsche Bevölkerung im Durchschnitt laut Studien unzureichend versorgt. 125 Mikrogramm pro 100 Gramm Kohl leisten einen bedeutenden Beitrag zur empfohlenen täglichen Zufuhr von 300 Mikrogramm dieses Vitamins, zumal übliche Portionen mehr als 200 Gramm betragen. Übrigens ist Blumenkohl sogar noch etwas reicher an Folsäure als Spargel (siehe Frühjahrsausgabe 2021). Da beide Vitamine hitzeempfindlich sind, sollte auf ein schonendes Garverfahren geachtet werden, bei dem der Kohl nicht blass und weich wird.

Wie alle Kohlsorten enthält Blumenkohl sehr viel Kalium, ein Mineral, das für die Reizweiterleitung in den Nervenzellen elementar ist. Es ist deshalb besonders wichtig für die optimale Funktion des Herzens und aller Muskelzellen. Außerdem wirkt es entscheidend an der Regulation des Säure-Basen- und des Wasserhaushaltes mit. Da es auch am Zellaufbau beteiligt ist, haben bereits Kinder einen hohen Bedarf. Der milde Blumenkohl kann so schon früh zu seiner Deckung beitragen.

Krebsschutz durch sekundäre Pflanzenstoffe

Diese Pflanzeninhaltsstoffe, die auch im Blumenkohl reichlich enthalten sind, tragen nicht zu ihren primären Funktionen wie Aufbau oder Energieversorgung bei, sondern dienen der Pflanze für ihre zweitrangigen Aufgaben, zum Beispiel der Abwehr von Fressfeinden, des Schutzes vor Krankheitserregern wie Bakterien und Pilzen oder vor schädigenden Umwelteinflüssen wie beispielsweise UV-Licht. Durch den Verzehr der Pflanzen macht sich der Mensch diese positiven Eigenschaften zunutze und fördert seine eigene Gesundheit. In Kohlgemüse, aber auch in Senf, Rettich, Kresse und Radieschen sind die scharf schmeckenden Senfölglycoside (Glucosinolate) enthalten. Sie wirken antibakteriell und entzündungshemmend, werden deshalb sogar zur Behandlung von Harnwegsinfekten eingesetzt.

Die krebshemmende Wirkung des vor allem im Blumenkohl, aber noch etwas mehr im eng verwandten Brokkoli enthaltenen Sulforophan ist durch vielen Studien belegt. Insbesondere bei Bauchspeicheldrüsen- und Prostatakarzinomen konnte das Tumorwachstum aufgehalten und die Wirkung begleitender Chemotherapien unterstützt werden. Ein wöchentlicher Verzehr von Blumenkohl oder Brokkoli wird deshalb empfohlen.

Anette von Laffert



Blumenkohl und seine Varianten tragen wesentlich zur täglichen Nährstoffversorgung bei.



Fotos (8): stock.adobe.com – atoss, Lsantilli, dzmitrock87, ExQuisine, andersphoto, Iurii Kachkovskyi, Greser, nolonely



Foto: vege - stock.adobe.com

Arbeitsgemeinschaften der FGQ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Foto: stock.adobe.com – Win Nondakowit

Ihre Spende kommt an!

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

SPENDENKONTO

IBAN: DE21 6729 1700 0028 2344 06
BIC: GENODE61NGD



Foto: pexels.com

Autoren



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



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.



Constantin Grosch ist Behindertenrechtsaktivist und Leiter des Projekts „Barrieren Brechen“ des Vereins Sozialhelden. Er ist Aufsichtsratsvorsitzender der Verkehrsgesellschaft Hameln-Pyrmont und kommunalpolitisch aktiv. Als Betroffener ist er politischer Botschafter und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke.



Tina Huckestein war 30 Jahre als Redakteurin beim Hessischen Rundfunk in Frankfurt angestellt. Nach einem Autounfall im Jahre 1984 ist sie querschnittgelähmt. Sie lebt im schönen Rheintal am Fuße der Loreley, ist ehrenamtlich als Peer am Koblenzer „Stift“ tätig und unterstützt die Pressearbeit der FGQ.



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



Dr. Jürgen Moosburger, Chefarzt der Heinrich-Sommer-Klinik, dem Rehabilitationszentrum für Querschnittlähmung im Nordschwarzwald, ist Neurologe, Rehabilitations- und Sozialmediziner. Seit 1982 arbeitet er mit querschnittgelähmten Menschen.



Dr. Thomas Liebscher forscht und arbeitet seit seinem Studienabschluss auf dem Gebiet der Paraplegiologie. Seit 2011 ist er im BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin als Unfallchirurg und Orthopäde, Paraplegiologe und zertifizierter Wirbelsäulenchirurg tägig. Sein aktuelles Projekt: der Aufbau einer Spinal Cord Alliance.



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.



Dr. André Ljutow ist Chefarzt am Zentrum für Schmerzmedizin (ZSM) im Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) in Nottwil. Das SPZ setzt sich für die ganzheitliche Rehabilitation von Menschen mit Querschnittlähmung ein.



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.



Björn Lohmann Der ehemalige Bundesliga- und Nationalspieler und dreifache Paralympics-Teilnehmer verfügt über langjährige Erfahrungen im Rollstuhlbasketball und setzt sein Talent aktuell als Videoanalyst für den RSV Lahn-Dill und die Rollstuhlbasketballnationalmannschaft der Herren im Homeoffice ein.



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



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

Fotos (14): Maria-Cristina Hallwachs, Werner Pohl: FGQ; Ruth Justen: Stefan Hoyer; Dr. Thomas Liebscher: BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin; Dr. André Ljutow: adrianbaer.com; Dr. Doris Maier: BG Unfallklinik Murnau; privat

DIE EDAG-ROLLSTUHL-LADEHILFE

Passgenau für verschiedene Fahrzeugmarken und Modelle



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)
T +49 661 6000-240
rollstuhl-ladehilfe@edag-wk.com
www.edag-rollstuhl-ladehilfe.de

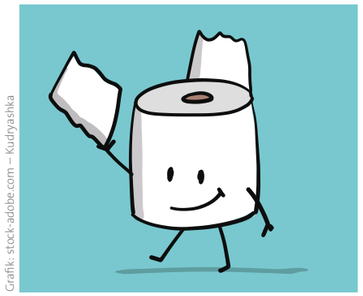
EDAG WERKZEUG+KAROSSERIE

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

Mitglieder
Dr. med. Ralf Böthig
Leitender Arzt der Neuro-Urologie, BG Klinikum Hamburg gGmbH
Jörg Eisenhuth
Leitender Psychologe und Psychotherapeut, Werner-Wicker-Klinik Bad Wildungen
Veronika Geng
Pflegewissenschaftlerin, Manfred-Sauer-Stiftung
Dorothee Haas
Ergotherapeutin, BG Klinikum Murnau gGmbH
Dr. med. Heiko Lienhard
Leitender Arzt Viszeralmedizin, Werner Wicker Klinik Bad Wildungen
Dr. Doris Maier
Leitende Ärztin Rückenmarkverletzte, BG Klinikum Murnau gGmbH
Tina Mathias
Physiotherapeutin, Werner-Wicker-Klinik Bad Wildungen
PD Dr. med. Thomas Meiners
Chefarzt des Zentrums für Rückenmarkverletzte, Werner-Wicker-Klinik Bad Wildungen/Orthopädisches Schwerpunktklinikum
Klaus Pohlmann
Pflegeexperte, Werner-Wicker-Klinik Bad Wildungen
PD Dr.-Ing. Rüdiger Rupp
Leiter des Bereichs Experimentelle Paraplegiologie/Neurorehabilitation, Universitätsklinikum Heidelberg
Felix Schulte
Geschäftsführer der Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e. V. (FGQ)
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 2021

Alles okay bei Blase und Darm?



Grafik: stock.adobe.com – Kudryashka

Mit einer Querschnittlähmung geht fast immer eine sogenannte neurogene Blasen- und Darmfunktionsstörung einher. So bezeichnet man die Formen der Dysfunktion von Blase und Darm, die durch eine Verletzung des Nervensystems verursacht werden. Die Beherrschung der unterschiedlichen behandlungsbedürftigen Symptome war neben der Vermeidung von Druckstellen ein wesentlicher Baustein für die erfolgreiche Gesunderhaltung von Menschen mit einer Querschnittlähmung, die erst Mitte des 20. Jahrhunderts möglich wurde. Dennoch sind die Folgen eine Belastung für den Alltag und die Lebensqualität der Betroffenen. Informationen zu den verschiedenen Formen neurogener Funktionsstörungen sowie zur Diagnostik und den Therapiemöglichkeiten gibt eine Fachtagung „Neurogene Blasen- und Darmfunktionsstörung“. Sie wird von der FGQ in Zusammenarbeit mit der Manfred-Sauer-Stiftung Anfang Oktober organisiert. In der Winterausgabe greift der PARAplegiker die Thematik als Schwerpunkt auf und berichtet über die Tagungsergebnisse, aktuelle Therapieansätze bei Blase und Darm sowie die Hilfsmittelversorgung.

Außerdem:

Menschen: Prof. Dr. Hans Jürgen Gerner – ein Dankeschön
Arbeit: Beschäftigung von Menschen mit QSL im Ländervergleich

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
PD Dr. Frank Rainer Abel, Elisa Chirino, Constantin Grosch, Maria-Cristina Hallwachs, Tina Huckestein, Ruth Justen, Dr. Thomas Liebscher, Dr. André Ljutow, Björn Lohmann, Dr. Doris Maier, Dr. Jürgen Moosburger, Werner Pohl, Anette von Laffert, Ursula Willimsky, 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 5 0 0

Druck
Druckerei Silber Druck oHG
34253 Lohfelden
Auflage: 10.000 Exemplare

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



Erleben, was möglich ist!



Mobilitätstage für Rollstuhlfahrer

Neue Möglichkeiten entdecken. Gemeinsam wachsen. Bei den kostenfreien eintägigen Veranstaltungen der ADAC Stiftung erwarten Sie Fachvorträge und die Chance, gemeinsam Ihre Alltagsmobilität zu verbessern sowie innovative Mobilitätslösungen auszuprobieren. Die Mobilitätstage werden von der FGQ umgesetzt und finden ab Herbst 2021 an zahlreichen deutschen Querschnittzentren statt. Fahrtkosten bis 50 Euro werden erstattet.

Melden Sie sich jetzt an: stiftung.adac.de/erlebenwasmoeglichist

Die ADAC Stiftung unterstützt Unfallopfer auch durch professionelle Beratung und individuelle Zuschüsse für therapeutische Maßnahmen sowie Sachleistungen – immer mit dem Ziel, die persönliche Mobilität bestmöglich wiederherzustellen oder zu erhalten.

Informationen unter: T +49 89 76 76 34 50 | einzelfallhilfe@stiftung.adac.de | stiftung.adac.de/einzelfallhilfe

ADAC

ADAC Stiftung