

Patienten- Informations- Gruppe

Skript

Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus
Hamburg
Querschnittgelähmtenzentrum



Inhaltsverzeichnis

Querschnittlähmung - was ist das?	4
Stütze für die Seele - die psychische Verarbeitung einer Querschnittlähmung	9
Die freizeitpädagogische Betreuung im QZ	12
Verdauung und Ernährung	13
Ballaststoff-Gehalt versch. Nahrungsmittel	15
Urologie: Formen der Blasenlähmung	17
Sport und Fitness	22
Wie entsteht ein Druckgeschwür?	26
Dekubitus-gefährdete Hautstellen	27
Inhalt und Wirkung von Hautpflegemitteln	31
Sexualität bei Para- und TetraplegikerInnen	32
Informationen zur Sexualität für die querschnittgelähmte Frau	35
Orgasmus ist nicht alles	41
Sexualität aus der Sicht einer querschnittgelähmten Frau	43
Hinweise für querschnittgelähmte Frauen zu Schwangerschaft, Entbindung und Stillzeit.	46
Hilf' Dir selbst - sonst hilft Dir keiner!	49
Informationen, Adressen, Hinweise	52
Internet-Adressen	57

Hinweis

Liebe Leserin,

dies ist eine Broschüre mit Informationen für Patientinnen, also in der Regel für medizinische Laien. Die enthaltenen Informationen sind bewusst einfach gehalten.

Sie werden daher vielleicht nicht für jedes einzelne Phänomen mit Ihren eigenen Erfahrungen übereinstimmen, dafür sind die Sachverhalte zu komplex: Jede Querschnittlähmung ist anders!

Fragen Sie bei auftauchenden Problemen bitte auf jeden Fall Ihren Hausarzt/-ärztin oder einen Spezialisten/Spezialistin für Querschnittgelähmte!

Das Kopieren, Vervielfältigen, oder elektronische Weiterverarbeiten der Texte und Inhalte, auch auszugsweise ist untersagt und bedarf der Zustimmung der Urheber. Daher ist dieses Dokument gegen Kopieren geschützt. Der einmalige Ausdruck zur eigenen privaten Verwendung ist ausdrücklich erlaubt.

Querschnitt- lähmung -was ist das?

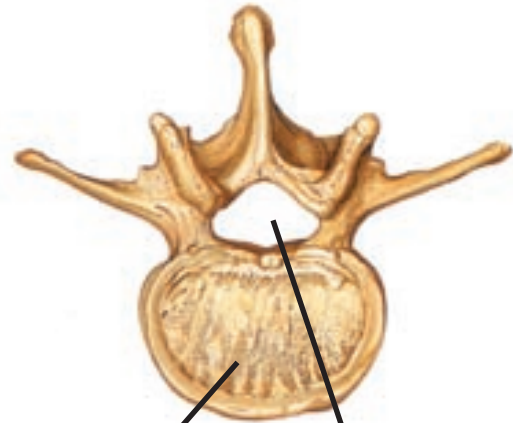
Inhalt:

1. **Aufbau und Funktion von Wirbelsäule und Rückenmark**
2. **Rückenmarkschäden**
3. **Beschreibung der Querschnittlähmung**
4. **Umfassende Behandlung der Querschnittlähmung**

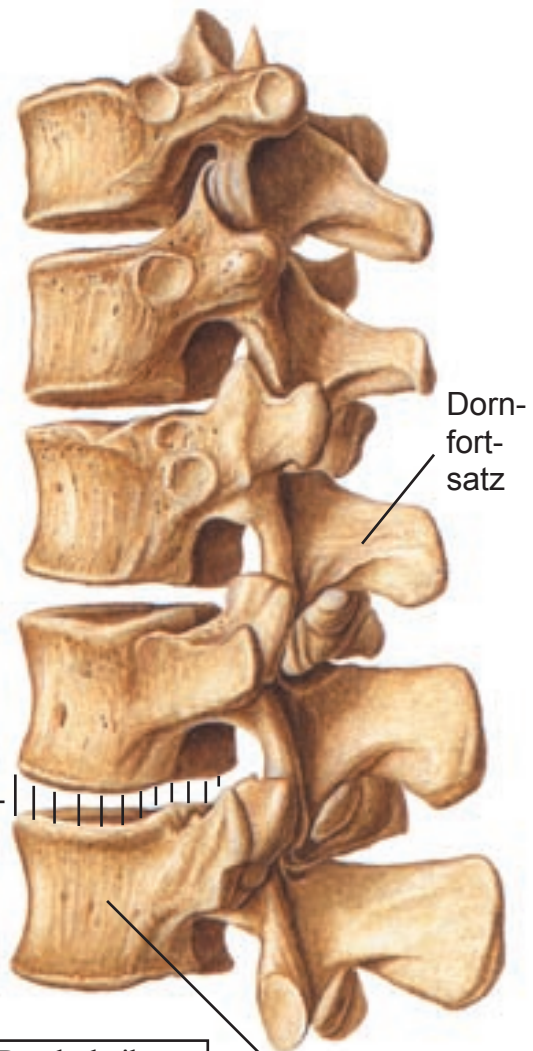
1. **Aufbau und Funktion von Wirbelsäule und Rückenmark**

Der Mensch ist ein Wirbeltier. Er besitzt eine Wirbelsäule, die er im Gegensatz zu den Vierbeinern als Zweibeiner aufrecht, d. h. in einem senkrechten Zustand, belastet. Die Wirbelsäule ist dabei das Achsenorgan des gesamten Körpers. Zusätzlich beinhaltet die Wirbelsäule im Rückenmarkskanal das Rückenmark. Dieses ist ein hochempfindliches Leitungsorgan, das mit einer riesigen Zahl von Nervenzellen und -fasern Befehlsimpulse vom Großhirn zu den Empfängerorganen leitet und andererseits Signale von dort zurück zum Gehirn. Ohne die Leitungsfunktion des Rückenmarkes ist eine geordnete Bewegung und auch ein normales Empfinden für Umgebungsreize nicht möglich. Insofern kann gesagt werden, daß das Rückenmark nach dem Großhirn der eigentlich zentrale Teil unserer Existenz ist. Daher wird das Rückenmark auch zusammen mit dem Großhirn in die Einheit des sog. "zentralen Nervensystems" einbezogen.

Die Wirbelsäule ist aufgebaut aus einer Vielzahl von Wirbeln, die über Bandscheiben miteinander verbunden sind. In der Halswirbelsäule finden sich 7 Wirbel, in der Brustwirbelsäule 12, in der Lendenwirbelsäule 5. Den Abschluß bildet das Kreuzbein. Damit die Wirbel und die Bandscheiben nicht auseinanderfallen, sind diese miteinander verbunden und zusätzlich stabilisiert durch ein ausgeklügeltes System verschiedenster Sehnen und Bänder. Muskulär stabilisiert wird das Achsenorgan über eine große Zahl kurzer und langer Muskelstränge, die an den Wirbeln entspringen und ansetzen. Die Wirbelsäule weist Krümmungen auf, die von der Natur so eingerichtet sind, daß das



Wirbelkörper mit Rückenmarkskanal



Bandscheiben-Raum

Wirbelkörper

Abb.: Teil der Wirbelsäule

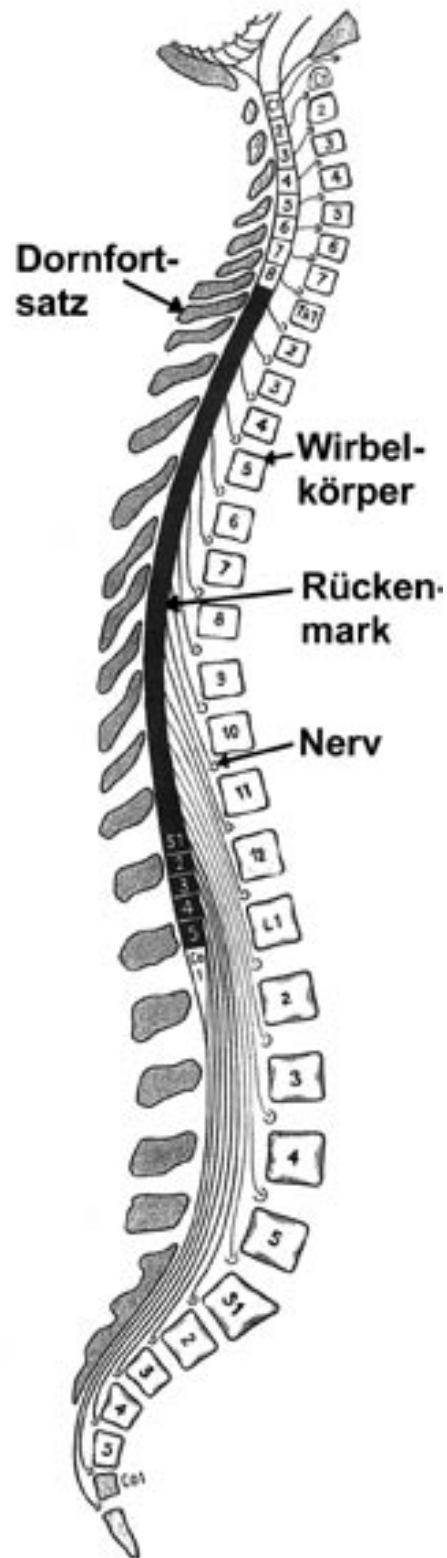
Achsenorgan in sich elastisch ist und Druckbelastungen über seine Biegungen auffangen kann. Über die Verbindungen von Brustkorb, Schultergürtel und Becken sind die Gliedmaßen dem Achsenorgan angeschlossen, auf dem ganz oben der Kopf "thront".

Die Funktion des Rückenmarks ist schon angesprochen worden. Es handelt sich um ein Leitungskabel mit Milliarden von Fasern und Zellen. Dieses verläuft im Rückenmarkskanal bis etwa zum Beginn des 1. Lendenwirbels. Dann zweigt es sich auf in ein Nervengeflecht, den sog. Pferdeschwanz (Cauda equina). Zu jedem Wirbelsegment gehört auch eine entsprechende Nervenabzweigung aus dem Rückenmark. Diese Nerven laufen zur Körperperipherie und versorgen die Muskeln, um entsprechende Motorik zur Bewegung zu übertragen. Sie reichen aber auch bis in die Haut, um entsprechende Impulse aus der Umgebung zu empfangen und dem Gehirn zu melden (siehe oben). Es gibt ein zweites, ein sog. Autonomes Nervensystem, das die inneren Organe versorgt.

2. Rückenmarkschäden

Dieses komplizierte Gebilde ist sehr empfindlich gegenüber mechanischen Reizen und Schädigungen sowie Erkrankungen. Die meisten Menschen, die eine Querschnittslähmung erleiden, erwerben sich diese durch eine mechanische Schädigung, z. B. durch ein Unfallgeschehen. Dabei kommt es zu einer Zerstörung des knöchernen Organs Wirbelsäule, z. B. zu einem Wirbelbruch oder zu einer Zerreißung einer Bandscheibe, ggf. auch zu einem Eindringen eines Fremdkörpers (Geschoß). Durch diese Schädigung wird der Rückenmarkskanal in Mitleidenschaft gezogen. Z. B. können beim Bruch eines Wirbels Knochensplinter den Rückenmarkskanal einengen oder eine Bandscheibe drückt mit ihren Anteilen auf die Fasern des Rückenmarkes (Bandscheibenvorfall). Auf diese Weise wird die Funktion dieses hochempfindlichen Organs entweder ganz oder teilweise gestört.

Aber auch Erkrankungen können zu Störungen der Rückenmarksfunktionen führen, indem Anteile desselben durch Entzündungen oder durch gut- oder bösartige Gewächse so zerstört werden, daß sie ihre Funktion nicht mehr ausüben können. Wie sich dieser Schaden weiterentwickelt und wieweit sich eine



Erholung des geschädigten Rückenmarkes einstellen kann, hängt einesteils davon ab, wie ausgeprägt die Schädigung war, ob z. B. dabei Gewebe vollständig zerstört worden ist. Dieses ist dann nicht mehr reparabel. Es kommt zu dauerhaften Verlusten.

3. Beschreibung der Querschnittlähmung

Die Querschnittlähmung ist also das Ergebnis einer mechanischen oder durch Erkrankung hervorgerufenen Schädigung des Rückenmarkes. Je nach Ausmaß der Schädigung bezeichnen wir sie als eine komplette Querschnittlähmung. Unterhalb der durch die Schädigung eingetretenen Lähmungshöhe sind keine Funktionen mehr vorhanden. Sie kann auch inkomplett sein, was bedeutet, daß bestimmte Anteile der Zellen und Fasern im Schädigungsgebiet ihre Funktion noch behalten haben und ihre Dienste wieder aufnehmen oder weniger große Verwertbarkeit zeigen.

Der Begriff der Querschnittlähmung resultiert daraus, daß wir eine Lähmungshöhe definieren können, die quer durch den Menschen verläuft und nicht längs, wie z. B. bei den Schlaganfallpatienten. Entsprechend dem Ort der Schädigung können wir unterschiedliche Lähmungshöhen finden. Grob gesprochen unterschieden wird die Tetraplegie, das ist die Lähmung im Halsmarkbereich, von der Paraplegie, das betrifft alle Lähmungen im Bereich des Brust-, Lenden und Kreuzbeinmarkes. Die unterschiedliche Höhe bedingt natürlich auch unterschiedliche Ausfälle. So finden wir bei Tetraplegikern Ausfälle der Hände und teilweise auch der Arme. Der Paraplegiker hat dagegen eine gute Funktion der Arme und der Hände und weist Ausfälle im Bereich des Rumpfes und der Beine auf. Dieses ist eine sehr grobe Einteilung, die sich sehr verfeinern läßt durch die Zuordnung zu einer bestimmten Segmenthöhe. Diese hinwiederum bezeichnet die Zuordnung zu einem bestimmbar Segment von Rückenmark oder Cauda equina. Dabei bezeichnen wir Lähmungen im Halsmark- bzw. Halsnervengbereich mit C 0 (Null) bis C 8, im Brustmark-/-Nervengbereich mit Th 1-12, im Lendenmark-/-Nervengbereich mit L 1-5 und im Sakralmark-/-Nervengbereich mit S 1-5. Allen diesen Lähmungshöhen sind bestimmte Ausfälle zuzuordnen und damit mehr oder minder ausgeprägte Funktionsverluste.

Die Höhe bzw. das Niveau einer Querschnittlähmung wird benannt nach dem tiefsten Rückenmark-Nervensegment, welches noch völlig normale Funktionen hat.

Zusätzlich tritt bei der Querschnittlähmung eine Beeinträchtigung wesentlicher Organe wie Blase und Darm auf, die durch Ausfall der Kontrollfunktionen des Gehirnes eine eigene Tätigkeit entwickeln. (Darüber wird später noch ausführlich berichtet werden). Auch die übrigen inneren Organe sind zunächst durch die akut eintretende Querschnittlähmung betroffen (Darmträgheit z. B.) und entwickeln dann eine eigene Dynamik. Zu Beginn der Querschnittlähmung entsteht der "Spinale Schock". Dieser bedeutet den kompletten Ausfall im gesamten Versorgungsgebiet unterhalb der Lähmungshöhe. Im Gegensatz zu den ausgefallenen Funktionen von Bewegung und Gefühl, die bewußt über das Gehirn gesteuert oder empfangen werden können, entwickeln die wichtigsten Organe, die für Lebenserhalt, Nahrungsverwertung und Ausscheidung arbeiten, eine Autonomie, sonst wäre dieser Zustand mit dem Leben nicht vereinbar.

Kurz gefaßt bedeutet also Querschnittlähmung: Ausfall von Funktionen unterhalb der Lähmungshöhe im Verletzungs- oder Erkrankungsgebiet. Die Lähmung kann komplett sein (vollständiger Verlust) oder inkomplett (teilweise Funktionen vorhanden).

Nach dem Eintritt der Lähmung können sich im gelähmten Gebiet verschiedene Folgezustände einstellen, wie z. B. spinale Schmerzen. Das ist – vergleichbar dem Phantomschmerz des Amputierten, eine Mißempfindung, die etwa einem Narbenschmerz des Rückenmarkes entsprechen könnte. Genaueres weiß man darüber leider nicht. Ein weiterer Folgezustand ist die sog. Spastik, die bei höheren Lähmungsformen auftreten kann. Es handelt sich dabei um eine autonome Funktionsaufnahme einzelner Bewegungssegmente, die über das Gehirn nicht mehr gesteuert oder kontrolliert werden kann. Die Spastik kann hilfreich, kann aber auch sehr störend sein. Ein anderer Folgezustand sind Gelenkveränderungen, die aufgrund mangelhafter Nutzung entstehen, Weichteilschäden aufgrund von Gefühlsstörungen, sofern nicht Vorbeugung betrieben wird. Über die Regulierung von Blasenentleerung und Stuhlgang wird im einzelnen noch berichtet werden. Hierzu sind individuell zu erprobende Entleerungsmechanismen für jeden einzelnen zu suchen und zu trainieren.

4. Umfassende Behandlung

Bis vor ca. 50 Jahren wurde die Querschnittslähmung als nicht behandelbar angesehen und als mit dem Leben nicht vereinbar. Das war darauf zurückzuführen, daß querschnittslähmungsspezifische Komplikationen wie unvollständige Blasenentleerung oder auftretende Weichteilschäden im gefühlsgestörten Gebiet zu lebensgefährlichen Erkrankungen führten wie z.B. chronische Harnwegsinfekte mit aufsteigender Niereninfektion oder ausgedehnte Weichteilschäden mit Eiterung und nachfolgender Blutvergiftung. Erst vor 50 Jahren wurden Prinzipien erfunden, diese Komplikationen zu verhüten oder, wenn sie denn eingetreten waren, zu behandeln. Aufgrund dieses Konzeptes ist es möglich geworden, eine Querschnittslähmung zu überleben. Dieses Behandlungskonzept nennen wir "umfassende Behandlung Querschnittgelähmter". Es beinhaltet neben der Verhütung und der Komplikationsbehandlung die Mobilisierung des Betroffenen, d.h., man hat ihn aus dem Bett geholt, in einen entsprechenden Rollstuhl gesetzt und dazu angehalten, mobil zu sein und am Leben teilzunehmen. Das Konzept geht von der Überlegung aus, daß eine Querschnittslähmung keine Krankheit ist, sondern daß man nach Behandlung der akuten Erkrankung oder nach Sanierung der Unfallfolgen gesund ist mit einer bleibenden Behinderung. Diese gilt es soweit als möglich auszugleichen durch das Erlernen neuer Fähigkeiten und durch die Anpassung und Nutzung von geeigneten Hilfsmitteln. Voraussetzung ist die ganztägig mögliche Belastung im Rollstuhl und natürlich der Wille des Betroffenen, so viel wie möglich aus seinem Zustand zu machen, d.h., alle Möglichkeiten zu nutzen, so selbständig wie möglich zu werden. In der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter unterscheiden wir drei Phasen:

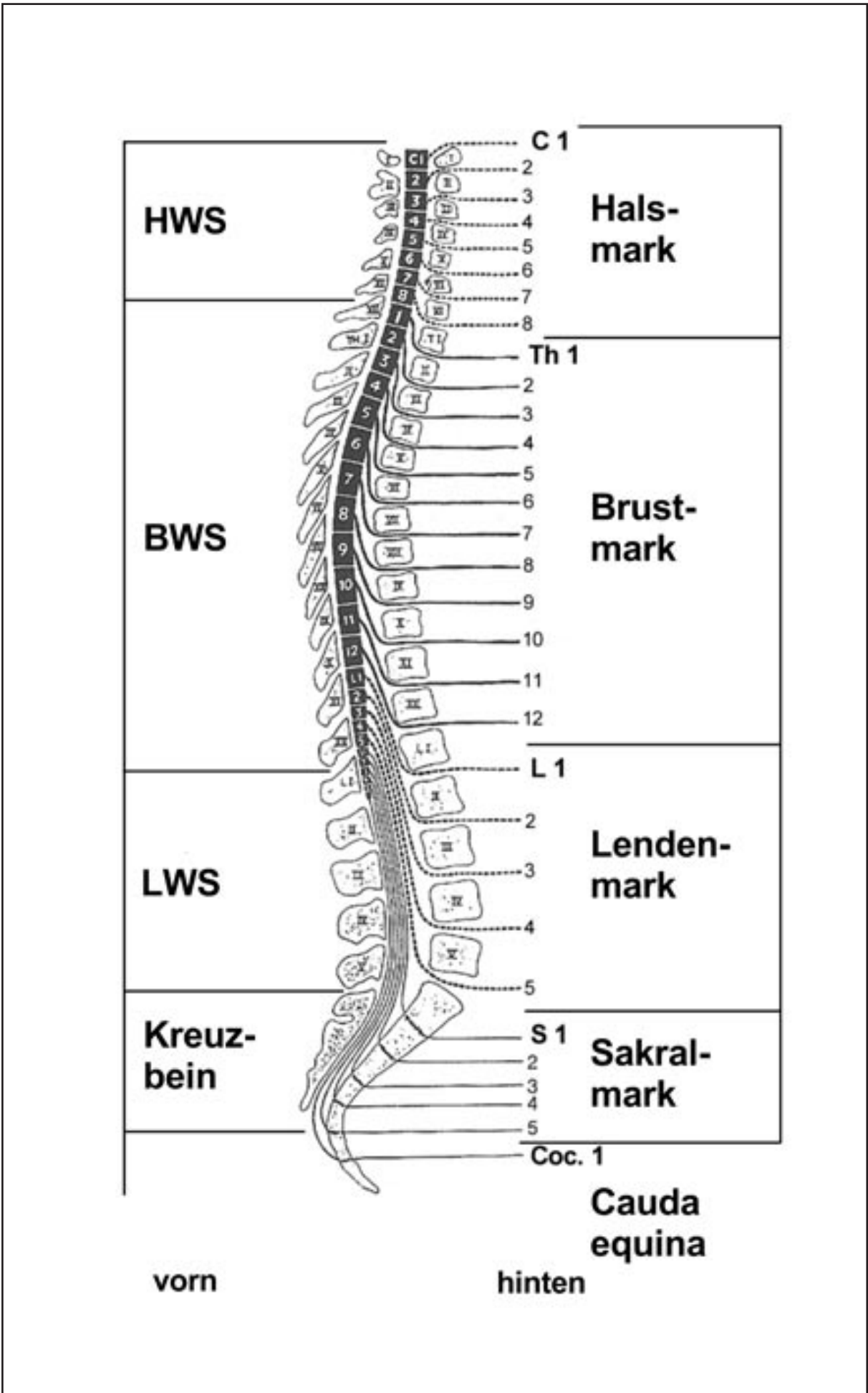
Die Akutphase beginnt am Unfallort und umfaßt alle Maßnahmen der Ersten Hilfe, den Transfer in das nächste geeignete Trauzentrum, die Diagnostik und Behandlung nach einem geeigneten Behandlungsplan, die Versorgung aller wesentlichen Verletzungen einschl. der Stabilisierung der Wirbelsäule, um frühestmöglich mit der Mobilisation beginnen zu können.

Die zweite Phase dient der weiterführenden Mobilisation. Der ganztägig rollstuhlfähige Verletzte wird zunächst gekräftigt. In der

Physiotherapie werden erhaltene Bewegungen bzw. Muskelgruppen gestärkt, die Gelenke werden beweglich erhalten. Danach ist ein Schwerpunkt auf das funktionelle Programm mit der Schulung von Ersatzfunktionen gelegt. Es werden Transfere trainiert mit Körperkontrolle, Gleichgewicht, Sitzposition im Rollstuhl und Verlagerungsaktionen des Körperschwerpunktes.

In der Ergotherapie werden die Verrichtungen des täglichen Lebens geübt mit Tätigkeiten der Selbsthilfe und den Transfers zu den täglichen Verrichtungen, wie z. B. Betttransfer, Toiletentransfer, Autotransfer, etc. Eine ausgefeilte Hilfsmittelversorgung wird ausgesucht und verordnet. Auch der Sport spielt eine große Rolle. Er dient der Umsetzung der erlernten Funktionen im Spiel und damit deren Konsolidierung.

Die dritte Phase ist bezeichnet als die Phase der lebenslangen Nachsorge. Hierher gehört zunächst die berufliche Orientierung, ansonsten umfaßt sie die lebenslange Kontrolle zur Komplikationsvermeidung und die spezialisierte Behandlung auftretender und rechtzeitig erkannter Komplikationen.



Stütze für die Seele - die psychische Verarbeitung einer Querschnittlähmung

Eine Querschnittlähmung stellt nicht nur eine schwere körperliche Verletzung dar, sondern auch ein erhebliches psychisches Trauma. Die Bewältigung der sich stellenden Probleme, Fragen und Sorgen erfordert von Patienten (und auch von Angehörigen) einen hohen Einsatz und bringt enorme emotionale Belastungen mit sich.

Die Verarbeitung einer so schwerwiegenden Behinderung wie der Querschnittlähmung ist immer ein sehr individueller Prozess und hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab. Trotzdem gibt es einige psychische Reaktionen, die sehr häufig zu beobachten sind. Es ist uns daher wichtig, die psychologischen Aspekte der Rehabilitation deutlich zu machen, und Möglichkeiten zur Erleichterung der Verarbeitung aufzuzeigen.

Psychische Reaktionen auf die neue Situation

In den ersten Tagen nach dem Eintritt der Querschnittlähmung begreifen die wenigsten Patienten, was wirklich mit ihnen geschehen ist. Sie fühlen sich erst einmal krank und gehen von einer weitgehenden oder sogar vollständigen Heilung aus. Die ersten auftretenden Zweifel an diesen Vorstellungen werden häufig beiseite geschoben oder verdrängt - man möchte verständlicherweise die Möglichkeit einer bleibenden Behinderung nicht ins Auge fassen.

Erst nach und nach wird den meisten Verletzten die ganze Tragweite der Situation bewusst. Mit diesem Bewusstwerden stellen sich dann oft Gefühle der Trauer, Hilflosigkeit und Niedergeschlagenheit, aber auch Wut und Zorn ein. Die Frage: „Warum gerade ich?“, Schuldgefühle und vor allen Dingen Zukunftsängste tauchen auf.

Viele Patienten befinden sich in dieser krisenhaften Situation in einem inneren Kampf. Einerseits streben sie nach Selbstbestimmung und möchten bei den Therapien motiviert mitarbeiten, andererseits sind da oft Verzweiflung, Apathie, manchmal Suizidgedanken oder der Wunsch nach völligem Aufgeben. Das Bedürfnis nach Pflege und Umsorgtwerden wechselt mit dem Unwillen, sich pflegen zu lassen - es können Unruhe, Gereiztheit, ein verstärktes Anlehnungsbedürfnis, aber auch Aggressionen gegen Angehörige oder die Mitarbeiter der Klinik entstehen.

Dieses Gefühlschaos ist in der Ausnahmesituation, in der die Patienten sich befinden, durchaus normal. Trauer, Angst und verzweifte Momente lassen sich nicht vermeiden, sie gehören zur sogenannten „Krankheitsverarbeitung“ regelhaft dazu. Manche Patienten schämen sich, weil sie traurig sind oder sogar weinen, aber das Auftauchen dieser Gefühle ist aus psychologischer Sicht durchaus wünschenswert - sie zuzulassen und nicht zu unterdrücken kann dabei helfen, die kritische Lebenssituation zu bewältigen. Wenn der seelische Anteil des Erlebens unterdrückt wird, kann sich die Aufmerksamkeit auf die körperlichen Störungen konzentrieren, die eine Querschnittlähmung in der Regel begleiten. Vorhandene Schmerzen, Spastik und auch Mißempfindungen können sich dadurch enorm verstärken. Damit wiederum wird die Hilflosigkeit und die Ohnmacht gegenüber dem Geschehenen noch deutlicher empfunden und es kann ein äußerst unangenehmer „Teufelskreis“ aus körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen entstehen.

In der Regel ist die medizinische Rehabilitation weit vor der psychologischen abgeschlossen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass es kurz vor der bevorstehenden Entlassung statistisch betrachtet noch einmal zu einer Häufung von Komplikationen kommt. Von Fachleuten wird allgemein angenommen, dass es sich bei diesem medizinisch nicht zu erklärenden Umstand eher um einen psychosomatischen Verarbeitungsprozess der Angst vor der Zukunft außerhalb der Klinik handelt. Sind die ersten Anfangsschwierigkeiten nach der Entlassung erst einmal überwunden, mobilisieren die meisten Patienten auf bewundernswerte Weise ihre gesamten Kräfte

und erreichen trotz aller Schwierigkeiten nach einiger Zeit ein Stadium, in dem sie ihr Schicksal nicht mehr niedergeschlagen oder zornig hinnehmen. Sie sind in der Lage, das Unabänderliche mit einer gewissen emotionalen Ruhe hinzunehmen und sich innerlich auf ein Leben mit der Querschnittlähmung einzustellen.

Auswahl von Bewältigungsstrategien

Auf welche Weise sollte man sich aus psychologischer Sicht im Interesse seiner Gesundheit mit den Belastungen, die eine Querschnittlähmung mit sich bringt, auseinandersetzen? Die Beantwortung dieser Frage ist nicht einfach, denn es gibt keine generell erfolgreiche Standardstrategie zur Krankheitsbewältigung. Dazu sind die Menschen und die jeweiligen Lebensbedingungen zu unterschiedlich und die Möglichkeiten der Bewältigung zu vielfältig.

Es lassen sich allerdings einige allgemeine Feststellungen zur Effektivität verschiedener Bewältigungsstrategien machen:

Ineffektive Strategien:

Einige Strategien haben sich grundsätzlich als sehr ineffektiv erwiesen - zumindest dann, wenn man sie dauerhaft anwendet und darüber hinaus keine anderen Bewältigungsformen einsetzt. Dazu gehören:

- realitätsfliehende Wunschphantasien verbunden mit Alkohol- und Medikamentenkonsum
- Selbstabwertung, Selbstbeschuldigung und Selbstmitleid
- ein absolutes Negativbild von Behinderung zu entwickeln
- dauerhaftes Grübeln und Resignation
- Belastungen und Spannung an anderen in aggressiver Weise auslassen, aber auch:
- Ärger in sich „hineinfressen“
- vermeiden, ausweichen, verdrängen
- einseitige Informationssuche (z.B. nach Heilungsmöglichkeiten)

Effektive Strategien:

- positive Neubewertung der Situation für sich persönlich
- sich abfinden mit dem Unabän-

derlichen, ohne dabei zu resignieren

- Auseinandersetzung mit der Sinnfrage, d.h. der anfangs als hoffnungslos erscheinenden Lebenssituation einen Sinn abringen zu können
- Bewältigung von Stresseemotionen, d.h. Gefühle angemessen ausdrücken
- Interessen angemessen vertreten
- Konflikte aktiv lösen
- soziale Unterstützung wahrnehmen und einfordern, bzw. ein Zuviel davon abweisen können
- aktives, problemzentriertes Handeln (wie z.B. Wohnungssuche, Führerschein machen)
- offene Informationssuche

Das wichtigste Kennzeichen erfolgreichen Bewältigungsverhaltens ist in erster Linie die Flexibilität in der Auswahl und Anwendung von Bewältigungsstrategien. Flexibilität in der Wahl von Bewältigungsstrategien ermöglicht es dem einzelnen, eine ausgewogene Balance zwischen Phasen aktiver Problembewältigung und Phasen der Erholung, Entspannung und Ablenkung zu finden. In diesem Zusammenhang sollte noch eine Bemerkung zu den aus dem Bereich der Tiefenpsychologie stammenden Problemlösestrategien gemacht werden, die unter dem Namen „Abwehrmechanismen“ bekannt geworden sind. Diese Strategien (Ausweichen, Vermeiden, Verleugnen...) sind sicher nicht in der Lage, ein Problem wirklich zu lösen. Zur Bewältigung so gravierender Ereignisse wie einer Querschnittlähmung sind vermeidende und verleugnende Strategien aber zumindest kurzfristig insofern effektiv, indem sie den Betroffenen helfen, die nötige Ruhe vor überwältigenden Gefühlen von Trauer und Schmerz zu bewahren. So werden, wie bereits erwähnt, von Patienten Gedanken an die Möglichkeit einer bleibenden Behinderung sehr häufig beiseite gedrängt und erst nach und nach zugelassen. Auf diese Weise können Trauer, Schmerz und Zukunftsängste zunächst ein wenig gedämpft und so besser ertragen werden. Letztlich bleibt aber für jede/n die Bewältigungsaufgabe, sich auch den schmerzhaften Gefühlen von Trauer und Verlust zu stellen.

Psychologische Unterstützung im Querschnittge- lähmten-Zentrum des BUKH

Die Diplom-Psychologen und Psychotherapeuten des QZ, Martina Neikes (Tel.: 3679) und Hanno Kock (Tel.: 2678) bieten Hilfeleistung bzw. Behandlung an:

1. bei der Auseinandersetzung mit der neuen Lebenssituation, dazu gehören:
 - Gespräche mit Patienten und auch Angehörigen zur Verarbeitung der Querschnittlähmung und der neuen Lebenssituation,
 - Beratungsgespräche zur Neuorientierung in Partnerschaft und Sexualität (in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Neuro-Urologie),
 - Hilfe bei der Verarbeitung belastender Erinnerungen an das Unfallgeschehen
 - die Vermittlung von Stressbewältigungs- und Entspannungstechniken,
 - psychologische Behandlung von Schmerzen, Spastik und Missempfindungen,
 - das Herstellen von Kontakten zur psychosozialen Nachbetreuung.

2. bei bereits bestehenden oder im Zusammenhang mit der Querschnittlähmung aufgetretenen psychischen Erkrankungen, wie z.B.:
 - Belastungs- und Anpassungsstörungen,
 - Affektiven Störungen, wie z.B. der Depression,
 - Psychotischen Störungen,
 - Angsterkrankungen oder
 - Abhängigkeitssyndromen.

Literatur:

Sturm, Erika:

Rehabilitation von Querschnittgelähmten

Ehlers, Anke:

Posttraumatische Belastungsstörung

Kaluza: *Gelassen und sicher im Streß*

Die freizeit- pädagogische Betreuung im QZ

Die Freizeitgestaltung von Menschen mit Behinderungen stellt eine besondere Herausforderung dar. Die weitreichenden Aufgaben und Tätigkeiten in der Freizeitpädagogik werden in der organisierten und betreuten Gestaltung deutlich. Dabei gliedert sich das Programmangebot in mehrere Bereiche.

I - individuelle Beratung und Ermu- tigung auf der Station

Die umfassende Neuorientierung der Lebensverhältnisse bedeutet für viele Patienten auch eine Suche nach neuen Freizeitaktivitäten. Interesse an neuen Möglichkeiten zu wecken, steht in der Freizeitpädagogik zunächst im Vordergrund.

II - Erprobung verschiedener Fertig- keiten und Interessen

Mit unterschiedlichen Angeboten wird individuell experimentiert und geeignete Möglichkeiten werden vertieft.

III - Vorträge

So lassen sich viele interessante Themen wie "Reisen im Rollstuhl, Verschönerung der Räume durch Farben", oder auch ein Gitarrenkonzert durch Experten vermitteln und neue Anreize schaffen. Daneben sind Kinobesuche und Diavorträge ein wichtiger Bereich der Kulturarbeit im Krankenhaus.

IV - Hobbyfindung

Gerade für junge Rollstuhlfahrer sind frühere Hobbies nicht mehr durchführbar. Hier steht die Freizeitpädagogik vor der Aufgabe, neue Möglichkeiten nicht nur aufzuzeigen, sondern auch auszuprobieren. Einige besondere Beispiele etwa sind: Tauchen, Segeln, Kartfahren für Tetraplegiker, Hunde als Rollstuhlbegleiter oder Amateurfunken (u.a.)

V - Ausfahrten

Das Erproben neuer Möglichkeiten schließt auch das Sich-Bewähren außerhalb des Krankenhauses mit ein. Dazu stehen monatlich

verschiedene Ausfahrten auf dem Programm; etwa Fahrten in Museen oder zu Konzerten und Theater.

VI - Arbeiten mit künstlerischen Medien

Bereits die bettlägerigen Patienten werden aktiviert, sich ihrer Fertigkeiten und Ideen mit Freude zu besinnen. Die Ergebnisse ihrer kreativen Arbeiten mit Materialien wie Glas, Gold, Holz oder Farben können sich sehen lassen.

VII - Kurse

Insbesondere für Dauerpatienten sieht das Freizeitprogramm den Schwerpunkt Kurse vor, in denen Computerarbeit, eine Schreibwerkstatt und Sprachenlernen, aber auch Aktionen wie Selbstbehauptung und –verteidigung eingeübt werden können.

VIII - Feste

Als Farbtupfer im eher grauen Therapiealltag werden zu besonderen Anlässen Feste veranstaltet, die eine angenehme, belebende Atmosphäre für Patienten und Angehörige, sowie für das Personal bewirken.

Dieses breite Freizeit- und Kulturangebot wird pädagogisch erarbeitet, zusätzlich durch freie Mitarbeiter und ehrenamtliche Unterstützer vermittelt und kann erst durch die Mithilfe vieler Pflegekräfte auf den Stationen umgesetzt werden. Die neu gewonnene Lebensfreude und kreative Aktivitäten fördern den Heilungsprozeß und schaffen eine günstige Arbeitsatmosphäre insgesamt.

Wir hoffen sehr, daß Sie aus diesen Angeboten auch nach dem Klinikaufenthalt viele Anregungen, Freude, Interessen mitnehmen und neue Ideen, die es sich für Sie weiter zu verfolgen lohnt, ausprobieren werden.

Ihnen viel Spaß und Erfolg dabei wünscht Ihnen Ihr Freizeit- Team. Tel.: 3323

Verdauung und Ernährung

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieses Merkblatt soll Sie über die Darmfunktion und die damit möglicherweise zusammenhängenden Probleme informieren. Mit einer Querschnittslähmung geht in den meisten Fällen eine Lähmung der Blase und des Mastdarms einher. Um eine regelmäßige Darmentleerung (alle 1-2 Tag in ca. ½ Std.) zu erzielen, sind folgende Hinweise hilfreich:

Maßnahmen der allgemeinen Lebensführung

- Morgens nüchtern 1 Glas Mineralwasser, evtl. unter Zusatz von 1 Eßl. Obstessig
- 2-4 l Flüssigkeit (Mineralwasser, ungesüßter Tee) pro Tag trinken
- regelmäßige Mahlzeiten, kleine Portionen, keine Mahlzeiten nach 20.00 Uhr
- Ballaststoffreiche Kost: Vollkornprodukte, Obst, Gemüse (tgl. 30-40 g Pflanzenfasern, je zur Hälfte aus Vollkorn und Obst/Gemüse)
- Milchsäure Produkte: Buttermilch, Joghurt mit lebenden Kulturen, milchsauer vergorene Säfte
- Ausgewogene Kalorienzufuhr, wenig Zucker, wenig Weißmehl, tierisches Eiweiß und Fett in Maßen
- Regelmäßige körperliche Bewegung
- Bauchmassage, z. B. hufeisenförmiges Kreisen der Hand auf der Bauchdecke mit leichtem Druck, von rechts unten nach rechts oben nach linke oben nach links unten, tgl. 10 Min. vor dem Aufstehen.
- Regelmäßige Darmentleerung: gleiche Zeit, gleicher Ort, alle 1-2 Tage, ausreichend Zeit einplanen

Sind diese Maßnahmen nicht ausreichend, um den Darm zu geregelter Tätigkeit anzuregen und den Stuhl gut formbar („wurstig“) zu machen, können folgende Abführmittel regelmäßig angewendet werden:

Abführmittel - regelmäßige Anwendung vertretbar

- Milchzucker, z. B. Bifiteral, Lactoflor, tgl. 1-2 (-5) X 10-15 (30) ml
- Weizenkleie, Flohsamen, Leinsamen (ganz oder geschrotete = zusätzlich unbedingt ½-1 l Flüssigkeit!)
- Fruchtwürfel z. B. Nedawürfel (Sennesblätter u. -früchte)
- Colonmassagen durch Masseur
- Nach Einnahme von Antibiotika und Cortison sollte daran gedacht werden, daß diese Medikamente die gesunde Darmflora schädigen und sie ggf. saniert werden muß, z. B. mit Hylak Tropfen, Perenterol, Rephalylin C, Symbioflor, Mutaflor (Stoffwechselprodukte von physiologischen Keimen, avitale oder vitale Keime)

Für den Fall, daß all diese Maßnahmen nicht zum gewünschten Erfolg führen, ist es nach gründlicher Abwägung vertretbar, folgende Abführmittel auch regelmäßig einzunehmen.

ACHTUNG: Diese Abführmittel haben unterschiedliche Nebenwirkungen, sie sollten auf ein Minimum beschränkt bleiben und wenn möglich, bald wieder abgesetzt werden.!

Abführmittel, regelmäßig Anwendung nur bedingt vertretbar:

- Agiolax (Flohsamen, Sennesfrüchte)
- Agarol (Paraffin)
- Rhizinusöl Kps.

Zu diesen Abführmitteln immer 0,5 l Flüssigkeit zusätzlich!

Die Darmentleerung wird herbeigeführt durch:

- Sphinkterstretching
- Glycerin Zäpfchen
- Lecicarbon Zäpfchen (bilden Kohlendensäuregas) 1-2 Stck.
- Tempolax, Dulcolax Zäpfchen 1-2 Stck.
- Mikroklyst (5 ml Lösung)

In Ausnahmesituationen stehen folgende „Drastika“ zur Verfügung, sie sind nur zum kurzfristigen Gebrauch in Ausnahmesituationen bestimmt.

Wichtig: Bitte überlegen Sie immer, wie es zu dieser Ausnahmesituation gekommen ist und wie man sie in Zukunft vermeiden kann.

Die Wirksamkeit der „Drastika“ steigert sich der Reihe nach:

„Drastika“

- Abführtee, z. B. Depuraflux (Sennes- u. Faulbaumextrakt)
- Dulcolax-, Depurankapseln (Sennesfrüchte, äth. Öle)
- Liquidepur (Sennesfrüchteextrakt, äth. Öle)
- Agarol + Liquidepur je 1-2 Eßl.
- Bittersalz, Glaubersalz
- X-Prep (Sennesextrakt)
- Cascara salax (Rinde von Faulbaum-Verwandtem)
- Rhizinusöl: 150 ml Rhizinusöl in Cola, Kaffee, Malzbier. Beim Trinken laufend rühren!
- Darmlavage z. B. Klean Prep (Polyethylenglykollösung) 4-5 l in 4 Std. trinken

Verschreibungspflichtige „Drastika“

- Gastrographin (ursprünglich zur Röntgenvorbereitung)
- Ubretid Ampullen
- Tacus Ampullen

Rektale „Drastika“

- Klysma (130 ml Lösung in gebrauchsfertiger Plastikflasche)
- Schwenkeinlauf (Wasser, evtl. unter Zusatz von Klysma, Glycerin, 0,9 % NaCl Lösung).

Häufige, kleine Portionen dünnflüssigen Stuhlgangs (Durchfall?) sind oft ein Zeichen von Verstopfung. Dann ist der einmalige Einsatz eines Drastikums angezeigt. Sollte es trotz Einhaltung der Ratschläge zur Lebensführung und der Benutzung div. Abführmittel über längere Zeit (3-5 Tage) nicht zu einer Stuhlentleerung kommen, oder sich weitere

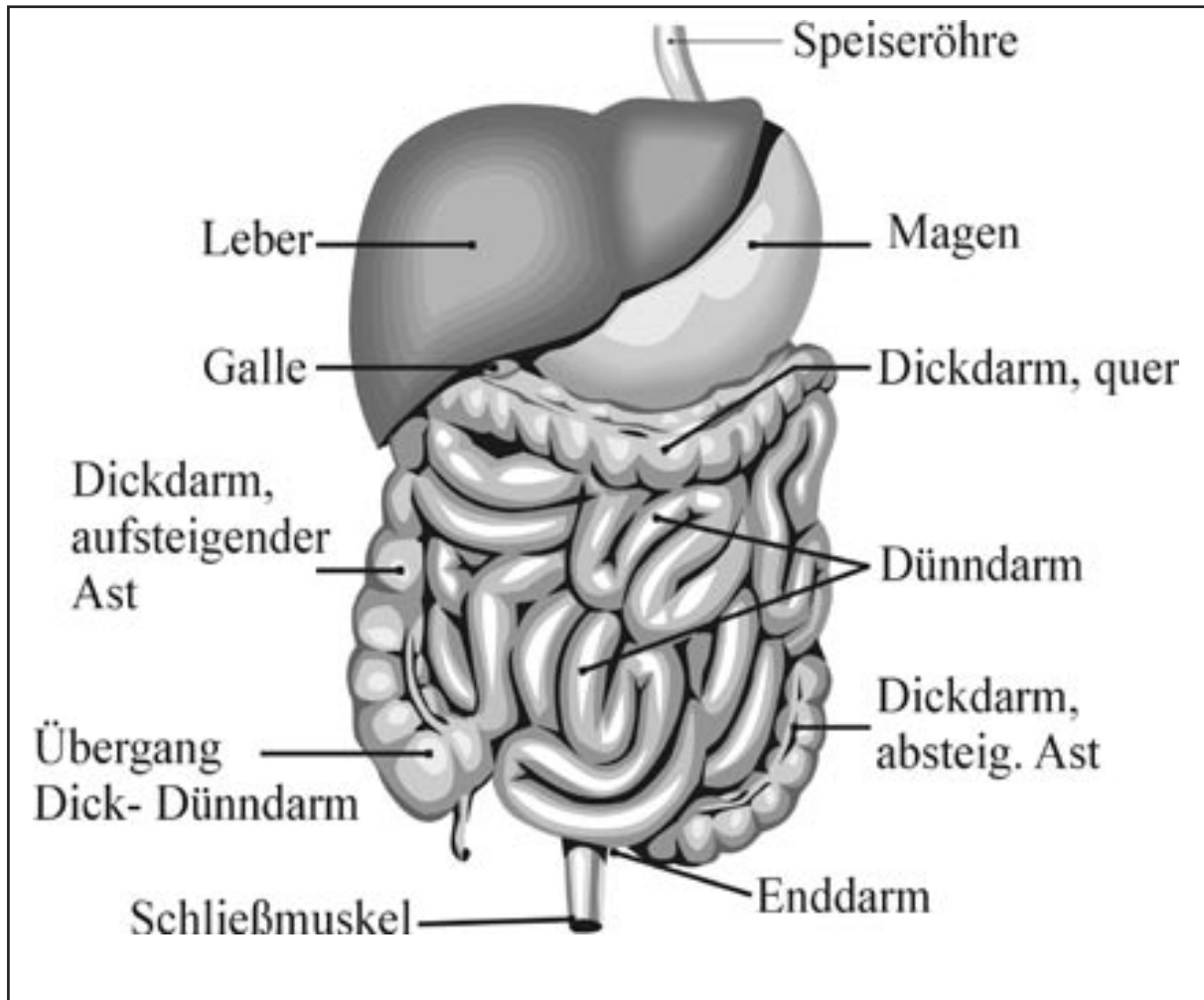
Beschwerden einstellen (Unwohlsein, Blähungen, Erbrechen, Schmerzen), sollten Sie Rücksprache mit dem Arzt halten.

Ballaststoff-Gehalt verschiedener Nahrungsmittel (g/100g):

Getreideprodukte:		Gemüse:	
Weizenbrot	3,7	Gurke	0,4
Cornflakes	4	Tomate	1,1
Roggenmischbrot	4,7	Zucchini	1,1
Haferflocken*	5,3	Blattsalat	1,2
Roggenvollkornbrot	7	Chicorée	1,3
Weizenflocken*	11,7	Auberginen	1,4
Roggenflocken*	11,8	Brunnenkresse	1,5
Knäckebröt*	14,6	Endiviensalat	1,5
* = Verzehr mit viel Flüssigkeit!		Feldsalat	1,5
Obst:		Spargel	1,5
Pfirsich	1,7	Champignons	1,9
Pflaume	1,7	Schnittbohnen	1,9
Süßkirsche	1,9	Porrée	2,3
Aprikose	2	Spinat	2,3
Banane	2	Kartoffeln	2,5
Erdbeere	2	Weißkraut	2,5
Orange	2,2	Rotkohl	2,6
Apfel	2,3	Blumenkohl	2,9
Birne	2,8	Broccoli	3
Stachelbeere	3	Fenchel	3,3
Johannisbeere (rot)	3,5	Mohrrübe	3,4
Kiwi	3,9	Knollensellerie	3,6
Johannisbeere (schwarz)	6,8	Bohnen (Samen, gequollen)	4,2
Himbeere	4,7	Grünkohl	4,2
Feigen (gedörrt)	9,6	Erbsen (frisch)	4,3
Pflaumen (gedörrt)	9	Rosenkohl	4,4
Aprikosen (gedörrt)	11,3		

(aus Souci-Fachmann-Kraut, 1991 „Lebensmitteltabellen für die Praxis“)

Verdauungssystem des Menschen



(Nicht sichtbar sind Zwölffingerdarm und Bauchspeicheldrüse, die hinter Magen bzw. Darm gelegen sind)

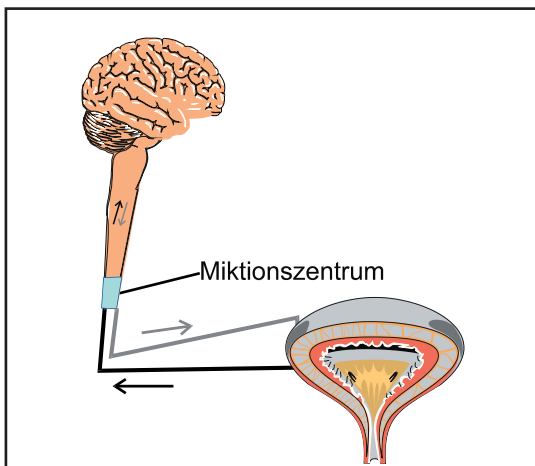
Organ	Länge	Verweildauer der Nahrung
Magen		1 bis 5 Stunden
Dünndarm	4 m	2 bis 4 Stunden
Dickdarm	1,5 bis 2 m	36 bis 72 Stunden (1 1/2 bis 3 Tage!)

Im Dickdarm leben ca. 400 Bakterienarten. 30 - 75 % des Stuhles (Trockengewicht) besteht aus Bakterien und abgestossenen Zellen.

Urologie: Formen der Blasenlähmung

Die ungelähmte Blase

Füllt sich die ungelähmte Blase mit Urin, verspürt man ab ca. 300 - 400 ml den Harndrang. Das Signal wird dabei über die sensiblen Nerven zum Rückenmark (Hinterwurzeln S2 -S4) geleitet. Von dort gelangt die Meldung "die Blase ist voll" zum Gehirn. Während dieser Zeit bleibt der Blasenmuskel ruhig, auch wenn man einen starken Drang verspürt. Der innere und äußere Schließmuskel sind geschlossen. Erst wenn man bewusst die Blase entleeren möchte, zieht sich der Blasenmuskel (Detrusor) zusammen. Dabei öffnen die Schließmuskel gleichzeitig (koordiniert), so dass sich die Blase entleeren kann..

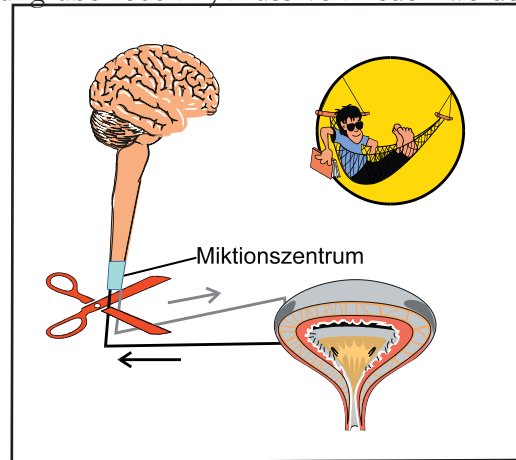


Der Blasenhalshals und das glatte Muskelgewebe der Harnröhre werden aus den Rückenmarksegmenten in Höhe Th 10-L2 sympathisch innerviert. Diese Innervation garantiert den muskulären Verschluss der Harnblase während der Speicherphase.

Die schlaffe Blasenlähmung

Bei dieser Lähmungsform ist entweder die Nervenverbindung zwischen Blase und Miktionszentrum unterbrochen oder das Miktionszentrum selbst zerstört. Klinisch tritt diese Form oft bei QSL unterhalb Wirbelkörper Th12, sicher bei QSL unterhalb Rückenmarksegment S1 auf. Die Blase füllt sich, bleibt jedoch schlaff und entleert sich nicht. Hierzu setzt man

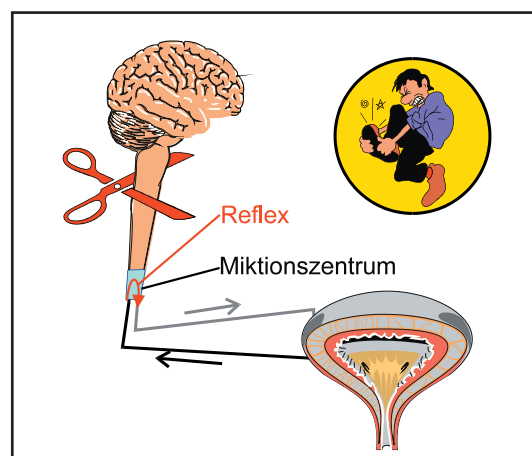
vorzugsweise den intermittierenden Selbstkatheterismus ein. Eine Ruhigstellung mit Medikamenten ist nicht erforderlich. Eine Blaseschädigung durch Überdehnung (Füllung über 600 ml) muss vermieden werden.



Eine Entleerung durch Pressen ist hier nur sinnvoll, falls der hierfür erforderliche Druck nicht zu hoch ist und die Blase schädigt.

Die Reflexblase

Bei einer Querschnittslähmung oberhalb des Miktionszentrums (Rückenmarksegmente S2-S4, knöcherne Segmente etwa Th 12 / L1) kann das Signal "Blase ist voll" noch zum Rückenmark gelangen, jedoch nicht mehr durch das Gehirn willkürlich beeinflusst werden, weil diese Verbindung fehlt. Nach der Phase des spinalen Schocks, ca. 6 Wochen nach Eintritt der Lähmung, wird das Signal statt dessen im Rückenmark als Reflex umgesetzt. Dieser bewirkt eine Kontraktion des Blasenmuskels. Der Schließmuskel öffnet jetzt allerdings nicht koordiniert. Die Blase



entleert sich dabei meistens unvollständig. Um eine vollständige Entleerung zu erreichen, gibt es folgende Möglichkeiten:

a) Die Klopfentleerung

Bei dieser Form der Entleerung nutzt man den Reflex aus. In regelmäßigen Abständen wird die Blase beklopft, um den Reflex auszulösen. Damit der Schließmuskel und der Blasenhalshinreichend weit öffnen sind meistens Medikamente erforderlich. Durch die Gabe von Alpharezeptorenblockern (Dibenzylan ® , Diblocin ®) öffnet der innere Schließmuskel (Blasenhalshin) besser. Antispastika (Lioresal ® , Dantamacrin ®) senken die Spastik des äußeren Schließmuskels. Reicht die Gabe von Medikamenten nicht aus, um eine Entleerung der Blase mit physiologischem Druck und geringem Restharn zu erreichen, kann der Schließmuskel und / oder der Blasenhalshin operativ eingekerbt werden.

Sorgt man nicht für einen möglichst ungehinderten Abfluss des Urins, versucht die Blase den Widerstand des Schließmuskels mit erhöhtem Druck zu überwinden. Der hohe Druck schädigt die Blasenwand und als Spätfolge kann Urin aus der Blase zurück in die Nieren fließen (Reflux).

Die unwillkürliche, nicht hemmbare Reflexentleerung der Blase macht eine Inkontinenzversorgung, zum Beispiel mit einem Kondomurinal erforderlich.

b) Der Selbstkatheterismus

Bei dieser Form der Entleerung wird die Reflexblase frühzeitig durch anticholinerg wirksame Medikamente (z. B. Dridase ® , Spasmolyt® , Mictonorm ® , Detrusitol ®) ruhiggestellt. Die Blase wird dann regelmäßig (ca. 3-4 x tgl.) durch Einmalkatheterismus entleert. Der Vorteil dieser Methode liegt darin, dass keine hohen Drucke die Blase schädigen. Außerdem ist der Patient zwischen den Katheterisierungszeiten kontinent und die Blase wird jeweils restharnfrei leer.

Der intermittierende Selbstkatheterismus ist zur Zeit die bevorzugte Form der Blasenentleerung. Durch Absetzen der Anticholinergika kann man den Reflex auch später noch antrainieren und zur Klopfentleerung wechseln. Ein Wechsel von der Reflexblase mit Klopfentleerung zum Selbstkatheterismus bei medikamentös gedämpfter Blase ist eventuell schwerer möglich, weil man hierzu höhere Dosen der Anticholinergika benötigt,

um einen gut trainierten Reflex wieder zu hemmen.

c) Der Blasenstimulator

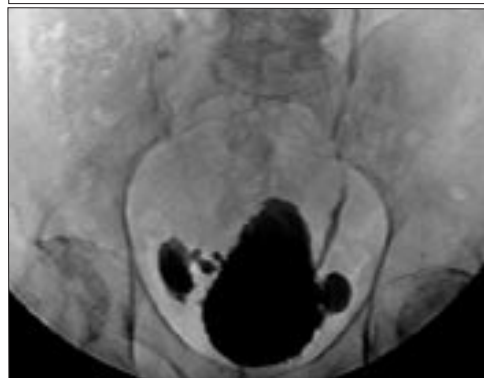
Zunächst werden die sensiblen Nervenwurzeln S2 -S4 am Rückenmark durchtrennt. Der Reflex kann dadurch nicht mehr ausgelöst werden. Der Patient ist kontinent. An die motorischen Nervenwurzeln S2 -S4 werden nun Kabel angeschlossen, die mit einem Empfänger unter der Haut verbunden sind. Auf die Haut über dem Empfänger wird der Sender des Blasenstimulators zur Entleerung der Blase aufgesetzt. Die Impulse gelangen über Kabel und Nerven zur Blase und bewirken die Blasenentleerung.

Gefahren der Reflexblase

Zu hohe Blasen drucke können zur Schädigung der Blase und der Nieren führen.

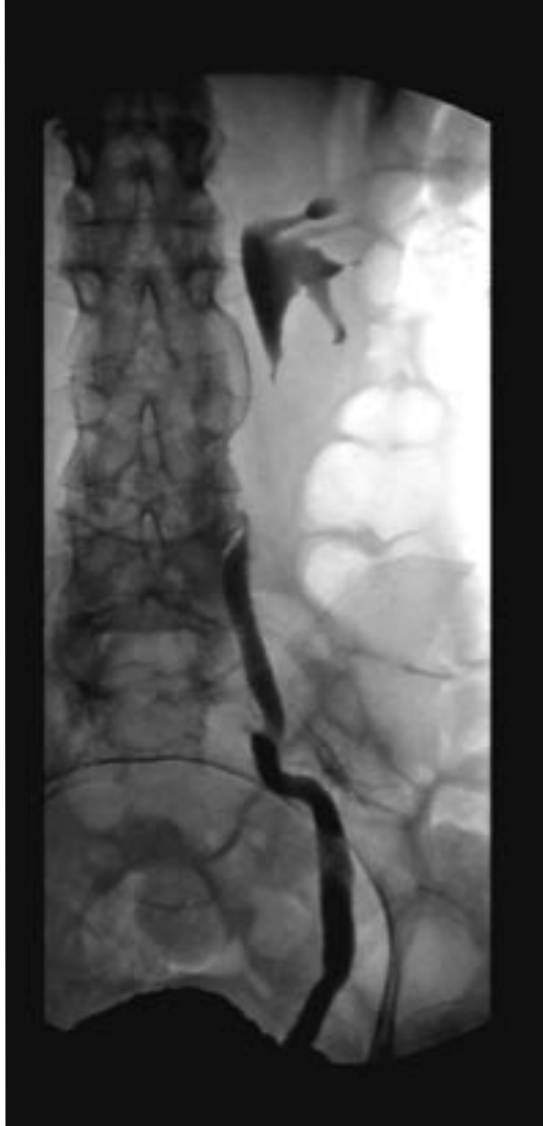


Glatte Blasenwand



Divertikel und Reflux

Hochovale Form der Blase mit Zähnelung und Aussackungen der Blasenwand sowie ein Harnrückfluss (Reflux) von der Blase zur linken Niere



Ausgeprägter Reflux bis zur Niere

Konsequenzen

Lebenslang regelmäßige urodynamische Kontrollen der Blasenfunktion um langfristig eine ausgeglichene Entleerung unter physiologischen Druck-Flussbedingungen und geringem Restharn zu erzielen, oder die medikamentöse Ruhigstellung der Blase zu überwachen.

1.) Blasendruckmessung (UroDynamische Untersuchung, UDU)

Die Blasendruckmessung mit Durchleuchtung läßt die Blasenfunktion erkennen.

Dazu gehören:

- Blasenfüllung und -kapazität

- Blasenentleerung
- Druckverhältnisse in und um die Blase
- Stärke des Harnflusses
- Restharmenge
- Abflussstörung
- Zusammenspiel von Blase und Schließmuskel
- Blasenwandveränderungen

Vorbereitung zur Blasendruckmessung

Am Vorabend wegen der Rektalsonde abführen. Man muss für diese Untersuchung nicht nüchtern bleiben.

Durchführung der Blasendruckmessung

- 1) **Vorgespräch über:**
 - die Art der Blasenentleerung
 - das Blasenfüllungsgefühl
 - Blaseninfekte
 - die Inkontinenzversorgung
 - bisherige urologische Operationen
- 2) Einführen des Rektalballons zum Messen des Drucks, der vom Bauch her auf die Blase wirkt.
- 3) Ankleben zweier Elektroden am Damm zur Registrierung der Aktivität der Beckenbodenmuskulatur
- 4) Einführen eines Messkatheters in die Harnröhre zum Füllen der Blase und zum Messen des Blaseninnendrucks
- 5) Füllung der Blase mit körperwarmem Kontrastmittel
- 6) Versuch der Blasenentleerung unter möglichst „normalen“ Bedingungen
- 7) Zweite Füllung mit anschließender Entleerung
- 8) **Eventuell weitere Untersuchungen, zum Beispiel Eiswassertest oder Doryl®test**

2.) MictionsCystUrethrogramm (MCU)

Röntgen der Blase und Harnröhre bei Entleerung der mit Kontrastmittel gefüllten Blase zur Beurteilung der Blasenform, des eventuell vorhandenen Harnrückflusses in den Harnleiter oder Niere und der Funktion des Schließmuskelapparates während des Wasserlassens (Miktion).

3.) Uroflow (Harnflussmessung)

Der Patient entleert die Blase in einen Messstrichter.

Die Harnflussparameter bestehen aus Miktionsvolumen und Miktionszeit, dem maximalen und mittleren Fluss und dem verbliebenen Restharn. Ferner wird die Form der Flusskurve beurteilt.

4.) Das InfusionsUroGramm (IUG)

Beim IUG wird ein Kontrastmittel als Kurzinfusion verabreicht. Das Kontrastmittel wird über die Nieren ausgeschieden, wodurch das Nierenhohlssystem und die ableitenden Harnwege im Röntgen dargestellt werden. Dies ermöglicht:

- die Beurteilung der zeit- und seiten-gleichen Nierenausscheidung
- die Beurteilung der Form des Nierenhohl-systems (Kelche, Nierenbecken)
- die Beurteilung der Harnleiter
- das Erkennen von Steinen, Aufstau, Tumoren oder vorbestehenden Anomalien
- das Erkennen von unteren Einflussstauungen in die Blase

Vorbereitung

Der Darm, der auf dem Röntgenbild über den Nieren liegt, muss möglichst frei von Kot und Gas sein, sonst kann man die Nieren und Harnleiter nicht beurteilen:

- Zwei Tage flüssige Kost *bei Patienten mit Blasen- und Mastdarmlähmung*
- zwei Tage blähfreie Kost für alle anderen Patienten
- Darm entblähen (z. B. durch Sab simplex® für 2 Tage 3 x 2 Esslöffel)
- am Vortag abends abführen
- Die Patienten dürfen ab 22.00 Uhr nicht essen, sollten jedoch etwas trinken .

Durchführung des IUG:

- Leeraufnahme
- Legen eines venösen Zugangs
- Infusion des Kontrastmittels
- Aufnahmen in festgelegten Abständen (z.B. nach 5 und 15 Min. ggf.. Spätaufnahmen)

5.) Die urologische Ultraschalluntersuchung (Sonographie der Nieren, Blase und ggf. Hoden)

Ultraschall stellt eine schonende Art der Untersuchung von Organen dar. Sie ermöglicht in der Urologie:

- die Beurteilung des Nierengewebes und das Erkennen von Steinen
- das Messen des Restharns
- die Beurteilung der Blasenwand
- die Untersuchung der Hoden
- die Darstellung der Prostata (über eine transrektale Sonde)
- die Diagnostik der Durchblutung des Penis (Doppler-Sonographie)

Ein leerer, entblähter Darm vereinfacht die Beurteilbarkeit, besondere Maßnahmen sind jedoch meistens nicht erforderlich.

6.) Der Eiswassertest (EWT)

Er zeigt frühzeitig an, ob eine lähmungsbedingte Reflexblase vorliegt, die sich auf den Kältereiz hin unwillkürlich zusammenzieht.

Durchführung:

- bei der Cystoskopie über das Cystoskop oder
- bei der UDU über die Messkatheter oder
- beim Einmalkatheterismus:

Dabei werden 250 ml 4°C kalter Flüssigkeit in die Blase gefüllt, und beobachtet, ob der Flüssigkeitsspiegel in der Tropfkammer des Infusionsbestecks, als Zeichen eines Druckaufbaus in der Blase steigt.

7.) Die Cystoskopie (Blasenspiegelung)

Mit einem bleistift-dicken Blasenspiegel (Cystoskop), kann der Urologe die Blase von innen ansehen.

Er erkennt dann:

- den Zustand der Blasenschleimhaut und der Harnröhre
- Schäden durch langdauernde Dauerkatheterversorgung
- eventuell vorhandene Blasensteine
- andere Veränderungen

Die meisten frisch verletzten Patienten werden mit einem Cystofix® oder Dauerkatheter versorgt. Daran können sich kleine Steine bilden. Um diese rechtzeitig zu entfernen, wird bei jedem Patienten anfangs eine Blasenspiegelung angestrebt.

Da die Blasen Spiegelung für manche Patienten unangenehm sein kann, wird die Harnröhre mit einem örtlich betäubenden Gleitmittel benetzt.

Bei Querschnittgelähmten mit einer Lähmung oberhalb Th 6 ist wegen der Gefahr einer autonomen Hyperreflexie mit krisenhaftem Blutdruckanstieg und pochenden Kopfschmerzen zur Sicherheit des Patienten eine vorbeugende Gabe von Medikamenten (Prämedikation) erforderlich.

8.) Röntgen der Harnröhre (PUC)

Um die Harnröhre auf einem Röntgenbild zu beurteilen, füllt man sie mit einem Kontrastmittel. Dann werden in kurzen Abständen Durchleuchtungsaufnahmen gemacht. Mit dieser Untersuchung werden z. B. Harnröhrenengungen dargestellt.

Lebenslange Nachsorge

Wenn Sie die Klinik nach der Erstrehabilitation verlassen, beginnt für Sie eine lebenslange Nachsorge. Diese ist vor allem auf urologischem Gebiet unter Umständen lebenswichtig.

Stellten noch 1979 chronische Schäden der Harnwege mit Nierenversagen 50 % aller Spättodesfälle dar, konnte dieser Prozentsatz bis heute erheblich gesenkt werden. So hat ein Paraplegiker heute eine annähernd normale Lebenserwartung.

Im häuslichen Bereich ist eine konsequente Durchführung der Blasenentleerung und eine regelmäßige Urinkontrolle alle 4 - 6 Wochen unerlässlich. Bei einer neurogenen Blasenstörung kann es leicht zu Harnwegsinfekten mit Komplikationen am oberen Harntrakt kommen, die ihre Ursache unter anderem in einer verschlechterten Blasenentleerung mit erhöhtem Restharn haben können. Auch ein unzureichend sauberer Katheterismus kann eine Ursache für Harnwegsinfekte sein.

Um Komplikationen rechtzeitig erkennen zu können, werden unsere Patienten zu statio-

nären Kontrolluntersuchungen einbestellt. Dies geschieht zunächst 3 - 6 Monate nach der Entlassung, später dann alle 1 - 2 Jahre. Die Dauer liegt zwischen 2-5 Tagen und richtet sich nach den erforderlichen Untersuchungen. In unserem Hause werden Sie dann in der Regel auf die Wiederaufnahmestation mit urologischem Schwerpunkt, die Station 61, aufgenommen.

Bei einer dreitägigen Nachuntersuchung erfolgen am ersten Tag zunächst das Aufnahmegespräch durch das Pflegepersonal sowie Blut- und Urinuntersuchungen. Am zweiten Tag wird ein Infusionsurogramm angefertigt, der Chirurg untersucht Sie und die Ergotherapeutinnen und Physiotherapeutinnen informieren sich über den Stand der Hilfsmittelversorgung. Am dritten Tag folgt dann die Urodynamische Untersuchung mit Miktionscysturothrogramm sowie das Abschlussgespräch mit dem Urologen.

Beim Aufnahmegespräch erfragt das Pflegepersonal zunächst die für die Pflege wichtigen Dinge. Dies sind unter anderem Art und Umfang der erforderlichen Pflegeleistungen, Art der Blasenentleerung, der Darmentleerung sowie Probleme, die im Alltag des Gelähmten aufgetreten sind. Je nach Art der Probleme kann das Pflegepersonal entweder selbst helfen oder den entsprechenden Arzt, Psychologen, Physiotherapeutin oder Ergotherapeutin gezielt informieren.

Im Rahmen des Urochecks haben Sie die Möglichkeit, Fertilitäts- oder Erektionsstörungen anzusprechen. Wir bieten Ihnen bei Bedarf Hilfen an oder planen die erforderlichen Untersuchungen. Bitte sprechen Sie ihren Urologen möglichst frühzeitig (am ersten Tag) darauf an.

Über die Ergebnisse der Nachuntersuchung wird der behandelnde Hausarzt und / oder Urologe von uns direkt informiert. Es ist daher hilfreich, wenn Sie die Adressen ihrer Ärzte mitbringen.

Sport und Fitness Perspektive mit Präventi- onscharakter

Eine Querschnittlähmung bedeutet einen erheblichen Ausfall an Bewegungsqualitäten, weshalb verbliebene Bewegungsfunktionen ganz besonders guter Aufarbeitung bedürfen, um verlorene Fähigkeiten so gut wie möglich zu kompensieren. Behinderte, die wegen mangelhafter Beinfunktionen auf erhebliche orthopädische Hilfsmittel oder einen Rollstuhl angewiesen sind, müssen die intakten Funktionen im Bereich der oberen Gliedmaßen und des Rumpfes soweit auftrainieren, dass das tägliche Leben trotz erheblicher motorischer Einschränkungen bewältigt werden kann.

Warum Rollstuhlsport?

Zur Erhaltung der während der klinischen Erstbehandlung erworbenen Fähigkeiten sowie zur Verbesserung und Stärkung der Funktionen ist der Sport im Rollstuhl ein hervorragendes Mittel. Kein Muskel kann wachsen und Funktionen übernehmen, der nicht intensiv aktiv beübt wird. Am Besten ist es, wenn man so früh wie möglich mit dem Rollstuhlsport beginnt, sich somit fit für den Alltag macht und die Leistungsfähigkeit des eigenen Körpers kennen lernt.

Verbesserung von körperli- chen Störungen

Eine große Zahl von Querschnittgelähmten leidet an einer spinalen Spastik, die sich durch Inaktivität verstärkt, jedoch durch ein gesundes und regelmäßiges Sportprogramm positiv beeinflussen lässt. Wie im allgemeinen Sport außerhalb des Rollstuhles auch, führt beim Rollstuhlfahrer die aktive sportliche Betätigung zu intensiven Herz-Kreislauf-Reizen. Störungen, die unsere moderne, inaktive Lebensweise verursacht, können dadurch verhindert werden.

Durch aktive Bewegung im Rollstuhl tritt nicht nur eine Verbesserung der lähmungsbedingt

gestörten Kreislaufsituation, sondern auch der Blasen- Nierenfunktion ein. Intensive Belastungsreize führen zu einer Steigerung der Hautdurchblutung und damit auch zu einer Reduzierung der Gefahr von Druckgeschwüren.

Es hat sich gezeigt, dass der aktive Rollstuhlsportler weniger an lähmungsspezifischen Komplikationen leidet als der Querschnittgelähmte, der jede Aktivität vermissen lässt. Rundherum kann gesagt werden, dass Rollstuhlsport durchaus gesundheitsfördernd ist und Präventionscharakter hat.

Einschränkend muss bemerkt werden, dass einseitiger Leistungssport gesundheitliche Schäden nach sich ziehen kann, wie dies auch allgemein in der Sportbewegung zu beobachten ist.

Rollstuhlsport als Teil der Rehabilitation

Als Fachverband des Deutschen Behinderten-Sportverbandes e. V. hat es sich der Deutsche Rollstuhl-Sportverband e. V. (DRS) zur Aufgabe gemacht,

diesen Sport in der Rehabilitation auf breiter Basis zu fördern und fortzuentwickeln.

Rehabilitation umfasst alle ärztlichen, sozialpädagogischen, psychologischen und sozialrechtlichen Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, Menschen mit Behinderung wieder in die Lage zu versetzen, sich geistig, gesellschaftlich und wirtschaftlich zu behaupten. Eine dieser Maßnahmen ist der Sport, der neben anderen Hilfen die innere Stabilität und Identität des Betroffenen festigt, ihm sein Selbstvertrauen zurückgibt und ihm ermöglicht, einen festen und anerkannten Platz in Familie, Berufsleben und Gesellschaft einzunehmen.

Positive Effekte des Roll- stuhlsports

Durch den DRS findet heute jeder ein gut strukturiertes Sportangebot, wodurch er auf vielfältige Weise die Möglichkeit erhält Sport zu treiben, egal ob im Kinder- und Jugendsport, im Breitensport oder im Wettkampfsport.

Um Rollstuhlsport zu treiben holt der DRS seine Mitglieder auf dem motorischen und psychischen Stand ab wo sie sind und ver-

sucht über ihre Stärken im Sportbereich ihre motorischen und/oder psychischen Schwächen wieder aufzubauen. Das hat wiederum zur Folge, dass immer mehr Integration des Menschen mit Behinderung stattfinden kann. Weiteres Ziel hierbei ist die Selbstbestimmung und Teilhabe des Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben.

Zusätzliche Ergebnisse des Sportangebotes des DRS bei seinen Mitgliedern sind die Erhaltung der körperlichen Leistungskraft, die Wiedererlangung des psychischen Gleichgewichts, sowie die Abwehr von Folgeerkrankungen.

Was bietet der DRS?

Der DRS besteht aus über 6.500 Sport treibenden Rollstuhlfahrern, welche in mehr als 270 Vereinen des DRS organisiert sind. Es sind zumeist schwer Gehbehinderte, Querschnittgelähmte und Menschen, welche auf Grund von Krankheiten auf einen Rollstuhl angewiesen sind und für die sportliche Aktivität von großer Bedeutung ist.

Er ist in jahrelanger, kompetenter und erfolgreicher Zusammenarbeit mit Akutkliniken, anderen Verbänden und Institutionen des Behinderten- und Rollstuhlsportes, sowie Schulen, kommunalen und überregionalen Trägern innerhalb von Deutschland tätig.

In den Mitgliedsvereinen des DRS wird eine Vielzahl von Sportarten angeboten:

Badminton, Basketball, Bogenschießen, Breitensport, E-Stuhl-Hockey, Fechten, Gewichtheben, Handbiken, Kart, Kinder und Jugendsport, Leichtathletik, Roll-/Sledgehockey, Rugby, Segeln, Schwimmen, Sportschießen, Tauchen, Tanzen, Tennis, Tischtennis, Wasserski und Wintersport.

Jeder sollte die Sportart wählen können, die ihm am meisten Spaß macht, gleich, ob er sie im Sinne der Rahmenvereinbarung der Rehabilitationsträger, als Breiten- oder Wettbewerbssport betreiben will. Der Durchführung und Förderung des Breitensports – mit seiner Betonung auf Erhaltung der Gesundheit und des Erlebens von Geselligkeit – gilt die besondere Aufmerksamkeit des Verbandes. Für diejenigen Sportler, die besondere Leistungen erbringen wollen, werden Trainingsmöglichkeiten sowie nationale und internationale Wettkämpfe angeboten.

Neugierig geworden und Sie möchten mehr

über Rollstuhlsport erfahren?

Rollstuhlsport selber ausprobieren? Die Bundesgeschäftsstelle des Deutschen Rollstuhl-Sportverbandes e. V. berät Sie gerne und nennt Ihnen Rollstuhlsportvereine in Ihrer Nähe.

Weitere Infos oder Kontaktaufnahme:

DRS – Deutscher Rollstuhl-Sportverband e. V.

Geschäftsstelle

Friedrich-Alfred-Straße 10

47055 Duisburg

Tel. 0203 7174-180

Fax 0203 7174-181

info@rollstuhlsport.de

www.rollstuhlsport.de

Kontakt im Anschluss

Nach dem Abschluss der Erstbehandlung im Querschnittgelähmten-Zentrum steht der Sprung in das reale Leben außerhalb des Zentrums bevor. Auf einmal ist alles anders, man muss sich neu positionieren.

Auch hinsichtlich der sportlichen Aktivität. Dazu übergibt ihnen der behandelnde Sporttherapeut unseren Info-Check

Sich bewegen - bewegt etwas!

und der erste Schritt ist getan. Sie bekommen erste Infos zu ihrem Sport und werden

Dazu wollen wir ihnen mit einem Rucksack gefüllt mit Wissen und Präsenten für ihren noch ungewohnten Alltag eine gute Rücken-deckung geben.

Wie so viele, die es vor Ihnen auch geschafft haben. Prominente Rollstuhlsportlerinnen, wie Marianne Buggenhagen und andere waren in der ähnlichen Situation und berichten in dieser Broschüre über ihre Erfahrungen im Rollstuhl und über den Weg, den sie gegangen sind.

Wichtig ist der eigene Wille, aber auch die Unterstützung von Familie, Freunden und Kollegen. Unterstützen möchten wir Sie auch, wir wollen Ihnen Hilfe zur Selbsthilfe bieten, die die Selbstständigkeit und somit auch das Selbstbewusstsein steigert.



über heimatortnahe Angebote in Kenntnis gesetzt.

Häufig ist zu diesem Zeitpunkt jedoch noch kein Platz für Überlegungen zur zukünftigen „sportlichen Karriere“. Denn die Behinderung sitzt tief und einige Barrieren bauen sich im Alltag hoch vor einem auf. Trotzdem können Sie es schaffen, ein lebenswertes Dasein auf unserem Planeten zu führen.

Mit einer kleinen Broschüre „Rad und Tat“ geben wir Ihnen Informationen, Empfehlungen und Adressen, die helfen, den Alltag zu erleichtern und einige Barrieren abzubauen.

„Fit im Rolli“,

mit einer zweiten handlichen Broschüre soll der Weg dorthin für alle Rollifahrer aufgezeigt werden. „Fit im Rolli“ bedeutet körperliche Fitness, ein optimal auf den Rollifahrer eingestellter Rolli und die Synthese aus beidem: das Beherrschen des Rollis. Das kann man sich aneignen und am besten funktioniert es in Gemeinsamkeit und mit erfahrenen Übungsleitern, also in einem der vielen Rollstuhl-sportvereine. Wie das geht? Mit dieser Broschüre haben Sie es in der Hand!

Denken Sie daran, Sie sind nicht allein. Wir, die Partner von „richtig mobil“, sind auch



Ihre Partner. In Zusammenarbeit mit dem DRS haben wir den Slogan geprägt: „Vom Klinikbett zum Sportverein“.

Sport hat seinen festen Platz im Therapieangebot und für die Zeit nach der Klinik ist er unschätzbar. Halten Sie in Ihrem „neuen“ Leben Kontakt zu uns. In dieser Broschüre finden Sie viel (aber noch nicht alles) zur Rollstuhl-Fitness. Kontaktpersonen, die sich auf Ihren Anruf freuen und Anschriften finden Sie unter Checkpoints.

Körperliche Fitness ist ein sehr relativer Ausdruck für einen Status quo als Rollstuhlfahrer. Jedoch hat eine gute Fitness für den Rollifahrer immer eine größere Bedeutung. Unabhängigkeit und Selbstständigkeit steigern sich, wenn man neudeutsch zu hören bekommt „Du bist aber in good shape!“ Wir – die Partner von „richtig mobil“ – möchten, dass Sie fit bleiben oder fit werden!

Viel Spaß und Selbstbewusstsein wünscht Ihnen

Peter Richarz
DRS Referat Sport
Bergedorfer Straße 10
21033 Hamburg
Peter.Richarz@rollstuhlsport.de

Wie entsteht ein Druckgeschwür?

Der Dekubitus ("Druckgeschwür") ist keine eigenständige Krankheit, sondern eine Folgeerkrankung, die auf anderen Erkrankungen, z.B. einer Querschnittlähmung, basiert. Wie aus der Bezeichnung erkennbar, entsteht der Weichteilschaden durch Druckeinwirkung. Dabei kommen innerer und äußerer Druck zusammen. Sitzt z.B. ein Querschnittgelähmter auf einer harten Unterlage, so übt diese von unten Druck auf die Weichteile des Gesäßes aus. Der innere Druck entsteht durch den Sitzbeinhöcker, der das Körpergewicht von innen auf die Weichteile der Sitzfläche überträgt. Diese werden sozusagen in die Zange genommen. Auf diese Weise werden die ernährenden Gefäße eingeengt oder sogar verschlossen, so daß es zum Erliegen der Sauerstoffversorgung in den abhängigen Weichteilen kommt. Es sind einige Körperabschnitte besonders gefährdet aufgrund ihrer Funktion und ihrer anatomischen Ausbildung (siehe Abbildung 1). Zuerst sind dabei die Sitzbeinregionen zu benennen. d.h. die Gesäßbacken. Danach folgen die Weichteile über dem Kreuz- und Steißbein, dann die Körperabschnitte am Oberschenkel über den Hüftknochen. Diese Stellen sind besonders häufig befallen da sie am meisten belastet werden. Weniger häufig betroffen sind die Fersen, dann auch die Schulterblätter, die Beckenkämme und das Hinterhaupt (siehe Abb. 1).

Natürlich kommt es nicht innerhalb von wenigen Minuten zu einem Druckschaden. In Abhängigkeit von der Durchblutung braucht es bis zu zwei Stunden, dann ist der Sauerstoffmangel wirksam geworden. Fällt der unter normalen Umständen selbsttätige Schutzvorgang der spontanen Druckentlastung aus, ist die Entwicklung eines Dekubitus zwangsläufig vorprogrammiert, wenn nicht eine fachkundige Vorbeugung betrieben wird. Läßt der Druck innerhalb einer bestimmten Zeit nach, können sich die Zellen ohne Folgen erholen. Wird die Erholungsfähigkeit überschritten, kommt es zu Minderdurchblutungen, sog. "Ischämien" und schließlich zum Absterben der unversorgten Zellen - "Nekrosen". Häufig ist

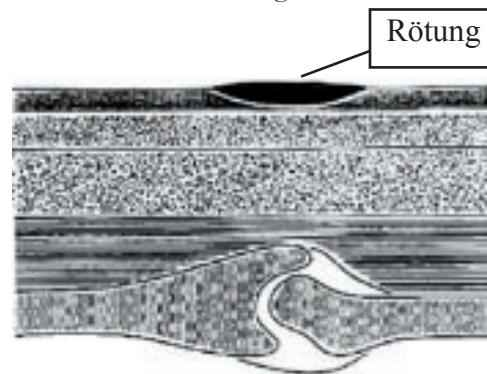
die Haut aufgrund ihrer besseren Durchblutung weniger stark von der Druckschädigung betroffen als die tiefen Weichteilregionen. Wenn diese tiefen Regionen aufgrund des Sauerstoffmangels absterben kommt es zum Gewebszerfall, damit zu einer Abszeßbildung, die mit einer lokalen Rötung mit Schwellung einhergeht. Gleichzeitig tritt hohes Fieber auf. Meistens bricht der Abszeß nach außen durch oder aber er muß eröffnet werden. Danach verbleibt eine Fistel.

Auf der folgenden Seite sehen Sie die gefährdeten Stellen am Körper, die mit besonderer Sorgfalt zu beobachten sind.

Einteilung und Beurteilung des Dekubitus

Es gibt mehrere Möglichkeiten, den Schweregrad von Druckschäden zu beurteilen. Das hat Auswirkungen auf die Therapie und auf die Dringlichkeit des Einsetzens von Maßnahmen. Die einfachste Beurteilung beschreibt drei Grade. Sie ist für eine klinische Beurteilung ausreichend.

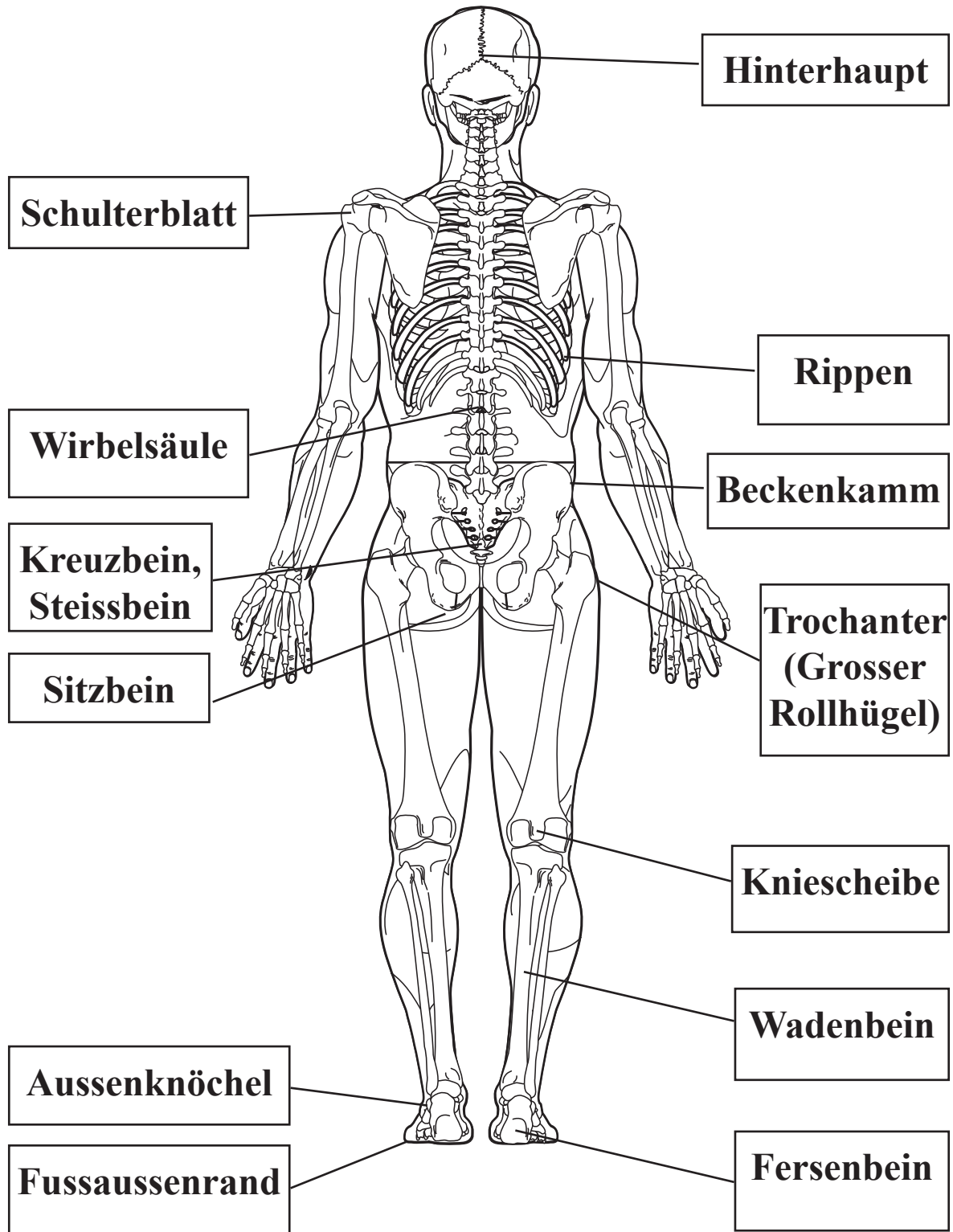
Liegt ein Druckschaden ersten Grades vor, so ist die Haut bleibend gerötet. Diese Rötung hat einen scharf abgegrenzten Rand. Die Haut erscheint dabei etwas erhaben als Zeichen einer Schwellung. Die Rötung sieht vergleichsweise aus wie ein begrenzter Sonnenbrand. Drückt man mit dem Finger darauf, kann man



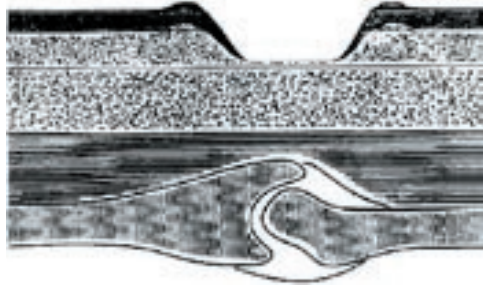
Grad 1: Rötung, die nach 2 Stunden nicht abgezogen ist

die Rötung wegdrücken. Die Stelle wird weiß

Dekubitus-gefährdete Hautstellen



und rötet sich sofort wieder, wenn der Finger weggezogen wird. Im Prinzip bedeutet das, daß die Durchblutung der Haut erhalten und sogar vermehrt ist, d.h. ein Weichteilschaden



Grad 2: Oberflächliche Hautschädigung, offen oder mit einer Blase

ist noch nicht eingetreten. Man kann diesen Zustand als ein Warnsignal auffassen.

Ein Druckschaden zweiten Grades liegt vor, wenn oberflächliche Hautschichten bereits abgestorben sind. Dies sieht aus wie eine Brandblase oder wie der Wundgrund nach der Entfernung der Blase. Man findet also ein auf Berührung leicht blutendes offenes Gewebe vor.

Ein Schaden dritten Grades besteht dann, wenn die gesamte Haut und das darunter liegende Gewebe betroffen sind. In der Regel ist die Haut schwarz verfärbt. Sie sieht aus wie altes Leder. Ist dieses Stadium schon überschritten und die oberflächliche tote Haut abgestoßen, so findet sich ein Weichteilkrater,



Grad 3: Schädigung aller Gewebeschichten

der entweder noch sehr eitrig aussieht, totes Gewebe beinhaltet oder auch schon sich in Säuberung befinden kann, je nach Zustand oder Alter des Entzündungsgeschehens. Diese Defekte können bis an die Gelenke oder an die Knochen heranreichen und diese in den

Eiterungsprozeß mit einbeziehen. Ein gefährlicher Zustand, der meist auch mit hohem Fieber verbunden ist.

Die Behandlung von Druckschäden

In Abhängigkeit von der Ausprägung des Druckschadens wird unterschiedlich therapiert. Bei einem erstgradigen Schaden (siehe oben) muß darauf geachtet werden, **ob die Rötung innerhalb von zwei Stunden abklingt**. Tut sie das nicht, wird diese Stelle so lange entlastet, bis die Rötung verschwunden ist. Das bedeutet, daß bei einer Rötung der Gesäßregion z.B. , der Rollstuhl nicht genutzt werden darf. Im Bett ist das Liegen auf den nicht betroffenen Seiten notwendig. Mit der notwendigen Konsequenz kann ein solcher Schaden zu Hause ausgeheilt werden.

Auch ein Schaden zweiten Grades kann noch konservativ behandelt werden mit einer ausreichend konsequenten Entlastung für die Zeit, in der sich das offene Gewebe wieder überhäutet. Auch hier sind entsprechende Lagerungstechniken anzuwenden, bis die Abheilung eingetreten ist. Eine zu frühe Belastung verstärkt den Druckschaden wieder und macht das bisherige Ergebnis zunichte.

Eine drittgradige Schädigung ist in der Regel nicht mehr konservativ auszuheilen. Es kommt selbstverständlich auch über längere Entlastungen und Liegezeiten zu einer Abstoßung der Weichteile und einer nachfolgenden Vernarbung der Defekte. Dies dauert allerdings lange und erzeugt eine schlecht belastbare Narbe, die gegen neue Druckschäden sehr empfindlich ist. Insofern muß der Sinn der Therapie darin bestehen, wieder belastbare Weichteilverhältnisse herzustellen, was nur über die Verschiebung oder Verschwengung von gesunden Weichteilen aus der Umgebung erreicht werden kann. Das sind Eingriffe der plastischen Chirurgie, die von Spezialisten durchgeführt werden müssen, weil das Verschwenken von Weichteilen in Abhängigkeit von deren Durchblutung durchgeführt werden muß, da sonst auch

hier wiederum das Absterben der Weichteile droht. Ist z.B. auf der einen Hüftseite ein tiefer Defekt entstanden, so wird die operative Therapie darin bestehen, den Weichteilkrater auszuschneiden, den darunterliegenden, meist auch betroffenen Knochen anzufrischen. Dann wird der entstandene große Defekt mit einem Muskelweichteillappen aus der Oberschenkelregion, der über sein zentrales Gefäß weiterhin ernährt bleibt, verschlossen. Dazu muß dieser Lappen, der ca. handflächengroß ist, insgesamt ausgeschnitten werden bis auf die Gefäßzufuhr. Dann wird er so geschwenkt, daß er dem Defekt eingenäht werden kann. Dieses ist nur ein Beispiel für eine der zahlreichen Operationen, die je nach Lokalisation des Weichteildefektes vorgenommen werden müssen.

Vor der Operation gilt es die Durchblutung zu verbessern. Dazu muß der Patient eine Woche in einem Spezialbett liegen, das eine komplette Druckentlastung gewährleistet. Nach der Operation muß er noch weitere 16 bis 18 Tage in diesem Spezialbett verbleiben, bis die Wunde abgeheilt ist. Anschließend wird ein vorsichtiges Belastungstraining im Rollstuhl begonnen. Dazu muß der Patient zunächst in ein normales Bett auf eine Spezialmatratze. Anschließend wird er im Rollstuhl mobilisiert, zunächst nur zweimal eine Viertelstunde am Tag. Wenn diese Belastung vertragen wird, kann man die Zeiten täglich steigern, bis die volle Sitzfähigkeit erreicht ist. Insgesamt sind mit diesem Vorgehen stationäre Aufenthalte von Wochen verbunden.

Verhütung von Druckgeschwüren

Beobachtung

Das Hauptziel der Behandlung von Druckgeschwüren sollte eigentlich darin bestehen, keine zu bekommen. Dazu bedarf es einer regelmäßigen sorgfältigen Kontrolle der Weichteile im gelähmten Körpergebiet. Morgens und abends müssen die Regionen der Belastung sorgfältig untersucht werden. Man braucht dazu einen Spiegel, um genau nachsehen zu können. Sind irgendwo die Anzeichen einer beginnenden Druckschädigung zu erkennen, muß sorgfältig entlastet werden bis eine Abheilung stattgefunden hat.

Kleidung

Man muß sehr darauf achten, daß die Kleidung korrekt angezogen ist, dass sich keine größeren Falten im Belastungsgebiet befinden, keine starken Nähte und auch keine Tascheninhalte. Nicht selten führen Geldbeutel in der Gesäßtasche oder Schlüsselbunde, die unbeachtet über längere Zeit einen Druck ausgeübt haben, zur Schädigung. Auch zu enge Kleidung und Schuhe sind eine Gefahrenquelle. Von Vorteil ist es auch, nach Möglichkeit auf Kunstfasern zu verzichten.

Blase und Darm

Wichtig ist es zudem, Blasen- und Darmentleerung zu regeln, damit möglichst keine Windeln getragen werden müssen. Windeln verursachen eine feuchte Kammer, in der die betroffenen Weichteile besonders gefährdet sind, weil sie nicht genügend trocken gehalten und abgehärtet werden können.

Entlastung

Zusätzlich muß man regelmäßig eine Entlastung durchführen, weil im gelähmten Gebiet der Druck nicht rechtzeitig verspürt wird. Man muß sich im Rollstuhl für einige Sekunden anheben und dann möglichst in einer anderen Position wieder niederlassen. Solche Entlastungsmanöver müssen halbstündlich

durchgeführt werden. Für die Nacht ist die Bettlagerung zu bedenken. Meistens muß man sich umlagern, um einen längerdauernden Druck auf eine einzelne Körperregion zu vermeiden. Kann man diese Drehung nicht selbst vornehmen, bedarf man der Hilfe. Die Alternative ist eine Spezialmatratze, die den Druck so verteilt, daß ein Durchliegen für die ganze Nacht möglich wird. Bei empfindlichen Weichteilen im Bereich des Gesäßes ist auch eine Spezialkissenversorgung für den Rollstuhl mit dem behandelnden Arzt zu besprechen. Neben allen Hilfsmittelmöglichkeiten muß aber ganz im Vordergrund die eigene Kontrolle und die eigene Wachsamkeit angesiedelt werden.

Jeder Mensch mit einer Querschnittlähmung muß um das Risiko eines Druckgeschwüres wissen und sein Leben danach einrichten, was keineswegs bedeutet, daß man an Aktivität einbüßen muß. Sorgfältige Körperkontrolle und insbesondere auch das Sich-Zuständig-Fühlen für die gelähmten Körperabschnitte sind wesentliche Bedingungen der Vorbeugung. Magda Ketelhut, die lange Jahre als Stationsleitung für die Betreuung der Querschnittgelähmten im Hamburger Zentrum zuständig war, formuliert das so: Wenn alle Querschnittgelähmten oder ihre Betreuer gleiche Sorgfalt auf die Beachtung und Pflege der gelähmten Körperteile aufbringen würden wie für ihr Gesicht, gäbe es viel weniger Druckgeschwüre!

Daneben gibt es die Kontrolle und Beurteilung durch kompetente Ärzte. Befragt werden muß der Hausarzt oder der betreuende Kinderarzt. Ansonsten finden sich Mediziner der regionalen Querschnittgelähmten-Zentren, die im Falle eines zweifelhaften Befundes aufgesucht und befragt werden sollten. Es ist besser, einmal zu früh zu fragen, als einmal zu spät, denn Druckgeschwüre sind bei entsprechender Vorsicht vermeidbar.

Inhalt und Wirkung von Pflegemitteln auf der Haut

Vehikel	Eigenschaft/Inhalt	Wirkung auf der Haut
1. Flüssige Form		
Alkoholische Lösung	Gemisch aus Äthanol, Isopropanol, Trägersubstanzen für Zusatzstoffe	Kühlend, entfettend, austrocknend, Rückfettung zwingend erforderlich
Ölige Lösung	Körperöle gewonnen aus Oliven, Avocado, Mandeln, Lebertran	Aufweichen von Auflagerungen. Rückfettung trockener Haut, okklusive (abdeckende) Wirkung: nicht auf gereizter/nässender Haut
2 Feste Form		
Puder	Anorganische Stoffe (u. a. Zinkoxyd, Titanoxyd, Talkum), organische Stoffe (u. a. Stärke),	Austrocknend, da Entzug von Wasser und Fetten, Kühlend, astringierend (zusammenziehend), Sekret aufnehmend. Verkrümeln bei feuchter Hautsekretion.
3 Halbfeste Form		
Salben	Wasserfrei, lipophil, (=wasserabstoßend) Bestandteile: tierisch / pflanzlich (u. a. Erdnuß-, Olivenöl, Schweineschmalz, mineralische Öle/Fette (Paraffine), Silikon, Wachs (Bienenwachs).	Abdeckend, hemmt die Abgabe von Feuchtigkeit: Behindert somit Wärmeabgabe und Verdunstung, verursacht Feuchtigkeitsstau und Quellung der Hornschicht mit nachhaltiger Hydratation wasserabweisend, nicht abwaschbar
Pasten	Wasserfreie, lipophile (=fettlösend, wasserabstoßend) Grundlage mit 10% igem Pulveranteil, Weiche Pasten: stärker fettend.	Kühlend, austrocknend, sekretbindend, abdeckend. Nur mit Öl entfernbar.
Lipophile Creme (Wasser/Öl)	Ca. 30% Wasseranteil. Emulgatoren, u. a. Wollwachsalkohol, Glyceringlycol, Cholesterin.	Hoher Fettanteil führt der Haut Feuchtigkeit zu und hält eigene Hautfeuchtigkeit zurück. Luftdurchlässigkeit durch Wasseranteil garantiert den notw. Wärmeaustausch. Einfluß auf die Haut bzgl. Tiefenwirkung stärker als bei Öl
Hydrophile Creme (Öl/Wasser)	Ca. 70% Wasseranteil Emulgatoren, u. a.: PEG und Derivate, Natriumlaurylsulfat enthält z.T. wasserbindende Feuchthaltemittel wie Glycerin, PEG Harnstoff, Kochsalz, Bienenwachs	Kühlend. Mit Wasser abwaschbar. Hoher Wasseranteil verursacht Quellung der Hornschicht und vergrößerte Oberfläche: Dies bedingt starke Verdunstung körpereigener Flüssigkeit und nachhaltige Austrocknung.

Hautpflege

Eine gut gepflegte Haut ist widerstandsfähiger/ belastbarer als eine schlecht gepflegte!

Wasser: Bereits Wasserkontakt greift den Hautschutzmantel an. Warmes Wasser löst diesen stärker als kühleres. Duschen ist dem langen Verbleiben im Wannenbad vorzuziehen.

Seife: Nach Möglichkeit ph-neutral mit rückfettenden Substanzen, ohne Parfümierungs- und Konservierungsstoffe. Um das natürliche Hautmilieu nicht zu sehr anzugreifen, sollte mit Seifen grundsätzlich sparsam umgegangen werden, da bereits das Wasser die Hautflora und das Hautmilieu beeinflusst.

Ölbäder: Bei sehr trockener Haut bis zu zwei Mal pro Woche *Lotionen/ Cremes* – (Wasser in Öl – Präparate) benutzen. Sie bewirken, daß ein guter Fett- und Wassermantel über die Haut gezogen wird und diese so vor dem Austrocknen schützt.

Haut-auf-Haut-Regionen sollten trocken gehalten werden. Bei Hornhautbildung an Händen und Füßen besteht die Gefahr von Druckstellen unter der Hornhaut.

Grundsätzlich sollten folgende Präparate keine Verwendung finden:

Puder - wird feucht und krümelt

Melkfett / Vaseline - verstopft die Hautporen, verhindert den Wärmeaustausch

Franzbranntwein - trocknet die Haut aus.

Sexualität bei Para- und TetraplegikerInnen

Einige Tips und Erklärungen für Betroffene und Mitbetroffene

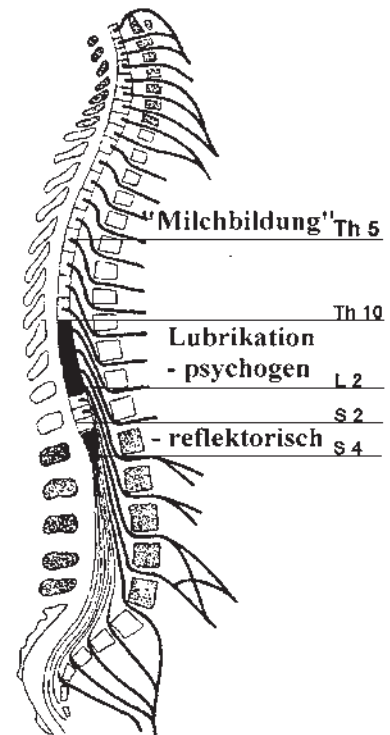
Die Erfahrung, Sexualität nicht mehr so leben zu können wie vor dem Unfall oder der Erkrankung, bedeutet für die Querschnittgelähmten und ihre PartnerInnen zuerst einmal eine seelische Belastung und Herausforderung. Je nach Höhe und Ausprägung der Rückenmarkschädigung können unterschiedliche sexuelle Funktionen betroffen sein.

Funktionelle Einschränkungen in Abhängigkeit von der Lähmungshöhe

Der Übersichtlichkeit halber beschreiben wir hier nur die Situation bei kompletter Lähmung. Ist die Lähmung inkomplett, treten die genannten Symptome nur teilweise oder abgeschwächt auf. Grundsätzlich unterscheiden wir Reflex-Erektionen/Ejakulationen (sie werden über nervliche Reflexbögen durch Stimulation unterhalten bzw. ausgelöst und sind von erotischen Gedanken und Gefühlen unabhängig) von psychogenen Erektionen/Ejakulationen (sie werden durch erotische Gedanken und Gefühle unterhalten bzw. ausgelöst). Zum besseren Verständnis der Anatomie und Neurophysiologie sind alle Daten auf dem Schema zusammengefasst (siehe Seite 11).

a) Lähmung oberhalb TH 10

Eine gute Reflex-Erektion (sie dauert solange an, als an Glied oder Klitoris direkt stimuliert wird) ist möglich. Auch eine Reflex-Ejakulation (manuell oder durch spezielle Geräte provoziertes Samenerguss) ist möglich. Der Orgasmus wird eher unangenehm empfunden. Bei Lähmung oberhalb TH 6 ist statt des Orgasmus autonome Dysreflexie (Hyperaktivität des autonomen Nervensystems) zu erwarten. Ihre Zeichen sind: hämmernde und an Intensität zunehmende Kopfschmerzen, übermäßiges Schwitzen, Übelkeit und heftiges Frösteln. Wenn Sie solche Symptome feststellen, müssen Sie das Sexualspiel unterbrechen und eine aufrechte Körperhaltung einnehmen. Sollten die Sym-



ptome nicht umgehend abklingen, rufen Sie den Arzt/die Ärztin.

b) Lähmung zwischen TH 10 und L 2

Wenn eine Aussparung des sakralen Rückenmarks besteht (d.h. die Schmerzempfindung im Genitalbereich ist ganz oder teilweise erhalten), ist Reflex-Erektion möglich, Ejakulation dagegen ist unwahrscheinlich. Besteht keine solche Aussparung (Schmerzempfindung im Genitalbereich fehlt, sind weder Erektion noch Ejakulation wahrscheinlich).

c) Lähmung unterhalb L2

Wenn eine Aussparung des sakralen Rückenmarks besteht, sind psychogene und/oder Reflex-Erektionen von eher schlechter Qualität möglich. Die Ejakulation erfolgt, wenn überhaupt, frühzeitig. Der Orgasmus kann normal oder vermindert empfunden werden. Wenn keine Aussparung des sakralen Rückenmarks besteht, ist die psychogene Erektion von schlechter Qualität. Psychogene Ejakulationen sind möglich, aber eher frühzeitig und schwach. Der Orgasmus wird ebenfalls normal oder vermindert empfunden.

d) Alle kompletten Lähmungen

Unterhalb des Lähmungsniveaus fehlt die Empfindungsfähigkeit auf der Haut. Je nach vorhandener oder fehlender sakraler Aussparung ist sie an den Genitalien teilweise oder ganz verloren.

Aller Anfang ist schwer

Es ist verständlich und in keiner Weise Ausdruck persönlichen Versagens, dass die Erfahrung solcher Veränderungen und der damit verbundene seelische Stress sowohl für die Querschnittgelähmten, wie auch für deren SexualpartnerInnen zuerst einmal den Umgang mit Sexualität erschweren kann. Manche Betroffene und Mitbetroffene fühlen sich hilflos und kämpfen mit Frust, statt dass sie Lust erfahren. Oft müssen sich Paare regelrecht zusammenraufen, wollen sie nicht Gefahr laufen, das sexuelle Interesse aneinander zu verlieren.

Der Lust eine Chance geben

Die neue Situation verlangt als erstes die Bereitschaft und Fähigkeit der Beteiligten, die neu eingetretene Situation gemeinsam offen und unvoreingenommen anzuschauen. Machen Sie sich allein oder gemeinsam mit dem/der Partnerin auf Entdeckungsreise nach neuen erotischen Erfahrungen und



vielleicht noch unbekanntem erogenen Zonen. Sich spüren und berühren, erotisches Streicheln, damit können Sie schlummernde Potentiale anzapfen.

Am Anfang stehen Ruhe und Entspannung

Entleeren Sie zuerst einmal, um die Gefahr störender Inkontinenz zu verhindern oder zumindest einzudämmen, Ihre Blase mög-

lichst vollständig. Gönnen Sie sich Ruhe und entspannen Sie sich. Vielleicht hilft dazu eine Massage oder ein warmes Bad. Nehmen Sie im Bett oder wo auch immer eine möglichst bequeme und spasmuslindernde Lage ein. Sorgen Sie für eine Lagerung, die Ihnen ein Optimum an Handlungs- und Bewegungsfreiheit lässt.

Ihre Haut, erotisches Land ungeahnter Möglichkeiten

Warten Sie, spüren Sie. Ihre Haut, nicht das Glied, die Brüste oder die Scheide stehen im Mittelpunkt. Die Haut ist weich, warm und geschmeidig. Sie bedeckt den ganzen Körper. Erfahren Sie Härchen und Poren, Falten und Grübchen. Erleben Sie Duft und Geschmack des eigenen Körpers und dessen der Partnerin oder des Partners. Stellen Sie fest, wo und wie Sie es gerade lieben, berührt zu werden und wo es vielleicht gerade unangenehm ist. Geniessen Sie die kleinen Schauer, die über Ihren Körper laufen. Lassen Sie den Partner/die Partnerin wissen, wie Sie das Streicheln empfinden. Geben Sie sich Zeit. Erwarten Sie nicht von sich oder dem Partner/der Partnerin, dass sich alle Berührungen wohlig anfühlen. Sie haben Ihre eigene Methode, Ihren eigenen Rhythmus. Benutzen Sie zum Streicheln Finger, Hände, Zunge, Lippen, und was auch immer Ihnen einfällt.

Der nächste Schritt

Wenn Sie Ihre erogenen Zonen besser kennengelernt haben und Ihnen Ihr Körper vertrauter geworden ist, können Sie weitergehen. Nun dürfen Sie auch die Genitalien des Partners/der Partnerin streicheln und liebkosen. Gehen Sie aber immer nur soweit, wie es Sie selbst und die Partnerin/den Partner nicht stört. Versuchen Sie davon Abstand zu nehmen, gleich an die Erektion, das Feuchtwerden oder den Geschlechtsverkehr zu denken. Warten Sie ab, wie sich das Ganze entwickelt.

Hilfsmittel als sexuelle Bereicherung

Wenn Sie und Ihre Partnerin/Ihr Partner Lust auf Geschlechtsverkehr verspüren und feststellen, dass Ihre körperlichen Möglichkeiten dafür nicht ausreichen, berät Sie der Urologe gerne über therapeutische Hilfen und deren Anwendungen. Es gibt Vibratoren, Vacuums-

systeme, Penisprothesen sowie Medikamente und Spritzen, mit deren Hilfe trotz der Lähmung eine Erektion erzielt werden kann. Auch Gleitcremes zur Befeuchtung der Scheide sind erhältlich.

Intimität und Pflege

Wenn Sie infolge Ihrer Behinderung pflegerische Hilfe im Intimbereich benötigen, so empfehlen wir, wenn immer möglich, eine andere Person als den/die Partnerin damit zu beauftragen. Die pflegerische Hinwendung des/der Partnerin auf Ihren Körper kann nämlich dessen/deren Lust auf Sex mit Ihnen stören.

Kinderwunsch / Fruchtbarkeit / Schwangerschaft

a) Verhütungsmittel

Für den behinderten Mann, dem Geschlechtsverkehr möglich ist, ist das Kondom das Verhütungsmittel der Wahl. Behinderte Frauen dürfen grundsätzlich alle gängigen Verhütungsmittel anwenden, jedoch empfehlen wir dringend eine individuelle Beratung durch den/die UrologIn, damit eventuelle Vorsichtsmassnahmen und Risiken besprochen werden können.

b) Menstruation

Eine vorübergehende Unterbrechung der Monatsblutung, eventuell mit einer Abbruchblutung direkt nach Lähmungseintritt, ist üblich. Spätestens nach einigen Monaten normalisiert sich die Regelblutung jedoch wieder. Tampons können ohne Gefahr benutzt werden.

c) Mutterschaft I Vaterschaft

Sie können auch als querschnittgelähmte Frau Mutter werden. Wir empfehlen Ihnen jedoch, Ihre Schwangerschaft durch den/die ParaplegiologIn begleiten zu lassen. Insbesondere Tetraplegikerinnen bedürfen während der Schwangerschaft einer engen ärztlichen Überwachung. Gegen Ende der Schwangerschaft treten Blasen- und Inkontinenzprobleme häufig auf. Auch Kaiserschnittgeburten sind eher zu erwarten als bei nichtbehinderten Frauen.

Auch als querschnittgelähmter Mann können Sie, mit Ausnahmen, Vater werden. Sollte bei Ihnen behinderungsbedingt ein Samenerguss manuell nur schwer oder gar nicht auslösbar sein, kann dieser unter Umständen durch spe-

zielle Techniken (z.B. Vibromassage) erreicht werden. Der so gewonnene Samen wird dann in die Vagina der Partnerin eingeführt. Bei häufigen Blaseninfekten kann die Samenqualität jedoch stark vermindert sein. Das Vorgehen bei Schwierigkeiten erklärt Ihnen Ihr(e) ParaplegiologIn.

Die Autoren:

Frau Dr. B. Schurch, Oberärztin, ist spezialisiert in Fragen der Urologie, Sexualität und Schmerzbehandlung.

Herr lic. phil. D. Stirnimann, Psychologe FSP, berät Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen in der Rehabilitationsarbeit.

Beide sind am Schweizerischen Paraplegikerzentrum Balgrist, Zürich, tätig.

Anmerkung: Die hier wiedergegebenen medizinischen Einschätzungen decken sich nicht in allen Punkten vollständig mit unseren Erfahrungen im BUKH.

Dr. Harald Burgdörfer

Informationen zur Sexualität für die querschnitt- gelähmte Frau

Liebe Leserin,

hier findest Du einige Fragen, die am häufigsten von Frauen, die eine Querschnittslähmung erlitten haben, gestellt werden. Die Antworten darauf geben nur einen allgemeinen Überblick. Wenn Du mehr Informationen wünschst, oder genauer wissen willst, was gerade für Dich zutrifft, frage! Frage Deinen Stationsarzt, Deinen Urologen, Deinen Frauenarzt oder komm in unsere P & S - Sprechstunde (die Sprechstunde für Partnerschafts- und Sexualfragen). Es kann Dich einige Überwindung kosten, aber es lohnt sich! Je besser Du informiert bist, um so geringer sind Deine Ängste. Die Angst aber ist Deine größte Behinderung, gerade im Bereich der Sexualität. Suche auch das offene Gespräch mit Frauen, die schon mehrere Jahre querschnittgelähmt sind. Ihre sexuellen Erfahrungen müssen kein Maßstab für Dich sein. Sie können Dir aber Mut machen, Deine eigenen Erfahrungen zu sammeln.

1. Warum habe ich seit dem Unfall keine Periode mehr, wird sie wiederkommen?

Nach jedem schweren Schicksalsschlag (z.B. Scheidung, Tod eines nahen Angehörigen) oder heftiger Änderung Deiner äußeren Umstände (z.B. weite Reise) kann es zu einer Verzögerung oder zu einem Ausbleiben der Periodenblutung kommen. So kann es auch nach einer Querschnittslähmung bis zu 6 Monaten dauern, bis sich die Periodenblutung wieder einstellt, meistens genauso regelmäßig oder unregelmäßig wie vor der Lähmung.

2. Kann ich in der Zeit, bis meine Periodenblutung wiederkommt, schwanger werden?

Ja, Du kannst auch in dieser Zeit schwanger werden. Denn bereits vor der ersten Regelblutung reift meistens ein befruchtungsfähiges Ei in Deinen Eierstöcken heran. Hast Du also in dieser Zeit Geschlechtsverkehr, ist es wichtig, Dich vor einer ungewollten Schwangerschaft sicher zu schützen.

3. Kann ich denn als querschnittgelähmte Frau überhaupt Kinder bekommen?

Ja, selbst wenn Du eine komplette Querschnittslähmung hast und von Deinem Unterbauch und Deinen Genitalorganen gar nichts spüren solltest, sind Deine Möglichkeiten Kinder zu bekommen im Prinzip genauso gross wie vor Deiner Verletzung.

4. Kann ich als querschnittgelähmte Mutter denn Kinder aufziehen?

Ja, Kinder werden mit Liebe aufgezogen, nicht mit Armen oder Beinen. Es ist für die Kinder und Dich sehr hilfreich, wenn Du einen liebevollen und verständnisvollen Partner hast, der mit Dir diese Aufgabe teilen will. Dein Arzt kann Dir sagen, was nach der Querschnittslähmung bei einer Schwangerschaft zu beachten ist. Die Entscheidung aber, ob Du überhaupt Kinder haben willst oder nicht, kannst nur Du mit Deinem Partner treffen.

5. Welche Möglichkeiten der Empfängnisverhütung gibt es für eine querschnittgelähmte Frau, wenn sie (noch) keine Kinder haben will?

Im Prinzip kann sie bzw. ihr Partner jedes Verhütungsmittel benutzen. Das wichtigste ist, daß es ein (möglichst) sicheres Verhütungsmittel ist. Die sichersten Verhütungsmittel sind:

- a) Die Pille (Hormonpräparat)
- b) Die «Spirale» (Intrauterin-Pessar)
- c) Das Kondom (Präservativ)

6. Welches ist das beste Verhütungsmittel für mich?

Das kommt im wesentlichen auf Deine persönlichen Umstände und auf die Art Deiner Lähmung an:

a) Die Pille ist bei regelmäßiger Einnahme sehr sicher. Das Risiko, an einer Thrombose oder Embolie (Verstopfung von Blutgefäßen) zu erkranken, wird durch die Pille gering erhöht, je nach ihrem Anteil an Östrogenen (weibliche Sexualhormone). Das Risiko für Thrombose und Embolie wird weiterhin wesentlich beeinflusst durch Rauchen und/oder mangelhafte Bewegung.

Die aktive Beweglichkeit Deiner Beine ist durch die Querschnittlähmung eingeschränkt oder aufgehoben. Denke daran, daß das Rauchen zusätzlich das Thrombose- und Embolierisiko erhöht. Sprich deshalb mit Deinem (Frauen-) Arzt auch über Deinen Zigaretten-Konsum, bevor er für Dich das richtige Präparat auswählt.

b) Die „Spirale“ ist ein sicheres Verhütungsmittel, wenn sie an ihrem Platz (in der Gebärmutterhöhle) bleibt. Bei ihrem Einsatz sind daher regelmäßige Kontrollen ihres regelrechten Sitzes erforderlich. Gelegentlich führt sie zu einer Entzündung der Gebärmutter-schleimhaut. Diese macht sich üblicherweise durch Schmerz bemerkbar.

Bei fehlender Schmerzempfindung im Gebärmutterbereich ist daher auf andere Zeichen (vermehrte Spastik, erhöhte Körpertemperatur - ähnlich wie bei einer Blasenentzündung) zu achten.

Diese Verhütungsmethode kommt in erster Linie für Frauen in Betracht, die schon eine oder mehrere Geburten hinter sich haben. Bei ihnen gibt es deutlich seltener Probleme mit der „Spirale“ (Blutungsstörungen, Lageveränderungen, Entzündungen) als bei Frauen, die noch nicht geboren haben.

c) Kondome schützen bei richtigem Gebrauch nicht nur vor Schwangerschaft, sondern auch vor ansteckenden Geschlechtskrankheiten. Dieser zweite Gesichtspunkt kann für Dich ausschlaggebend sein, wenn Du häufiger den Partner wechselst. Überlasse die Verantwortung aber nicht nur dem Mann. Du kannst Dich nur sicher fühlen, wenn folgende Punkte

erfüllt sind:

1. Das Kondom darf nicht überaltert sein, das Gummi wird sonst spröde und reißt leicht ein (Vorsicht bei Automaten-Ware).

2. Das Kondom soll vorsichtig mit den Fingerkuppen über das männliche Glied gerollt werden, die Fingernägel können das dünne Gummi leicht verletzen!

3. Das Kondom muß sicher auf dem männlichen Glied sitzen, vor der Eichel muß jedoch ein kleiner Freiraum für die ausgespritzte Samenflüssigkeit bleiben.

4. Das Kondom muß rechtzeitig angelegt werden, vor dem ersten Einführen des Penis in die Scheide!

5. Auch als Frau solltest Du einen kleinen Vorrat an Kondomen bereithalten (alle 6 Monate austauschen).

Grundsätzlich kannst Du auch andere Verhütungsmittel (Scheidendiaphragma, Scheidenzäpfchen, Vaginalschaum oder Vaginalcreme) benutzen, wenn Dich nicht fehlende Fingerfunktion, starke Spastik o.ä. am Einführen hindern. Ist Dir Dein Partner sehr vertraut, kann er Dir natürlich auch dabei behilflich sein.

7. Wenn ich und mein Partner mit Sicherheit nie mehr Kinder haben wollen, können wir dann auch auf andere Weise eine Schwangerschaft verhüten?

Ja, z.B. durch einen operativen Eingriff, die Sterilisation bei einem der beiden Partner.

Wird sie beim Mann vorgenommen, werden ihm beide Samenleiter durchtrennt. Der Hormonhaushalt des Mannes ändert sich dadurch nicht, er bleibt ein „richtiger Mann“. Da der Eingriff körperlich kaum belastet, muß man dazu meist nur für einige Stunden ins Krankenhaus.

Läßt sich eine Frau sterilisieren, werden ihr die Eileiter verschlossen. Dazu muß mit einem Krankenhausaufenthalt von einigen Tagen gerechnet werden. Durch die Sterilisation wird auch bei der Frau der Hormonhaushalt nicht verändert, sie hat weiterhin ihre Periodenblutung.

8. Kann ich ohne Gefühl in der Scheide überhaupt Lust empfinden am Sex?

Ja, auf jeden Fall. Viele querschnittgelähmte Frauen bekommen sogar einen Orgasmus, andere haben auch ohne Orgasmus ihre Freude und ihre Lust am sexuellen Erleben.

Wenn Du für einen Teil Deines Körpers (z.B. den Unterleib) das Gefühl verloren hast, steigt oft das Empfindungsvermögen im ungelähmten Bereich, und damit auch in anderen „erogenen Zonen“ (das sind die Körperpartien, deren Berührung durch Streicheln, Druck, Küssen oder andere Liebkosungen angenehme sexuelle Gefühle bis hin zum Orgasmus auslöst). Ob das bei Dir die Brüste, die Brustwarzen, die Achselhöhlen, Teile des Rückens, der Po, der Nacken, die Ohrläppchen oder die Nasenspitze sind, kannst Du in spielerischer Weise mit Deinem Partner erproben. Die Erfahrung zeigt, daß eine häufige Bevorzugung bestimmter erogener Zonen die Empfindsamkeit und damit die Lust und Freude an deren Berührung steigert.

9. Ist es wichtig einen Orgasmus zu bekommen?

Ob Du einen Orgasmus bekommst oder nicht, ist völlig egal, wenn Du Dein Sexualeben so gestaltest, daß es Dir Spaß, Freude oder Befriedigung bringt. Die meisten Frauen mit einer Querschnittlähmung haben dies nach einer gewissen Zeit erreicht, und Du wirst es auch tun.

10. Kann ich trotz Querschnittlähmung meinen Partner befriedigen?

Ja, auf jeden Fall. Aber wichtig ist zunächst, daß Du Dich beim Sex absolut wohl fühlst und lernst, Deinem Partner mitzuteilen, was Dir jetzt nach Deiner Querschnittlähmung gefällt, was Dir Spaß macht oder was Du weniger magst. Vielleicht ist Dir zunächst körperliche Nähe, Streicheln, Zärtlichkeit oder nur im Arm gehalten werden viel wichtiger als eine körperliche Vereinigung.

Wenn Du Deinem Partner offen Deine Wünsche mitteilst, ermutigst Du ihn gleichzeitig, Dir auch seine Vorlieben oder Abneigungen anzuvertrauen.

11. Wenn ich kein Gefühl in der Scheide habe, kann ich beim Geschlechtsverkehr verletzt werden?

Nein, das ist im höchsten Grade unwahrscheinlich. Die Scheidenwand ist sehr elastisch und kann den gleichen Druck und die gleichen Stöße vertragen wie vor der Lähmung. Sag es Deinem Partner ausdrücklich. Mit seinem Penis, seinen Fingern, seiner Zunge kann er Dich kaum verletzen, höchstens durch harte oder scharfkantige Gegenstände. Aber daran wirst Du bei fehlendem Scheidengefühl wohl wenig Interesse haben.

12. Läßt sich das fehlende Gefühl in der Scheide kompensieren?

Probiere aus, ob es Dir z.B. Spaß macht, in einem Spiegel zu beobachten, wie Dein Partner Dich im Intimbereich streichelt oder berührt.

Ob Dein Partner zum Höhepunkt gelangt ist und Samen ausspritzt, kannst Du bei fehlendem Scheidengefühl auch über seine Körperspannung, Bewegung, Atmung oder, wenn Du ihn vorher darum bittest, durch seine Mitteilung erfahren.

Männer können aber nicht nur in der weiblichen Scheide zum Höhepunkt kommen. Probiert einfach aus, welche Möglichkeiten Euch sonst noch offen stehen.

13. Wird auch nach der Querschnittlähmung bei sexueller Erregung oder Berührung meine Scheide feucht?

Bei den meisten Lähmungsformen: ja. Nur sehr tiefe Lähmungen (z.B. das sogenannte Cauda-Syndrom) verhindern ein Feuchtwerden der Scheide. Es kann aber auch bei ein und derselben Person einmal die Scheide feucht werden, ein anderesmal nicht. Da eine trockene Scheide für Dich oder Deinen Partner unangenehm sein kann, ist es gut, ggf. ein Gleitmittel zu verwenden. Du kannst dazu ein spezielles Scheidengleitmittel aus der Apotheke (z.B. Lubricano®, Gleitgelen®) nehmen, nur im Ausnahmefall ein Kathetergleitmittel (z.B. Endosgel®).

14. Gibt es spezielle Positionen für den Geschlechtsverkehr Querschnittgelähmter?

Nein, da kann ich Dir als Arzt keinen speziellen Ratschlag geben. Nimm Dir die Freiheit, auszuprobieren, welche Stellungen Dir die meisten Möglichkeiten und die größte Befriedigung beim Geschlechtsverkehr bieten. Höhe und Ausmaß Deiner Lähmung, Spasmus, Schmerz, Kontraktionen oder andere körperliche Einschränkungen sind hier viel entscheidender, als ein allgemeiner ärztlicher Rat.

15. Kann ich verhindern, daß sich während des Geschlechtsverkehrs meine Blase oder mein Darm unfreiwillig entleert?

Die Sorge darüber teilst Du mit fast jeder querschnittgelähmten Frau. Wenn Du Dich richtig vorbereitest, ist es ein seltenes Ereignis, aber ausgeschlossen ist es nie. Daher mein Rat: Leere vor dem Intimverkehr Deine Blase so gründlich, wie es nur eben geht, am besten sogar durch Katheterisieren, falls Du das gelernt hast. Sei auch sicher, daß Dein Enddarm gut geleert ist und Deine übliche Abführzeit noch mindestens 12 Stunden vor Dir liegt. Bereite den Platz für den Intimverkehr (z.B. Bett, Sofa, Teppich) durch saugfähige Unterlagen, bereitliegende Handtücher o.ä. so gut vor, daß selbst eine unfreiwillige Blasen- oder Darmentleerung das Zusammensein mit Deinem Partner so wenig wie möglich (durch Putzarbeiten u.ä.) stört. Deine eigene Angst vor einem solchen Ereignis wird auch viel geringer, wenn Du vorher Deinen Partner darüber informiert hast, daß Du keine vollständige Kontrolle über Blase und Darm hast.

Vielleicht hilft es Dir zu wissen, daß sogar eine erhebliche Anzahl nichtgelähmter Frauen gelegentlich Urin beim Geschlechtsverkehr verliert.

Sex war schon immer und ist auch heute noch eine wundervolle Sache, aber völlig sauber und trocken geht es dabei - auch ohne Querschnittlähmung - selten zu.

16. Zu welchen Zeiten sollte ich keinen Intimverkehr ausüben?

Intimverkehr solltest Du nur haben, wenn Du wirklich Lust dazu hast. Diese Lust wird erfahrungsgemäß geringer sein, wenn Du zu gehäuften unfreiwilligen Blasen- oder Darmentleerungen neigst, z.B. bei Durchfall oder akuten Blasenentzündungen. Dabei ist die Blase meist überreizt und entleert sich häufiger, als Du es gewohnt bist. Medizinisch gesehen ist jedoch auch bei einer Blasenentzündung ein Geschlechtsverkehr nicht bedenklich. Dein Partner wird sich nicht anstecken, selbst wenn er Deinen Intimbereich mit den Fingern, dem Mund oder der Zunge berührt.

Solltest Du jedoch die Erfahrung machen, daß Du grundsätzlich nach jedem Geschlechtsverkehr eine Blasenentzündung bekommst, sprich mit Deinem Hausarzt oder Urologen darüber.

17. Gibt es spezielle Ratschläge, die ich vor meinem ersten Intimverkehr beachten sollte?

Sei Dir zunächst klar darüber, ob Du nach Austausch von Zärtlichkeiten in sich steigendem Maße sicher bist, mit diesem Partner Geschlechtsverkehr haben zu wollen. Wenn Du Dir darin sicher bist, brauchst Du (und Dein Partner) neben den o.g. Vorbereitungen noch eine gute Portion Mut und Humor für dieses „Experiment“. Ein solcher erster Versuch nach einer Querschnittlähmung kann wie eine Komödie oder auch wie eine Tragödie enden. Vielleicht erinnert es Dich an Deine ersten Versuche im Schwimmen oder Radfahren. Niemand ist im voraus sicher, wie es ausgeht. Je höher die Erwartungen, um so größer ist häufig die Enttäuschung, insbesondere wenn Du mit Deinem Partner nicht vorher über Deine und seine Ängste vor diesem (für Euch beide noch ungewohnten) „ersten Mal“ nach der Lähmung gesprochen hast. Wahrscheinlich ist es auch für Deinen Partner ganz neu, Sex mit einer querschnittgelähmten Frau zu haben.

Seid beide geduldig, bewertet nicht die möglichen Enttäuschungen über. Es geht nicht darum, Leistungen zu erbringen oder bestimmte Ziele zu erreichen, sondern gemeinsam Spaß

zu haben. Genießt die Freude am gemeinsamen Erforschen und Ausprobieren. Wie auch immer das „erste Mal“ ausfällt, habt Vertrauen, daß es mit jedem Mal schöner werden kann. Auch wer Schwimmen lernen will, muß einmal den Mut haben ins Wasser zu springen. Das gute Gefühl kommt meist mit zunehmender Übung, positiven Erfahrungen und dem Nachlassen der inneren Anspannungen und Ängste.

Vergeßt nicht, Sex ist neben der Erfahrung von Lust und Erregung in erster Linie dazu da, um sich ganz nahe zu sein und Freude miteinander und aneinander zu haben. Schaut also, ob Euch Euer intimes Zusammensein diese Nähe und Freude gegeben hat, statt zu beurteilen, ob es „gut“ oder „mangelhaft“ war.

18. War das alles?

Nein, es gibt zu diesem Thema noch viele Fragen und Antworten. Komm in unsere „P & S - Sprechstunde“, die Sprechstunde für Partnerschafts- und Sexualfragen und sprich mit einem von uns über das, was Dich speziell interessiert oder Dir wichtig, vielleicht aber noch unklar ist.

Die hier gegebenen Antworten haben Dich sicherlich unzufrieden gelassen, wenn Du Dich erotisch vorwiegend zu Frauen hingezogen fühlst (also lesbisch bist), oder Dich von Männern und Frauen gleichermaßen angezogen fühlst. Dann hast Du andere Fragen und solltest die individuelle Beratung in unserer „P & S - Sprechstunde“ nutzen.

19. Was erwartet mich in der „P & S - Sprechstunde“?

Die Sprechstunde wurde eingerichtet, damit Du in aller Ruhe und ungestört Deine Fragen zu Partnerschaft und Sexualität stellen kannst. Dein Gegenüber - ein mit den Fragen Querschnittgelähmter seit Jahren vertrauter Arzt (Dr. Burgdörfer, Dr. Mach), eine Psychologin oder ein Psychologe (Martina Neikes, Hanno Kock) - haben dann Zeit für Dich. Wenn es Dir angenehmer ist, kannst Du aber auch mit jedem von ihnen einen Termin außerhalb der P & S - Sprechstunde vereinbaren.

Wann und wo die Sprechstunde stattfindet, erfährst Du durch Aushang am Informatio-

nsbrett Deiner Station. Du kannst auch nach Deiner Entlassung jederzeit die Sprechstunde in Anspruch nehmen, auch Dein Partner kann daran teilnehmen. Von auswärts erfährst Du die Termine im urologischen Sekretariat (Tel. 040/7306-2608 - Frau Aufegger).

20. Gibt es auch Literatur für Querschnittgelähmte?

Ja, z.B. das ausführliche Buch „...aber nicht aus Stein“ (s.u.). Es behandelt die medizinischen und psychologischen Aspekte von körperlicher Behinderung und Sexualität. Auch im Buch „Blasenlähmung“ gibt es Kapitel zur Sexualität querschnittgelähmter Frauen aus medizinischer und psychologischer Sicht.

Die Zeitschrift „Paraplegiker“ wird von Querschnittgelähmten für Querschnittgelähmte gemacht und beschäftigt sich mit allen Themen, die für Dich interessant sein können, auch mit Themen wie „Lust und Liebe“ (z.B. Heft 4/87 oder 2/95).

Das Taschenbuch „For yourself“ wendet sich an alle Frauen, nicht speziell an Querschnittgelähmte. Aber Du wirst dort wichtige Informationen und Hilfen für Dich finden.

Kompakten, informativen Text mit vielen sehr offenen Fotografien enthält der Band „Möglichkeiten körperlicher Liebe...“. Anhängend findest Du eine kleine Literaturliste. Kennst Du bessere, hilfreiche Bücher, laß es mich bitte wissen.

Eine Broschüre "Familie und Partnerschaft" mit vielen interessanten Artikeln Selbstbetroffener wird von der Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V. herausgegeben, s. unter www.fgq.de

Hamburg, 2005

Zusammengestellt unter Verwendung einer amerikanischen Vorlage von HOWARD B. LIEBGOLD, M.D. (Vallejo/Kalifornien) durch

Dr. Harald BURGDÖRFER, Ltd. Arzt der Abt. für Neuro-Urologie, Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg, Bergedorfer Str. 10, 21033 Hamburg, Tel. 040/7306-2607 - Fax 040/7306-2620

LITERATURVERZEICHNIS:

MOONEY, Th.O., COLE, Th.M., CHILGREN, R.A.:

„Möglichkeiten körperlicher Liebe für Paraplegiker, Quadriplegiker und Stomaträger“.

ISBN 3882391030

Rehabilitationsverlag, Roonstr. 30, 53175 Bonn, 1984, ca. € 22,90,—

STÖHRER, M., MADERSBACHER, H., PALMTAG, H. (Hrsg.)

„Neurogene Blasenfunktionsstörung, neurogene Sexualstörung“.

Springer, 1997, ca. € 109,95

ISBN 3-540-61216-5

HAEBERLE, E.J.:

„Die Sexualität des Menschen“

Handbuch und Atlas

Walter de Gruyter, Berlin - New York 1983

GARFIELD BARBACH, L.:

„For yourself“

Ullstein, Frankfurt/M., Berlin, Wien 1982

ca. € 7,95

ZILBERGELD, B.:

„Männliche Sexualität“

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

72070 Tübingen, Belthlestr. 15, 1983

ca. € 14,80,—

ASbH - Schriftenreihe „Ratgeber“

„Partnerschaft und Sexualität - ein Aufklärungsbuch für junge Menschen mit Spina bifida“.

ASbH-Eigenverlag, Münsterstr. 13, 44145 Dortmund, ISBN 3-9803513-2-7

DECHESNE, B., PONS, C., SCHELLEN, I.:

(z.Zt. leider vergriffen)

„...aber nicht aus Stein.

Beltz, Weinheim und Basel, 1981, ca. DM 22,—

SCHÖLER, L., LINDEMEYER, J., SCHÖLER, M.:

„Das alles soll ich nicht mehr können?“

Beltz, Weinheim und Basel, 1981

SANDFORT, Lothar:

"Hautnah - Neue Wege der Sexualität behinderter Menschen"

ISBN: 3930830302

AG-SPAK 2002 bei

www.leibi.de/spak-buecher

Holzheimer Strasse 7, 89233 Ulm

ca. € 14.-

Silke Boll, Theresia Degener, Carola Ewinkel:

"Geschlecht: Behindert. Besonderes Merkmal: Frau. Ein Buch von behinderten Frauen"

ISBN 3923126336

AG-SPAK 1994, bei

www.leibi.de/spak-buecher

ca. € 12,50.-

Es beginnt im Kopf:

Orgasmus ist nicht alles

Wird sexuelle Befriedigung nur am Orgasmus gemessen, erkennen wir nicht, daß Sex so vielfältig ist wie die Menschen selbst.

Sie sitzt in einem Straßencafé. Sie ist jung und attraktiv. Mannerblicke streifen sie wohlwollend und stoppen abrupt am Rollstuhl. Sie weiß, welche Gedanken ihrem Gegenüber jetzt durch den Kopf schwirren. Schon manchmal hat sie von Männern, die sich trauten zu ihr Kontakt aufzunehmen, früher oder später die teils schüchtern, teils verschämt gestellte Frage gehört: „Wie geht denn das mit dem Sex?“ Darüber ist sie nicht böse. Unsicherheit gegenüber Andersartigem ist schließlich eine normale menschliche Reaktion.

Heute, wo maßgeschneiderte Körper mehr denn je boomen, lässt sich Sexualität und Behinderung für manchen schwer verbinden. Frauen mit Handicap sind auf den ersten Blick kein Sexualobjekt. Das hat auch gute Seiten! Sigmund Freud, Begründer der Psychoanalyse beschrieb im letzten Jahrhundert die Libido oder sexuelle Energie als die Triebfeder jedes Menschen. Egal ob er alt, männlich, weiblich oder behindert ist, diese Kraft bestimmt laut Freud sein Leben. Trotzdem ist es noch immer kein allgemeines Wissensgut, dass jede Person, auch eine alte, kranke oder behinderte Sexualität besitzt und ein sexuelles Wesen ist. Behinderte gelten für viele noch als sexuelles Neutrum. Dabei beginnt Sex im Kopf und nicht in den Beinen! Für das Erleben und Leben von Sexualität spielt der Zeitpunkt der Eintritt der Behinderung ins Leben des Betroffenen eine große Rolle. Zudem findet Sexualität nicht im luftleeren Raum statt. Sie ist geprägt vom individuellen und gesellschaftlichen Umfeld. Liebe und Partnerschaft sind meist eng mit ihr verbunden. Gerade das Zusammengehören von Sex und Partnerschaft ist bekanntermaßen für Frauen schwerer zu trennen als für Männer. Das gilt besonders für

Menschen mit Handicap, verstärkt für Frauen mit Handicap.

Lust kennt viele Spielarten. Häufige, mechanisch auslösbare Oberflächensexualität bringt einer querschnittgelähmten Frau mit Sensibilitätsverlusten im Genitalbereich wahrscheinlich wenig Freude. Doch menschliche Sexualität birgt zum Glück eine Fülle von Fähigkeiten, Erotik, Spannung und Erregung zu fühlen. Wir Menschen verfügen außer der Möglichkeit uns körperlich zu erregen, über die Möglichkeit der emotionalen (gefühlsmäßigen) Erregung. Für viele Frauen ist Sex ohne diese Komponente gar nicht denkbar. Lust entsteht für sie eng gekoppelt an diese emotionale Erregbarkeit. Erotik aufbauen, Romantik und sanfter Sex kommt Frauenwünschen entgegen. Sex ist auch eine Frage von Stimulierung und Fantasie. Träume sind gefragt. Neue erogene Zonen können entdeckt und lustvoll besetzt werden. Zärtlichkeit, Kuschneln und Streicheln bieten tausend Möglichkeiten. Die meisten Frauen, behindert oder nicht, kommen beim Streicheln zu ihrem Höhepunkt, wenn es der Partner versteht, den Spannungsbogen so lange aufrecht zu erhalten. Zeit und Stimulierung ist der springende Punkt. An dieser Stelle gibt es viele Lernmöglichkeiten für Verliebte. Behinderte haben eine Chance, das eigentliche Wesen der Sexualität zu erfassen. Sie haben das Glück, aufgrund körperlicher Defizite, absurde Leistungsansprüche der „Ware Sex“ nicht erfüllen zu müssen. Da sind behinderte Frauen behinderten Männern gegenüber vielleicht im Vorteil. Ihnen kommt entgegen, dass Frauen generell nicht so stark genital orientiert sind wie Männer.

Tiefes inneres Erleben

Trotzdem können Frauen, die komplett sensibel gelähmt sind, genital wahrnehmen und haben somit genital orgastische Möglichkeiten. Dazu Gedanken aus einem Vortrag der Psychoanalytikerin Marina Gambaroff, den sie über die Sexualität von nicht behinderten Menschen hielt. Was sie beschreibt, ist auch für Männer und Frauen mit Sensibilitätsverlust im Intimbereich erfahrbar. Lust bedeutet für Gambaroff Eintauchen in kör-

perliche und seelische Innenräume. Schon die amerikanische Analytikerin Judith Kestenberg beschäftigte sich mit der inneren Genitalität (innergenitality) von Mann und Frau. Sie erinnert daran, dass beide Geschlechter innere und äußere Genitalorgane besitzen. Neben äußeren wie Brüsten, Schamlippen und Klitoris bilden bei der Frau Scheide, Gebärmutter und Eierstöcke die inneren Genitale. Ein Erleben und sich Bewusstwerden dieser inneren Anteile der Genitale ist eine Frage der Psyche. Das heißt, man muss bereit sein, einen Zugang zu seinem Körperinneren zu finden. Kann man dies, so hat man laut Gambaroff ein tiefes inneres Erleben von Sexualität. Und da ist der Unterschied zwischen einer querschnittgelähmten und einer „normalen“ Frau aufgehoben. Ob diese „Tiefensensibilität“ über die Bahnen des vegetativen Nervensystem ans Gehirn und somit ans Bewusstsein weitergeleitet wird, ist nicht gesichert. Allerdings spüren gerade Querschnittgelähmte intensiver als nicht gelähmte Menschen ihre Eingeweide wie Blase und Darm. Intensive Rückmeldungen des vegetativen Nervensystems sind bei ihnen nicht durch die normale Oberflächensensibilität überlagert, da diese ausgeschaltet ist. Beim sexuellen Höhepunkt fühlen sie wellenartig ansteigende Spannung, Pulsation und Wärme tief im Innern. Was landläufig als Orgasmus bezeichnet wird, ist ohnehin schwer in Worte zu fassen und zu beschreiben. Ob nun das innere genitale Fühlen durch das vegetative Nervensystem entsteht, oder durch die positive psychische Besetzung der inneren Organe dem Bereich emotionaler Erregbarkeit zuzuordnen ist, also „nur“ im Kopf stattfindet, bleibt offen. Für die Praxis ist diese Frage letzten Endes gleichgültig.

Dr. Margret Brehm aus: Paraplegiker 4/99

Sexualität aus der Sicht einer querschnitt- gelähmten Frau

Vortrag von
Frau Waltraud Stollwerk,
9. DMGP-Jahreskongreß
Dresden, 26.4.96

Zu meiner Person: Ich hatte vor 11 Jahren einen Motorradunfall mit einer Luxationsfraktur des 7. Brustwirbels und bin seitdem querschnittgelähmt: Eine komplette, spastische Paraplegie unterhalb von Th 6/7.

Was ich Ihnen jetzt erzähle, gilt für mich, nicht unbedingt für alle Paraplegikerinnen. Tetraplegikerinnen haben u.U. eine andere Sichtweise.

Ich bin froh, daß ich eine querschnittgelähmte Frau bin, und kein querschnittgelähmter Mann. Die Anforderungen, die die Gesellschaft an die Geschlechter stellt, sind von der querschnittgelähmten Frau leichter zu erfüllen. Die Grundlagen für mein selbstbestimmtes Leben, auch im Bereich von Partnerschaft und Sexualität, wurden während der Rehabilitation gelegt. In der Frühphase gibt es da drei wichtige Faktoren.

Einflußfaktoren in der Frühphase:

- **Medizinische Informationen**
- **Verhalten des Pflegepersonals und der Therapeuten gegenüber dem Patienten**
- **Erzählungen von erfahrenen Querschnittpatienten**

Zum ersten die medizinischen Informationen, sie werden in der Regel von Ärzten gegeben. Während meiner Reha gab es wöchentlich Informations- und Diskussionsstunden mit den unterschiedlichsten Themen zum Komplex Querschnittlähmung. Es wurde auch das Thema Sexualität behandelt. An den Inhalt des Vortrags habe ich nur noch vage Erinnerungen: etwa 15 Prozent geschlechts-

neutrale Informationen, 80 Prozent über medizinische und technische Möglichkeiten dem querschnittgelähmten Mann zu einem ordentlichen Beischlaf zu verhelfen und die restlichen 5 Prozent über die querschnittgelähmte Frau.

Die Informationen für Frauen waren:

- sie können Kinder bekommen
- es muß nicht unbedingt ein Kaiserschnitt sein.

Die fehlende Lubrikation der Scheide wurde ebensowenig angesprochen wie jede Art der Empfängnisverhütung. Ergibt Querschnitt plus Ovulationshemmer eine erhöhte Thromboseneigung? Ein Intrauterin-Pessar sitzt richtig, wenn man es nicht spürt. Bei mir „sitzt es immer richtig“! Auch die Befürchtungen eventueller Verletzungen während des Geschlechtsverkehrs wurden nicht erörtert.

Kompetente Gynäkologen gibt es nur vereinzelt, man kriegt während der Reha keinen zu Gesicht, höchstens die Telefonnummer mit dem Hinweis: wenn Sie irgendwelche Fragen haben, machen sie einen Termin aus. Das Problem war nur, daß ich zu diesem Zeitpunkt gar nicht wußte, was ich fragen könnte.

Der zweite Punkt ist das Verhalten des Pflegepersonals gegenüber den Patienten. In einem Krankenhausbett liegt nicht nur ein gebrochener Wirbel, sondern ein Mensch. Er ist nicht geschlechtslos, er hat Scham und für ihn beginnt ein neues Leben.

Schön war für mich das freundschaftliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Patienten. Es ersetzte ein bißchen die Clique zu Hause und gab dem Klinikalltag den Anstrich von Normalität. Und in dieser Normalität konnte ich auch eine junge Frau bleiben.

Woran ich mich noch sehr gut erinnern kann, ist die Selbstverständlichkeit, mit der Schwestern, Pfleger und Therapeuten davon ausgingen, daß eine Querschnittgelähmte in einer Partnerschaft oder Ehe lebt, und daß Sexualität da einfach dazugehört. Der Satz einer Schwester ist mir immer noch im Ohr. Als ich mir einmal, bei der dritten nassen Hose innerhalb eines Tages, einen Dauerkatheter wünschte, antwortete sie mir: „Willst Du Dich mit Deinem Freund mit einem Dauerkatheter

ins Bett legen?“

Was in Krankenhäusern prinzipiell nicht funktioniert, ist die Wahrung auch nur eines kleinen Teils der Intimsphäre. Die einzige Chance, die man als Patient hat, ist, sein Schamgefühl zu vergessen. Diese Situation ist allerdings nicht dazu angetan, mich in meinem Bewußtsein als Frau zu bestärken.

Der dritte, nicht zu unterschätzende Aspekt ist der Kontakt zwischen Frischverletzten und „erfahrenen“ Rollis. Die Selbstverständlichkeit, mit der viele ihr Leben mit Partner, Kindern und Beruf bewältigen, läßt die oft unüberwindbar erscheinenden Probleme kleiner werden und es erübrigen sich viele Fragen und Ängste.

Familiäre Situation in der Frühphase – Unterschiede

Verheiratet

- **Der Partner – Störfaktor und wichtige Bezugsperson**
- **Liebe oder Mitleid?**

Single

- **Zeitpunkt bestimmen**
- **Große Umstellung**

Ob man zum Zeitpunkt der Rückenmarksverletzung in einer Beziehung lebt oder nicht, wirft unterschiedliche Probleme auf. Mit Partner hat man weniger Zeit, das neue Körpergefühl zu lernen; der eigene Rhythmus wird gestört, da auch der Partner gewisse Erwartungen hat. Die Unterschiede fallen stärker auf- man hat so den direkten Vorher-Nachher-Vergleich, und die Unterschiede sind erst einmal negativ besetzt. Dafür hat man einen vertrauten Menschen, der einem sehr viel helfen kann und der auch eine ungeheure Motivation darstellt. Außerdem stellt sich wohl irgendwann die Frage: „Tue ich ihm leid oder liebt er mich?“

Wenn man vom Rolli aus eine Beziehung eingeht, kann man warten, bis der richtige Zeitpunkt gekommen ist und weiß, daß der Partner einen mit Rolli mag. Dafür gibt es dann viel Neues auf einmal, den Mann und die eigene Sexualität.

Entwickeln der neuen Sexualität

- **Kennenlernen des gelähmten Körpers**
- **Entstehen des neuen Körpergefühls**
- **Lösen von alten Vorstellungen**
- **Informieren des Partners**
- **Umgehen mit dem Verhalten Nichtbehinderter**

Sexualität kann nicht losgelöst betrachtet werden, sondern hängt ganz entscheidend vom eigenen Körpergefühl ab. Erst wenn man seinen gelähmten Körper wieder mag, ist Sexualität möglich. Und um seinen Körper zu mögen, muß man ihn kennen. Dazu gehören z.B. Blasentraining, mit der Spastik umgehen, aber auch übersetzen oder sich umdrehen und Zeit, viel Zeit. Ich brauchte etwa ein Jahr, bis ich in mir nicht nur eine Rollifahrerin oder eine Person in einer völlig veränderten Situation, sondern auch die Frau sah. Ich fühle mich als Frau, auch wenn einige Männer das nicht so sehen.

Als nächsten Schritt muß man sich von einigen Normen und Vorstellungen Nichtbehinderter lösen. Sie können aufgrund der körperlichen Möglichkeiten für Querschnittgelähmte nicht mehr gelten, da sie nicht erreichbar sind. Mit dem Laufen gibt es da relativ wenig Probleme. Es ist allen Rollifahrerinnen klar und stellt auch kein gravierendes Defizit dar, daß sie nicht mehr gehen können. Sie können sich aber sehr wohl alleine fortbewegen - und das ist ja auch das Ziel. Das gleiche Umdenken ist im Bereich der Sexualität notwendig. Ich kann keinen genitalen Orgasmus mehr haben, empfinde aber durchaus Verlangen und Befriedigung.

Es gibt für mich bei der Sexualität keinen qualitativen Unterschied vor und nach dem Querschnitt, es ist einfach nur anders. Ich habe nicht das Gefühl, daß meine Sexualität mich weniger attraktiv macht.

Die neue Sexualität war für mich vor allem ein Lernprozeß. Ich habe im nichtgelähmten Bereich erogene Zonen ausgebaut und neue entdeckt. Wenn ich im gelähmten Bereich gestreichelt werde, spüre ich mit meinen Händen, was ich mit den Beinen oder dem Bauch nicht mehr spüren kann.

Meine Erkenntnisse und neu entwickelten Wertigkeiten kann ich dann Schritt für Schritt meinem Partner erläutern. Noch wichtiger ist, daß der Partner über Blase, Darm, die Spastik und das Risiko von Druckstellen Bescheid weiß, um unliebsame Überraschungen zu vermeiden. Einen One-Night-Stand halte ich deshalb nicht für möglich bzw. nicht für sinnvoll.

Auch der eigene schizophrene Umgang mit dem gelähmten Körper ist für Außenstehende nicht leicht nachzuvollziehen. Das Schizophrene ist, daß ich nicht alle Berührungen im gelähmten Bereich werte. Wenn ich z.B. katheterisiert werde, spüre und empfinde ich nichts. Wenn ich im gelähmten Bereich gestreichelt werde und dies weiß oder sehe, kann ich mir vorstellen, wie ich das früher gespürt habe und empfinde dann schon etwas.

Für Nichtbehinderte stellt der Rollstuhl eine gefühlsmäßige Barriere dar, außerdem bewirkt er eine räumliche Distanz zwischen mir und anderen. In manchen Situationen gehört der Rollstuhl für mich zum Körper. Das ist für Nichtbehinderte offensichtlich gar nicht vorstellbar. Die Leute, die von hinten kommen und am Rollstuhl schieben, provozieren bei mir regelmäßig heftige Reaktionen. Es käme doch auch kein Fußgänger auf die Idee, seinen Nebenmann an der Ampel an der Taille zu fassen und einen Meter zur Seite zu schieben, oder ihn über die Straße zu tragen. Das Verhalten der Nichtbehinderten ist überhaupt der schwierigste Punkt beim Akzeptieren des Rollstuhls und bei dem Entwickeln von Selbstwertgefühl und neuer Sexualität.

Leider gibt es immer noch Leute, die meinen und dies auch ungefragt kundtun, daß Querschnitt und Sexualität einander ausschließen. Einer etwas anderen Kategorie gehört ein gewisser Mr. Fitzpatrick an, der sich folgendermaßen äußerte: „Es bestehen relativ wenig Schwierigkeiten für die paraplegische Frau, weil sie in der Lage ist, ohne Schamgefühle oder Verlust ihrer Weiblichkeit eine passive physische Rolle in der Ehe zu spielen.“ Ich möchte nicht mit einer Beate-Uhse-Puppe gleichgesetzt werden. Das Gefühl, benutzt zu werden, ist mir besonders unangenehm.

Ich hoffe, daß derartige Meinungen bei allen

Mitarbeitern in Querschnittszentren inzwischen der Vergangenheit angehören. Dort ist aber allgemein bekannt, daß sie über die Sexualität der querschnittgelähmten Frauen sehr wenig wissen. Was mich wundert ist, daß sich niemand die Mühe macht, etwas mehr darüber zu erfahren. Wobei Sie mir ja heute das Gegenteil beweisen.

Während der Vorbereitungen auf diesen Vortrag habe ich mich auch mit Freunden unterhalten, um mir klar zu werden, was ich hier erzählen soll. Mit Erstaunen habe ich festgestellt, daß sie sich wesentlich mehr Gedanken über meine Sexualität machen als ich mir selbst. Für mich ist sie ganz selbstverständlich.

Ich glaube, ganz wichtig sind die ersten sexuellen Erfahrungen als Querschnittgelähmte: sie prägen das Selbstwertgefühl als Sexualpartner und damit auch den Umfang der Selbstbestimmung.

Dies beinhaltet auch die Möglichkeit, eine Partnerwahl selbst treffen zu können und nicht dankbar sein zu müssen, daß überhaupt ein Mann mich wählt.

Abschließend läßt sich sagen, daß sich die Probleme von querschnittgelähmten Frauen auf die von nichtbehinderten reduzieren lassen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Informationen zu medizinischen Sachverhalten über Querschnittlähmung allgemein und zusätzlich bezüglich Sexualität, Schwangerschaft und Geburt in Verbindung mit einer Querschnittlähmung.
- Ein gesundes Selbstwertgefühl, d.h. das Bewußtsein, daß ich als Querschnittgelähmte genauso interessant und attraktiv wie vor meinem Unfall bin.
- Und das Lösen von den Normen und Vorstellungen Nichtbehinderter.

Die Grundlagen für diese drei Punkte müssen während der Rehabilitation gelegt werden, dann steht einer selbstbestimmten Sexualität nichts entgegen.

Hinweise für querschnitt- gelähmte Frauen

zu Schwangerschaft, Entbindung und Stillzeit.

1. Bei der medikamentösen Versorgung querschnittgelähmter Schwangerer sollten die Leitsätze „Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit“ der Roten Liste (S. 299) grundsätzlich beachtet werden. Für die Mehrzahl der Medikamente, die Querschnittgelähmte regelmäßig einnehmen, gilt der Hinweis in Gruppe 4 und 5, daß „ausreichende Erfahrungen über die Anwendung bei Menschen“ nicht vorliegen. D.h. es handelt sich um Arzneimittel, deren Indikationsbereich die Anwendung bei einer großen Zahl schwangerer Frauen ausschließt. Damit fehlen dann schon zahlenmäßig ausreichende Hinweise auf nachteilige Wirkung für den Embryo bzw. Feten.

Für die Anwendung in der Stillzeit ist entscheidend, ob die Substanzen in die Muttermilch übergehen und damit dem Säugling schaden können.

In der Roten Liste werden die Medikamente bezüglich des Überganges in die Muttermilch bzw. in bezug auf die Verminderung von Milchproduktion in die Gruppen La 1 - La 5 unterteilt. Entweder ist nicht bekannt, ob die Substanz in die Muttermilch übergeht (La 1) oder die Substanz geht in die Muttermilch über und eine Schädigung des Säuglings ist nicht bekannt geworden (La 2).

Nun zu einzelnen Medikamentengruppen:

a) Anticholinergika: (Medikamente zur Blasenruhigstellung) Bei geplanter oder bereits eingetretener Schwangerschaft ist grundsätzlich ein Absetzen zu erwägen. Da die Blase dann schlechter speichert, muß sie häufiger durch intermittierenden Katheterismus entleert werden. Es ist allerdings nach Ende der Schwangerschaft und Stillzeit nicht auszuschließen, daß dann nur mit höherer

Dosierung oder Kombination mehrerer Medikamente die Blase wieder so ruhig zu stellen ist wie vor der Schwangerschaft. In jedem Fall sollte dann eine urodynamische Überprüfung (Blasendruckmessung) nach Wiederaufnahme der Medikation folgen.

Für alle Medikamente mit anticholinergischer Wirkung gilt, daß sie auf keinen Fall in der Stillperiode eingenommen werden, da die Substanzen in die Muttermilch übergehen und in Abhängigkeit von Dosis und Art der Anwendung und Dauer der Medikation zu Vergiftungen beim Säugling führen können. Die Substanzen führen auch zur Verminderung der Milchproduktion.

Vermieden werden sollten die Anticholinergika auch im 3. Schwangerschaftsdrittel und unter der Geburt. Begründung: Bei umfangreicher Anwendung am Menschen hat sich zwar kein Verdacht auf eine toxische/teratogene Wirkung ergeben. Auch der Tierversuch erbrachte keinen Hinweis auf embryotoxische/teratogene Wirkungen. Im letzten Schwangerschaftsdrittel und bei der Geburt ist jedoch mit Herzrhythmusstörungen (Bradycardien und Tachycardien) beim Feten und Neugeborenen zu rechnen.

Oxybutynin (z.B. Dridase®) sollte, da es in der Gruppe Gr 5 eingestuft ist, auch nicht in den ersten Schwangerschaftsmonaten (bis 20. Woche lt. Rote Liste) eingenommen werden. Eine Anwendung verbietet sich daher im Prinzip für die gesamte Schwangerschaft und Stillzeit.

Mein Rat: Oxybutynin (z.B. Dridase®) niemals in der Schwangerschaft und Stillzeit nehmen, weder oral (als Tablette) noch intravesikal (als Lösung). Trospiumchlorid (z.B. Spasmex®, Spasmolyt® usw.) spätestens am Ende des mittleren Schwangerschaftsdrittels nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt absetzen. Am ehesten kann noch für Propiverin (Mictonorm®, Mictonetten®) bei strenger Indikationsstellung, d.h. wenn es unbedingt sein muß, eine Anwendung auch im letzten Schwangerschaftsdrittel und während der Stillzeit (Gruppe Gr 4 bzw. La2) erwogen werden, daher eine Umstellung von anderen Anticholinergika ggf. rechtzeitig vor der Schwangerschaft geklärt und eingeleitet

werden.

b) Gelegentlich werden zur Blasenberuhigung (insbesondere in Kombination mit o.g. Medikamenten) auch **Imipramin** (z.B. Tofranil®), **Pryleugan®** und **Desipramin** (Pertofran®, Petylyl®) angewendet. Sie gehören zur Gruppe der **trizyclischen Antidepressiva** und verlangen eine sehr strenge Indikationsstellung insbesondere im 1. Schwangerschaftsdrittel, da bei den trizyclischen Antidepressiva in Abhängigkeit von der Substanz im Tierversuch embryotoxische/teratogene Wirkungen gesehen wurden.

Nebenwirkungen dieser Antidepressiva auf den Feten sind möglich, z.B. durch Herzrhythmusstörungen (Tachyarrhythmien). Auch für die Stillzeit empfehlen sich diese Substanzen nicht, da sie in die Muttermilch gelangen und das Befinden des Säuglings beeinträchtigen können.

Wenn diese Substanzen noch gegen Ende der Schwangerschaft oder gar bis zur Entbindung genommen werden, muß beim Neugeborenen mit sogenannten Absetzphänomenen durch plötzlichen Entzug nach längerer Gewöhnung gerechnet werden. Wurden diese Substanzen also in der Schwangerschaft genommen, sollten sie rechtzeitig, d.h. Tage bis Wochen vor dem Entbindungstermin abgesetzt werden.

c) Zur Problematik der **Abführmittel**: Pflanzliche Abführmittel enthalten meist Aloe, Faulbaumrinde, amerikanische Faulbaumrinde, Kreuzdorn, Rhabarber, Sennesblätter oder Sennesfrüchte. Sie sind in der Schwangerschaft nicht anzuwenden aufgrund unzureichender toxikologischer Untersuchungen. Tierexperimentell ist zwar die Plazentagängigkeit vom aktiven Metaboliten Rhein äußerst gering. Auch während der Stillzeit finden sich aktive Metabolite, wie Rhein in geringen Mengen in der Muttermilch. Eine laxierende Wirkung bei gestillten Säuglingen wurde allerdings nicht beobachtet.

Lt. roter Liste sind bei den Abführmitteln nur CO₂-Zäpfchen (Lecicarbon®) oder glycerinhaltige Zäpfchen und Klistiere für die Schwangerschaft und Stillzeit unbedenklich. Mein Rat in Stuhlfragen: Die Stuhlkonsistenz (möglichst pastenartig) sollte mit der Ernäh-

rung geregelt werden. Ballaststoffreiche Kost, Sauer Milchprodukte, ggf. Quellstoffe mit reichlich Flüssigkeit (z.B. Weizenkleie, Leinsamen u.ä.) sind hilfreich, hingegen Weißmehlprodukte, Zuckerkhaltiges, insbesondere Schokolade und Fett zu meiden. Dann kann die Stuhlentleerung meist problemlos mit CO₂-Zäpfchen (bei erhaltenem Mastdarmreflex) eingeleitet werden, am besten alle 1 - 2 Tage.

d) Als **Antispastika** werden am häufigsten eingesetzt:

Baclofen (Lioresal®), Dantrolen-Natrium (Dantamacrin®) und Benzodiazepine (Musaril®, Valium® u.ä.). Bei Dantamacrin® gab es im Tierversuch Hinweise auf embryotoxische/teratogene Wirkungen. Es ist nicht bekannt, ob die Substanz in die Muttermilch übergeht. Es sollte daher in der Schwangerschaft und Stillzeit auf keinen Fall angewendet werden (kontraindiziert).

Baclofen geht in den kindlichen Blutkreislauf über, nur in geringen Mengen in die Muttermilch. Teratogene Wirkungen bei Menschen sind bisher nicht bekannt, trotzdem wird eine strenge Indikationsstellung im 1. Schwangerschaftsdrittel gefordert.

Obwohl bei den bisher angewandten Dosen keine Effekte beim gestillten Säugling zu erwarten sind, sollte die Dosis während der Stillzeit möglichst niedrig gehalten werden.

Ich selbst rate Frauen, die eine Schwangerschaft planen oder erleben, Lioresal schrittweise rechtzeitig soweit zu senken, daß die Spastik insbesondere der Bauchdecken gerade nicht wesentlich zunimmt. Andere spastiksenkende Möglichkeiten sollten bestmöglichst genutzt werden (z.B. physikalische Maßnahmen, Physiotherapie, Durchbewegen, innerlich entspannende Maßnahmen wie autogenes Training, Meditation u.ä.). Meines Erachtens ist ein spastisch harter Bauch - wissenschaftliche Untersuchungen dazu sind mir bisher nicht bekannt - der Versorgung und Entwicklung des Embryos und Feten sicher weniger zuträglich, als mögliche Restwirkungen einer wirklich notwendigen, individuell dosierten antispastischen Behandlung mit Baclofen. Selbst bei intrathekalen Baclofen-Anwendung (Lioresal-Pumpe) kam es bisher schon zur problemlosen Entbindung gesunder Kinder.

Benzodiazepine (z.B. Diazepam) sind in der Stillzeit kontraindiziert, da Sedierung, leichte Atemdepression und Trinkschwäche beim Säugling möglich sind. Für die Schwangerschaft wird eine strenge Indikationsstellung gefordert, da ausreichende Erfahrung über die Anwendung beim Menschen nicht vorliegen. Der Tierversuch erbrachte keine Hinweise auf embryotoxische/teratogene Wirkungen. Bei Dauerbehandlung im 3. Trimenon und hochdosierter Behandlung kurz vor der Geburt, kann es zu Entzugssymptomen beim Neugeborenen kommen („floppy infant“-Syndrom) mit Trinkschwäche, Untertemperatur, Blutdruckabfall, leichter Atemdepression.

Mein Rat: Benzodiazepine möglichst rechtzeitig und allmählich reduzieren oder absetzen.

Wird einer querschnittgelähmten Frau alleine wegen ihrer Querschnittlähmung zu einem **Kaiserschnitt** geraten, sollte sie schleunigst den Frauenarzt wechseln. Auch bei querschnittgelähmten Frauen sollte der Kaiserschnitt nur bei entsprechender Indikation (z.B. geburtsunfähige Kindslagen, verzögerter Geburtsverlauf oder kindliche Indikation) oder bei bereits eingetretener therapeutisch nicht anders beeinflussbarer schwerer autonomer Hyperreflexie erfolgen. Insgesamt dürfte die Kaiserschnitttrate damit die übliche Kaiserschnitttrate bei nicht gelähmten Frauen um kaum mehr als 10% übersteigen.

Die **autonome Hyperreflexie**, die grundsätzlich bei allen Lähmungsformen Th 6 und höher vorkommen kann, verlangt eine gute Prophylaxe: Alle Frauen, die Zeichen der autonomen Hyperreflexie bei der Blasenentleerung oder während der Schwangerschaft bereits bemerkt haben (Schwitzen, Gänsehaut im Nacken, Blutdruckanstieg oder Gesichtsrötung, insbesondere in zeitlicher Verbindung mit Wehen), sollten unter Regional-Anaesthetie (z.B. Katheterperidural-Anaesthetie) entbinden. Bei Frauen die bis dahin noch keinen Hinweis dafür geboten hatten, kann es erstmals unter der Entbindung, insbesondere in der Austreibungsphase - gelegentlich auch in der Nachgeburtsphase - zur autonomen Hyperreflexie kommen. Wichtig ist, daß der Geburtshelfer in solchen Fällen das Bild

der autonomen Hyperreflexie kennt und die möglichen Behandlungsmaßnahmen. Insofern gilt eine Schwangerschaft bei Frauen mit Lähmung Th 6 und höher stets als „Risiko-Schwangerschaft“, zumal bei diesen Frauen es auch häufiger zu vorzeitigem Wehenbeginn und verfrühtem Geburtseintritt kommt. Aus diesem Grunde empfiehlt sich eine engmaschige Kontrolle (z.B. des Gebärmutterhalses und ggf. einsetzender Wehentätigkeit) in den letzten beiden Schwangerschaftsmonaten. Die Empfehlungen reichen von alle 1 - 2 Wochen bis 2 x wöchentlich, wobei es sicher richtig ist, die Untersuchungstermine beim Frauenarzt zum Ende der Schwangerschaft hin immer rascher folgen zu lassen. Ggf. muß eine vorzeitige stationäre Aufnahme erfolgen.

3.) Ich bin der Überzeugung, daß eine gut informierte querschnittgelähmte Frau durchaus in der Lage ist, sich ihren Gynäkologen für die Schwangerschaftsbetreuung und/oder Entbindung in Heimatnähe zu wählen. Sie wird ähnliche Erfahrungen machen wie bei der Wahl des Hausarztes oder Urologen, der selten über größere Erfahrungen mit Querschnittgelähmten verfügt. Hilfreich ist hier sicher das „peer-counseling“, d.h. der Kontakt mit ebenfalls querschnittgelähmten Frauen, die in der gleichen Region bereits entbunden haben, um positive Erfahrungen zu nutzen und schlechte möglichst nicht zu wiederholen.

Bei Unsicherheiten, Ängsten und Fragen in Zusammenhang mit der Querschnittlähmung, die immer wieder während der Schwangerschaft auftreten können, sollte eine ambulante oder telefonische Beratung im zuständigen Querschnittgelähmten-Zentrum gesucht werden.

Hamburg, den 26.01.01

Dr. Harald Burgdörfer
Arzt für Urologie
Ltd. Arzt Neuro-Urologie
des Querschnittgelähmten-Zentrums

Autonom Leben e.V.
Langenfelder Str. 35, 22769 Hamburg
Tel: 040/432 90 148, Fax: 432 90 147
[e-mail: Autonom.Leben@t-online.de](mailto:Autonom.Leben@t-online.de)
www.autonomleben.de
Autor: Gerlef Gleiss

Hilf' Dir selbst - sonst hilft Dir keiner!

I. Behindertenausweis

Der Behindertenausweis ist Voraussetzung für die Nachteilsausgleiche, die Ihnen aufgrund der Querschnittlähmung gewährt werden. Den Antrag müssen Sie beim **Versorgungsamt** stellen, das kann schon im Krankenhaus gemacht werden. Das Antragsformular ist auch im Internet abrufbar. Das Versorgungsamt entscheidet nach mehreren Monaten in der Regel nach Aktenlage. Im Bedarfsfall können Sie einen vorläufigen Bescheid erhalten.

Im Ausweis steht der Grad der Behinderung (GdB) als Prozentzahl. Wenn weniger als 100 % GdB anerkannt werden, lohnt es sich in der Regel, Widerspruch einzulegen. Ab 80% GdB erhalten Sie die wichtigsten Nachteilsausgleiche.

Daneben stehen im Ausweis Merkzeichen (Buchstaben), die Auskunft über die Art der Behinderung geben und die im Formular extra beantragt werden müssen. Es sollten die Buchstaben G (für gehbehindert), aG (für außerordentlich gehbehindert), H (für hilflos) und B (für Notwendigkeit einer Begleitperson) anerkannt werden. Die Buchstaben RF (für rundfunkgebührenbefreit) werden in der Regel nur noch bei Bettlägerigkeit anerkannt.

Insbesondere die Buchstaben H und B sind notwendig, um wichtige Nachteilsausgleiche erhalten zu können. H und B sind bei inkompletter Lähmung evtl. strittig. Ohne den Buchstaben B dürfen sie offiziell keine Begleitperson kostenlos in die Busse und Bahnen oder in Veranstaltungen mit hineinnehmen. Wenn diese Buchstaben verweigert werden, sollten Sie Widerspruch einlegen, gegebenenfalls vor dem Sozialgericht klagen.

II. Gesetzliche Pflegeversicherung

Was ist zu tun?

1. So bald wie möglich sollten Sie den **Antrag bei der Pflegekasse stellen**, das geht auch schon in der Klinik. Sie sollten berücksichtigen: Bis zur Entscheidung der Pflegekasse vergehen 1-2 Monate, und auch der Pflegedienst, den Sie eventuell benötigen, braucht einige Wochen Vorlaufzeit. Wenn die gesetzliche Unfallversicherung Kostenträger ist, ist dieser Antrag nicht nötig, da diese die möglichen Leistungen der Pflegeversicherung mit übernimmt.

Sie haben grundsätzlich die Wahl zwischen einem **Pflegegeld** (das bekommen Sie auf das eigene Konto) oder Geld für eine **Pflegesachleistung** (das bekommt der Pflegedienst, der die ambulante Hilfe erbringt) oder einer kombinierten Lösung aus Teilen von beiden.

Achtung: Bei Wahl des Pflegegeldes können Sie sich Ihre Pflegepersonen beliebig suchen oder das Geld auch anders ausgeben, aber das Sozialamt darf (ebenso wie bei der Wahl der Kombi-Lösung) keine Hilfeleistungen zusätzlich gewähren. Man muß mit dem Pflegegeld seinen gesamten Hilfebedarf decken (Ausnahme: ArbeitgeberInnenmodell nach § 66 Abs.4 Sozialgesetzbuch SGB XII).

Bei Wahl der Sachleistung, muß diese von einem durch die Pflegekasse anerkannten Pflegedienst erbracht werden, aber das Sozialamt darf und muß unter bestimmten Einkommens- und Vermögensverhältnissen die Leistungen der Pflegekasse bis zu Ihrem tatsächlichen Hilfebedarf aufstocken.

Die Entscheidung für Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombi-Lösung kann jederzeit durch einfache Mitteilung an die Pflegekasse geändert werden.

2. Die **Leistungen der Pflegeversicherung sind grundsätzlich einkommens- und vermögensunabhängig** (einzige Ausnahme: die eventuellen Leistungen für den Wohnungsumbau). Sie sind aber nicht Bedarfsdeckend!

Es wird zwischen drei Pflegestufen unterschieden:

Pflegestufe I

Leistungen (Stand: Juli 2005)

205 € Pflegegeld aufs eigene Konto

oder
384 € für Pflegesachleistung aufs Konto des Pflegedienstes

Voraussetzung_Hilfebedarf von mindestens 1,5 Stunden täglich (7x pro Woche), davon mindestens 45 Minuten Pflege. Sowie mehrmals wöchentlich Hilfebedarf im Haushalt

Pflegestufe II

Leistungen

410 € Pflegegeld aufs eigene Konto

oder

921 € für Pflegesachleistung aufs Konto des Pflegedienstes

Voraussetzung

Hilfebedarf von mindestens 3 Stunden täglich (7x pro Woche), davon mehr als 2 Stunden (3 Einsätze pro Tag) Pflege. Sowie mehrmals wöchentlich Hilfebedarf im Haushalt

Pflegestufe III

Leistungen

665 € Pflegegeld aufs eigene Konto

oder

1432 € (im Härtefall 1918 €) für Pflegesachleistung aufs Konto des Pflegedienstes

Voraussetzung

Hilfebedarf rund um die Uhr - auch regelmäßig nachts! - und mindestens 5 Stunden täglich (7x pro Woche), davon mehr als 4 Stunden Pflege. Sowie mehrmals wöchentlich Hilfebedarf im Haushalt. Die Anerkennung als Härtefall setzt erheblich mehr Pflegebedarf voraus.

In allen drei Pflegestufen kann gewährt werden:

Geld für die Rentenversicherung der privaten Pflegeperson, gedeckelte Geldbeträge für technische Pflegehilfsmittel und bis zu 2557 € pro Baumaßnahme für einen notwendigen Wohnungsumbau, sowie 31 € monatlich pauschal für kleinere Pflegemittel.

3. Die Pflegebedürftigkeit (Stufe I, II oder III) und der **Hilfebedarf** wird durch Gutachter des Medizinischen Dienstes der Kassen (MDK), in der Regel durch Hausbesuch und mit standardisiertem Fragebogen, festgestellt, aber nur in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität in der Wohnung und täglich anfallender Haushalt.

Achtung: Das MDK-Gutachten ist auch für

alle anderen Kostenträger maßgebend.

Daher ist es gut, wenn Sie bei der Befragung durch den MDK-Gutachter Vertrauenspersonen zur Unterstützung und als Zeugen hinzuziehen. Der Fragebogen läßt als Antwort nur „Ja“ oder „Nein“ und kein „manchmal“ oder „teilsteils“ zu, er prüft nur einen Teil des vorhandenen Hilfebedarfs, und berücksichtigt auch nicht den Umstand, daß Sie Vieles zwar ohne Hilfe können, dafür aber ein Vielfaches an Zeit benötigen. Sie sollten sich daher nicht hilfeunabhängiger geben, als Sie sind. Sie sollten den Tag, an dem Sie am wenigsten ohne Hilfe auskommen, zum Maß bei der Beantwortung des Fragebogens nehmen.

Sie sollten sich nicht mit dem Bescheid über das Ergebnis der Begutachtung begnügen, sondern das **ganze** Gutachten von der Kasse anfordern. Und es genau daraufhin überprüfen, ob **alle** Hilfe- und Pflegebedarfe ausreichend angegeben sind.

Bei Bedarf sollten Sie Rechtsmittel (Widerspruch, Klage beim Sozialgericht) gegen die Einstufung **und/oder** gegen die einzelnen Angaben zum Hilfebedarf einlegen.

4. Die Leistungen der Pflegekasse sind durchs Pflegeversicherungsgesetz unabhängig vom tatsächlichen Hilfebedarf gedeckelt und reichen insbesondere bei Tetraplegikern meist nicht aus. Sie können in diesem Fall einen Antrag auf zusätzliche Pflegeleistungen beim Sozialamt stellen.

Leistungen der Sozialhilfe sind grundsätzlich einkommens- und vermögensabhängig.

Bei der Hilfe zur Pflege wird aber nur das eigene Vermögen und Einkommen, nicht das von Angehörigen berücksichtigt.

Das Sozialamt muß die **Pflegesachleistung (nicht das Pflegegeld)** der Pflegekassen bis zum tatsächlichen (angemessenen) Hilfebedarf aufstocken und es zahlt **zusätzlich ein Pflegegeld**. Dieses Pflegegeld ist in den einzelnen Pflegestufen gleich hoch wie das Pflegegeld der Pflegekassen, **darf** aber (nicht muß) vom Sozialamt um Dreiviertel gekürzt werden, da man ja auch Pflegesachleistung erhält,

oder

bei denjenigen, die **keine** Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, bezahlt das Sozialamt (§ 70 BSHG) geringfügig **Sachleistungen** (z.B. Haushaltshilfe bis höchstens 1,5 Std. pro Tag). Dieses Geld bekommt man aufs eigene Konto. Man braucht keinen Pflegedienst beauftragen. Es muß nur belegt werden (unterschriebene Quittungen), daß es für Haushaltshilfe ausgegeben wurde.

5. Pflegedienst suchen

Es besteht kein grundsätzlicher pflegerischer Unterschied zwischen **privaten/kommerziellen** und **öffentlich-rechtlichen/gemeinnützigen** Anbietern (z.B. Sozialstationen) häuslicher Hilfe. Es gibt bei beiden aber weit mehr schlechte als gute Pflegedienste.

Sie sollten daher die vereinbarten Leistungen soviel und so genau wie möglich vertraglich absichern. Die Pflegedienste müssen einen Vertrag mit Ihnen abschließen. Gegebenenfalls sollten Sie den Pflegedienst wechseln.

Sie sollten ebenfalls noch beachten: Wenn der Pflegedienst nach Leistungskomplexen abrechnet, dann sollten Sie jeden Hilfebedarf in einem Leistungskomplex ausdrücken. Wenn kein Leistungskomplex geeignet erscheint, dann sollten Sie einen anderen Leistungskomplex nach Bedarf mehr beantragen.

Und Sie sollten mit dem Pflegedienst vertraglich einen Zeitumfang vereinbaren, in dem er die Leistungskomplexe erfüllt (Als Richtschnur: 600 Punkte Leistungskomplexe im Bereich Pflege = 1 Stunde; 360 Punkte Leistungskomplexe im Bereich Hauswirtschaft = 1 Stunde)!

III. Krankenversicherung

Die Krankenkassen sind für die medizinische Rehabilitation zuständig. Bei teureren Hilfsmitteln wird aber grundsätzlich der Medizinische Dienst der Kassen (MDK) eingeschaltet. Dieser entscheidet nach Aktenlage und oft willkürlich gegen das beantragte Hilfsmittel. Häufig akzeptieren die Kassen auch den Kostenvoranschlag des von Ihnen beauftragten Sanitätshauses nicht und wollen ein Sanitätshaus ihrer Wahl beauftragen, das der Krankenkasse ein günstigeres Angebot gemacht

hat. Dieses Ihnen unbekanntes Sanitätshaus kann aber nur deshalb günstigere Angebote machen, weil es beim Service und Reparaturdienst spart. Sie brauchen sich das nicht gefallen lassen! Informieren Sie Ihr bevorzugtes Sanitätshaus darüber. Meist bekommt es dann doch den Auftrag.

Im Streitfall lohnt es immer, wenn Sie Widerspruch einlegen. Alle Hilfsmittel, die in dem vereinbarten Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind und die der Arzt verschreibt, müssen die Krankenkassen bezahlen. Der nächste Schritt im Rechtsweg wäre die Klage vorm Sozialgericht. Die ist zwar kostenlos und Sie benötigen in den ersten Instanzen keinen Anwalt, aber sie dauert schon bis zur ersten richterlichen Entscheidung mehrere Jahre.

Um es dem MDK nicht zu einfach zu machen, sollten Sie bei der Beantragung eines neuen Hilfsmittels immer darauf achten, daß im ärztlichen Rezept neben der Diagnose auch **die ganz genaue** Typenbezeichnung des Hilfsmittels steht, also **alle benötigten** Kennziffern aus dem Herstellerkatalog und nicht nur schlicht „E-Rollstuhl“, „Pflegebett“, „Lifter“ oder „Sportrollstuhl“.

Immer wieder gibt es Ärger mit den Hausärzten, die nicht wissen, was sie Querschnittgelähmten verschreiben dürfen.

Bei der **Krankenkasse** können Sie die „*Richtlinien für Ärzte bei der nachstationären Behandlung Querschnittgelähmter*“ anfordern. Sie geben Auskunft, was die Ärzte querschnittgelähmten Menschen verschreiben müssen.

Hier nur folgende Hinweise:

Der Hausarzt muß Querschnittgelähmten (anders als bei anderen Patienten) wegen der Darmlähmung Abführzäpfchen, Einmalhandschuhe und Krankenunterlagen verschreiben, ebenso natürlich die nötigen Materialien zum Katheterisieren.

Er muß regelmäßig Physiotherapie verschreiben. Er darf bei dieser ebenso wie bei teuren Hilfsmitteln nicht auf sein Budget verweisen.

Im Streitfall sollten Sie Ihre **Krankenkasse** oder die Kassenärztliche Vereinigung oder die **Patientenberatungsstelle bei der Verbraucherzentrale** einschalten. Wenn das nichts nützt, sollten Sie den Arzt wechseln.

Ärger gibt es auch vermehrt mit den Sanitätshäusern. Sie müssen – ähnlich wie bei der

Medikamentenversorgung eine Apotheke - ein Sanitätshaus einschalten. Viele Sanitätshäuser haben mit bestimmten Herstellern Sonderabmachungen, wollen daher nach Möglichkeit nur Produkte dieser Hersteller verkaufen. Die Sanitätshäuser müssen auf Druck der Krankenkassen zunächst schauen, ob das gewünschte Hilfsmittel gebraucht vorrätig ist. Sie sollten sich daher, um diesen Stress mit den Sanitätshäusern oder unnötige Zeitverluste zu vermeiden, vorher unabhängig vom Sanitätshaus informieren und für ein Hilfsmittel entscheiden (dazu weiter unten). Dann gehen Sie mit diesen Informationen und der entsprechenden genauen ärztlichen Verordnung zu einem Sanitätshaus und bitten, das es den Kostenvoranschlag für das ausgesuchte Hilfsmittel und das Rezept an Ihre Krankenkasse schickt.

Sie können sich aber auch selbst direkt mit Ihrem genauen Hilfsmittelwunsch und der entsprechenden ärztlichen Verordnung an die Krankenkasse wenden und diese bitten, ein Sanitätshaus zu beauftragen. Das geht häufig sogar schneller, Sie sollten aber bedenken, dass Sie später wahrscheinlich ein Sanitätshaus für Service und Reparaturen benötigen.

Informationen, Adressen, Hinweise

1. Allgemeine, aber nützliche Ratgeber- broschüren und Infos:

Alle **Sozialministerien der Bundesländer** geben kostenlose Informationsbroschüren für behinderte Menschen und ihre Angehörigen und FreundInnen heraus, die sehr brauchbar sind.

Die eine heißt meist „*Ratgeber für Behinderte*“ (oder so ähnlich). Sie informiert über das umfassende Angebot an Hilfen für behinderte Menschen in allen Bereichen (Früherkennung, Bildung und Ausbildung, Wohnen, Mobilität, Beratung, usw.); sie enthält die notwendigen Adressen und Telefonnummern der zuständigen Ämter, der Einrichtungen für behinderte Menschen, von Behindertenorganisationen u.ä..

Die andere heißt meist „*Nachteilsausgleiche für Behinderte*“. Sie informiert über alle rechtlichen, finanziellen, steuerlichen und sonstigen Vergünstigungen für behinderte Menschen und deren Angehörige.

[In einigen Bundesländern werden diese beiden Broschüren von den überörtlichen Sozialhilfeträgern - den **Landeswohlfahrtsverbänden** - herausgegeben.]

Einige **Finanzministerien** geben „*Steuerleitfäden für Behinderte*“ heraus. Sie informieren über alle steuerlichen Erleichterungen für behinderte Menschen und deren Angehörige. Einen Steuerleitfaden gibt es auch beim **Sozialverband Deutschland** (vormals Reichsbund). Und es gibt entsprechende Informationen kostenlos beim **Bundesverband der Lohnsteuerhilfvereine**, Limpericherstr. 6, 53225 Bonn.

Zu allen Fragen der beruflichen Integration, der Nachteilsausgleiche für behinderte ArbeitnehmerInnen und der Leistungen an Arbeitgeber, die behinderte Menschen anstellen, gibt es kostenlose Broschüren bei den **Arbeitsämtern**, den **Integrationsämtern** (vormals Hauptfürsorgestellen) oder bei den **Schwerbehindertenvertrauensleuten** der

einzelnen Betriebe.

Bei den **Verbraucherzentralen** gibt es sehr nützliche Broschüren, die bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Pflegekassen und bei der Suche nach einem guten Pflegedienst helfen.

Beim **Bundesministerium für Soziales** gibt es außerdem noch einen *Ratgeber für Behinderte* und andere Informationsbroschüren. Diese sind aber nicht besonders nützlich.

In fast allen Großstädten sind bei den jeweiligen Sozialabteilungen oder bei den örtlichen Behindertenorganisationen „*Stadtführer für Rollstuhlfahrer*“ erhältlich. Sie enthalten mehr oder weniger umfassend Angaben über die behindertengerechten (oder nicht) Zugänge, Toiletten und Räumlichkeiten der wichtigsten Ämter, Krankenhäuser, Arztpraxen, Theater, Kinos, Museen, Sehenswürdigkeiten, Freizeit- und Sportanlagen, Kaufhäuser, usw. Die meisten dieser Stadtführer sind inzwischen sehr nützlich und kosten meist ein paar Euro.

Es gibt für 13 € einen Universalschlüssel, der für alle europäischen Behindertentoiletten an Autobahnraststätten und für viele sonstige öffentliche Behindertentoiletten gilt. Erhältlich ist er bei **Autonom Leben** oder beim **CeBeeF Darmstadt** (Pallaswiesenstr. 123a, 64293 Darmstadt, Tel: 06151/8122-0, Fax: /-81).

Bei den jeweils zuständigen **Rechtsanwaltskammern** können Sie eine Liste der Anwälte mit rollstuhlgänglichen Praxen anfordern. Das Gleiche gibt es für Ärzte bei den **Ärztekammern** und für Zahnärzte bei den **Zahnärztekammern**.

Bei der **Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH)** (Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf; Tel: 31 00 6-0) gibt es eine ganz informative Broschüre über *Querschnittslähmung* und die Probleme, die sie mit sich bringen kann.

Für diejenigen, die studieren (wollen) gibt es vom **Deutschen Studentenwerk - Beratungsstelle für behinderte Studienbewerber und Studenten** (Weberstr. 55, 53113 Bonn; Tel: 0228/269 06 62/57) die kostenlose Broschüre „*Behinderte studieren*“.

2. Ratgeber und Infos bei rechtlichen Fragen:

Es gibt im **dtv-Verlag** in der Beck-Rechtsratgeber-Reihe drei gute und auch preiswerte Taschenbücher, die ausführlich (und regelmäßig aktualisiert) über die Rechte behinderter Menschen informieren und die in einer für den juristischen Laien verständlichen Sprache und für den praktischen Nutzen geschrieben sind:

„*Mein Recht auf Sozialhilfe*“ und „*Mein Recht als Schwerbehinderter*“ sowie „*Meine Rechte bei Pflegebedürftigkeit*“.

Bei der **AG TUWAS** der Fachhochschule Frankfurt (AG TUWAS, FB Sozialarbeit, Limescorso 5, 60439 Frankfurt/M) gibt es zwei sehr empfehlenswerte Broschüren: „*Leid(t)faden der Sozialhilfe*“ und „*Leid(t)faden Sozialhilfe für Behinderte*“.

Bei der **BAGH** in Düsseldorf (Adresse siehe oben) gibt es die lohnende Broschüre „*Die Rechte Behinderter und ihrer Angehörigen*“.

Beim **Sozialverband Deutschland** (Reichsbund) und beim **Verband der Kriegsopfer, Behinderter, usw. (VdK)** gibt es je einen dicken „*Ratgeber für Behinderte*“. Diese enthalten neben den rechtlichen Informationen, die aber nicht immer verständlich und für ratsuchende behinderte Menschen sinnvoll aufbereitet sind, ausführliche Auszüge aus den Sozialgesetzen, aus dazugehörigen Verordnungen, dem Hilfsmittelkatalog der Krankenkassen, u.ä.. Reichsbund und VdK haben in jeder größeren Stadt eine Anlaufadresse.

Zum Pflegeversicherungsgesetz und die damit zusammenhängenden Probleme gibt es das „*Pflege-ABC*“, herausgegeben vom **Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter (BSK)**, (Alt-Krautheimer Str. 17, 74238 Krautheim/Jagst; Tel. 06294/68-0).

Bei Problemen mit Ämtern oder dergleichen kann man sich auch formlos an die **Behindertenbeauftragten** wenden, die es in Berlin für die ganze Bundesrepublik, in jedem Bundesland und in vielen Städten gibt.

3. Infos und Tipps zum Thema Reisen:

Bei allen **Reisebüros** und bei den **Fremdenverkehrsbüros** der einzelnen Länder oder Städte gibt es mittlerweile ein umfangreiches Informationsangebot über Reisen für Behinderte. Es gibt Veranstalter nur für Behindertenreisen und Angebote der üblichen Reiseunternehmen. Auf jeder **Reise-Messe** gibt es daher viel Gelegenheit sich zu informieren.

Der **BSK** verschickt ein sehr informatives (manchmal nicht ganz aktuelles) „*Reise-ABC für Behinderte*“.

Der **BSK** unterhält auch einen Reisedienst (u.a. Reisehelfervermittlung): Tel. 06294/68-1112.

Bei dem **Bundesverband der Clubs Behinderter und ihrer Freunde** (Eupener Str. 5, 55131 Mainz, Tel: 06131/ 22 55 14) ist eine ausführliche Adressenliste von kommerziellen und nicht kommerziellen Anbietern von Reisen für behinderte Menschen erhältlich. Außerdem erhält man kostenlos bei Angabe der gewünschten Urlaubsgegend eine Liste von dortigen rollstuhlgerechten Unterkünften. Dieser Service ist besonders nützlich, weil dessen Angaben in der Regel zuverlässig sind (was man von den Angaben der kommerziellen Reiseanbieter leider nicht sagen kann) und weil man auch Adressen von sehr preiswerten privaten Unterkünften erhält.

Bei vielen Behindertenverbänden und besonders im Internet gibt es mehr oder weniger umfangreiches Informationsmaterial und Adressen zum Thema Reisen und Urlaub für behinderte Menschen.

Bei der **Deutschen Bahn** gibt es kostenlos an jedem größeren Bahnhof die Broschüre „*Reiseinformationen für unsere behinderten Fahrgäste*“. Entsprechende kostenlose Broschüren gibt es bei der **Lufthansa** und anderen Fluggesellschaften.

Es gibt im Buchhandel das zweibändige „*Handicap Reisen*“, das aber sehr teuer und außerdem nicht immer zuverlässig in den Angaben ist. Der erste Band enthält Angaben zu Urlaubsmöglichkeiten in Deutschland,

der zweite Band enthält solche Angaben für Europa.

Vierteljährlich erscheint der *Handicapped-Kurier*, eine Zeitschrift speziell zum Thema Reisen für behinderte Menschen. Verlag FMG, Postfach 1547, 53005 Bonn, Tel. 0228/61 61 31; Fax: -/62 35 00

4. Infos und Tipps zum Thema Bauen und Wohnen:

Beim **BSK** gibt es zum Thema Bauen und Wohnen für Behinderte einige Informationsblätter (enthalten u.a. die DIN-Normen für barrierefreies Bauen).

Der **Sozialbund Deutschland** (ehem. **Reichsbund**) hat eine Broschüre „*Wohnen ohne Barrieren*“ herausgegeben. Sie enthält alle notwendigen Informationen, einschließlich der DIN-Normen für rollstuhlgerechtes Bauen.

Beim **Dienstleistungszentrum für Behinderte** (Postfach 101409, 6900 Heidelberg 1, Tel: 06221/88-3688) gibt es auch ein dickes Heft zum behindertengerechten Bauen und Wohnen. Es enthält neben den DIN-Normen auch ausführliche Angaben zu den dafür benötigten Hilfsmitteln.

Einige **Bauministerien der Länder** geben Informationsbroschüren über behindertengerechtes Bauen und Wohnen heraus. Sie enthalten auch Informationen zu finanziellen Zuschüssen und Darlehensmöglichkeiten.

5. Tipps zum Thema Hilfsmittel:

Beim **Dienstleistungszentrum für Behinderte** (Postfach 101409, 6900 Heidelberg 1, Tel: 06221/88-3688) sind über alle auf dem Markt erhältlichen Hilfsmittel Informationen erhältlich. Eine formlose Anfrage, die das Problem, für dessen Lösung man ein Hilfsmittel benötigt, kurz beschreibt, genügt, und man bekommt eine kostenlose Antwort. Zu kaufen gibt es dort ausführliche Informatio-

nshefte zu den einzelnen Bereichen, in denen man Hilfsmittel braucht.

In einigen Städten (Berlin, Hamburg, München u.a.) gibt es besondere Hilfsmittelberatungsstellen.

Gebrauchte Hilfsmittel können gut über den Kleinanzeigenmarkt der Behindertenzeitschriften oder übers Internet (ebay) ge- oder verkauft werden.

Speziell für die Anschaffung und die behindertengerechte Umrüstung von Autos gibt es viele Informationen. Die großen Hersteller haben mittlerweile alle spezielle Angebote für behinderte Menschen und meist gesondertes Informationsmaterial.

Beim **Verein barrierefreies Leben** (Richardstr. 45, 22081 Hamburg, Tel: 040/29 99 56 56) gibt es eine sehr lohnende Broschüre dazu, mit Infos zur Finanzierung, zur technischen Umrüstung und zu Fahrschulen, die geeignet sind.

Beim **VdK Bayern** (Schellingstr. 31, 80799 München, Te: 089/2117229, Fax: -/2117258) gibt es ein Verzeichnis aller geeigneter Autos.

Beim **BSK** gibt es eine Liste der Firmen, die sich auf den behindertengerechten Umbau von Autos spezialisiert haben.

Ansonsten können wir nur empfehlen, die jährlich im Herbst in Düsseldorf stattfindende **Rehabilitationsmesse** zu besuchen. Sie ist die einzige Gelegenheit, sich direkt über das gesamte Angebot an Rollstühlen und anderen Hilfsmitteln zu informieren, mit Herstellern und vielen anderen NutzerInnen solcher Hilfsmittel zu sprechen.

6. Informative Zeitschriften

„**Leben und Weg**“ herausgegeben vom **BSK**. Sehr informativ und nützlich, erscheint zweimonatlich.

„**Paraplegiker**“ herausgegeben von der Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten. **Erscheint vierteljährlich**. Lohnt sich meist

zu lesen. Zu beziehen bei: Verlag für Medizin, Fritz-Frey-Str. 21, Postfach 105767, 69121 Heidelberg 1; Tel. 06221/40620.

„**Selbsthilfe**“: herausgegeben von der **BAGH** in Düsseldorf. Erscheint zweimonatlich. Enthält viele Infos zu neuen Gerichtsurteilen und gibt schwerpunktmäßig zu unterschiedlichen, behinderte Menschen betreffenden Themen ausführlich Auskunft. Hin und wieder auch als Sonderhefte.

„**Outrun**“:

Zeitschrift für Behindertensport:
Erschbaumer Verlag, Postfach 501309,
50973 Köln, Tel.: 0221/9352350, Fax: 0221/
9352352, Mail: outrun@outrun.de
www.outrun.de

„**DRS Rollstuhlsport**“:

Deutscher Rollstuhl-Sportverband, Friedrich-
Alfred-Str. 10, 47055 Duisburg,
Tel. 0203/7174-180, Fax 0203/7174/-181
www.drs.org

"**Handicap**"

"Magazin für Lebensqualität"- unter
www.handicap-life.de
im web und unter belitz@handicaplife.de
per e-mail. Arnulfstr.295, 80639 München

"**Handicapped-Kurier**"

Mobilität, Reisen, Freizeit und Nachrichten
FMG-Fremdenverkehrs-Marketing-GmbH,
PF 2154, 40644 Meerbusch, im Web unter
www.handicapped-kurier.de

7. Behindertenverbände

Es gibt in einigen Städten „**Zentren für selbstbestimmtes Leben**“ (**ZSL**), bei denen behinderte Menschen und ihre Freunde und Angehörigen Beratung und Hilfe von selbst behinderten SozialarbeiterInnen bekommen können.

Der Bundesverband dieser Zentren heißt **Interessenverband Selbstbestimmt Leben**,
Kölnische Str. 99; 34119 Kassel; 0561/72885-
46; Fax: /72885-29 oder im Internet:

www.isl-ev.de/

Dort kann man eine Liste der ISL-Mitglieds-

organisationen bekommen.

Daneben gibt es noch Verbände von körperbehinderten Menschen, bei denen man Informationen und mehr oder weniger Beratung bekommt. Hier die Adressen der Bundesverbände, die Auskunft über die örtlichen Mitgliedsvereine geben:

Bundesarbeitsgemeinschaft Clubs Behinderter und ihrer Freunde (CeBeeF):

Eupener Str. 5, 55131 Mainz, Tel: 06131/ 22 55 14, Fax: -/23 88 34

<http://www.bagcbf.de>

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter (BSK)

Altkrautheimer Str. 17, 74238 Krautheim/Jagst; Tel. 06294/68-0

<http://www.bsk-ev.de/>

Förderungsgemeinschaft der Querschnittgelähmten FGQ e.V.

Silchstr. 15, 67591 Mölsheim, Tel: 06243/ 5256

<http://www.fgq.de>

Forum selbstbestimmter Assistenz

Elke Bartz

Nelkenweg 5, 74673 Muldingen, Tel: 07938/ 515, Fax: -/8538

www.forsea.de/

Internet- Adressen

Stand: Juli 2003

Einleitung

Eine Bewertung der Qualität der einzelnen Seiten bleibt den Besuchern überlassen.

Diese Liste kann wegen der Fülle der existierenden Seiten nur ein kleiner Auszug sein. Eine Suche bei www.Google.de oder www.Yahoo.de erbringt meist mehr als 1000 Seiten. Für Änderungen, Hinweise und neue, interessante Internetseiten für Querschnittgelähmte sind wir dankbar: Bitte per e-mail an Frank Ladwig oder Hanno Kock :

f.ladwig@buk-hamburg.de
h.kock@buk-hamburg.de

Abkürzungen im Text: QL = Querschnittlähmung, HP = Homepage, ZG = Zielgruppe,

Online-Magazine

www.behinderte.de

ZG: Behinderte Menschen

Hier geht es nicht um Querschnittlähmung, sondern um Behinderung allgemein. Die Seite ist recht umfassend, hat allerdings zu wenig Struktur, was nicht heißen soll, das sie unübersichtlich ist. Es gibt hier sehr viele unterschiedliche Themen, zum einen natürlich die Standards wie „Arbeit“, oder „Ärzte“, aber eben auch Themen wie „Devotees- Menschen die sich zu Behinderten hingezogen fühlen“. Wer also mal nach etwas anderen Berichten etc. sucht, ist auf dieser Seite genau richtig. In der Abteilung Querschnittlähmung wird übrigens nur auf wenige andere Seiten verwiesen.

www.cebeef.com

ZG: Behinderte Menschen

Diese Seite ist auch ein sogenanntes Onlinemagazin. Das heißt dass man hier aktuelle Nachrichten lesen kann und auch Sachen, die man z.B. auf Internetseiten von Organisationen nicht findet. Auf dieser Seite befindet sich auch ein Chat und ein Forum.

www.dassprungbrett.de/behindert

ZG: nicht nur behinderte Menschen

Es handelt sich bei dieser Seite im Großen und

Ganzen um eine Linksammlung, es sind auch ein Chat und drei Foren vorhanden. Es gibt eine grosse Linksammlung, die primär nichts mit Behinderung zu tun hat. Sie ist jedem sehr zu empfehlen, da sie wirklich viele Bereiche abdeckt wie zum Beispiel Fernsehprogramm, Musik und Einkaufen im Netz. Dann gibt es noch die Links, die speziell etwas mit Behinderten zu tun haben, diese sind sehr gut ausgewählt, so dass man zu fast jedem Thema die passende Seite findet. Zum Chat ist noch zu sagen, dass es hier auch eine feste Zeit gibt, um das chatten etwas zu zentrieren. Die Foren sind in drei Bereiche aufgeteilt. Im ersten gibt es keine Themenbeschränkung, der zweite beschäftigt sich mit Sexualität, und der dritte ist eine Kontaktbörse (Er sucht Sie, etc.).

www.handicap-life.de

ZG: Behinderte Menschen

Umfangreiches Informationsangebot, Homepage der Zeitschrift Handicap, die seit 2001 auf dem Markt ist.

www.rollidriver.de

ZG: Behinderte Menschen, insbesondere Rollstuhlfahrer

Rollidriver e.V. ist, wie das „e.V.“ schon besagt ein Verein, und es handelt sich hierbei um die Homepage des Vereins, aber wegen ihrer Themenvielfalt und Aktualität würde ich sie zu den Online-Magazinen zählen. Es gibt hier viele News rund um das Thema Behinderung. Hinzu kommt eine Kontaktbörse, ein Schwarzes Brett und ein Chat, von dem es heißt, dass es hier erst abends voll wird. Desweiteren gibt es hier Rubriken wie Sexualität, techn. Hilfsmittel, Pflegefall, medizinisches Lexikon und Rechtliches. Die obligatorischen Termine und Links fehlen auch nicht.

www.startrampe.net

ZG: Rollstuhlfahrer, Querschnittgelähmte
Startrampe ist eine sehr umfangreiche Internetseite eines ehemaligen QZ-Patienten. Man kann hier sehr viele unterschiedliche Dinge finden, z.B. medizinische Informationen zum Thema Querschnittlähmung, Berufsangebote, Programme zum herunterladen, welche Behinderten den Umgang mit dem Computer erleichtern, es besteht die Möglichkeit zum Chat, Forumsbesuch, Expertenchat usw.

www.wheel-it.de

ZG: Behinderte Menschen

Es handelt sich bei dieser Seite um ein weiteres sehr übersichtlich, schön und professionell gestaltetes Online-Magazin, d.h. viele Informationen zu vielen Themen. Es gibt hier sowohl News als auch einen Ratgeberteil, wo man sich über Themen wie Mobilität, Arbeit und Finanzen informieren kann. Im „Magazin“ gibt es die Rubriken Freizeit, Sexualität, Reisen und den schon erwähnten Ratgeber. Es gibt hier ebenfalls Foren und die Rubrik „Flirt“ in der auch eine Kontaktbörse enthalten ist. Alles in allem gehört dieses Magazin auf jeden Fall zu den empfehlenswerten Vertretern seiner Gattung.

Foren, Chat:

Die meisten der o.a. Online-Magazine bieten ein Forum und/oder einen Chatroom an, manche auch einen Experten-Chat (Startrampe.net), haben daneben aber noch eine Fülle an anderen Angeboten und Informationen zu speziellen Themen. Es gibt auch Seiten, die sich auf den reinen Expertenkontakt beschränken.

<http://jkc.de/ehb.html>

ZG: Behinderte Menschen und Experten

Es handelt sich bei dieser Seite um ein Forum, in dem Behinderte Fragen stellen können. Es heißt „Experten helfen Behinderten“ und bedeutet, dass Behinderte oder Interessierte Fragen stellen können, und die Seite dann denjenigen Experten sucht der für die Beantwortung dieser Frage am besten geeignet ist. Die Experten arbeiten alle ehrenamtlich. Man kann sich auch zu einem bestimmten Thema als Experte anmelden. Speziell wird auf die Bereiche Bildung, Beruf, Medizin und Soziales eingegangen, es gibt aber auch die Abteilung „Sonstiges“. Der Kontakt zu den Experten läuft per E-Mail ab.

www.selbsthilfe-online.de

Eine Nachrichtensammlung für Menschen mit Behinderungen. «Kobinet Nachrichten» ist ein Angebot von und für Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten. Auch alle anderen Leserinnen und Leser sind uns herzlich willkommen.

www.autonomleben.de

Website der Beratungsstelle Autonom Leben

in Hamburg. Sehr gut und ausführlich gestaltete Linkseiten, Infoseiten zu Behinderung allgemein, Sozialberatung, Nachrichten und Texte.

www.behinderung.org

Eine Seite mit Infos, Forum, Chat zu Behinderung allgemein. Größere Linksammlung zu Sonderpädagogik, Frühförderung usw. Für QL nicht sehr ergiebig. Aktualität mäßig.

www.ortegalink.com

Umfangreiches, gut sortiertes Informationsangebot, insbesondere Links und Infos für behinderte Frauen, s.u.

bidok.uibk.ac.at

Umfangreiche Sammlung von Texten zu Behindertenfragen im Volltext, österreichische Homepage

Frauen

Viele Internetseiten haben auch Angebote für behinderte Frauen. Am besten einfach mal durchsuchen. Beispielhafte Seiten, die sich ausschließlich an Frauen mit Behinderung wenden:

www.wheel-life.ch

Internetseite für Frauen mit Infos, Chat und Forum, sehr ansprechend gestaltet und mit Erfahrenen und Profis im Hintergrund.

www.ortegalink.com/handifem

Dort kann frau sich für die Frauen-Mailingliste eintragen und bekommt dann die Nachrichten per E-mail. So etwas wie eine private Newsgroup.

Öffentliche Ratgeber

www.behinderten-ratgeber.org

ZG: Behinderte Menschen

Das Kernstück dieser Seite ist eine Art Datenbank von Adressen (sowohl Internet als auch normale Adressen) die für Behinderte interessant sein könnten. Das Spektrum reicht hier von Taxiunternehmen bis zu Rechtshilfe, selbstverständlich immer für ganz Deutschland, und es gibt sogar Adressen im Ausland. Eine Kontaktecke inklusive Chat und Forum ist auf dieser Seite ebenfalls enthalten. Sehr umfangreich, und gut gemacht.

www.hamburg.de/Behoerden/Behindertenbeauftragter/welcome.htm

Homepage des Behinderten-Beauftragten der FHH Hamburg; Links, Aufgabenbeschreibung des Behindertenbeauftragten, Termine und Adressen.

www.rrz.uni-hamburg.de/Behinderung

ZG: Behinderte Studenten

Die Überschrift dieser Seite ist: "Informationen für Studieninteressierte und Studierende mit einer Behinderung oder einer chronischen Krankheit". Veranstaltungshinweise, Links zu Seiten für Behinderte allgemein oder behinderte Studenten sowie Büchertipps zum Thema sind hier zu finden. In dem Abschnitt „Neuigkeiten“ sind manchmal auch Jobs für behinderte Studierende enthalten.

Kinder und Jugendliche als Betroffene

home.t-online.de/home/rollipop.Wichernhaus

ZG: Jugendliche Behinderte

Auf der Seite namens „Rollipop“ präsentieren sich Schüler und Schülerinnen aus dem „Wichernhaus“, ein Zentrum für Körperbehinderte bei Nürnberg. Sie schreiben über sich selbst, und bieten einen sehr unterschiedlichen Themenkatalog an, wo man von Filmkritiken bis zu Witzen alles Mögliche finden kann. Die Seite wird nicht besonders oft aktualisiert. Für Jugendliche, die sehen wollen, was andere in ihrem Alter so treiben, kann die Seite interessant sein.

www.besondere-kinder.de

ZG: Eltern behinderter Kinder

Diese wurde von Eltern behinderter Kinder ins Leben gerufen und ist eine Art Netzwerk. Es gibt hier ein Forum, in dem Eltern sich über ihre Probleme austauschen und natürlich auch Lösungen anbieten können. Bei dem Chat handelt es sich eher um eine Chat-Verabredung, d.h. es wird ein Termin und ein anderer Chat-Raum auf einer anderen Seite genannt. Im Archiv finden sich viele Artikel zu Themen wie z.B. „Babysitter“ oder „Einkaufen“. Ausserdem gibt es eine Linksammlung und eine Mailingliste, in die man sich eintragen kann, und dann immer über Neuigkeiten etc. informiert wird. Der letzte Teil dieser Seite ist eine Liste von Kindern deren Eltern „Mitglieder“ dieser Seite

sind - jedes Kind wird hier von den Eltern in einem Text vorgestellt. Diese Seite ist zwar nicht sehr umfangreich, aber trotzdem empfehlenswert.

www.mittendrin-magazin.de

HP des Bundesverbandes behinderter Pflegekinder e.V. mit Zeitschrift, Archiv, Adressen und Linkliste, Urteile, Ratschläge und Artikel zu verschiedenen Themen rund um behinderte Pflegekinder und ihre Angehörigen.

Vereine, Verbände, Stiftungen

www.asbh.de

ZG: Gelähmte und Angehörige

Es handelt sich bei dieser Seite um die Homepage der ASbH, der Arbeitsgemeinschaft Spina bifida und Hydrocephalus. Spina bifida ist der Fachbegriff für die angeborene Querschnittslähmung, viele Beiträge und Angebote sind für traumatisch Querschnittgelähmte genauso wertvoll. Die ASbH ist ein großer Verein, und in ganz Deutschland vertreten, dementsprechend groß ist auch das Angebot auf dieser Seite. Es gibt Angebote von Veranstaltungen (z.B. Rolli-Training), Seminaren, Adressen von Fachärzten, Fachbeiträge zu medizinischen und rechtlichen Themen, die zum größten Teil sehr übersichtlich und leicht verständlich geschrieben sind und viele Links zu Seiten mit verwandten Themen.

www.dsq.de

ZG: Querschnittgelähmte

Dies ist die Seite der Deutschen Stiftung Querschnittlähmung. Neben den Informationen zur Organisation finden sich noch einige allgemeine Informationen. Es ist eine Auflistung von anderen Initiativen und Organisationen zum Thema vorhanden, eine Linkliste. Interessant sind einige Hinweise zum Thema Querschnittlähmung und Autofahren.

www.fgg.de

ZG: Querschnittgelähmte, Interessierte

Dies ist die Internetseite der „Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland“. Das BUKH ist einer der Stützpunkte dieses Vereins. Wer Interesse an Vereinsgeschichte oder dem konkreten Angebot hat, kann mal reinschauen. Außerdem hat diese

Seite eine umfangreiche Linksammlung zum Thema Querschnittlähmung zu bieten.

Rollstuhlsport

www.rollstuhlsport.de

ZG: Rollstuhlfahrer

Diese übersichtlich gestaltete Seite ist die Internet-Plattform des Deutschen Rollstuhl-Sportverbandes e.V. Der Verein präsentiert sich natürlich selbst, informiert über Mitgliedschaften, Partner usw., aber es sind auch viele interessante Informationen auf dieser Seite zu finden. Es gibt eine kleine Beschreibung zu jedem Sport der zur Zeit im Rollstuhl ausgeübt wird. Unter „Allgemeines“ wird auf die Entstehung, die Finanzierung und die medizinischen Aspekte des Rollstuhlsports eingegangen. Man kann auch seine E-Mail Adresse registrieren lassen, worauf man laufend mit den neuesten Ergebnissen und Daten zu Rollstuhlsportveranstaltungen informiert wird, welche natürlich auch direkt von der Seite abrufbar sind. Außerdem gibt es hier viele Adressen, falls man irgendwelche Fragen oder Anliegen in bezug auf Rollstuhlsport hat.

Urlaub

<http://members.aol.com/argeurlaub>

ZG: Rollstuhlfahrer, die einen Urlaub planen

Dies ist die Internetseite der „Arbeitsgemeinschaft Urlaub“. Die Arbeitsgemeinschaft hat es sich zum Ziel gemacht, Menschen mit Handicap die Urlaubsplanung zu erleichtern. Man kann einfach sein Urlaubsziel, Termin und sonstige notwendige Informationen (auf der Seite genauer erläutert) an eine E-Mail Adresse schicken, und die AG Urlaub tut ihr bestes, Hinweise für einen schönen Urlaub zurückzuschicken. Desweiteren gibt es: Links zu Behinderung und Urlaub, Reiseveranstalter speziell für Querschnittgelähmte, Bücherempfehlungen, eine Liste von Unterkünften, die von den Herausgebern der Seite schon besucht wurden.

Sexualität

www.behindertensexualitaet.de

Eine Seite mit Infos, Links und Ratgeber-texten

www.wiend.at

Forum, Chat und Infos zu Sexualität und QL, österreichische Seite, gut strukturierte Informationen zu Sexualität, Partnerschaft, Sex-Begleitdiensten usw.

www.wheel-life.ch

Internetseite für Frauen mit Infos, Chat und Forum, sehr ansprechend gestaltet und mit Erfahrenen und Profis im Hintergrund.

www.nichtvorbei.de

ZG: Querschnittgelähmte, Sexualpartner Querschnittgelähmter

Inhalt: Werbeseite für ein Aufklärungsvideo über Sexualität und Querschnittlähmung
Eine schön und übersichtlich gestaltete Seite zu dem Video „nicht vorbei“. Es sollte jedoch nicht vergessen werden, das dies „nur“ eine Werbeseite ist.

<http://www.lambda-online.de>

ZG: Behinderte Homosexuelle.

Eine HP, die sich an erwachsene, aber auch an jugendliche homosexuelle Behinderte richtet, mit Infos, Artikeln, Freizeitangeboten, Beratung.

Reha-Firmen

www.reha-hesse.de

ZG: Querschnittgelähmte und Therapeuten
Inhalt: Dies ist die Internetseite eines Ärzteteams, auf der gleichzeitig eine Firma, die Reha-Geräte herstellt für eben diese wirbt. Man kann sich hier über Reha-Geräte und Methoden informieren, oder sich die Forschungsergebnisse des Ärzteteams ansehen. Die Seite ist professionell und übersichtlich gestaltet.

www.Orthopoint.de

Die Informationen beziehen sich sowohl auf Heil- und Hilfsmittel (orthopädiotechnische Hilfsmittel) als aber auch auf allgemeine Lebensfragen. Im orthoPoint! können Hilfsmittel bewertet und auf ihren tatsächlichen Nutzen geprüft werden.

Sonstiges

www.abm-medien.de

ZG: Behinderte Fernsehgucker

Auf dieser Seite präsentiert sich die Arbeitsgemeinschaft Behinderung und Medien e.V. Das geniale Kernstück dieser Seite ist die Programmorschau. Es werden hier alle Sendungen aus dem Kabelfernsehen aufgelistet, die mit Behinderung zu tun haben und es ist kurz beschrieben worum es geht. Außerdem hat diese Seite eine Datenbank, in der sehr viele Filme, die mit Behinderungen zu tun haben gespeichert sind. Man kann in der Suche ein Stichwort eingeben, und die Datenbank wird nach diesem Wort durchsucht. Allein zu dem Stichwort „Querschnittlähmung“ wurden über 40 Filme aufgelistet. Viele dieser Filme sind in der Videothek dieser Seite enthalten. Man kann die Filme auf dem Postweg ausleihen oder kaufen.

Dazu gibt es auf dieser Seite natürlich die schon fast obligatorischen Termine und Links.

www.nw3.de

ZG: Behinderte Menschen

Website des „Netzwerks Artikel 3“, umfangreiches Informationsangebot zur Gleichstellung von Behinderten.

www.wdr.de/tv/service/gesundheit/inhalte/980824_4.html

ZG: Querschnittgelähmte

Auf dieser Seite findet man einen recht ausführlichen Bericht über Laufbandtraining für Querschnittgelähmte, in dem sich einige medizinische Erklärungen sowie Beispiele aus einer Studie wiederfinden. Außerdem sind Links, Buchtipps und Kontaktadressen angegeben.

www.buk-hamburg.de/index.html

ZG: Patienten und Interessierte

Auf dieser Seite des Unfallkrankenhauses Bork, (in welchem Sie wahrscheinlich z.Z. stationär aufgenommen sind), werden zur Zeit nur ziemlich allgemeine Informationen zum Krankenhaus angeboten. Man kann sich zum Beispiel eine Übersicht sämtlicher Abteilungen ansehen (mit Beschreibungen) oder sich über die im Krankenhaus geltenden Regeln etc. informieren. Ausserdem kann man hier über die Öffnungszeiten spezieller Einrichtungen wie Friseur oder Kiosk Auskunft erlangen. Die Seite befindet sich noch im Aufbau, deshalb

sind die Punkte Jobbörse und Informationen für Experten noch nicht zugänglich.

www.mundmaler.de

ZG: Querschnittgelähmte, Alle

Hierbei handelt es sich um die Homepage von Thomas Kahlau, ein Mundmaler. Thomas Kahlau ist querschnittgelähmt, und malt deshalb mit dem Mund. Auf seiner Seite lassen sich seine Werke betrachten, aber auch einige persönliche Gedanken lesen. Die Seite ist sehr schön gestaltet und konnte auch mich, der mit gemalter Kunst eigentlich nichts am Hut hat, für einige Zeit in seinen Bann ziehen. Einfach mal anschauen!

www.pa-te.com/

Umfangreiches Informationsangebot, v.a. auch für Querschnittgelähmte u.a. Körperbehinderte. Nervig ist nur das ständig aufgehende Fenster zum Download des macromedia flash-Players.

www.pflegeboard.de

ZG: Pflegepersonal

Dies ist ein Forum für Schwestern und Pfleger. Es findet hier täglich ein Austausch über Probleme, Abläufe und Erfahrungen im Pflegedienst statt.

Für die Meldung von interessanten Internetseiten für Querschnittgelähmte sind wir dankbar: Bitte per e-mail an Frank Ladwig oder Hanno Kock :

f.ladwig@buk-hamburg.de

h.kock@buk-hamburg.de

Impressum

3. Auflage Mai 2006

Redaktion:

Constanze Fricke

Hanno Kock

Satz und Layout: Hanno Kock

Herausgeber:

BG-Unfallkrankenhaus Hamburg

Querschnittgelähmtenzentrum

Chefarzt Dr. Exner

Bergedorfer Straße 10

21033 Hamburg

Alle Quellen sind angegeben und Copyrights
durch Autoren und Verlage erteilt worden