



pulmonale hypertonie e.v.



Prof. Dr. med. Hanno Leuchte
Krankenhaus N...

Online-
Webinare
in
Corona-Zeiten



Spendenaktion
für
Bosse



hier: Prof. Seeger, Gießen



Online-Training
mit Herrn Roßmann
– gemeinsames
virtuelles
Life-Training



Welt-PH-Tag:
über 750 Teil-
nehmer legten
insgesamt 3018 km
zurück!



Janssen
With Me®

Für Menschen mit Lungenhochdruck

Du selbst oder einer deiner Angehörigen hat Lungenhochdruck und du willst dich rundum gut informieren? Dann ist Janssen With Me genau richtig. Hier erfährst du alles zu den Grundlagen der Erkrankung, der Diagnostik oder auch den Therapiemöglichkeiten. Darüber hinaus unterstützen wir dich mit dem ein oder anderen Tipp dabei, deinen Alltag besser zu bewältigen.



Stand: 06/2021, EM: 66653



*mein heute
mein morgen*

www.janssenwithme.de

Janssen-Cilag GmbH
www.janssen.com/germany

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson

Grußwort

DES VORSTANDS

Liebe Mitglieder,
liebe Freunde und Förderer des ph e.v.

25 Jahre ph e.v. – eine Erfolgsgeschichte für die Selbsthilfe!

25 Jahre ph e.v. ein Grund zum Feiern? Eindeutiges ja!

Wir hatten vieles vorbereitet und auf den Weg gebracht. In diesem Jahr sollte wieder ein persönliches Patiententreffen in Frankfurt stattfinden. Nun macht uns Corona schon wieder einen Strich durch unsere Planung. Schon jetzt hat uns der Landessportbund eine Begrenzung der Teilnehmerzahl vorgegeben. Das bedeutet, dass nicht jeder, der will, kommen kann. Das kann ich nicht vertreten, deshalb haben wir die gesamte Veranstaltung abgesagt. Stattdessen werden wir eine Webinar-Serie, genauer Umfang wird noch mitgeleitet, mit Referenten, die dem Treffen zugesagt hatten, durchführen. Seien Sie gespannt!

Viel hat sich bewegt in den vergangenen 25 Jahren.

Mit Sicherheit kann man feststellen, dass in puncto Lebensqualität, Medikamentenentwicklung und Versorgungssicherheit sehr viel erreicht wurde.

Wir haben versucht diese Entwicklung in einem kleinen Film aufzuzeigen.

Herr Ostberg, schon Verfasser des letzten Videos, hat einige Wegbereiter des ph e.v. in diesem Film zu Worte kommen lassen.

In den letzten Monaten sind eine Vielzahl von Webinaren organisiert worden.

Ein Ersatz für persönliche Begegnungen kann das natürlich nicht sein.

Sie sehen, es ist trotz Corona viel Bewegung im Jubiläumsjahr. Ich freue mich auf rege Teilnahme bei den verschiedenen Angeboten.

Herzlichst

Ihr



Hans-Dieter Kulla



Videoaufnahmen in unserem Büro in Rheinstetten mit Bert Ostberg und Georg Kleinegees



Ausgabe Nr. 47

INHALTSVERZEICHNIS

- **Seite 6/7**
Forschungspreis 2021 DER RENÉ BAUMGART-STIFTUNG
- **Seite 8**
Unsere Webinare während der Pandemie
- **Seite 9**
Tag der seltenen Erkrankungen
27.02.2021
- **Seite 10-12**
Welt-PH-Tag-Lauf des Team PHenomenal Hope Germany
- **Seite 12/13**
Großer Erfolg bei „Tour de Ottmarshausen“
- **Seite 13**
Spendensammelaktion für Bosse (8 J.) vor seiner Lungentransplantation
- **Seite 14/15**
Bewegungstraining mit Herrn Roßmann
- **Seite 16-18**
Die Inhalationstherapie
- **Seite 19-21**
Die Sauerstoffbrille
- **Seite 22-25**
Coronageschichten
- **Seite 26/27**
Vereinsinterne Informationen
- **Seite 28**
Abschied Walter Kluser
- **Seite 29**
Adressen Landesleiter
- **Seite 30/31**
Guardians of PH
- **Seite 32-35**
Über raue Pfade zu den Sternen
- **Seite 36/37**
AltersgrupmRNA-Vakzine: Analyse
- **Seite 37**
Wer hat länger Antikörper nach der Infektion?
- **Seite 38**
ACE-Hemmer: Kein Problem bei COVID-19
- **Seite 39**
Erhöhen Vorerkrankungen das Corona-Risiko?
- **Seite 40**
Wie stehen Mitarbeiter des deutschen Gesundheitssystems zur Corona-Schutzimpfung?
- **Seite 41**
Welt-Händehygienetag am 5. Mai
- **Seite 41**
Mobile Luftreiniger als ergänzende Infektionsschutzmassnahme?
- **Seite 43**
Sotatercept – Pulmonale Arterielle Hypertonie (PAH)
- **Seite 44**
JLU Gießen informiert digital über Lungenhochdruck
- **Seite 45**
Herztransplantationen
- **Seite 46**
Früherkennung – Gesundheit mit Hilfe der Atemfrequenz untersuchen?
- **Seite 48/49**
Atemtechniken und Atemschulung
- **Seite 49**
Lungenfunktionstest in der Pandemie
- **Seite 50/51**
Klimawandel und Gesundheit
- **Seite 52/53**
Lungenfunktionstest
- **Seite 54-56**
Entlastungsbetrag und Unterstützungsangebote im Alltag
- **Seite 56**
Entscheidung zur Psychotherapie bleibt in Therapeuten-Hand
- **Seite 57**
Trauer oder Depression, das ist hier die Frage
- **Seite 58/59**
Ausschreibung Forschungspreis/ Wer war René Baumgart?
- **Seite 60**
Literaturhinweise
- **Seite 61**
Journalistenpreis
- **Seite 62**
Interessante Links
- **Seite 64**
Dauerspende
- **Seite 65/66**
Beitrittserklärung
- **Seite 67**
Impressum

Wichtige

TERMINE 2021/2022

04. September 2021

**10:00 - 15:00 Symposium Lunge
Hattingen – virtuell**

Das 13. Symposium-Lunge wird erstmals in Form eines virtuellen Kongresses (im Internet) durchgeführt.

25. September 2021

Deutscher Lungentag 11-13:00 Uhr
online

20.-23. April 2022

**88. DGK Kongress in
Mannheim**

25.-28. Mai 2022

62. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. in Leipzig.

21.-23. Oktober 2022

**24. Bundesweites Patiententreffen
in Frankfurt**

pulmonale hypertonie e.v. bietet seinen Mitgliedern Sauerstoffversorgung im Urlaub

Wir wünschen einen schönen Urlaub und freuen uns über eine atmosphärische Postkarte!

Die Organisation der Urlaubsversorgung mit Sauerstoff für sauerstoffpflichtige Patienten ist oft mit großen Schwierigkeiten verbunden. Unser Verein möchte helfen und bietet seinen Mitgliedern deshalb die Versorgung im Urlaub mit transportablen und stationären Sauerstoff-Konzentratoren an.

- Die Abwicklung erfolgt direkt durch den Hersteller.
- Einmal im Jahr übernimmt der Verein die Kosten für die Urlaubsversorgung.
- Das Mitglied übernimmt eine Selbstbeteiligung von 30,- €.

Voraussetzung

ist die Verordnung durch den behandelnden Arzt (Kopie), eine glaubhafte Bestätigung der Urlaubsreise (z. B. Buchungsbestätigung) und die Mitgliedschaft im Verein. Die Informationen sollten 30 Tage vor Reisebeginn vorliegen. Zu beachten ist dabei, dass das Angebot aus technischen Gründen **nur bis zu einem Bedarf von 4 Liter pro Minute** genutzt werden kann.

Rufen Sie uns an!
Kosten für eventuelle Beschädigungen oder Verlust sind vom Patienten zu tragen.



Weitere Termine der Landesverbände und Aktualisierungen entnehmen Sie bitte der Übersicht auf unserer Homepage
www.phev.de

Termin bitte vormerken: 21. bis 23. Oktober 2022



23. bundesweites PH-Patiententreffen mit Angehörigen

mit Jubiläumsfeier 25 Jahre ph e.v. / 20 Jahre René Baumgart-Stiftung

in Frankfurt am Main

Sportschule und Bildungsstätte des Landessportbundes Hessen e. V.,
Otto-Fleck-Schneise 4, 60528 Frankfurt am Main

Preisverleihung – Forschen für ein Leben ohne Lungenhochdruck

FORSCHUNGSPREIS 2021 DER RENÉ BAUMGART-STIFTUNG

Rheinstetten, 22. März 2021. Zum 18. Mal wurde der mit 5.000 € dotierte Forschungspreis der gemeinnützigen René Baumgart-Stiftung für wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der pulmonalen Hypertonie ausgeschrieben.

Der Preis wurde an Chanil Valasarajan und Privatdozent Dr. med. Dr. med. habil. Christoph M. Zehendner vom Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung, Bad Nauheim, für ihre Arbeit „Long Noncoding RNA TY-KRIL Plays a Role in Pulmonary Hypertension via the p53 mediated Regulation of PDGFRβ“ verliehen.

Die pulmonale arterielle Hypertonie (PAH, pulmonale Hypertonie der Gruppe 1) ist eine Erkrankung des Lungenkreislaufs, bei der umgebaute Lungengefäße den Lungengefäßwiderstand erhöhen und letztendlich zu einer für die Patienten sehr belastenden Rechtsherzinsuffizienz führen kann. Die Umgestaltung der Lungenarterie bei PAH ist hauptsächlich durch das gesteigerte Wachstum verschiedener Zellen wie glatter Muskelzellen der Lungenarterie (PASMCs) gekennzeichnet, weitere Zellen wie Perizyten tragen ebenso hierzu bei. Es existieren verschiedene Behandlungsmethoden der PAH, aber bisher erzielt keine optimalen Ergebnisse. Insbesondere existieren im Bereich der PAH bislang nur begrenzte Erkenntnisse über neue Signalmoleküle und deren molekulare Wirkweise, die in allen für die PAH Pathogenese relevanten Zellarten (PASMCs, Fibroblasten, Endothelzellen und Perizyten) eine Rolle spielen. Daher besteht die Notwendigkeit, Moleküle zu identifizieren die eine Relevanz in all diesen Zelltypen besitzen, die den Gefäßumbau vorantreiben und ihr therapeutisches Potenzial sowie ihre molekulare Wirkweise zu erforschen.



 Christoph Zehendner

Lange nichtkodierende RNAs (lncRNAs) sind relevant bei der Regulation einer Vielzahl biologischer Prozesse. Ihre Rolle bei der Pathogenese der PAH ist bislang jedoch noch ungeklärt. Um die Rolle von lncRNAs bei der PAH zu untersuchen, wurde eine institutsübergreifende Zusammenarbeit, insbesondere zwischen den Instituten der beiden Erstautoren der Arbeit, dem Institut für kardiovaskuläre Regeneration (Christoph Zehendner, aus der Forschungsgruppe von Prof. Stefanie Dimmeler), Goethe Universität Frankfurt und dem Max-Planck-Institut für



 Chanil Valasarajan

Herz und Lungenforschung Bad Nauheim (Chanil Valasarajan aus der Forschungsgruppe von Prof. Soni Savai Pullamsetti), sowie einer Reihe weiterer nationaler und internationaler Forschungszentren und Kliniken ins Leben gerufen, um die bestmöglichen Expertisen im Bereich lncRNAs und PAH zusammenzubringen.

Um Hypoxie-relevante lncRNAs zu identifizieren, wurden Perizyten und glatte Muskelzellen der Lungenarterie von Patienten mit idiopathischer PAH Hypoxie ausgesetzt und mittels RNA-Sequen-

zierung analysiert. Hierbei wurde die lncRNA TYKRIL („Tyrosine Kinase Receptor-Inducing lncRNA“) als einzige lncRNA identifiziert, die in allen Gewebe- und Zellproben konsistent eine Hypoxie bedingte Hochregulation aufwies.

Ein Knockdown von TYKRIL kehrte den unter hypoxischen und idiopathischen PAH-Bedingungen induzierten proliferativen und antiapoptotischen Phänotyp um.

Da TYKRIL nur in humanen Zellen aufgrund der geringen Spezieskonservierung von TYKRIL nachgewiesen wurde, wurden ex-vivo-Studien an humanen organotypischen Präzisions-Lungenschnitten von Patienten mit PAH für weitergehende Untersuchungen herangezogen, um sich der in vivo Situation anzunähern. Die Verwendung von Präzisions-Lungenschnitten von Patienten mit PAH und die hiermit erzielten Ergebnisse stellen einen wichtigen Meilenstein für die translationale Forschung im Bereich der PAH dar, da es die Möglichkeiten zur Identifikation und Charakterisierung neuartiger und pathophysiologisch relevanter Moleküle, die nur im Menschen exprimiert sind, stark erweitert.

Die Hemmung von TYKRIL in Präzisions-Lungenschnitten verringerte den PAH-typischen Gefäßumbau. Die Anzahl der proliferierenden Zellen in den Gefäßen wurde ebenfalls reduziert und die Anzahl der apoptotischen Zellen in den Gefäßen war im Vergleich zur Kontrolle erhöht. Weiterhin fand sich eine signifikante Korrelation der Expression von TYKRIL mit dem Platelet Derived Growth Factor Rezeptor beta (PDGFR β), einem Schlüsselakteur bei PAH, in PAH Patientenproben. Zudem reduzierte der Knockdown von

TYKRIL die PDGFR β -Expression signifikant.

In weiterführenden mechanistischen Untersuchungen zeigte sich, dass TYKRIL die Aktivität des Tumorsuppressors p53, einem bekannten Repressor von PDGFR β , reguliert. RNA-Immunpräzipitationsexperimente mit verschiedenen p53-Mutanten deckten auf, dass TYKRIL an den N-Terminus von p53 bindet, der eine wichtige Binderegion für den p53 Co-Aktivatoren p300 darstellt. Interaktionsstudien ergaben folglich, dass TYKRIL die p53-p300-Wechselwirkung durch Bindung an den N-Terminus von p53 blockiert. Somit reguliert TYKRIL die p53-Kerntranslokation im Sinne eines p53-Decoy“-Moleküls.

Als erste bekannte lncRNA, die die p53/ PDGFR β Signalachse reguliert, spielt die bislang uncharakterisierte lncRNA TYKRIL eine wichtige Rolle bei der Pathogenese der PAH und könnte ein relevantes Zielmolekül für zukünftige neuartige PAH Therapiestrategien darstellen.

Eine Information der René Baumgart-Stiftung

Unsere Webinare während der Pandemie

Die Pandemie hat alle Veranstaltungen und Treffen unmöglich gemacht. Seit März 2020 schwand immer mehr die Hoffnung, dass persönliche Treffen noch planbar wären.

Schnell verlagerten wir die Vorstandssitzungen auf eine Online-Plattform, was hervorragend funktionierte. Deshalb haben wir neben dem Online-Bewegungstraining (Seiten 14-15) nach über einem halben Jahr auch Veranstaltungen für unsere Mitglieder ins Auge gefasst. Ein erstes Online-Webinar konnten wir am 26. November 2020 mit dem Klinikum in Heidelberg organisieren. Auf dem Programm standen: Neues aus der Diagnostik, Genetik und Therapie. Außerdem gab es praktische Informationen zu Terminen in der Klinik.

Am 9. April 2021 fand ein ehemals geplantes Präsenz-Treffen mit dem Zentrum in Hannover ebenfalls online statt. Dabei wurden Themen wie Psyche, Ergebnisse der PEPP-AH-Studie in Zeiten von Corona, PH-Therapie heute und morgen, Sozialökonomische Auswirkungen bei PAH und das Thema Schwangerschaft bei PAH behandelt.

Bereits am 26. April folgte schon das nächste Webinar aus der Miszioklinik in Würzburg. Die aktuellen Themen „Covid und Gefäße“ und „Impfen“ standen auf dem Programm.

Ein ganz patientennahes Webinar organisierte Frau Caro Thurmann von den Guardians of PH am 8. Mai 2021 mit Beiträgen von unseren Mitgliedern und Patienten.

„Zukunftsperspektiven“ war das Thema. Beiträge von Betroffenen zu Berufstätigkeit, Teilzeit, Hobby, Ehrenamt und Familienplanung brachten Nähe zur besonderen Situation im Leben mit pulmonaler Hypertonie. Einen Bericht dazu gibt es auf den Seiten 30-31.

Kurz darauf, am 12. Mai 2021, bot uns Prof. Werner Seeger, Gießen, ein Webinar der besonderen Art: Er berichtete über die Vergangenheit und Zukunft in der Behandlung von PH, aber auch über unseren Verein. Dieses Webinar wurde ausgezeichnet und kann auf unserer Webseite angesehen werden.

Am 7. Juli fand ein Webinar aus den Zentren Großhadern und Neuwittelsbach in München statt. Themen waren Therapieziele bei Lungenhochdruck und wie sie erreicht werden können. Ausschnitte aus dem Webinar sind als Aufzeichnung auf unserer Webseite.

Schließlich konnten wir auch für unsere Familien mit einem von pulmonaler Hypertonie betroffenen Kind noch ein Webinar mit Prof. Apitz, Ulm, und Dr. Pattathu, München, organisieren. Die beiden Beiträge waren die Herzkatheteruntersuchung und AFR (Arterial Fow Regulator).

Bei allen Webinaren konnten die Zuschauer über einen Chat Fragen an die Referenten stellen, die auch direkt beantwortet wurden.



Webinar - Hans-Dieter Kulla,
1. Vorsitzender, führte durch's
Programm

Wir möchten uns ganz herzlich bei allen Referenten, Helfern und Teilnehmern bedanken!

Dies waren die Referenten der Kliniken:

Prof. Dr. med. Ekkehard Grünig, Heidelberg
Dr. med. Benjamin Egenlauf, Heidelberg
Dr. med. Panagiota Xanthouli, Heidelberg
PD Dr. Christina A. Eichstaedt, Heidelberg
Prof. Dr. med. Karen M. Olsson, Hannover
Tanja Meltendorf, Hannover
Jan Fuge, Hannover
Dr. med. Jan-Christopher Kamp, Hannover
Prof. Dr. med. Marius M. Hoepfer, Hannover
Priv.-Doz. Dr. Matthias Held, Würzburg
Prof. Dr. August Stich, Würzburg
Prof. Dr. med. Werner Seeger, Gießen
Prof. Dr. med. Hanno Leuchte, München
Dr. Katrin Milger-Kneidinger, München
Prof. Dr. med. Christian Apitz, Ulm
Dr. med. Joseph Pattathu, München

Herrn Klaus Peter danken wir für die technische Leitung, Herr Hans-Dieter Kulla, unser erster Vorsitzender, führte durch das Programm und moderierte.

Bericht: Regina Friedemann



„Selten sind viele“

TAG DER SELTENEN ERKRANKUNGEN

27.02.2021

Am letzten Tag des Monats Februar findet „traditionell“ – das Wort ist fast zu hoch gegriffen, gibt es den Aktionstag doch erst seit dem Jahr 2008 – der Tag der Seltenen Erkrankungen statt.

Die Themen der in der Regel gut verständlichen Fachvorträge reichten vom Diagnostizieren und Behandeln eines seltenen kindlichen Fiebersyndroms (Dr. A. Janda), der Behandlung neurologischer Patienten mit Verdacht auf eine seltene Erkrankung (Dr. S. Müller/ Dr. D. Fabricius) bis hin zur praktischen Vorgehensweise am ZSE Ulm von der Diagnosestellung bis hin zur multidisziplinären Versorgung anhand einiger sehr anschaulichen Fälle. Der anschließende Vortrag von Prof. H. Gründel widmete sich den Wechselbeziehungen zwischen körperlichen Beschwerden und seelischen Problemen. **Das kleine Fazit des Leiters der Ulmer Psychosomatischen Medizin: „Die Seele ist ein vielfältig verflochtenes Organ.“**

der Dystoniegesellschaft oder Fanconie-Anämieselbsthilfe... Krankheiten, von denen ich ehrlicherweise noch nie gehört hatte und deren Schwere zum Teil erschütternd sind. Andererseits geht es einem Außenstehenden, nicht davon Betroffenen, mit der Pulmonalen Hypertonie ebenso.

Die Präsentationen gaben gute Anregungen für eine Vorstellung der PH und seiner Selbsthilfe bei einem der folgenden Tage der Seltenen Erkrankungen im Ulmer ZSE und schließlich ist die Ulmer Kinderkardiologie auch ein PH-Zentrum für die kleinen Patienten.

Klaus Konz

Wie in den vergangenen Jahren lud auch dieses Jahr das Zentrum für Seltene Erkrankungen (ZSE) Ulm uns vom Landesverband des ph e.v. zu diesem Aktionstag ein – nur sollte dieser heuer online stattfinden. Schade, denn der übliche und sonst immer sehr anregende Austausch mit den anderen Selbsthilfeorganisationen fiel damit leider aus. So meldete ich uns trotzdem an und war ungeachtet der anfänglichen technischen Probleme dann doch überrascht von dem reibungslos und in gelöster Atmosphäre ablaufenden Aktionstag. Über 160 Teilnehmer konnten gezählt werden.

Nach der kurzen Begrüßung durch den Leiter des ZSE Prof. K. Debatin übergab er die Moderation und Leitung des Tages an seine Mitarbeiterin B. Hilbig.

Große Bedeutung kommt in seinen Augen dabei der organisierten Selbsthilfe zu.

Den Abschluss des Vortragsreigens bildete Prof. M. Wagner mit dem Thema „Seltene Erkrankungen der Hormondrüsen“. Die Hormone – das Wort ist aus dem Griechischen – sind unsere Antreiber, Bewegter oder Impulsgeber für unseren Körper. Viele von ihnen sind uns aus dem Alltag bewusst: das Adrenalin, die Schilddrüsenhormone. Eine Störung derselben hat gravierende Auswirkungen auf unser Leben.

Im Anschluss an diese Fachvorträge stellten sich sieben Selbsthilfeorganisationen vor, von der Gesellschaft für Muskelkranke,



Und immer noch Corona! Welt-PH-Tag-Lauf des Team PHenomenal Hope Germany

Der 5. Mai ist der Welt-PH-Tag und damit der Tag, um auf die seltene Erkrankung Pulmonale Hypertonie (Lungenhochdruck) aufmerksam zu machen.

Was im letzten Jahr ein bisschen aus der Not heraus geboren wurde, wird langsam aber sicher zu einer Institution: ein virtueller Lauf anlässlich des Welt-PH-Tages.



Andre

Wichtig war und ist uns dabei, im Namen des Sports Menschen sowohl mit als auch ohne pulmonale Hypertonie eine gemeinsame Plattform zu bieten.

Zwei Streckenlängen standen zur Auswahl, denn um möglichst allen Interessierten eine Teilnahme zu ermöglichen, konnten man sich entscheiden, ob man lieber 1 km oder 5 km zurücklegen möchte.

Insgesamt haben sich an unserem Lauf-Event 778 Leute in die Ergebnisliste eingetragen – total verrückt! Dabei war das Wetter in vielen Teilen Deutschlands ziemlich unberechenbar, niedrige Temperaturen, stürmische Böen sowie Regen und Hagel machten es nicht einfacher.

Die bloße Zahl der LäuferInnen macht uns unglaublich zufrieden, doch noch mehr hat uns die hohe Beteiligung von Menschen mit PH an diesem Event erfreut.

Viele von euch sind dabei regelrecht über sich hinausgelaufen. Es gab TeilnehmerInnen, die mit zusätzlichem Sauerstoff gelaufen sind, den Rollator dabei hatten und ihren Hund als zusätzliche Motivation.

Ihr alle seid spitze!



Axel

Charlie



Denny

--- Über 750 Teilnehmer---

203 Sportler wählten die 1.000-m-Distanz, 563 liefen die 5.000 Meter. Dazu 2 gemeldete Hunde. **Insgesamt legten somit anlässlich des Welt-PH-Tages 778 Teilnehmer 3018 Kilometer zurück.**

Bei dem Event waren die Jahrgänge 1938 bis 2020 vertreten. Etliche komplette Familien haben sich an dem Event beteiligt, daneben gab es eine Reihe an Gruppenmeldungen mit jeweils mehreren Teilnehmern.

Katharina





↑↑ Kersten

So gab es eine Vielzahl an Anmeldungen aus den Selbsthilfegruppen pulmonale hypertonie e.V., Pulmonale Hypertonie Selbsthilfe mit Herz und IQ und Transplant-Kids e.V.



Weitere Anmeldungen gab es seitens diverser Sportvereine und natürlich war auch das Team Phenomenal Hope Germany mit einer großen Gruppe am Start.

↓↓ Kirsten



↑↑ Nick

Auch international sind wir gewachsen! Teammitglieder aus Belgien und den USA waren dabei. Eine Gruppe aus Reykjavik ließ es sich sogar nicht nehmen, anschließend noch ein Bad in der 7 Grad warmen See zu nehmen.



↑↑ Oscar

--- Ergebnisse und Gewinner---

Auf der 1000 m Strecke gewann bei den Frauen die erst knapp 12-jährige Martha Cohrs (4:15) und Henri Lassig mit sehr schnellen 3:03.

Bei den Frauen gewann über die 5-km-Distanz Isabelle Czerny (21:46) vor Lara Große-Lüdinghaus und Elena Schneider.

Toll war die Zeit von Alexander Schaumburg, der die 5 Kilometer in 17:21 lief, dicht gefolgt von Giuseppe Troia und Stephan Kehr auf Platz 3.

Die vollständige Ergebnisliste findet ihr bei [raceresult](https://www.raceresult.com).



↑↑ Viola



↑↑ Taek

--- Fazit ---

Ein toller Tag war das für uns. 2022 gibt's dann die 3. Auflage.

Das Ziel ist Heilung!

Katrin Hetebrügge

↓↓ Wendy



Frank



Janek

Härtel

Jürgen

Kästner



Katrin



Großer Erfolg bei „Tour de Ottmarshausen“

APOTHEKER RADELT 400 KM AN EINEM TAG UND ERRADELT DABEI 15.000 EURO SPENDEN!

Beinahe unglaubliche 400 km radelte ein Team um den Apotheker Felix Rehm von der Alten Apotheke am Marktplatz in Mering an einem Tag. Verschiedene Unternehmen unterstützten die Benefizaktion bei der insgesamt 15.000 Euro für drei Organisationen zusammenkamen. Über je 5.000 Euro freuen sich die Elterninitiative krebserkrankter Kinder



Augsburg – Lichtblick, einsmehr – Initiative Down-Syndrom für Augsburg und Umgebung sowie das **Team PHe-nomenal Hope**.

Der Apotheker Felix Rehm ist begeisterter Triathlet und Ausdauersportler und immer auf der Suche nach neuen sportlichen Herausforderungen. Da es aufgrund der Coronakrise in diesem Jahr kaum sportliche Wettkämpfe gibt, war er auf der Suche nach einer anderen Motivation für sein Training. So kam ihm die Idee, einen 400 km langen Spenden-Radmarathon für einen guten Zweck gemeinsam mit seinem Radfreund, Manfred Gertig zu organisieren.

Sie bewältigten 20 Mal eine 20 km lange Runde rund um Ottmarshausen. in nur ca. 15 Stunden. Start war morgens um 3.00 Uhr. Herr Rehm spendete selbst 133 € für jede gefahrene Runde und gewann Firmen, die entweder Fixbeträge spendeten oder weitere Spenden pro gefahrener Runde beisteuerten. Auch jetzt kann die Aktion noch über das extra eingerichtete Spendenkonto unterstützt werden: IBAN: DE84 3006 0601 0074 9197 00 (Kontoinhaber: Felix Rehm).

Weitere Informationen zu den Organisationen finden sich auf folgenden Seiten:

www.krebskranke-kinder-augsburg.de
www.einsmehr.org
www.teamphgermany.de

Verantwortlich: Felix Rehm

Link zu der Spendenseite:
<https://www.betterplace.org/de/projects/97100> oder im Suchfeld „Bosse“ eingeben.



SPENDENSAMMELAKTION FÜR BOSSE (8 J.) VOR SEINER LUNGENTRANSPLANTATION

Die Eltern Talke & Torsten H. stehen neben so vielen anderen schwierigen Entscheidungen aktuell zusätzlich vor der Herausforderung, mit leider nicht ausreichenden finanziellen Mitteln etliche notwendige Umbaumaßnahmen an Ihrem Haus vornehmen zu müssen. Ziel hiervon ist es, eine bestmögliche und notwendige Keimfreiheit herzustellen, so dass Bosse nach seiner hoffentlich bald erfolgenden Lungentransplantation und der daraus resultierenden Immunsuppression sicher dort leben kann. Die genaue Kostenhöhe ist dabei noch ebenso unbekannt wie die Höhe einer möglichen Unterstützung durch die Krankenkasse/Pflegeversicherung. Absehbar ist gleichwohl bereits schon jetzt, dass auch bei einem großem Anteil an Eigenleistungen ihre finanziellen Mittel nicht ausreichen werden.

Vor diesem Hintergrund haben wir als enge Freunde angeboten eine Spendenaktion ins Leben zu rufen, mit der wir alle Freunde & Bekannten von Bosse, aber insbesondere auch deren erweitertes Umfeld bitten wollen, für Bosse und die Umbaumaßnahmen zu spenden.

Sandra & Sebastian Groppe

Anmerkungen des Vereins:

Wir leiten alle eingehenden Spenden mit dem Hinweis „Bosse“ direkt an die Familie weiter.



Die Onlinebewegungsstunde für PH-Patienten

DAS BEWEGUNGSPROGRAMM NACH DEM 4-STRUKTURENKONZEPT VON MARKUS ROSSMANN

Teil III – Die beste Rückenübung für „zwischen durch“

Seit Beginn der Corona Pandemie hat mich der Verein engagiert, 1xpro Woche ein spezielles Bewegungsprogramm für die Mitglieder online durchzuführen. Die wöchentliche Bewegungsstunde ist ein großer Erfolg. Die Stunden wurden nicht nur während der Lock Downs gut angenommen, sondern viele Mitglieder sind dankbar und begeistert, spontan von zu Hause aus, zusätzlich zu den Livestunden im Verein, ihren Bewegungsdrang stillen zu können. **Das Programm wurde in den letzten Monaten in dem Sinne erweitert, dass der Verein die Aufnahmen der Bewegungsstunden bearbeitet hat und diese nun jederzeit für die Mitglieder online abrufbar sind.**

In meinem heutigen Artikel möchte ich Sie dazu animieren, in ihren Alltag kurze, effiziente Übungen zu integrieren. Es bestätigt sich immer mehr, dass spontane, gezielte 2-3 Minuten Übungen, über den ganzen Tag verteilt, positive Veränderungen im Körper hervorrufen. Es lindert und verhindert Schmerzen und es erhöht die Vitalität und Leistungsfähigkeit.

Warum sind kurze Übungen, über den ganzen Tag verteilt, so wichtig?

1. Langes Sitzen ist mindestens so gesundheitsschädlich wie das Rauchen!
2. Die Zellen, die für den positiven Umbau unseres Körpers verantwortlich sind, brauchen regelmäßige Bewegungsreize. Dabei gibt es Hinweise, dass nach einer 90-minütigen Sitzphase, eine 2-3-minütige

Bewegungspause sehr wertvoll ist! Nur Aufstehen und ein paar Schritte gehen ist gut! Aufstehen, Gehen und ein paar gezielte Übungen durchführen ist deutlich besser!

3. Durch die regelmäßigen Übungen über den Tag verteilt findet auch eine wichtige Veränderung in unserem Kopf statt. Sie beginnen jeden Tag immer wieder an ihren eigenen Körper zu denken, in sich hinein zu spüren und erkennen, wie steif er schon wieder ist oder dass der Nacken, der Rücken, die Hüfte oder die Knie schmerzen. Sobald Sie im Laufe des Tages immer wieder an Ihren Körper denken und bewusst wahrnehmen, wird es Ihnen allgemein gesundheitlich besser gehen! Regelmäßige Körperwahrnehmung ist Ihr persönliches Gesundheitswarnsystem! Probieren Sie es aus!

Beispiel: Rückenprobleme – Das 4-Strukturen Konzept

Bei meinem letzten Artikel habe ich erklärt, dass es bei meiner Gesundheitsphilosophie um 4 Strukturen in unserem Körper geht. Flüssigkeit – Muskeln – Faszien – Bänder-/Sehnen/Gelenkkapseln!

Auch der Rücken besteht aus diesen 4 Strukturen! Wenn man einen schmerzfreen und gesunden Rücken haben möchte, dann muss man nicht nur die Rückenmuskulatur trainieren, sondern auch

- ✓ Die große Rückenfaszie
- ✓ Das Flüssigkeitssystem unseres Rückens
- ✓ Die Kapsel-/Bandstrukturen entlang der Wirbelsäule ausreichend stimulieren!

Die 4 grundlegenden Strukturen des Körpers

Faszien



Muskeln



Illustrationen: Sylke Roßmann

Bänder/Sehnen/Gelenkkapseln





CONCEPT-ROSSMANN

Bei Bewegungsmangel:

- trocknen die Rückenstrukturen aus
- verkleben die Faszien
- werden Kapsel-/Bandstrukturen zu rigide

Damit diese 4 Strukturen in Balance sind, müssen diese regelmäßig mit verschiedenen Bewegungsreizen stimuliert werden. Das funktioniert auch mit dem Rücken!

Haben Sie Probleme/Schmerzen mit dem Rücken, dann probieren Sie doch mal folgende Übungsreihe aus!

Bitte achten Sie dabei auf folgendes:

- ✓ Führen Sie die Übung nicht bei einem akuten Bandscheibenvorfall aus!
- ✓ Treten während der Übung Schmerzen auf, dann führen Sie die Übung noch 10 Sekunden weiter aus. Wird der Schmerz besser, können Sie mit der Übung fortfahren. Wird der Schmerz größer, brechen Sie bitte die Übung ab.
- ✓ Führen Sie die Übung 3-5 x am Tag 2-3 Minuten durch!

Die Übung

1. **Oberkörper strecken/Dehnen:** Stellen Sie sich gerade aufrecht hin! Strecken Sie Ihre Arme maximal nach oben. Spreizen Sie dabei maximal Ihre Finger ab.
2. **Rückenmuskulatur kräftigen:** Beugen Sie nun Ihren Oberkörper mit gerader Wirbelsäule nach vorne und halten Sie diese Position für ca. 10 Sekunden
3. **Körper kräftigen und dehnen:** Richten Sie nun Ihren nach vorne gebeugten Oberkörper wieder auf und strecken Sie sich erneut. Achten Sie darauf, dass Arme und Finger maximal gestreckt sind.
4. **Trainieren der Rückenfaszien:** Lassen Sie nun einfach Ihren Rumpf mit Schwung nach unten-vorne, in einen sogenannten „runden Rücken“ fallen! Als Kontrolle sollen Sie dabei kurzfristig durch Ihre Beine nach hinten schauen können. Bremsen Sie den erzeugten Schwung der durch die Fliehkraft entsteht, nicht ab, sondern nutzen Sie diesen, um sich sofort wieder maximal aufzurichten (**Bild 5**). Dieses schwungvolle, in den „runden Rücken“ schwingen, wiederholen Sie 5 x!
5. **Trainieren des Kapsel-/Bandapparates der Wirbelsäule:** Zum Abschluss rotieren Sie Ihren Oberkörper schwungvoll 3-5 x zu beiden Seiten!
6. **Wiederholen Sie diese Sequenz 3-5x!**

Ich wünsche Ihnen viel Spaß und Erfolg!

Viele interessante und effiziente Übungen zur Förderung der Gesundheit finden Sie in meinen Übungsstunden, abrufbar unter <https://www.phev.de/filmbeitraege/> oder Sie machen einfach mal live online bei mir mit!



Herzliche Grüße
Markus Roßmann

Fotos: Privat



Die Inhalationstherapie erlebt beim Lungenhochdruck eine Renaissance

Interview mit Professor Dr. Ekkehard Grünig, Universitätsklinik Heidelberg

Menschen, die unter einem Lungenhochdruck und speziell einer pulmonal arteriellen Hypertonie, kurz PAH, leiden, sind auf eine Behandlung mit Medikamenten angewiesen. Diese können zum Teil als Tabletten verabreicht werden. Einige Wirkstoffe müssen jedoch als Infusion gegeben werden, wieder andere werden inhaliert. Welchen Stellenwert eine solche Inhalationstherapie hat und warum diese derzeit eine gewisse Renaissance erfährt, erläutert Professor Dr. Ekkehard Grünig von der Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg in einem Interview.

?: Herr Professor Grünig, Patienten mit einer PAH können neben der Einnahme von Tabletten auch per Inhalation mit einem Medikament behandelt werden. Hierfür ist z.B. das Prostacyclin Iloprost (Präparat Ventavis®) zugelassen. Das Medikament wird bereits seit dem Jahr 2003 zur Behandlung der PAH eingesetzt. Wie beurteilen Sie den Stellenwert der inhalativen Therapie?

Prof. Grünig: Im Jahr 2003 ist mit dem inhalativen Prostacyclin Iloprost ein völlig neues Behandlungsprinzip bei der pulmonal arteriellen Hypertonie zugelassen und etabliert worden. Die Einführung als inhalative Therapie war ein echter Durchbruch bei der PAH, da die Behandlungsmöglichkeiten bis dato sehr eingeschränkt waren (1). Denn zum damaligen Zeitpunkt gab es nur wenige weitere wirkungsvolle Therapieoptionen bei der PAH und die Prognose der Patienten war schlecht (1).

?: Was war der besondere Vorteil der Inhalation?

Prof. Grünig: Seinerzeit konnten Prostanoiden wie die Wirkstoffe Epoprostenol (Präparat Veletri®) und später auch Treprostinil (Präparat Remodulin®) nur als venöse oder subkutane Dauerinfusion verabreicht werden (1). Dies ging nur über eine tragbare Pumpe. Die Dauerinfusion war und ist für Epoprostenol nach wie vor notwendig, da der Wirkstoff sehr schnell

– innerhalb von nur 2 bis 3 Minuten – im Körper abgebaut wird. Eine Einnahme dieses Wirkstoffs als Tablette ist nicht möglich. Er wird durch die Magensäure inaktiviert. Die Dauerinfusion ist sehr wirksam und daher für bestimmte Patienten die einzige Therapiemöglichkeit. Die Pumpe zur intravenösen Therapie mit Epoprostenol birgt aber auch gewisse Risiken. So kann es schon durch eine kurze Unterbrechung der Infusion z.B. durch einen Pumpendefekt zu einem raschen Wiederanstieg des Lungengefäßwiderstandes kommen. Bei der Dauerinfusion kann es zudem zu Entzündungen oder zu Blutgerinnseln kommen, wodurch häufig ein Behandlungsabbruch notwendig wird. Daher wird diese Form der Behandlung heute primär bei Patienten eingesetzt, die auf die Behandlung mit Tabletten nicht ausreichend ansprechen oder bei denen eine sehr schwere Form des Lungenhochdrucks vorliegt (2).

Wenige Jahre später wurde ein weiteres Prostanoid, das kontinuierlich verabreicht werden muss, zugelassen. Das Treprostenil wird über eine implantierbare Pumpe gegeben. Es ist ebenfalls gut wirksam, hat aber auch gewisse Probleme der Dauerinfusion, wie z.B. die Gefahr einer Entzündung.

Vor diesem Hintergrund war die Möglichkeit der Inhalation eines

länger wirksamen Prostacyclins ein wichtiger Fortschritt. Das Prinzip der Inhalation ist bei einer Erkrankung wie der PAH zudem folgerichtig, da der Wirkstoff, der ja die Lungengefäße erreichen soll, direkt über die Atemwege verabreicht wird, also rasch am Wirkort anlangen. Dieses Vorgehen kennt man auch von der Behandlung des Asthma bronchiale, bei dem die Medikamente üblicherweise als Spray gegeben werden.

?: Wie stellt man sich das Wirkprinzip der inhalativen Therapie vor und wie kam es zu der Zulassung des Medikaments?

Prof. Grünig: Bei der PAH kommt es zur Verengung der kleinen Lungengefäße, die die luftgefüllten Lungenbläschen - Alveolen - umgeben. Bei der Inhalation von Medikamenten werden die Alveolen direkt erreicht und es wird beispielsweise bei der PAH vor allem dort eine Gefäßerweiterung erreicht. Iloprost wird dabei als Lösung über einen Vernebler mehrfach am Tag inhaliert.

Die Zulassung des Wirkstoffs erfolgte auf Basis der Ergebnisse einer kontrollierten 12-wöchigen Studie (3). In dieser wurde entweder Iloprost oder ein Scheinmedikament, ein sogenanntes Placebo, nach dem Zufallsprinzip inhaliert. Bei Patienten, die Iloprost inhalierten, führte dies gegenüber der Kontrollgruppe mit dem Scheinprä-

parat zu einer deutlichen Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit. Dies zeigte sich in besseren Werten im 6-Minuten-Gehtest und einer Verminderung der Luftnot unter Belastung, gemessen als Funktionsklasse. Außerdem verbesserten sich weitere Parameter und die allgemeine Lebensqualität steigerte sich gegenüber den Patienten in der Kontrollgruppe. Bei Patienten, die Iloprost sechs bis neun Mal über Tag inhalierten, war zudem seltener eine klinische Verschlechterung oder ein Todesfall zu beobachten als bei Inhalation des Scheinmedikaments. Das Medikament war bereits zuvor in weiteren Studien untersucht worden und hatte positive Effekte gezeigt (4,5).

?: Wie ist die Verträglichkeit der inhalativen Therapie mit Iloprost?

Prof. Grünig: Die Inhalation von Iloprost wird von den Patienten in der Regel gut vertragen.

In der genannten Studie kam es unter Iloprost allerdings häufiger zu Reizhusten sowie Schmerzen beim Kauen; es kam auch zu kurzer Bewusstlosigkeit - dies trat insgesamt selten auf, aber nur bei Patienten, die Iloprost erhalten haben (3).

In Tierversuchen wurde gezeigt, dass es auch unter sehr hoher Dosierung von Iloprost bis 1.000 ng/kg Körpergewicht pro Minute nicht zur Entwicklung von Organschädigungen kommt (1).

?: Inwieweit hat sich das neue Therapieprinzip durchgesetzt?

Prof. Grünig: Nach der Zulassung von inhalativem Iloprost wurden in Deutschland viele Patienten auf diese Therapie eingestellt. Oftmals wurden die Patienten zusätzlich mit dem seit 2002 als Tablette verfügbaren Wirkstoff Bosentan (Präparat Tracleer®) behandelt (1). Ich kenne einige Patienten, die mit der Gabe von inhalativem Iloprost in Kombination mit anderen Medikamenten seit zehn bis 15 Jahren gut behandelt und stabil eingestellt sind.

Im Laufe der Jahre wurden dann weitere neue Medikamente entwickelt, die ebenfalls als Tablette eingenommen werden können (2). Dazu gehören die Wirkstoffgruppen der sogenannten Endothelinrezeptorantagonisten, der PDE5-Hemmer, sowie ein sGC-Aktivator und ein Prostacyclinagonist (2). Die Vertreter dieser Substanzgruppen sind gut wirksam und einfach einzunehmen, was dazu geführt hat, dass Iloprost in den Hintergrund getreten ist und nicht mehr als Therapie der ersten Wahl eingesetzt werden sollte. Mit Iloprost wird inzwischen vor allem im Rahmen einer dreifach Kombinationstherapie in späteren Stadien behandelt, bei Patienten die unter der initialen Kombinationstherapie aus einem Endothelinrezeptorantagonisten und einem PDE-5-Inhibitor noch nicht zufriedenstellend eingestellt sind. Das bedeutet,

dass Patienten neben z.B. einem Endothelinrezeptorantagonisten und einem PDE5-Hemmer zusätzlich inhalatives Iloprost erhalten.

Zum starken Rückgang der inhalativen Iloprosttherapie beigetragen haben auch Schwierigkeiten mit den Inhalationsgeräten. So stellte sich heraus, dass mit den ersten Inhalationsgeräten das Medikament zum Teil nicht in ausreichender Konzentration in die Atemwege gelangte, sondern manchmal in die Umgebungsluft vernebelt wurde. Auch bemängelten die Patienten die langen Inhalationszeiten von bis zu 20 Minuten zuzüglich Vor- und Nachbereitungszeit, was eine deutliche Zeitbelastung im Alltag bedeutet.

?: Wie konnte dieses Problem gelöst werden?

Prof. Grünig: Die Weiterentwicklung der Inhalationsgeräte hat die Situation erheblich verbessert. 2016 wurde das neueste Inhalationsgerät, der sogenannte Breelib™ eingeführt. Das neue Inhalationssystem funktioniert atemzuggesteuert, d.h. es setzt den Wirkstoff nur während der Einatmung frei. Dadurch wird der Wirkstoff nicht mehr in der Luft abgegeben, sondern kann deutlich besser in die Atemwege inhaliert werden. Außerdem wurde die Inhalationszeit erheblich verkürzt, sie liegt nunmehr bei nur noch etwa drei Minuten, was eine spürbare Entlastung für die Patienten darstellt (6).



Positiv zu bewerten ist zudem, dass der Hersteller von Iloprost einen Service eingerichtet hat, bei dem entsprechend ausgebildete Pflegekräfte den Patienten bei Fragen direkt zu Hause und über eine Hotline bei der Behandlung unterstützen. Die Hotline ist an sieben Tagen der Woche über 24 Stunden zu erreichen.

?: Wie sehen Sie den aktuellen Stellenwert von inhalativem Iloprost?

Prof. Grünig: Vor allem bei Patienten mit PAH, die trotz der üblichen Kombinationstherapie mit Tabletten nicht befriedigend zu behandeln sind, stellt die zusätzliche inhalative Therapie mit Iloprost eine wichtige Ergänzung dar. Nicht befriedigend eingestellt sind vor allem Patienten, die trotz der oben genannten Kombinationstherapie noch deutliche Beschwerden, wie etwa Luftnot bei Anstrengung, haben oder eine eingeschränkte Gehstrecke aufweisen oder bei denen ein vergrößertes rechtes Herz und eine Einschränkung der Pumpfunktion der rechten Herzkammer festzustellen sind. Die genannten Parameter beschreiben den sogenannten intermediären Risikobereich, in dem eine Intensivierung der Behandlung angezeigt ist. Eine Auswertung unseres deutschen PH-Registers COMPERA zeigte, dass ca. 60% der Patienten trotz einer initialen Kombinationstherapie in diesem intermediären Risikobereich liegen (7).

?: Wie beurteilen Sie die künftige Perspektive der inhalativen Therapie bei Patienten mit Lungenhochdruck?

Prof. Grünig: Nach Jahren, in denen es wenig Entwicklung in diesem Bereich gab, erleben wir derzeit eine Art Renaissance der inhalativen Therapie. Es gibt aktuell verschiedene Studien mit Wirkstoffen, die per Inhalation verabreicht werden. Erst kürzlich wurden die Ergebnisse einer Studie vorgestellt, in der inhalatives Treprostinil unter anderem die körperliche

Belastbarkeit von Patienten mit Lungenhochdruck bei Lungenfibrose deutlich verbesserte (8). Eine weitere Studie mit diesem Medikament ist für Patienten mit PAH geplant. Es wurden dieses Jahr auch weitere Studien mit anderen Substanzen gestartet, die inhalativ verabreicht werden. Wir selbst nehmen am Lungenhochdruck-Zentrum in Heidelberg an solchen Studien teil und ich gehe davon aus, dass die Ergebnisse den Stellenwert der Inhalationstherapie bei der PAH künftig wieder deutlich steigern werden.

Herr Prof. Grünig, wir danken Ihnen für das Interview.

Zur Person:



 Prof. Dr. med. Ekkehard Grünig

Prof. Dr. med. Ekkehard Grünig
Leiter Zentrum für pulmonale Hypertonie
Thoraxklinik des Universitätsklinikums Heidelberg, Röntgenstraße 1
D-69126 Heidelberg
Mail: ekkehard_gruenig@t-online.de
ekkehard.gruenig@med.uni-heidelberg.de
Tel. Ambulanz: 06221-396-8076
Telefax: 06221-396-1209

Das Interview führte Christine Vetter, Köln, für den ph ev. Mit freundlicher Unterstützung durch Bayer Vital (600 € Medical Writing)

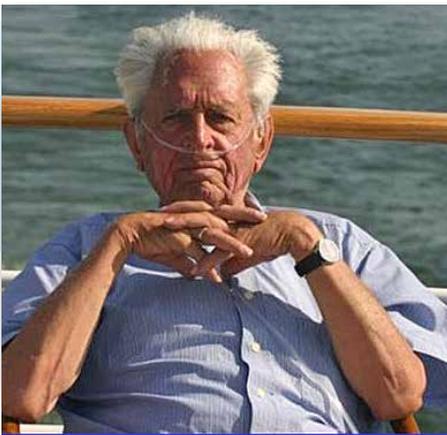
Referenzen:

1. Olschewski H, Seeger W. Pulmonale Hypertonie. Pathophysiologie, allgemeine Maßnahmen und Entwicklung einer pulmonal selektiven Therapie. Uni-Med Verlag AG Bremen 1.Auflage 2000
2. Galie N et al ERS/ESC PH-guidelines Europ Heart J 2016; 37, 67–119
3. Olschewski H et al., New Engl J Med 2002; 347: 322-9
4. Olschewski H et al., Ann Intern Med 2000; 132: 435-43
5. Olschewski H et al., Ann Intern Med 1996; 124: 820-4
6. Gessler T et al. Pulm Circ 2017; 7 (2): 505-13
7. Hoeper MM et al. Int J Cardiol 2013; 168(2):871-80
8. Waxman et al., New Engl J Med. 2021; 384 (4): 325-34

Die Sauerstoffbrille

DAS SICHTBARE ZEICHEN DER SAUERSTOFF-LANGZEIT-THERAPIE

Die Akzeptanz einer Sauerstofftherapie steht und fällt mit dem öffentlichen Auftritt mit der Nasenbrille, denn sie ist das sichtbare Zeichen der Sauerstoff-Langzeit-Therapie. Viele Patienten würden sich eine unsichtbare Sauerstoffaufnahme wünschen. Jedoch muss der Sauerstoff in die Lunge gelangen.



Die Standard Nasenbrille, bei 24 stündigem Gebrauch bitte 14tägig wechseln

Das bedeutet, er muss durch die Nase, mittels Nasenbrille oder durch den Mund, mittels Maske oder Spezialbrille aufgenommen werden. Die meist 24-stündige Zufuhr bedeutet für den Patienten und seine Nase eine große Belastung, an die man sich gewöhnen muss. Die Nasenschleimhäute können mit Entzündungen reagieren, allergischer oder infektiöser Art. ‚Fließende‘ Nasen oder ständiges Nasenbluten können eine Folge sein. Es ist wichtig, diese Alltagsprobleme ernst zu nehmen und nach praktikablen Lösungen zu suchen. Erst mit der richtigen Wahl der passenden Sauerstoffnasenbrille erhält

der Langzeit-Sauerstoff-Patient die Möglichkeit, seine lebensnotwendige Therapie mit mehr Akzeptanz durchzuführen. Und, für erfreulich viele Fälle gibt es auch die entsprechende Nasenbrille.

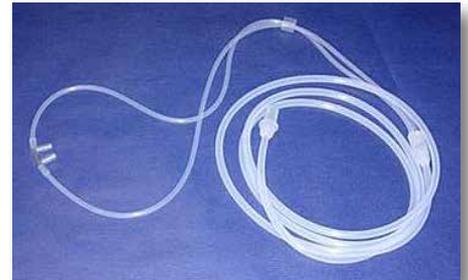
Die Standard-Nasenbrille, die in der Regel vom Lieferanten kostenfrei zur Verfügung gestellt wird, sollte 14-tägig gewechselt werden. Diese Nasenbrillen enthalten Phthalate, also Weichmacher, die im Laufe der Zeit verfliegen und die Nasenansatzstücke hart werden lässt, so dass eine erhöhte Verletzungsgefahr besteht.

Die Standard-Nasenbrille ist einlumig und für alle Flüssigsauerstoffgeräte oder Konzentratoren kompatibel; bis auf den Helios 300 und Helios-Marathon, die bauartbedingt eine gesonderte doppellumige Nasenbrille benötigen.

Chronische Entzündungen oder allergische Reaktionen der Nase oder Druckstellen an Wangen und Ohren

Neben dem unangenehmen Geruch von neuen Nasenbrillen bekommen einige Patienten Hautprobleme von dem ständigen Tragen einer Nasenbrille. Dafür gibt es eine geruchlose Alternative auch ohne Weichmacher:

Die Nasenbrille Modell Everest ist aus reinem Silikon. Sie entlastet die Nase und Wundstellen können wieder abheilen. Diese Variante ist in zwei Längen und zwei Nasenansatzstück-Varianten (gebogen und gerade) erhältlich (1,20 m oder 1,80 m)



Silikon-Nasenbrille, wahlweise mit geradem oder gebogenem Nasenansatzstück, 1,20 m oder 1,80 m

und sowohl für tragbare als auch für große Sauerstofftanks mit einlumigen Anschluss für eine Literzahl zwischen 1 und 5 l geeignet.

Die Nasenbrille ‚Modell Everest‘ besteht aus 100% Silikon, welches den Vorteil hat über Jahre hinweg weich zu bleiben. Silikon hat keinen unangenehmen Geruch und gibt keine schädlichen Gase ab. Alle Everest Nasenbrillen sind so ausgestattet, dass sie zum Reinigen ausgekocht werden können oder durch einen speziellen Mikrowellenbeutel in der Mikrowelle zweiwöchig gereinigt werden können. Achtung: gilt nur für Nasenbrillen aus Silikon!!!

Mikrowellenbeutel nur zur Reinigung von SILIKON-Nasenbrillen



Die geraden Ansatzstücke sind abtrennbar und austauschbar und können somit auch einzeln ausgekocht werden.

Der höhere Kaufpreis der Everest Nasenbrille zahlt sich schnell aus, da diese eine viel längere Lebensdauer hat als eine normale Nasenbrille und immer, das ist der ganz besondere Vorteil, auch besonders in der Winterzeit, weich bleibt.

Hersteller: Medical Instruments Corporation GmbH
 Telefon + 49 (52 21) 122 53-0
 Telefax + 49 (52 21) 12253-99
 www.sauerstoff-shop.com
 Email: copd-beratung@micgmbh.de

Mundatmung und hoher Sauerstoffbedarf

OxyMask

Oxy-Mask ist eine neu konzipierte Sauerstoffmaske zur Sauerstofflangzeittherapie mit großen seitlichen Öffnungen, die einen hohen Sauerstoffflow ermöglicht. Sie ermöglichen dem Patienten mit seinem Umfeld zu kommunizieren, mittels eines Trinkhalms zu trinken. Sie erzeugen weniger Platzangst und machen ein Anlaufen der

OxyMask



Maske zB durch Kondenswasser unmöglich. Der Sauerstoff wird beim Austritt in Form einer großen Sauerstoffblase abgegeben. Und vielleicht der wichtigste Pluspunkt, Entzündungen oder Irritationen der Nasenschleimhaut können durch die Nutzung der OxyMask abheilen. Sowohl für Mund- als auch Nasenatmung möglich. Nur für Dauerflow geeignet!

Hersteller: Medical Instruments Corporation GmbH,
 Telefon + 49 (52 21) 122 53-0
 Telefax + 49 (52 21) 12253-99
 www.sauerstoff-shop.com
 e-Mail: micgmbh@t-online.de

Chronische Entzündungen der Nase (und besonders bei Schnupfen)

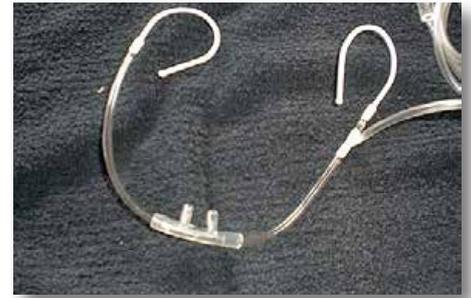
OXYNASOR

Die OXYNASOR-Sauerstoffnasenbrille ist eine Kombisonde für die nasale und orale Sauerstofflangzeittherapie. Die Nasal/Oral-Brille ist die einzige Nasenbrille, die nicht in die Nase eingeführt, sondern am Naseneingang platziert wird. Sie berührt die Nasenschleimhaut nicht, da die Sauerstoffauslassöffnung vor der Nase liegt. Sie entlastet den Naseneingang, der in Ruhe wieder abheilen kann. Die OXYNASOR-Kombisonde stellt zusätzlich auch eine wesentliche Erleichterung für diejenigen Patienten dar, die überwiegend durch den Mund atmen. Bei jeder Einatmung wird eine Sauerstoffwolke inhaliert, unabhängig von Mund- oder Nasenatmung. Sie ist geeignet für Flussraten bis 3 l/min und nur für Dauerflow ! Bei allen Sauerstoffversorgern.

Langzeit- Sauerstofftherapie und Hörgerät

Weinmannbrille

Nach langen Jahren kommt eine der ersten Sauerstoffbrillen, die Bügelbrille der Firma Weinmann, wieder zum Einsatz. Sie eignet sich hervorragend für Patienten mit einem Hörgerät, da der schmale Bügel immer noch hinter das Ohr passt. Die Sauerstoffzufuhr erfolgt



Nasenbrille mit Ohrbügel (Weinmannbrille)

vor dem Ohr und damit entfallen lästige Störgeräusche, zB die Fließgeräusche des Sauerstoffs, die die neuen Hörgeräte mit übertragen. Sie eignet sich auch für Brillenträger, da die Bügel so schmal sind, dass sie immer noch einen Platz hinter den Ohren finden. Aktuell auch beim Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes. Im Handel zu finden.

Hohe Atemfrequenz und hoher Sauerstoffbedarf

Oxymizer

Der Oxymizer ist eine Sauerstoffbrille, die besonders für High-Flow-Patienten geeignet ist. Mittels eines Reservoirs, das während der Ausatemphase Sauerstoff speichert und ihn dann bei der Einatmung als Bolus zusätzlich zu dem eingestellten Flow abgibt. Durch diesen 'Trick' kann im Endergebnis Sauerstoff gespart werden. Für High-Flow-Patienten ist die Nasensonde mit Reservoir oft die einzige Möglichkeit, mit ihrem portablen System überhaupt mobil zu sein.

Oxymizer



Der Oxymizer ist vor allem für Patienten mit Lungenfibrose geeignet.

Vivisol Deutschland GmbH
Werner von Siemens Str. 1
D-85375 Neufahrn bei Freising
Telefon + 49 (0) 1803 VIVISOL
(9 ct./min)
Telefax + 49 (0) 800 VIVIFAX
(kostenlos)
Email: info@vivisol.de
Internet: www.vivisol.de

Kosmetische Brille – 'Kicking-Brille'

Bei dieser kosmetischen Lösung wird die Sauerstoffzufuhrleitung im Brillengestell innen entlang geführt, so dass auf den ersten Blick keine Sauerstoff-Therapie sichtbar ist.

Die Nasenstege sind auswechselbar. Mittlerweile bieten bundesweit mehrere Firmen diesen Umbau an, wie Optik Horn, Fielmann u.s.w.

Optikfachgeschäft Kicking
Poststraße 11
D-83435 Bad Reichenhall
Telefon: 0049 08651 3448
Fax: 0049 157 68434
www.optik-kicking.de
optik-kicking@gmx.de

Kosmetische Brille



Kondenswasser in den Verlängerungsschläuchen Wasserfalle

Kondenswasser in den Schläuchen muss unbedingt entfernt werden, dazu geeignet ist die Kondenswasserfalle zum Einbau zwischen den Schläuchen, Sie sammelt Kondenswasser aus den Verlängerungsschläuchen und kann geöffnet werden, um das gesammelte Wasser zu entsorgen.



Wasserfalle

Entzündete Ohren Schlauchmanschetten

Diese Schlauchmanschetten bestehen aus Schaumstoff und können über die Schläuche im Bereich der Ohren aufgezogen werden und verhindern dadurch ein weiteres Aufschauern der Ohrdecken.



Ohrpolster

Bericht: Ursula Krütt-Bockemühl,
Sauerstoffliga

© pixabay



Meine Krankheitsgeschichte als ein unglaubliches Beispiel einer Covid-19-Infektion

Wir, mein Mann und ich, Großeltern über 70, haben das Problem, dass die Tochter mit Familie (zwei Kinder mit 10 und 15 Jahren und Ehemann) in den Obergeschossen unseres Hauses wohnen und über Flur, Treppenhaus, Durchgang Küche zum Keller und zum Waschmaschinenraum Kontaktmöglichkeiten da sind, - in Corona-Zeiten extrem eingeschränkt, 2 m Abstand. Beim direkten Gespräch: Maske auf!

Wunderbar, in Großfamilie zu leben, da man sich gegenseitig unterstützen und helfen kann!

Schrecklich in Corona-Zeiten! Das Grüßen – wenn überhaupt – auf die Ferne, Gespräche zwischen Zimmermitte und Zimmertür – nur keine direkten Kontakte, seit einem Jahr keine Umarmungen mehr, keine gemütliche Essensrunde, kein Vorlesen, kein gemeinsames Spielen oder Fernsehabend...

Testvergabe vor Weihnachten nach dem „Windhundprinzip“:

Dann kam Weihnachten. Die junge Familie wollte sich vor dem gemeinsamen Fest mit den Großeltern im Haus testen lassen, sie hatte über die Zeitung erfahren, dass es das Angebot in Baden-Württemberg vom Roten Kreuz gab. Leider waren alle telefonischen Kontakte mit den tabellarisch veröffentlichten Teststellen vergeblich.

Tags drauf haben wir aus der Zeitung erfahren: Nach Veröffentlichung waren um 10 Uhr bereits alle Test-Termine vergeben gewesen. Wir gehörten also zu denen, die zu spät dran gewesen waren. So saßen wir mit großem Abstand an zwei Tischen beim gemein-

samen Weihnachtessen, haben viel gelüftet, setzten danach wieder die Masken auf. Es ist auch nichts passiert.

Infektionen ohne Corona-typische Symptome – Spreader am Altjahrsabend:

Es ging allen Besuchern - wieder - ganz gut. So haben wir nochmal nach diesem Muster gemeinsam gegessen, vielleicht 15 Minuten ohne Maske!

Im Nachhinein wurde mir bewusst, dass der 15-Jährige nach den Weihnachtstagen von Kopfweh gesprochen hatte und es gehe ihm nicht gut. Er hatte sich zwei oder drei Tage in sein Zimmer und wohl auch ins Bett zurückgezogen. Ich fragte schon, was mit ihm wäre: "Nur eine Erkältung!"

Tags drauf holte sich meine Tochter einen Kübel zum Melisendampf – Inhalieren. Darauf angesprochen: Sie habe einen seltsamen Schnupfen und habe Schwierigkeiten beim Atmen. Auch sie legte sich häufig hin. "Uns geht's wieder gut" war Ende Dezember der Tenor bei meiner Tochter und meinem großen Enkel!

Infiziert haben muss ich mich, die Oma, beim gemeinsamen Essen zum Jahresende, - vielleicht eine Viertelstunde ohne Maske. Wir saßen wieder mit großem Abstand an zwei aneinandergeschobenen Tischen beim Essen und zwischendurch wurde gelüftet. Danach gingen wir auseinander.

Erste Anzeichen spürte ich Tage später: Ich war im Glauben, ich hätte eine Bronchitis.

Am 05.01.21 wurde es mir zunehmend beschwerlicher. Das Ärzte-



 Brigitta I.

zentrum, in dem meine Hausärztin arbeitet, hatte zwischen Weihnachten und den Heiligen Drei Königen zugemacht: bis 10.01.2021 Urlaub, keine ärztliche Betreuung! Im Notfall hätte ich mich in die Klinik begeben müssen ...

In meiner Not habe ich mich schon mal mit Antibiotika aus der Hausapotheke antherapiert - da liegt für Notfälle immer eine Packung bereit. Ich glaube, das war mein Glück! Es waren nämlich schlimme Fieberträume und Atemschwierigkeiten, komischerweise blieb das Fieber bei etwas über 38 °C. Aber da ich ja außerdem immer mit Sauerstoff (4 l) versorgt bin, habe ich die Infektion in der Lunge doch überwunden.

Die Temperatur schwankte zuletzt noch zwischen 37 °C am Morgen und 38 °C am Abend.

In die Klinik „Schillerhöhe“, des Robert-Bosch-Krankenhauses, in eine Abteilung für Lungenleiden, hätte ich in Coronazeiten nur in höchster Not gewollt!

Covid-19-nachgewiesen:

Dann holten wir uns einen Termin am 1. Arbeitstag meiner Hausärztin, dem 11.01.2021. Mein Mann fuhr und stützte mich. Sie hatte Covid-Sprechstunde - und wie sie bei mir erhöhte Temperatur abgelesen hatte, machte sie bei uns beiden einen Abstrich.

Am 12.01. zeigte mir meine Tochter, wie man das Q-Quadrat für die Corona-App abfotografiert und da leuchtete uns gleich rot der positive Bescheid entgegen. Gleich mit der Tochter die Kontakte durchgegangen und ins Corona-App-Tagebuch eingetragen:

die 4 Personen der jungen Familie oben notiert und vom 05.01.21 die Therapeuten, die mich 2 1/2 Stunden mit FFP2-Maske massiert hatten. Dann kam der Anruf der Ärztin, ich sei positiv, mein Mann negativ.

Azithromycin 500, 3 Tabletten

Ich solle jetzt sofort das Präparat nehmen gegen Covid-19, das sie mir beim Abstrich schon als Rezept für alle Fälle mitgegeben hatte: Ein gutes Anti-Covid-Präparat! Es schlug sofort bei mir an, das Fieber fiel in kleinen Schritten. So verschrieb sie mir nochmals 3 Tabletten, da war die Körpertemperatur wieder normal. Wenn's nicht anschlüge, hatte sie mir gesagt, solle ich mich in die „Schillerhöhe“ begeben. Das war nicht mehr nötig!

Von 6 im Haus 3 infiziert!

Mit Bekanntwerden meiner Covid-19-Infektion machte meine Tochter für ihre Familie als Kontaktpersonen sofort Abstrich-Termine in Ludwigsburg - der größere Enkel und meine Tochter waren positiv, Schwiegersohn und die kleinere Enkeltochter: negativ.

Tochter Bärbel organisierte die Isolierung der Erkrankten auf ein bestimmtes Bad, jeder solo in seinem Schlafräum, die Männer kochten für alle, die Infizierten bekamen das Essen aufs Zimmer. Die Ortspolizeibehörde suchte uns auf. Das Gesundheitsamt rief an und erkundigte sich nach dem Befinden: Da das Fieber nicht sofort gefallen war, wurde meine Quarantäne via amtliches Schreiben der heimischen Behörde bis 20.01.2021 verlängert.

Letztlich waren 4 von 6 Personen Covid-19-positiv!

Die Tochter fuhr ein weiteres Mal mit der Familie zum Abstrich und durfte als Kontaktperson das auch. Da kam die jüngste Enkelin mit 10 Jahren positiv hinzu: sie hatte sich im Lockdown und während der Quarantäne in der Familie angesteckt, wie es zuvor vom 15-jährigen Enkel auf die Mutter auch gegangen war. Sie zeigte keinerlei Symptome, war immer fröhlich mit viel Bewegungsdrang.

Also: trotz aller Vorsichtsmaßnahmen und Isolierung gab es eben doch Übertragungswege! Damit endeten grundsätzlich Begegnungen mit der jungen Familie, den Enkeln - und wenn, nur mit Masken.

Die in der Presse genannten Symptome tauchten so nicht auf!

Kein Kratzen im Hals! Vielleicht bei mir mit COPD und Lungenhochdruck eine leichte Reizung. Ich habe mir in solchen Fällen mittags und nachts beim Schläfle ein warmes Kirschkern-Kissen um den

Hals gelegt, von daher wurde dies gar kein Problem.

Kein trockener Husten, vielmehr vollgeschleimt! Ich habe viel inhaliert mit bronchienerweiternden Medikamenten in Mucoclear-Salzlösung und das Inhalations-Cortison Foster statt verschriebener 2 x / Tag ein 3. Mal am Tag eingesetzt.

Kein hohes Fieber! Es waren wohl leichte Verläufe bei uns allen, aber mit gravierenden Folgen, an denen wir Erwachsenen bis jetzt (Ende Februar) immer noch laborieren. 10 Tage später war die extreme Reizung der Bronchien/Lunge überwunden. Aber ich fühle mich weiterhin noch schwach, könnte dauernd schlafen, wie halt nach einer überstandenen Virusinfektion.

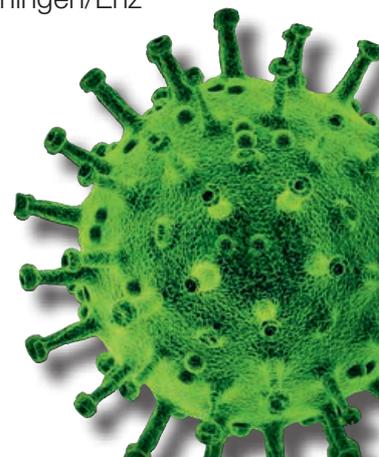
Nun hoffe ich doch bald auf

Impfung! Nur: sobald ich 70 Jahre bzw. 73 bei meinem Mann eingegeben habe, folgt die Nachricht, dass wir noch nicht dran sind!

Beim nächsten Arztgespräch werde ich als Hochrisikopatientin um ärztliche Unterstützung bitten,

und zwar für mich und mein (pflegendes) Umfeld. Als lebenslange Asthma-COPD-Lungenhochdruck-Patientin, die sich noch mit Diabetes 2 und einem 6 Jahre überstandenen Merkel-zell-Karzinom herumschlägt, fühle ich mich von dem Covid-19 Virus bedroht. Ich bin in Pflegestufe 2 eingeteilt, brauche zeitweise Unterstützung durch meinen Mann und meine Tochter. Mein Mann zählt mit Bluthochdruck ebenso zu den Risikopatienten.

Brigitta I., Vaihingen/Enz



Wie durch Corona meine vielen Baustellen erkannt wurden

Mit Corona ist alles ein wenig anders geworden. Ich selber arbeite im öffentlichen Dienst und mit Corona hat sich auch bei uns viel verändert.

2002 und 2014 hatte ich jeweils eine Embolie. Seit 2014 bekomme ich deshalb dauerhaft Blutverdünnungsmittel.

Als dann Corona kam, wurde mit meinem ärztlichen Dienst vereinbart, dass ich den „Kundenkontakt“ vollständig einstelle - aber so konnte ich „normal“ weiterarbeiten. Da ich sowieso schon ein Einzelbüro hatte, waren auch die sonstigen Sicherheitsvorkehrungen kein Problem. Wir konnten, bis auf zwei Kolleg/innen, allen ein Einzelbüro zur Verfügung stellen - insgesamt wurde auf meiner Dienststelle das Corona-Sicherheitskonzept ganz gut umgesetzt.

Das ganze Jahr über haben wir aufgepasst. Und ganz besonders ich selber. Bis auf in meinem Büro, habe ich immer Maske getragen, Abstand gehalten und was man eben sonst noch so macht. Des Weiteren war auch ich immer diejenige, die auch die Kollegen immer wieder ermahnt hat.

Selbst im privaten Bereich habe ich mich komplett zurückgezogen.

Tja - und dann kam Dezember 2020.

Es meldete sich ein Kollege telefonisch bei mir, dass er positiv getestet worden sei und nun unter Quarantäne stehen würde. Die Woche drauf meldete sich dann eine Kollegin, dass sie Symptome habe. Ich habe sie dann aufgefordert, in jedem Fall zu Hause zu bleiben und sich unbedingt testen zu lassen. Am Tag darauf meldeten sich zwei weitere Kollegen mit Symptomen.

Schon beim ersten weiteren positiven Ergebnis haben wir dann unsere Dienststelle erst mal dichtgemacht und wir sind dann alle zur Testung.

So - vier Kollegen waren nun bereits mit Corona erkrankt und wir übrigen sieben Kollegen sind ebenfalls getestet worden. Was nun niemand erwartet hätte - am wenigsten ich selber - ich war von den sieben noch die Einzige, die ebenfalls positiv getestet wurde. Das hat mich dann schon ganz schön umgehauen, denn damit hätte ich niemals gerechnet, zumal ich auch keinerlei Symptome hatte. Und wie bereits erwähnt, war ich diejenige, die immer immer immer aufgepasst hat. Corona ist halt doch sehr tückisch. Was mir aber zu dem Zeitpunkt schon klar war - war, dass ich mich nur bei der Arbeit angesteckt haben konnte.

Zunächst hatte ich keine Symptome, wobei - beim Anruf, dass ich positiv bin, hatte ich das Gefühl, als ob ich ein Kratzen im Hals hätte - hähä. Irgendwann in meiner Zeit der Quarantäne stellte ich fest, dass mein Geschmackssinn plötzlich weg war. Ich schüttete mir auf einen Löffel Zitronensaft - und? Nichts! Ich bin dann ins Bad und habe meine Nase in meine Tiegel, Tuben und Dosen gesteckt - und? Nichts! Mein Geruchs- und Geschmackssinn waren von jetzt auf gleich einfach weg! Es gab auch Tage, an denen ich extreme Kopfschmerzen hatte. Das kenne ich so überhaupt nicht und wusste bis dahin auch nicht, wie heftig Kopfschmerzen sein können. An dem einen oder anderen Abend hatte ich auch etwas erhöhte Temperatur. Insgesamt würde ich aber selber sagen, dass ich einen milden Verlauf hatte.



 Stefanie W.

Meine Quarantäne ging bis zum 25.12.2020 und da es mir auch gut ging, bin ich dann auch sofort wieder zum Arbeiten gegangen. Auch mein Geschmacks- und Geruchssinn sind irgendwann langsam wieder zurückgekehrt.

Trotzdem ging es aber dann los, dass es mir von Woche zu Woche immer schlechter ging, dass ich immer kurzatmiger wurde. Irgendwann war es so schlimm, dass mir selbst das Socken anziehen Mühe bereitete. Selbst, wenn ich mich in der Nacht nur umgedreht habe, bin ich außer Atem gekommen.

Am 02.02.2021 bin ich dann nach der Arbeit zu meinem Hausarzt gegangen. Der machte ein EKG und teilte mir sofort mit, dass ihm das doch große Sorgen bereiten würde. Er rief mir sofort einen RTW und ließ mich direkt ins Marienhospital Stuttgart verbringen.

Gott sei Dank konnte dort eine weitere Embolie oder ein Herzinfarkt ausgeschlossen werden, dennoch machten sich die Ärzte große Sorgen. Die nächsten Tage verbrachte ich dann auf der Intensivstation, um von dort in die Kardiologie verlegt

zu werden. Aber schon das Entwässern und weitere medizinische Maßnahmen haben mir schnell Erleichterung in meiner Atmung verschafft. Es ging dann auch der Untersuchungsmarathon für mich los - CT, Ultraschall, Radiologie, Rechtsherzkatheter, Schlaflabor usw. usw.

Irgendwann hatten die Ärzte für mich dann eine Diagnose - dekompensierte Rechtsherzinsuffizienz, CTEPH, hochgradige gemischtförmige Schlafapnoe, arterielle Hypertonie, Adipositas und dann noch die Nebenbaustellen: Gallensteine und Myome in der Gebärmutter. Das Kind hatte plötzlich einen Namen! Nach den zwei Wochen Krankenhaus konnte ich auch recht zügig für vier Wochen in eine Reha nach Bad Dürkheim.

Bei meiner Entlassung aus dem Krankenhaus habe ich für die Nacht ein APAP-Gerät erhalten. Und aus Bad Dürkheim wurde ich dann zusätzlich mit Sauerstoff entlassen. Alles halt neu orientieren, sich

umstellen, sich einstellen, vor allem aber informieren und deinen Menschen in deinem Umfeld erst einmal erklären, was mit einem los ist.

Trotzdem ich Corona hatte, haben mir mein Lungenfacharzt in der Reha, als auch in Stuttgart zur Impfung geraten - allein schon wegen der Mutationen. Auch mein Hausarzt sah es so, der mir dann auch die entsprechende Bescheinigung ausstellte. Die Impfung am 03.04.2021 mit AstraZeneca führte bei mir dann noch einmal zu heftigen Impfreaktionen. Am Tag danach lag ich mit Schüttelfrost, Fieber und Übelkeit nur im Bett. Und die ganze Woche über musste ich mit Brech-Durchfall kämpfen. Das ging dann so weit, dass meine Blutwerte so in den Keller gingen, dass ich am Freitag darauf notfallmäßig in der Notaufnahme eine Infusion bekam, um meine Kaliumwerte wieder einigermaßen auf Maß zu bringen. Und trotz der heftigen Reaktion würde ich mich sofort wieder impfen lassen.

Ich bin mit Sicherheit einer der wenigen Menschen, die sagt: „Gott sei Dank habe ich Corona bekommen.“ Ohne Corona hätte es möglicherweise keine deutliche Verschlechterung meines bereits schlechten Gesundheitszustandes gegeben. Ich hätte bestimmt diesen weiter „ignoriert“ bzw. nicht ernst genug genommen. So konnte mein Hausarzt reagieren, es wurde für mich entschieden, wie es weitergeht und ich hatte das Glück, an die richtigen Ärzte im Krankenhaus zu geraten.

Tja - und jetzt muss ich schauen, wie es weiter geht - wie ich in der Arbeitswelt zurechtkomme und wie ich auch sonst im Leben mit meiner Krankheit umgehe.

Aber eins ist sicher, für mich hat Corona nicht nur negative Seiten. Ich kann sagen - trotz und wegen Corona lebe ich. Und das tu ich sehr gern.

Stefanie W.

Ich konnte mich als Erwerbsunfähigkeitsrentnerin gut selbst isolieren zusammen mit meinen zwei Wohnungskatzen. Mein Partner hat die Einkäufe erledigt und gearbeitet. Zum ersten Mal hatte ich das Gefühl, nichts zu verpassen und alles entschleunigte sich. Jetzt gab es auf einmal Abholangebote von Restaurants, die nicht barrierefrei sind und ich zum ersten Mal testen konnte. Ich fand den Lockdown daher sehr angenehm (scheint wohl eine Mindermeinung zu sein).

Bei den Beschreibungen zu den LongCovid-Symptomen dachte ich mir die ganze Zeit, dass das unserem/meinem Krankheitsbild sehr ähnelt und hoffe nun, dass auch wir mit unseren Fatigue-Syndromen auch endlich ernst genommen werden. Und dass unse-

re Erschöpfung nichts mit Faulheit zu tun hat. Ich hab ja zusätzlich noch einen Rollator, den ich mit 47 bekommen habe und für längere Strecken (ab ca. 200 m) einen elektrischen Rollstuhl. Jetzt bin ich 51 und begreife immer mehr, wie alles zusammen hängt und was mir und meinem Körper guttut und was nicht - völlig abseits von der Leistungsgesellschaft.

Ich wollte Ihnen noch die Rückmeldung zu meiner Zweitimpfung nach 5 Wochen am 20.05. mit BioNtech bei meiner Hausärztin berichten. Dieses Mal hatte ich leichte Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen und Gelenk- und Muskelschmerzen. Aber überlebt.

Mein Partner ist als meine Kontaktperson nun auch zweifach geimpft und nun kann ich endlich



Claudia J. endlich beim Friseur

in 2 Wochen zum Friseur nach unfassbaren 10 Monaten.

Herzliche Grüße und ich hoffe Sie sind auch schon durch.

Claudia J.



Vereinsinterne INFORMATIONEN

Neue Broschüren für unsere Mitglieder

Unser Verein hat bei verschiedenen Broschüren des Klarigo-Verlags mitgearbeitet.

- Wegweiser Sozialleistungen für Menschen mit Pulmonal Arterieller Hypertonie
- PAH – Das will ich wissen, Betroffene fragen, Experten antworten
- Leben mit Pulmonal Arterieller Hypertonie in leichter Sprache
- Von Patient zu Patient - Lungenhochdruck

- Atempause Thema Bewegung, Entspannung und Ernährung.

Die Broschüren können Sie bei Veranstaltungen Ihres Landesverbandes von Ihrem Landesleiter erhalten. Auf Wunsch können die Broschüren auch an unsere Vereinsmitglieder verschickt werden. Bitte wenden Sie sich an unser Büro in Rheinstetten.



Pre-Notification

(Vorabinformation)

Den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 30 € bzw. 50 € ziehen wir mit einer SEPA-Lastschrift von Ihrem Konto jeweils zum 31.03. des Kalenderjahres ein.

Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende/Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Werktag.

Beiträge von neuen Mitgliedern im laufenden Jahr werden zum 31.07. bzw. 30.11. eingezogen.

Unsere Gläubiger-ID lautet:

DE83ZZZ00000172493

Als Mandatsreferenz verwenden wir Ihre Mitglieds-Nummer.

Danke an alle Förderer

(ph) Wir freuen uns, dass unsere Arbeit durch viele Spenden in kleinen und großen Beträgen unterstützt wird. Anlass für Spenden sind häufig Geburtstagsfeiern, Hochzeiten oder andere Familienfeste. Allen Spenderinnen und Spendern danken wir ganz herzlich für ihre hilfreiche Unterstützung. Ganz besonderer Dank gilt jenen, die zu Spenden statt Blumen und Kränzen aufgerufen haben, wenn sie ihre Lieben zur letzten Ruhe begleitet haben.



(ph) Unterstützung bei Anträgen zum Schwerbehindertenausweis oder der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen

Liebe Mitglieder im ph e.v.,

viele von Ihnen haben wir in der Vergangenheit bei der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme in Heidelberg und/oder bei der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises unterstützt. Wir möchten gerne wissen, wie Ihre Anträge entschieden wurden und freuen uns über Ihre Mitteilung, egal ob schriftlich per Post oder E-Mail oder telefonisch bei Ihren Landesleitern oder im Büro des Bundesverbands!

Höhere Versandkosten wegen Wegfall des Infobriefs:

Liebe Mitglieder und Freunde des ph e.v.,

da die Deutsche Post das Produkt Infobrief zum 01.01.2013 eingestellt hat, entstehen dem Verein wesentlich höhere Portokosten. Wir möchten Sie daher bitten, uns nach Möglichkeit Ihre E-Mailadresse mitzuteilen. Auch wenn sich hier Änderungen ergeben, bitten wir um Mitteilung.



Patenschaft für PH-Zentren

Liebe Mitglieder im ph e.v.,

unser Verein versorgt die PH-Zentren regelmäßig mit Rundbriefen. Trotzdem kommt es vor, dass unsere Rundbriefe vergriffen sind und keine mehr ausliegen. Dies möchten wir gerne ändern und freuen uns auf Ihre Mitarbeit!

Da viele von Ihnen in der Nähe eines PH-Zentrums wohnen und dort regelmäßig zur Behandlung oder Untersuchung sind, könnten Sie doch eine Art Patenschaft für „Ihr“ Zentrum übernehmen! Bitte wenden Sie sich an unser Büro in Rheinstetten! Wir stehen in engem Kontakt mit den Zentren, stellen den Kontakt her und versorgen Sie mit Material!

Gesprächskreise: Wir sind für Sie da!

In Ihrer Nähe gibt es derzeit kein Patiententreffen oder einen Gesprächskreis? Sie möchten sich aber gerne persönlich mit anderen Patienten oder Angehörigen austauschen?

Dann werden Sie selbst aktiv! Suchen Sie ein passendes Restaurant oder Café und wählen Sie einen Termin. Wir veröffentlichen dies und laden unsere Mitglieder im Umkreis dazu ein.

Bitte wenden Sie sich gerne an unseren Bundesverband oder an unsere Landesleiter.

Spende an den ph e.v. über Amazon Smile

Sie bestellen öfter über Amazon? Dann können Sie ohne zusätzliche Kosten bei jedem Einkauf an unseren Verein spenden. Melden Sie sich über www.smile.amazon.de wie gewohnt in Ihrem Amazon-Account an und wählen Sie unseren Verein als begünstigte Organisation.

Mit jedem qualifizierten Einkauf gibt **Amazon** 0,5 Prozent des Einkaufspreises direkt an uns weiter. Dabei können **AmazonSmile** Kundinnen und Kunden auf das volle **Amazon** Sortiment zugreifen und erhalten die gewohnten Preise und Liefermöglichkeiten. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Verstärkung gesucht!

Wir, Mitglieder und Ehrenamtliche des gemeinnützigen Selbsthilfevereins pulmonale Hypertonie e.v. (ph e.v.) suchen Ehrenamtliche(n) Mitarbeiter(innen) zur Unterstützung unserer Vereinsarbeit! Das Tätigkeitsfeld umfasst verschiedene Online-Aktivitäten oder das Organisieren von Gesprächskreisen. Auch Leiter/innen, Stellvertreter/innen und Helfer für unsere Landesverbände sind herzlich willkommen! Egal wo deine Stärken liegen, gemeinsam finden wir die passende Aufgabe für dich!

Du bist gerne bei Facebook, Twitter, Instagram & Co aktiv? Bist du kommunikativ und teamfähig? Oder bist du ein Organisations-talent? Dich erwartet ein Team von netten, engagierten Ehrenamtlichen und regelmäßige Schulungen. Alle Auslagen werden erstattet. Wenn du dich angesprochen fühlst, freuen wir uns auf deine Kontaktaufnahme mit unserer Bundesgeschäftsstelle unter: info@phev.de, Tel. 07242-9534 141 Bis bald!

Einzugsermächtigung

(ph) Änderungen bitte mitteilen!

Um unnötige Kosten zu vermeiden, bitten wir darum, rechtzeitig Änderungen der Adresse oder Bankverbindung mitzuteilen. Insbesondere bei Einzugsermächtigungen erfahren wir immer wieder kostenpflichtige Rückbuchungen.

Wir danken Ihnen für Ihre hilfreiche Unterstützung.

Kündigung der Mitgliedschaft

(ph) Hin und wieder bekommen wir Kündigungen der Mitgliedschaft mit sofortiger Wirkung. Wir dürfen darauf hinweisen, dass laut Satzung die Kündigung mit einer Frist von 3 Monaten vor Jahresende einzureichen ist, also spätestens bis zum 30. September des laufenden Jahres.

Bitte beachten Sie, dass die Kündigung schriftlich an den Bundesverband erfolgen muss.

Im Todesfall erlischt die Mitgliedschaft. Bei einer Partnermitgliedschaft kann dann der Partner mit sofortiger Wirkung austreten.

Bescheinigung des Mitgliedsbeitrages

Liebe Mitglieder,

um Druck- und Portokosten zu sparen, werden seit 2016 keine Bescheinigungen der Mitgliedsbeiträge mehr versandt.

Bei Geldzuwendungen bis 200 € gilt die Abbuchung auf dem Kontoauszug als Zuwendungsbestätigung.

In Einzelfällen kann eine Bestätigung bei uns angefordert werden.

UNSER BEISITZER WALTER KLUSER WENDET SICH AN UNSERE MITGLIEDER



Nach 4-jähriger ehrenamtlicher Tätigkeit als Beisitzer im Verein, werde ich bei der kommenden Vorstandswahl nicht mehr zur Verfügung stehen.

Der Grund ist persönlicher Natur. Ich bin mitten in der Corona Pandemie nach Kanada ausgewandert. Kanada ist meine zweite Heimat. Ich bin am 28.04.2021 in North Battleford in der Prärie Provinz Saskatchewan angekommen. Im November 2020 habe ich mir unweit von Battleford ein Haus auf 4,5 Hektar Land in der Nähe eines kleinen Sees gekauft und bin nun am 1. Juni mit meiner neuen Lebenspartnerin Leah eingezogen. Hier hoffe ich, meinen Lebensabend in dieser reizvollen Gegend verbringen zu dürfen.

Den Verein werde ich vermissen und ich bin stolz dabei gewesen zu sein. Ich durfte viele erfreuliche Begegnungen mit Mitgliedern an verschiedenen Orten und Anlässen erleben und werde diese in meiner Erinnerung behalten. Es war eine tolle Zeit für den Verein tätig zu sein.

Ich wünsche dem Verein und besonders seinen Mitgliedern alles Gute für die Zukunft und sage:

«Bye-Bye»



Lieber Walter, wir danken dir ganz herzlich für deine freundschaftliche und engagierte Arbeit für den Verein. Nicht nur dein unermüdlicher Einsatz bei Veranstaltungen, in unserer Vorstandschaft und deine Arbeit zum Patenprogramm, sondern auch dein immer freundliches und hilfsbereites Wesen werden uns fehlen. Wir wünschen dir für deine Zukunft alles Liebe und Gute!



Adressen

LANDESLEITER des ph e.v.

Reihenfolge alphabetisch



LV Baden-Württemberg

Helga Kühne
Fasanenstraße 7
73035 Göppingen
Tel.: 0 71 61-4 45 97
E-Mail: Kuehne-BW@phev.de
Konz-BW@phev.de

LV Bayern

Roland Stenzel
90459 Nürnberg
Tel.: 01511-768 05 21
E-Mail: Stenzel-Bayern@phev.de

LV Berlin/Brandenburg/ Mecklenburg-Vorpommern

Dr. Harald Katzberg
Hibiskusweg 8A
13089 Berlin
Tel.: 0171-3420 086
E-Mail: Katzberg-Berlin@phev.de
Findling-Berlin@phev.de

LV Hamburg/Schleswig-Holstein

Jutta Gläser
Staderstr. 137
21075 Hamburg
040-63862090
Handy: 0178-9076123
E-Mail: Glaeser-Hamburg@phev.de

LV Niedersachsen-Bremen

Marlies Schönrock
Blocklander Str. 8
28215 Bremen
Tel.: 0421-3714 38
Handy: 0176-5440 9377
E-Mail: Schoenrock-NSBremen@phev.de

LV Nordrhein-Westfalen

Daniela Krämer
Saarstr. 63
50996 Köln
Tel.: 0221-314541
E-Mail: Kraemer-NRW@phev.de

LV Saarland und Rheinland Pfalz

Ortlef Kraatz
Hauptstr. 68
76777 Neupotz
Tel: 07272-75310
E-Mail: Kraatz-SRP@phev.de

Regionalverband Südl. Rheinland-Pfalz

Marianne Grimm
Sparbenhecke 1
76744 Wörth am Rhein
Tel: 07271-4980464
E-Mail: Grimm-SRP@phev.de

LV Sachsen

Ralf Lissel
Albertstr. 11
09526 Olbernhau
Tel.: 037360-35395
E-Mail: Lissel-Sachsen@phev.de

LV Hessen, LV Thüringen, und LV Sachsen-Anhalt

Kontaktaufnahme bitte über ph e.v.
Bundesverband
E-Mail: info@phev.de

Unsere Landesleiter sind in der Regel selbst von PH betroffen. Deshalb kann es sein, dass aus verschiedenen Gründen die Erreichbarkeit nicht immer kurzfristig möglich ist. Sie können sich mit Ihren Fragen jederzeit auch an den Bundesverband wenden.



GUARDIANS OF PH



freepik

WEBINAR ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN VON PHLER FÜR PHLER



vom 08.Mai 2021

ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN VON PH-LERN FÜR PH-LER - TEIL 1

Webinar vom 08.Mai 2021
Text Carolin Thurmann

Am 08.Mai hatten wir unser erstes Webinar von PH-lern für PH-ler. Als Thema haben wir uns Möglichkeiten sowohl privat als auch beruflich ausgesucht. Nach der Diagnose hört man oft, was alles nicht mehr geht, aber nach Rücksprache mit seinem behandelnden Arzt gibt es Möglichkeiten, dennoch nicht nur auf der Couch rumzuliegen.

Den Anfang machte **Antje** mit der Möglichkeit, eine leitende Position mit Lungenhochdruck einzunehmen. Antje leidet unter der IPAH, ob sie ein NO-Responder ist, ist derzeit noch nicht geklärt, dennoch hält es sie nicht auf, ihren Weg zu gehen. Nach der Diagnose war sie in ihrem alten Beruf im Krankenhaus nicht mehr glücklich, da viele Kollegen nicht so richtig nachvollziehen konnten, wieso sich Antjes Berufsfeld geändert hat. Daraufhin fand sie in einem Pflegeheim, anfangs als Personalleitung, ein neues berufliches Zuhause.



© pixabay

Die Firma unterstützte Sie bei ihrem Fernstudium und bei ihren Weiterbildungen und nach Bekanntwerden der Schwangerschaft der Hausleitung bot man Antje den Job zur Einrichtungsleitung an. Anfangs etwas zögernd nahm Antje den Job an und schafft es mit 3 Kindern, einem liebenden Ehepartner und Lungenhochdruck ihr Leben in der leitenden Position zu meistern. Natürlich immer alles in Rücksprache mit ihrem behandelnden PH-Zentrum.

Danach folgte **Bianca** mit ihrer beruflichen Laufbahn. Ihr Lungenhoch-

druck entstand im Zusammenhang mit Lupus und obwohl man ihr zu Beginn riet, sich beruflich zurück zu ziehen, war sie noch nicht soweit und kämpfte sich nach der Diagnose Stück für Stück zurück. Nach der Reha begann sie mit dem Hamburger Modell ihrer Firma und zeigte, dass sie noch nicht bereit war, ihren Job aufzugeben. Heute arbeitet sie in 2 Schichten in der Firma, 40 Std. die Woche und teilweise auch Samstags. Bianca rät, dass man vieles auch schaffen kann, wenn man die Kollegen einfach auch mal um Hilfe bittet. Um Hilfe zu bitten, ist nichts Schlimmes, aber nur einem Fragenden kann geholfen werden. Die Firma hat ihren Arbeitsplatz soweit umgestaltet, dass sie dort gut sowohl sitzend, als auch stehend arbeiten kann und wenn Teile mal zu schwer sind, dann fragt sie Kollegen, ob diese ihr beim Tragen helfen können. Bianca war während der gesamten Rückkehr in ihren Beruf stets unter strenger Kontrolle ihrer Ärzte und nimmt auch heute immer wieder an Studien teil. Die, wie sie selbst sagt, sich auch sehr gut mit der Schichtarbeit vereinbaren lassen.

In Deutschland gibt es verschiedene Berufsmodelle, über Schichtarbeit bis hin zum Homeoffice (vor allem während Corona) und so auch die Möglichkeit der Teilzeit. Hierzu hat uns **Ines** mit auf ihren Weg genommen. Ines arbeitet in einem Bürojob auf Teilzeitbasis. Diesen Job führt sie aus mit IPAH. Sie ist in ihrem Job für die Buchhaltung zuständig und macht diesen sehr gern. Sie arbeitet in Gleitzeit, was bedeutet, dass sie in der vorgegeben Zeitspanne des Arbeitgebers selbst entscheiden kann, wann

sie ihre Arbeit beginnt, solange sie auf ihre täglichen Stunden kommt und sich im Zeitrahmen befindet. Trotz Corona konnte Ines ihren Bürojob leider nicht von zu Hause aus machen, doch die Firma war dennoch vorsorglich und baute zu ihrem Schutz eine Plexiglasscheibe in ihrem Büro ein, sodass sie besser geschützt ist vor einer möglichen Ansteckung. Da sie in der Firma die einzige ist, die den Posten der Buchhaltung und Rechnungsstelle besetzt, kam es für sie auch nicht in Frage, sich in Corona-Zeiten krankschreiben zu lassen. Auch Ines handelt in voller Rücksprache mit ihrem PH-Zentrum.

Doch nicht nur die altbekannten Jobmodelle sind eine Möglichkeit mit Lungenhochdruck weiter etwas zu tun, sondern auch die neuen Wege sind eine gute Möglichkeit. Auch wenn man bei dem Namen „Influencer“ heutzutage immer noch schmunzeln muss und eher an eine Form der Grippe denkt, gehen immer mehr junge Leute den Weg über das Internet. Nicht nur als YouTuber oder TikToker kann man heute seine Marke verkaufen, sondern auch sein Hobby zum Beruf machen und sich einen eignen Onlineshop über die verfügbaren Kanäle aufbauen. So wie **Nicole**. Nicole leidet seit ihrer Kindheit unter Lungenhochdruck, Auslöser hierfür ist ein Herzfehler. Sie versuchte in ihrer Jugendzeit sich eine Karriere aufzubauen im normalen Berufsleben, doch leider ging die Rechnung mit Lungenhochdruck nicht auf. Doch sie wollte ihre Kreativität voll entfalten können und gründete ihren eigenen Onlineshop auf Instagram, mit einem Angebot auf Etsy.de. Durch ihren Onlineshop hat sie die Möglichkeit sich kreativ zu entfalten und selbst zu bestimmen, was sie den Kunden anbietet. Nicole verkauft bei Juliknoten tolle handgeknüpfte Makramee-Arbeit, die auch personalisierbar ist. Der Vorteil ihres eigenen kleinen Unternehmens ist es, dass sie sich selbst Ruhetage und Zeiten vorgeben kann. Sie ist zeitlich ungebunden und hat so die Möglichkeit, sich den großen Stress



etwas besser fern zu halten. Ihren Shop eröffnete sie 2020 und meldete hierzu ein Kleingewerbe an. Sie sagt selbst, dass man natürlich Arbeit in den Shop stecken muss und gerade zu Beginn sehr viel Werbung auch durch Freunde und Familie schalten muss, damit die Leute aufmerksam werden, aber mit der Zeit wird die Arbeit in die Werbung etwas weniger und man kann sich dann mehr auf seine Produkte und sein Hobby konzentrieren, wenn die Kunden erst mal da sind. Aus eigener Erfahrung kann ich euch sagen, dass die Produkte von Nicole mit ganz viel Liebe und Sorgfalt hergestellt sind und sie sich vor allem bei der Auswahl der Produktbestandteile wie Garn viel Mühe gibt. Also schaut gern mal bei Etsy.de auf Juliknoten vorbei oder besucht ihre Seite auf Instagram.

Im Übrigen könnt ihr auch mit Rente ein Kleingewerbe anmelden, natürlich unter bestimmten Voraussetzungen. Wie zum Beispiel, dass ihr nicht mehr als 450 Euro reinen Gewinn im Monat erzielt und natürlich sollte das was ihr anbietet auch mit dem Lungenhochdruck vereinbar

sein. Damit wären wir aber schon beim nächsten Thema, nämlich dem 450,- Euro-Job. Dieser ist unter bestimmten Bedingungen auch mit der EM-Rente vereinbar. So dürft ihr monatlich nicht mehr, als 450,- € verdienen, allerdings ist es auch hier geregelt wie bei einem Nebenjob mit Hauptjob, was bedeutet, dass ihr einmalig mehr verdienen dürft, ohne dass dies versteuert oder gemeldet werden muss. Aber ihr dürft mit dem 450 Euro Job natürlich jährlich nicht euren Rentenbezug übersteigen. Für viele klingt das vielleicht gar nicht möglich, doch es gibt leider genug Menschen, die eine sehr kleine Rente beziehen und es daher schon knapp werden kann. Der 450 Euro Job sollte weniger anspruchsvoll sein, als der Job den ihr nicht mehr ausführen könnt und daher in Rente seid und er darf die wöchentliche Arbeitszeit von 14 Stunden und 59 Minuten nicht übersteigen, da ihr ab 15 Stunden auf Teilzeitbasis arbeiten könntet und auch die tägliche Arbeitszeit von 2 Stunden und 59 Minuten darf nicht überschritten werden, da ihr auch hier bei 5 Tagen die Woche je 3h auf 15 Stunden kommen würdet. Aus Erfahrung kann ich euch aber sagen, dass die wenigsten 450,- Euro Jobs an die 15h wöchentlich kommen. Das größte Problem sind oftmals die 3h. Schaut euch einfach mal um, es gibt viele Möglichkeiten, die sich für 450,- Euro Jobber ermöglicht haben durch Corona. Ich selbst arbeite seit September 2020 für einen großen TV Shoppingsender im Homeoffice 4 Tage je 2,5 Stunden. Wer sucht, der findet recht schnell.

Da wir mit den Berichten den halben Rundbrief füllen würden, werden wir die Zusammenfassung des Webinars in 2 Teile teilen. Den zweiten Teil zu den Themen mögliche Familienplanung und Ehrenamt könnt ihr dann im Dezemberrundbrief lesen.

Wenn ihr mehr Interesse an Webinaren in dieser Form habt oder auch Themenwünsche, dann schreibt uns gern eine Mail an guardians@phev.de.

Per aspera ad astra – Über raue Pfade zu den Sternen



Erfahrungsbericht von HaJo H., der sich 2018 einer PEA unterzog und heute geheilt und glücklich ein normales Leben führen kann

Mit meinem Erfahrungsbericht möchte ich allen, bei denen CTEPH diagnostiziert wurde und eine Lungen-OP, also eine PEA, ansteht, Mut machen. Ich habe das 2018 hinter mich gebracht und es ist bei mir alles hervorragend gelaufen und ich bin sehr dankbar, dass ich mich dieser OP unterziehen konnte. Klar, die Unsicherheit und Angst vor einem solchen Eingriff sind groß, aber ich möchte alle Betroffenen ermuntern: Entscheidet Euch dazu, es ist gut zu schaffen und im Rückblick ist alles viel weniger schlimm und dramatisch als man zunächst befürchtet. Wenn man vorher liest, wie aufwändig die OP abläuft und womöglich wie ich auch noch einige viel zu reißerische YouTube-Videos dazu sieht, befindet man sich auf einem unsicheren Terrain. Mir selbst halfen vor der OP Erfahrungsberichte von Betroffenen sehr und deshalb möchte auch ich dazu beitragen, auf diese Weise die Entscheidung einfacher zu machen und der PEA etwas an Bedrohlichkeit nehmen. Ja, ich weiß und war mir sehr bewusst, dass eine PEA „an die Grenze dessen geht, was chirurgisch heutzutage möglich ist“ (so mein Arzt), aber es hilft, mit einer positiven Grundeinstellung an die Sache zu gehen und die Freude überwiegen zu lassen, dass eine OP überhaupt möglich ist, was ja, wie wir wissen, nicht immer gegeben ist.

Eine lange Zeit der Verdrängung: Erstaunlich, wie gut ich darin war!

Also, meine Geschichte: Ich wurde in den letzten Jahren vor

der OP zunehmend kurzatmiger und merkte besonders im Urlaub, wenn es die Berge hochgehen sollte, dass ich einfach nicht mehr die Energie hatte, größere Steigungen zu bewältigen. Ich verdrängte das Thema lange mit persönlichen Verlegenheitsdiagnosen und redete mir ein, dass es wohl daran lag, dass ich einfach zu wenig Sport machte und abnehmen müsste. Ich hatte nie eine merkbare Thrombose in den Beinen o.ä., aber ich vermute, dass ich über mehrere Jahre hinweg immer wieder unentdeckte Embolien hatte. Es gab einige Male die Situation, dass ich völlig kraftlos einige Tage im Bett verbringen musste und mir das mit einer Erkältung erklärte, obwohl ich kaum Erkältungssymptome hatte – ich vermute, dass ich in Wirklichkeit zu dieser Zeit jeweils eine neue Embolie bekam. Es ist schon erstaunlich, wie erfolgreich ich meine massiven gesundheitlichen Probleme vor mir selbst verleugnen konnte.

Es wurde allerdings immer schlimmer mit meiner Kurzatmigkeit. Nicht in Ruhe beim Sitzen, aber schon Alltagsverrichtungen wie eine Treppe ins nächste Stockwerk gehen oder Duschen empfand ich als sehr anstrengend. Nach einem Städteurlaub Ostern 2018 in Belgrad, bei dem ich die hüglige Stadt, in der ich mich befand, kaum noch erkunden konnte, da ich die Hügel nur mit Mühe hochkam und mich selbst kaum sichtbare leichteste Anstiege außer Atem brachten, beschloss



Während der Reha in Bad Nauheim zwei Monate vor der OP. Ich bin zuversichtlich, aber auch verunsichert.

ich, zu Hause einen Kardiologen aufzusuchen.

Nach den schockierenden Erkenntnissen beim Kardiologen lerne ich: Sich selbst kümmern und informieren ist elementar wichtig!

Ende April ging ich also zu einem Kardiologen. Ich erwartete immer noch eine Diagnose wie „treiben Sie mehr Sport und nehmen Sie ab“ – doch stattdessen zeigten EKG und Herzecho, dass massiv etwas nicht stimmte und ich kam direkt aus der Praxis mit Verdacht auf Lungenembolie in ein Bonner Krankenhaus. Ein CT bestätigte diesen Verdacht und man begann mit mir die übliche Therapie mit Blutverdünnern. Dann begann die eigentlich nervenaufreibendste Zeit während meiner Krankheit – innerhalb von zwei Wochen wurde allmählich klar, dass sich die Thromben in der Lunge nicht auflösten

und mit einem Rechtsherzkatheter wurde ein hochgradiger Lungenhochdruck festgestellt.

Mein Arzt nahm Kontakt mit dem Herzzentrum Bad Oeyenhausen auf und ich wurde dort direkt in der Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie aufgenommen. Eine weitere Woche mit Untersuchungen (nochmals CT, Herzecho usw.) verstärkten den Verdacht auf CTEPH, allerdings war es noch zu früh für eine OP, da der Standard vorsieht, zunächst mit einer dreimonatigen Therapie mit Blutverdünnern sicherzustellen, dass sich die Lungenembolien nicht doch noch auflösen. Man gab mir zu verstehen, dass ich mich für eine OP nach diesen drei Monaten wieder in der Klinik vorstellen soll. Meine Frage an den Lungenspezialisten, wie oft die PEA dort denn durchgeführt würde, beantwortete dieser mit „ein bis dreimal pro Jahr“. Das erschreckte mich doch sehr und war für mich der entscheidende Anlass, zunächst einmal selbst im Internet zu recherchieren. Dort entdeckte ich dann, dass das eigentliche Zentrum für PEAs in Deutschland die Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim ist und mit zunehmender Lektüre von Fachbeiträgen usw. wurde mir klar, dass ich mich für das weitere Vorgehen dort unbedingt vorstellen sollte. Ich fand Untersuchungen, die klar darlegten, dass der Erfolg einer OP und die Sterblichkeit von der Anzahl an OPs abhängen, die in einem Lungenzentrum durchgeführt werden. Vielleicht hätte ich auch in Bad Oeyenhausen mit Erfolg operiert werden können, da ich relativ jung bin und mein Gesundheitszustand ansonsten gut war. Ich fand es aber doch sehr ernüchternd, dass ich die Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim erst selbst recherchieren musste und mich niemand in Bad Oeyenhausen darauf hinwies – trotz viel geringerer Erfahrung mit der OP. Man hatte wohl Interesse

daran, den eigenen Erfahrungsraum mit einer PEA zu vergrößern, aber als Patient möchte ich doch lieber dort operiert werden, wo es eine größtmögliche Routine mit einer solch aufwändigen und gefährlichen OP gibt.

Ich musste also die drei Monate mit Blutverdünner-Therapie abwarten und konnte in dieser Zeit eine Reha machen, bei der ich mehr Sicherheit darin bekam, was mit meiner CTEPH an Belastung noch möglich war. Ein mehr als großer Zufall war, dass ich mich für eine Reha in der Wetterau-Klinik just in Bad Nauheim entschieden hatte und man dort zwar keine riesige Expertise mit CTEPH hatte, aber zumindest kannte der dortige Kardiologe die Krankheit gut und auch Prof. Mayer von der Kerckhoff-Klinik, der (richtigerweise) als die absolut richtige Adresse für diese Krankheit bestätigt wurde. In der Reha-Klinik organisierte man sogar, dass ich mit einem Patienten Kontakt bekommen konnte, der gerade eine PEA hinter sich hatte. Manch einer mag mich für esoterisch halten, aber ich beschloss, als ich den Patienten sah, ihn nicht näher zu befragen. Der ältere Mann machte einen sehr unglücklichen, schwachen Eindruck und ich dachte, dass eine nähere Befassung mit

einer Person, der es nach einer PEA so schlecht geht, mir nicht guttun würde. Im Rückblick kann ich sagen, dass dieser Impuls wahrscheinlich gut gewesen ist, da ich in meiner zweiten Reha nach meiner OP in der Hauptsache frisch PEA-Operierte traf, denen es wesentlich besser ging und die auch eine positivere Ausstrahlung hatten.

Die OP in der Kerckhoff-Klinik und die riesige Dankbarkeit, dass das geht

Nach einem Gespräch mit Prof. Mayer in der Kerckhoff-Klinik bekam ich einen Termin für eine Diagnose-Woche Ende Juli. Ich kann all das, was man Positives zu Prof. Mayer lesen kann, nur voll bestätigen. Er ist einer der seltenen Menschen, bei denen eine extrem hohe fachliche Expertise mit einer überaus freundlichen, positiven und menschlichen Persönlichkeit zusammentrifft. Ich hatte von Beginn an höchstes Vertrauen in ihn und die Kerckhoff-Klinik. Die Diagnose-Woche bestätigte meine CTEPH – entscheidend war hier ein Rechtsherzkatheter mit einer PA-Angiographie (sPAP 80, mPAP 49, PVR 511 dyn*s*cm-5) Am 5. Tag dann die erlösende und zugleich erschreckende Nachricht von Prof. Mayer: Die CTEPH ist



Schon 10 Tage nach der OP konnte ich mit meinem Partner in den Park vor der Klinik gehen. Ein unglaubliches Gefühl.



gut operabel. Ich entschied mich bereits im Arztgespräch dafür, die PEA so schnell wie möglich machen zu lassen. Natürlich gab es ein Sterblichkeitsrisiko (meines wurde von Prof. Mayer auf 4% geschätzt), aber selbstverständlich wäre die Alternative – ein bleibender, mit Medikamenten behandelter beträchtlicher Lungenhochdruck und die damit verbundenen Herzprobleme – noch viel erschreckender.

Mit viel Glück bekam ich einen OP-Termin schon in 14 Tagen. Später erfuhr ich, dass dies nicht selbstverständlich ist, manche warten einige Monate auf den OP-Termin. Drei Tage vor der OP kam ich in die Klinik. Ich war relativ ruhig, obwohl ich wusste, welche Sache mir bevorstand.

Insgesamt war die Zeit vom ersten Krankenhausaufenthalt bis zur OP herausfordernd und kostbar zugleich. Natürlich gab es immer wieder Angst um mein Leben, bei mir und meiner Familie. Ich behielt mir aber meine positive Grundeinstellung und hatte trotz der schwierigen Lage das Glück, dass es mir gelang, auch in dieser schwierigen Zeit Schönes zu erleben. Ein Urlaub an der Nordsee vor der Diagnosewoche hatte mir unglaublich gut getan und ich glaubte fest daran, dass mein Leben noch nicht zu Ende ist. Man wird sich in solchen Zeiten bewusst, dass man nie weiß, wie lange man noch zu leben hat und bei mir hatte dies den Effekt, dass ich mir heute genau überlege, womit und mit wem ich Zeit verbringen und in welche Situationen ich mich nicht mehr begeben möchte.

Schön war es auch, dass ich mich in der Thorax-Chirurgie der Kerckhoff-Klinik gut aufgehoben fühlte und sich die Schwestern und Pfleger sehr gut um die Patienten kümmern. Es war großartig zu erle-



Zusammen mit meinem Partner und einer Freundin feiern wir das Leben: Ein erster Ausflug in ein Restaurant nur 10 Tage nach der OP.

ben, wie gut das System Krankenhaus hier funktionierte.

Der OP-Tag begann gegen 6 Uhr morgens, ich bekam ein Beruhigungsmittel und wurde dann in den OP-Saal gefahren. Ich erinnere noch viel High Tech um mich herum und einen sehr netten Anästhesisten. Die nächste Erinnerung ist das Aufwachen auf der Intensivstation – das war etwa 24 Stunden später. Wow, ich hatte überlebt, ging mir durch den Kopf. Wirklich unangenehm war eigentlich nur das große Durstgefühl am Anfang (man darf in den ersten Stunden nicht viel trinken, um Wassereinlagerungen in der Lunge zu vermeiden) und auch das erste Aufsetzen auf die Bettkante mit dem Pfleger war schmerzhaft. Ansonsten war ich aber überrascht, dass ich nur sehr wenig Schmerzen verspürte und es mir so gut ging. Die erste Begegnung mit meinem Partner war wunderschön, es mischten sich immer wieder viele Freudenstränen in unser Gespräch, das von Erleichterung und Dankbarkeit geprägt war. Ich erfuhr, dass ich acht Stunden operiert worden war und man erfreulicherweise noch viel mehr Material aus der Lunge hatte entfernen können als zunächst auf Basis der Angiographie vorausgesehen. Die OP war planmäßig und erfolgreich verlaufen. Ich hatte

in den Jahren zuvor immer einen Horror vor der Vorstellung „OP am offenen Brustkorb“ – aber es war wirklich nicht schlimm. Hier kann ich allen Betroffenen nur viel Mut machen!

Viel schneller als gedacht – mein Weg zurück in ein gesundes Leben

Bereits nach anderthalb Tagen (!) wurde ich wieder auf Normalstation verlegt. Man ist noch relativ verkabelt, aber ich konnte bereits zwei Tage nach der OP am Rollator aufstehen und die ersten Schritte durchs Zimmer gehen. Wahnsinn, dachte ich, dass das so schnell möglich ist. Er folgte eine Woche, in der es steil bergauf mit mir ging. Jeden Tag ging wieder etwas mehr und schon nach einer Woche konnte ich zum ersten Mal in den Park vor der Klinik gehen und wir konnten an diesem Tag sogar zum Abendessen in ein nahegelegenes Restaurant gehen. Nach 10 Tagen wurde ich bereits entlassen und ich war so fit, dass ich durch die Stadt spazieren konnte. Eine Woche später begann ich bereits eine weitere Reha in der Reha-Klinik Königstuhl in Heidelberg, die ein eigenes CTEPH-Programm hat und in die die Mehrzahl der PEA-Operierten gesandt wird. Auch hier erlebte ich eine 1a Betreuung und ein gutes Aufbau-Programm. Bereits in der Reha wurde festgestellt,

dass sich mein stark vergrößertes rechtes Herz erstaunlicherweise bereits drei Wochen nach der OP weitestgehend normalisiert hatte - auch ein wirkliches Wunder für mich.

Wieder zu Hause konnte ich vier Wochen nach der OP schon wieder Spaziergänge durch die bergige Eifel unternehmen. Mein Körper hatte sich also unglaublich schnell regeneriert und auch hier kann ich allen, denen eine PEA noch bevorsteht, nur Mut machen: Es ist alles gar nicht so schlimm wie man es sich oftmals vorstellt. Ja, die Beschreibung der OP ist angsteinflößend (man ist dabei ja zwei Mal quasi klinisch tot, weil für das Entfernen der Thromben in der Lunge die Herz-Lungen-Maschine ausgeschaltet werden muss - ein Gedanke, an den man sich erstmal gewöhnen muss) und ich bin zu tiefst dankbar, dass es solch hochkompetente Operateure gibt, die sich an so etwas heranwagen. Der riesige Vorteil der Kerckhoff-Klinik ist es, dass bei aller Kompliziertheit dieser OP diese dort auch Routine ist - meines Wissens wurde dort 2018 drei Mal pro Woche eine PEA durchgeführt. Für alle, die noch überlegen, wo sie sich operieren lassen sollen, kann ich nur drin-

gend die Kerckhoff-Klinik für die OP empfehlen und die Königstuhl-Reha-Klinik in Heidelberg für die Nachsorge.

Mein Leben heute – ganz normal

Ich kann mich heute wieder normal bewegen und bin normal belastbar. Eine abschließende Untersuchung, die nochmal den Lungendruck mit einem Rechtsherzkatheter misst, wird für die Zeit ein Jahr nach der OP empfohlen, d.h. im August 2019 habe ich mich nochmal nach Bad Nauheim begeben. Auch hier nur erfreuliche Daten - überhaupt keinen Lungenhochdruck in Ruhe und unter Belastung allenfalls grenzwertig. Das war eine erlösende Nachricht.

Dass ich nun bis an mein Lebensende Blutverdünner nehmen muss (und das sehr diszipliniert), halte ich für fast nebensächlich. Es gibt Schlimmeres und ich vertrage diesen sehr gut.

Abschließen möchte ich auch hier noch einmal allen Menschen danken, die mir so hervorragend geholfen haben, aus dieser Krise herauszukommen und diese Krankheit zu heilen. Prof. Mayer und alle meine behandelnden Ärzte, die tollen, freundlichen



↑ ↑ Zwei Jahre nach der OP feiere ich meinen 50. Geburtstag und es geht mir hervorragend. Ich lebe mein Leben heute bewusster und klarer.

Schwestern und Pfleger in den Kliniken, in denen ich mich befand, und natürlich meinem Partner, meiner Familie und meinen Freunden, die mir dieses Jahr so erträglich gemacht haben, das trotz aller Schwere für mich auch ein glückliches Jahr war.

© pixabay



mRNA-Vakzine: Analyse der Impfreaktionen bei Millionen US-Amerikanern

Kurz & fundiert

- Analyse US-amerikanischer Beobachtungsplattform zu Impfreaktionen
- mRNA-Vakzine von BioNTech/Pfizer und Moderna
- 3 643 918 Menschen berichteten nach der ersten Impfdosis, 1 920 872 Teilnehmer nach der 2. Impfung
- Lokale Impfreaktionen (Schmerzen an Injektionsstelle) bei 67,8 %
- Systemische Reaktionen (Fatigue, Kopfschmerz, Fieber) häufiger nach der 2. Dosis
- Ältere ab 65 Jahren berichten seltener von systemischen Reaktionen
- Konsistent mit Daten aus den klinischen Studien

DGP – Lokale und systemische Impfreaktionen sind normal und typischerweise rasch vorübergehend. Man kann sich also gut darauf vorbereiten, um keine unnötigen Sorgen bei Symptomen nach der Impfung haben zu müssen. Eine Beobachtungsplattform der US-amerikanischen CDC ermöglichte nun die Analyse über Millionen geimpfter Menschen in den USA. Schmerzen an der Injektionsstelle traten demnach häufig sowohl nach der ersten als auch zweiten Impfung mit jedem mRNA-Impfstoff auf. Systemische Reaktionen wie Fatigue, Kopfschmerz, Muskelschmerz, Schüttelfrost, Fieber und Gelenkschmerzen wurden dagegen häufiger nach der zweiten Impfdosis mit beiden Vakzinen berichtet und deutlich seltener von Menschen ab 65 Jahren.

Zur Begleitung der Coronavirus-Impfungen hat das amerikanische Center for Disease Control and Prevention (CDC) eine Beobachtungsplattform erstellt, in der Menschen in den USA ab dem Zeitpunkt ihrer Impfung für bis zu 12 Monate eintragen können, ob und welche Impfreaktionen bei ihnen auftraten. Dies wird auf freiwilliger Basis gemacht. Teilnehmer erhalten dazu periodisch mobile Benachrichtigungen für Gesundheitsumfragen.

Befragung von US-Amerikanern nach der mRNA-Impfung zu Impfreaktionen

Dieser Bericht fasste nun mit dieser Plattform erfragte lokale und systemische Impfreaktionen zusammen, die ab dem ersten Tag (Tag 0) bis zu 7 Tage nach jeder Impfdosis angegeben wurden. Daten zwischen 14. Dezember 2020 bis 28. Februar 2021 wurden analysiert, mit Impfungen bis zum 21. Februar 2021. Da in den USA zu diesem Zeitpunkt nur mRNA-Vakzine zugelassen waren, umfasst der Bericht ausschließlich Daten zu BNT162b (BioNTech/Pfizer) und mRNA-1273 (Moderna). Forscher untersuchten nun, wie häufig und bei welchen Menschen verschiedene lokale und systemische Reaktionen während der ersten 7 Tage nach der Impfung auftraten.

Bis 21. Februar 2021 erhielten mehr als 46 Millionen Menschen mindestens eine Dosis eines mRNA-Impfstoff gegen das neue Coronavirus. Insgesamt 3 643 918 Menschen meldeten sich im Report-System an und führten mindestens Gesundheitsbefragung

innerhalb von 7 Tagen nach der ersten Impfdosis durch. 1 920 872 Teilnehmer berichteten auch zu ihrer zweiten Impfdosis mit mindestens einer Befragung innerhalb von 7 Tagen.

Analyse über 3,6 Mio. Menschen mit erster Impfung, 1,9 Mio. Menschen mit zweiter Impfung

Die meisten Teilnehmer berichteten von lokalen Reaktionen an der geimpften Stelle am Arm (nach Dosis 1: 70,0 %; nach Dosis 2: 75,2 %) oder von einer systemischen Reaktion (nach Dosis 1: 50,0 %; nach Dosis 2: 69,4 %) in der ersten Woche nach der Impfung. Die am häufigsten berichteten Reaktionen nach der ersten Impfdosis waren:

- Schmerzen an der Injektionsstelle (67,8 %)
- Fatigue (30,9 %)
- Kopfschmerz (25,9 %)
- Muskelschmerzen (19,4 %)

Die Reaktionen fielen nach der zweiten Dosis stärker aus. Dies traf auf beide Impfstoffe zu und umfasste besonders systemische Reaktionen, darunter Fatigue (53,9 %), Kopfschmerz (46,7 %), Muskelschmerz (44,0 %), Schüttelfrost (31,3 %), Fieber (29,5 %) und Gelenkschmerzen (25,6 %). Ein größerer Teil der Teilnehmer berichtete von solchen Reaktionen mit dem Moderna-Vakzin als mit dem BioNTech/Pfizer-Vakzin. Dieser Unterschied war besonders ausgeprägt nach der zweiten Dosis zu sehen.

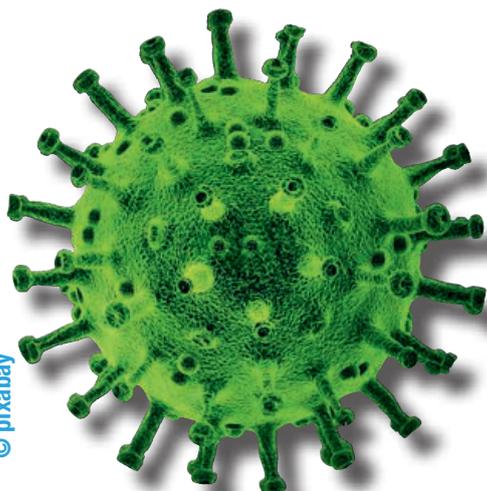
Impfreaktionen zeigten allerdings auch Altersunterschiede. Lokale und systemische Reaktionen wurden weniger häufig von Menschen ab 65 Jahren berichtet als von Jüngeren. Beide Altersgrup-

pen berichteten allerdings häufiger Impfreaktionen nach der zweiten Dosis im Vergleich zur ersten Impfung. In allen Fällen traten dabei die Impfreaktionen, sowohl lokal als auch systemisch, meist am ersten Tag nach der Impfung auf und wurden bis Tag 7 deutlich seltener berichtet.

Seltener systemische Impfreaktionen bei Älteren ab 65 Jahren

Lokale und systemische Impfreaktionen sind normal und erwartet und meist vorübergehend. Man kann sich also gut darauf vorbereiten, um keine unnötigen Sorgen bei Symptomen nach der Impfung haben zu müssen. Die nun analysierten Daten über Millionen geimpfter Menschen in den USA zeigten, dass Schmerzen an der Injektionsstelle häufig sowohl nach der ersten als auch zweiten Impfung mit jedem mRNA-Impfstoff auftreten können. Systemische Reaktionen wie Fatigue, Kopfschmerz, Muskelschmerz, Schüttelfrost, Fieber und Gelenkschmerzen, wurden dagegen häufiger nach der zweiten Impfdosis mit beiden Vakzinen berichtet. Menschen ab 65 Jahren entwickelten seltener Impfreaktionen als jüngere Menschen. Die Häufigkeit von Impfreaktionen entsprach in dieser Analyse den Daten aus den klinischen Studien.

© Alle Rechte: DeutschesGesundheits-Portal.de



WER HAT LÄNGER ANTIKÖRPER NACH DER INFEKTION?

Kurz & fundiert

- Wie lange sind wir nach der Infektion immun?
- Antikörperbestimmung bei asymptomatisch Infizierten und unterschiedlich schwer Erkrankten
- 14 asymptomatisch, 42 symptomatisch, 41 mit Lungenentzündung erkrankt
- Nachweis neutralisierender Antikörper bis 6 Monate nach Diagnose bei 85 % der Patienten
- Besonders langer Nachweis bei schwerer Erkrankten (Pneumonie) und Älteren

DGP – In Südkorea wurden Patienten nach Infektion mit SARS-CoV-2 untersucht, um zu ermitteln, wie lange Antikörper und Immunität bestehen, und ob dies mit dem Krankheitsverlauf zusammenhängt. Die Mehrzahl der Patienten zeigte bis 6 Monate nach der Infektion neutralisierende Antikörper. Besonders anhaltend schien die Immunität bei Älteren und bei schwereren Verläufen mit Lungenentzündung zu bestehen.

Bisher war noch nicht klar, wie lange eine Immunität nach einer Infektion mit dem neuen Coronavirus bestehen bleibt. Wie lange sind spezifische Antikörper gegen SARS-CoV-2 nachweisbar? Dies wurde nun in Südkorea untersucht. Die Dauer der SARS-CoV-2-spezifischen humoralen und zellulären Immunität wurde dazu mit dem klinischen Schweregrad der Infektion bzw. COVID-19-Erkrankung verglichen.

Wie lange sind wir nach der Infektion immun?

Die Studienpopulation umfasste asymptomatisch Infizierte, sym-

ptomatisch Erkrankte ohne Lungenentzündung und Erkrankte mit Lungenentzündung. Bei diesen wurden die Anti-SARS-CoV-2 IgG und neutralisierende Antikörpertiter (NAb) bis 6 Monate nach der Diagnose bestimmt.

Antikörperbestimmung bei asymptomatisch Infizierten und unterschiedlich schwer Erkrankten

Antikörperdaten von 14 asymptomatischen Menschen, 42 symptomatisch erkrankten Menschen ohne Lungenentzündung und 41 Patienten mit Lungenentzündung wurden ermittelt. Die Titer von Anti-SARS-CoV-2-IgG und neutralisierenden Antikörpern waren bis 6 Monate nach der Diagnose nachweisbar. Spezifische IgG waren bei 66,7 % der Patienten, neutralisierende Antikörper bei 86,9 % der Patienten nachweisbar. Länger anhaltende Immunität war besonders bei Patienten mit höherem Alter zu sehen, sowie bei Menschen, die länger Viren ausschieden und mit einer Lungenentzündung erkrankt waren. SARS-CoV-2-spezifische T-Zellantworten wurden am stärksten bei Patienten mit Lungenentzündung gesehen und besonders bei Personen mit anhaltender humoraler Immunität.

Nachweis bis 6 Monate nach Diagnose bei 85 % der Patienten

Demnach tragen die meisten Patienten (>85 %) nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 neutralisierende Antikörper für über 6 Monate. Diese Information ist auch für die Impfstrategien von großer Bedeutung.

© Alle Rechte: DeutschesGesundheits-Portal.de

ACE-Hemmer: Kein Problem bei COVID-19

© pixabay

Original Titel:

Renin-angiotensin-system inhibitors and all-cause mortality in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis of observational studies

Kurz & fundiert

- Spielt die Behandlung mit ACE-Inhibitoren und Angiotensin-Rezeptor-Blockern bei COVID-19 eine Rolle?
- Meta-Analyse über 31 Kohortenstudien (87 951 Patienten) und 3 Fall-Kontroll-Studien
- Kein nachteiliger Effekt auf Sterblichkeit oder das Risiko für schwere Verläufe mit COVID-19

DGP – Die Rolle sogenannter ACE-Inhibitoren, die das Angiotensin-konvertierende Enzym hemmen, und der AT1-Blocker (Angiotensin-Rezeptor-Blocker) bei der klinischen Behandlung von Patienten mit COVID-19 ist wiederholt diskutiert worden, da SARS-CoV-2 über ACE2 in die Körperzellen eindringen kann. In der Meta-Analyse über 31 Kohortenstudien und 3 Fall-Kontroll-Studien zeigte sich kein Zusammenhang zwischen diesen Blutdruckmedikamenten und Sterblichkeit oder sonstig schweren Verläufen von COVID-19.

Die Rolle sogenannter ACE-Inhibitoren, die das Angiotensin-konvertierende Enzym hemmen, und der AT1-Blocker (Angiotensin-Rezeptor-Blocker) bei der klinischen Behandlung von Patienten mit COVID-19 ist in Diskussion, seit bekannt ist, dass das neue Coronavirus SARS-CoV-2 das Enzym ACE2 als Eintrittspforte in die Körperzellen nutzt. Forscher untersuchten nun die Assoziation



zwischen einer Therapie mit den speziellen Blutdruck-Medikamenten (ACE-I und ARB) und Behandlungsergebnissen bei Patienten mit COVID-19.

Spielt die Behandlung mit ACE-Inhibitoren und Angiotensin-Rezeptor-Blockern bei COVID-19 eine Rolle?

Die Forscher durchsuchten systematisch elektronische Datenbanken nach Studien zu Patienten mit COVID-19, die eine entsprechende Therapie einsetzten, und mit Patienten ohne eine solche Therapie verglichen wurden. Untersucht wurden die Sterblichkeit aus jedem Grund und/oder schwere Krankheitsverläufe.

Meta-Analyse über 31 Kohortenstudien und 3 Fall-Kontroll-Studien

Insgesamt 34 Studien konnten betrachtet werden: 31 Kohortenstudien und 3 Fall-Kontroll-Studien. Aufgrund der grundlegenden Unterschiede zwischen Kohorten- und Fall-Kontroll-Studien wurden diese nicht zusammengefasst analysiert. Stattdessen wurden sie qualitativ verglichen, um die Stimmigkeit der Ergebnisse zu evaluieren. Die 31 Kohortenstudien umfassten Daten über 87 951 Patienten mit COVID-19, von denen 22 383 (26,7 %) mit ACEI/ARB therapiert wurden. In der zusammengefassten Analyse zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der Behandlung mit ACEI/ARB und der Gesamt-Sterblichkeit bzw. schwerer COVID-19-Erkrankung (relatives

Risiko: 0,94; 95 % Konfidenzintervall (CI): 0,86 – 1,03; I2 = 57 %; p = 0,20) oder allein einem schweren Erkrankungsverlauf (relatives Risiko: 0,93; 95 % CI: 0,74 – 1,17; I2 = 56 %; p = 0,55). Die Analyse der drei bevölkerungsbasierten Fall-Kontroll-Studien identifizierte ebenfalls keine signifikante Assoziation zwischen ACEI/ARB-Therapie und Gesamt-Sterblichkeit bzw. schwerer Erkrankung (zusammengefasste Odds Ratio: 1,00; 95 % CI: 0,81 – 1,23; I2 = 0; p = 0,98). In 13 der 31 Kohortenstudien sowie in den drei Fall-Kontroll-Studien, in denen die Ergebnisse getrennt für ACE-I und ARB berichtet wurden, gab es auch für jede dieser Wirkstoffklassen getrennt keinen nachteiligen Effekt auf die Sterblichkeit oder das Risiko für schwere Verläufe mit COVID-19.

Kein nachteiliger Effekt auf Sterblichkeit oder das Risiko für schwere Verläufe mit COVID-19

Bei Patienten mit COVID-19 machte es demnach in der Studienübersicht keinen Unterschied für den Krankheitsverlauf und die Sterblichkeit, ob die Patienten mit Blutdruckmedikamenten, ob ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptor-Blocker, behandelt wurden. Die Autoren schließen daher, dass solche Medikamente auch bei einer COVID-19-Erkrankung nicht abgesetzt werden sollten, wenn nicht andere klinische Gründe vorliegen.

Quelle: deutschesgesundheitsportal.de

ERHÖHEN VORERKRANKUNGEN DAS CORONA-RISIKO?

Original Titel:

Clinical determinants of the severity of COVID-19: A systematic review and meta-analysis

Wissenschaftler führten eine Meta-Analyse mit 41 Studien durch

- Folgende Vorerkrankungen erhöhten das Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf:
 - o Adipositas
 - o Bluthochdruck
 - o Diabetes
 - o koronare Herzkrankheit
 - o COPD
 - o Krebserkrankungen
 - o chronische Nierenerkrankung
 - o zerebrovaskuläre Erkrankung
 - o chronische Lebererkrankung
- Die Wissenschaftler bezifferten die Risikoerhöhung durch die jeweiligen Vorerkrankungen

DGP – In einer Meta-Analyse bezifferten Wissenschaftler die Risikoerhöhung, die von bestimmten Vorerkrankungen ausging. Am stärksten erhöhten chronische Nierenerkrankungen und COPD das Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf.

Es ist bereits bekannt, dass bestimmte Vorerkrankungen das Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf erhöhen. Wissenschaftler aus China und den USA sichten diesbezüglich die derzeitige Datenlage und fassten die Ergebnisse mehrerer Studien zusammen. Dabei bezifferten sie die Risikoerhöhung, die durch bestimmte Vorerkrankungen ausging.

Wissenschaftler führten eine Meta-Analyse mit 41 Studien durch

Die Wissenschaftler durchsuchten internationale Datenbanken (PubMed, Embase, Web of science und Cochrane Library) nach epidemiologischen Studien zu COVID-19, die Informationen zu Vorerkrankungen der Patienten und der Schwere der Erkrankung enthielten. Sie fanden 41 Studien, die ihren Ansprüchen genügten und die Daten von insgesamt 21 060 COVID-19-Patienten beinhalteten.

Bestimmte Vorerkrankungen erhöhten das Corona-Risiko

Die Wissenschaftler identifizierten Vorerkrankungen, die das Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf erhöhten. Dazu zählten:

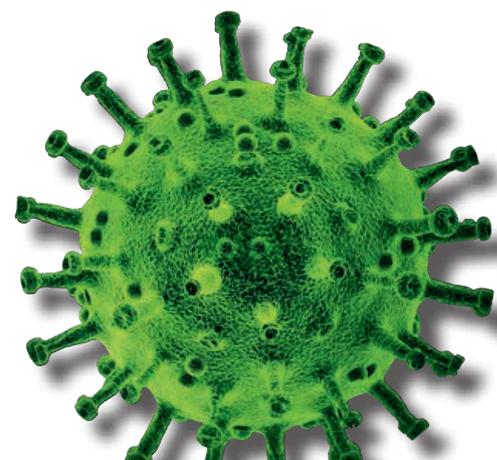
- Adipositas: 1,89-mal so hohes Risiko (OR=1,89; 95 % KI: 1,44 – 2,46)
- Bluthochdruck: 2,42-mal so hohes Risiko (OR=2,42; 95 % KI: 2,03 – 2,88)
- Diabetes: 2,40-mal so hohes Risiko (OR=2,40; 95 % KI: 1,98 – 2,91)
- koronare Herzkrankheit: 2,87-mal so hohes Risiko (OR=2,87; 95 % KI: 2,22 – 3,71)
- COPD: 2,88-mal so hohes Risiko (OR=2,88; 95 % KI: 1,89 – 4,38)

- Krebserkrankungen: 2,60-mal so hohes Risiko (OR=2,60; 95 % KI: 2,00 – 3,40)
- chronische Nierenerkrankung: 2,97-mal so hohes Risiko (OR=2,97; 95 % KI: 1,63 – 5,41)
- zerebrovaskuläre Erkrankung: 2,47-mal so hohes Risiko (OR=2,47; 95 % KI: 1,54 – 3,97)
- chronische Lebererkrankung: 1,51-mal so hohes Risiko (OR=1,51; 95 % KI: 1,06 – 2,17)

Auch bei Asthma zeigte sich ein Trend zu einem erhöhten Risiko; dieser war jedoch nicht signifikant (OR=1,93; 95 % KI: 0,81 – 4,61). Komplikationen wie akutes Atemnotsyndrom (ARDS) (OR=39,59; 95 % KI: 19,99 – 78,41), Schock (OR=21,50; 95 % KI: 10,49 – 44,06) und akute Nierenverletzung (AKI) (OR=8,84; 95 % KI: 4,34 – 18,00) gingen ebenfalls mit einem erhöhten Risiko einher. Zudem erhöhten das männliche Geschlecht (OR=1,51; 95 % KI: 1,33 – 1,71) und Rauchen in der Vergangenheit (OR=1,40; 95 % KI: 1,06 – 1,85) das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf.

Bestimmte Vorerkrankungen erhöhten somit das Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf. Am deutlichsten war das bei chronischen Nierenerkrankungen und COPD zu sehen. Patienten mit solchen Erkrankungen sollten daher besonders geschützt werden – beispielsweise durch eine Impfung.

© Alle Rechte: DeutschesGesundheits-Portal.de



Wie stehen Mitarbeiter des deutschen Gesundheitssystems zur Corona-Schutzimpfung? – Eine Umfrage vor und nach dem Impfstart

Original Titel:

Einstellung zur Impfung gegen SARS-CoV2

Kurz & fundiert

- Mitarbeiter des Gesundheitswesens (Ärzte, Pfleger, Krankenschwestern usw.) wurden in Online-Umfragen zur Haltung gegenüber der Impfung gegen SARS-CoV2 befragt
- Zu zwei Zeitpunkten, vor und nach der Zulassung und dem Start der Impfungen, wurden sie zu ihrer Impfbereitschaft, dem Vertrauen und der Notwendigkeit der Impfung sowie den verschiedenen Impfstoffen befragt
- Die generelle Bereitschaft der Mitarbeiter des Gesundheitswesens und das Verständnis für die Notwendigkeit der Impfung waren sehr hoch, allerdings äußerte sich der Wunsch nach einer Wahl des Impfstoffs und Misstrauen gegenüber dem Impfstoff von AstraZeneca

DGP – In der Bevölkerung wird die Meinung von Mitarbeitern des Gesundheitswesens zum Thema Corona-Schutz-Impfung hoch angesehen, da ihnen fundiertes Fachwissen zugeschrieben wird. Dementsprechend werden Ärzte, Pfleger und Krankenschwestern oft als Vorbild gesehen. In dieser Studie untersuchen die Autoren nun die Einstellung dieser Bevölkerungsgruppe zur Corona-Schutz-Impfung.

Ende letzten Jahres wurden die ersten Impfstoffe, die vor dem Corona-Virus und schweren Verläufen schützen sollen, in Deutschland zugelassen. Mitte Februar sind es

schon drei Impfstoffe, welche verwendet werden. Die Einstellungen der Bevölkerung gegenüber den Impfstoffen von BioNTech, Moderna und AstraZeneca sind dabei verschieden, vor allem wenn es um die eigene Immunisierung geht. Die Meinung von Mitarbeitern des Gesundheitswesens die Impfung betreffend wurde für diese Studie zu zwei Zeitpunkten in einer Online-Umfrage erfasst.

Die Umfrage richtet sich gezielt an Mitarbeiter des Gesundheitssystems

Die Autoren teilten den Link zur Online-Umfrage über die E-Mail-Verteiler und die Facebook-Seiten der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIIN) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). In beiden anonymisierten Umfragen (Dezember und Februar) bezogen sich die Fragen neben demographischen Daten zu Berufsangehörigkeit, Alter, Geschlecht und Berufserfahrung hauptsächlich auf die Impfbereitschaft, Einstellung zur Notwendigkeit und Bedenken zur Wirksamkeit, Nebenwirkungen und Langzeitfolgen. Im Februar wurde die Umfrage mit Fragen zu den Impfstoffen ergänzt: Erfolgte die Impfung bereits, mit welchem Impfstoff, ist eine Wahl des Impfstoffs erwünscht und welcher würde bevorzugt werden. Die Umfrage konnten von jedem Endgerät nur einmal durchlaufen werden. 95 % der Teilnehmer beendeten die Umfrage vollständig.

Die Impfbereitschaft lag im Februar bei über 90 %

An der Dezemberumfrage nahmen 2 305 Personen teil, an der Februarumfrage 3 501. Im Februar

hatten 67,2 % der Teilnehmer schon mindestens eine Impfung erhalten (26 % beide). 73,8 % erhielten den BioNTech Impfstoff, 26,2 % den von Moderna. 80,7 % gaben die Impfung als „gut“ bis „sehr gut“ verträglich an. Die Teilnehmer schätzen dabei im Dezember zu 85,2 % die Impfung als wichtiges Mittel zur Pandemieeindämmung ein, im Februar stieg diese Zustimmung auf 92,1 %. Im Februar kam es so auch in allen befragten Untergruppen zu einer Zunahme der Impfbereitschaft. Die Autoren konnten allerdings bei Frauen, Pflegekräften und unter 45-jährigen eine geringere Impfbereitschaft feststellen.

Bei einer freien Wahl würden viele BioNTech bevorzugen

In der Februarumfrage sprachen sich zusätzlich 66 % für eine freie Wahl des Impfstoffs aus, 11 % dagegen und für 24 % war es egal. Dabei würden sich 88 % für den Impfstoff von BioNTech entscheiden, 78 % für den von Moderna und nur 27 % würden das Vakzin von AstraZeneca wählen. Die Bedenken zu Wirkung, Nebenwirkung und Langzeitfolgen nahmen von Dezember zu Februar signifikant ab.

Obwohl die Impfbereitschaft schon groß ist, sehen die Autoren vor allem in der restlichen Bevölkerung, die keinen Zugang zu fachspezifischen Informationen hat, die Gefahr, sich von Fake-News blenden zu lassen. Sie sehen es als essenziell an „gute“ Informationen für alle zugänglich zu machen, um Mythen zu entkräften und für Klarheit zu sorgen.

Welt-Händehygienetag am 5. Mai

HÄNDE SÄUBERN – MIT SEIFE ODER DESINFEKTIONSMITTEL?

Darauf sollte man achten: Nur solche Desinfektionsmittel verwenden, die auch für Hände vorgesehen sind.

Leipzig. Seit der Corona-Pandemie achten viele Menschen deutlich öfter auf saubere Hände als sonst. „Man könnte sagen: Dies gehört zu den wenigen guten Folgen der Pandemie“, sagt Prof. Dr. Iris Chaberny, Direktorin des Instituts für Hygiene, Krankenhaushygiene und Umweltmedizin am Universitätsklinikum Leipzig (UKL). „Das Händewaschen als Basishygiene ist verinnerlicht worden. Zusammen mit Mundschutz, Abstand halten und Lüften wurde erreicht, dass es keine winterliche Grippewelle gab und vor allem die Corona-Infektionen nicht durch die Decke gingen. Wenn wir diesen Hygiene-Status beibehalten, werden wir gestärkt aus der Pandemie herausgehen. Denn dann sind auch viele andere Infektionskrankheiten beherrschbar.“

Mit Blick auf den Welt-Handhygienetag am 5. Mai rät die Chef-Hygienikerin des UKL Erwachsenen, das häufige Händewaschen mit Seife durch eine Händedesinfektion zu ersetzen: „Die Seife zerstört bei jedem Waschen ein wenig die Schutzschicht der Haut. Sie kann dadurch trocken werden und sich entzünden. Gute Desinfektionsmittel haben rückfettende Substanzen, helfen der Haut also, ihren natürlichen Schutzfilm, der auch aus Fetten besteht, zu erhalten.“

Beim Benutzen von Desinfektionsmitteln darauf achten, nur solche Lösungen zu verwenden, die für die Hände vorgesehen sind. Etwa 30 Sekunden lang sollten Handinnenflächen, Handrücken und die Fingerzwischenräume eingerieben werden. Fingerspitzen und den Daumen nicht vergessen.

Da die meisten Desinfektionsmittel auf Alkoholbasis hergestellt werden,

ist es ratsam, nach dem Desinfizieren nicht ins Gesicht und erst recht nicht in die Augen zu fassen. Damit Kinder gar nicht erst in diese Gefahr geraten, wird empfohlen, bei den Kleinen nur auf das normale Händewaschen mit Seife zu achten.

„Das Händewaschen stellt ja die einfachste und wirksamste Maßnahme dar, sich vor Infektionskrankheiten zu schützen. Gerade für Kinder ist es leicht zu praktizieren und bringt gute Ergebnisse“, so Prof. Chaberny. Stehen Erwachsene vor der Frage „Seife oder Desinfektionsmittel?“, dann sollte – wenn keine Unverträglichkeiten bestehen – so entschieden werden: Sind die Hände schmutzig, dann diesen Schmutz mit Wasser und Seife mechanisch entfernen. Wurden aber nur Türklinken angefasst oder den Einkaufswagen, dann ist die Handdesinfektion besser.

Quelle: deutschesgesundheitsportal.de

MOBILE LUFTREINIGER ALS ERGÄNZENDE INFEKTIONSSCHUTZMASSNAHME?

Über den Nutzen von mobilen Luftreinigern zum Schutz vor Corona-Infektionen in Innenräumen wird häufig kontrovers diskutiert. In einer neuen, in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin entwickelten Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales sind die wesentlichen Informationen zu mobilen Luftreinigern kompakt und leicht verständlich zusammengetragen. Abrufbar zum Download als PDF auf der Webseite www.bmas.de





PERSPEKTIVEN BEI
PAH UND CTEPH



WIEDER IM LEBEN.

Erkrankungen wie **PAH und CTEPH** werfen viele Fragen auf. Mit umfassenden Patientenservices schafft MSD sehr gute Voraussetzungen, dass sich für Patienten neue Perspektiven eröffnen.

© 2018 MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar

MSD
Infocenter

Tel. 0800 673 58 38
Fax 0800 673 673 329
E-Mail infocenter@msd.de



SOTATERCEPT – PULMONALE ARTERIELLE HYPERTONIE (PAH)

Sotatercept erhält Orphan-Drug-Status von der Europäischen Kommission (EC) für Behandlung von pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH)

15.12.2020 Acceleron Pharma, ein biopharmazeutisches Unternehmen, das sich auf die Entdeckung, Entwicklung und Vermarktung von Therapeutika der TGF-beta-Superfamilie zur Behandlung schwerer und seltener Krankheiten spezialisiert hat, hat bekanntgegeben, dass die Europäische Kommission (EC) Sotatercept den Orphan-Drug-Status (Arzneimittel für seltene Leiden) für die Behandlung von Patienten mit pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) erteilt hat.

Die EG erteilt den Orphan-Status für Arzneimittel, die zur Behandlung, Vorbeugung oder Diagnose einer Krankheit mit geringer Prävalenz (weniger als 5 Personen pro 10.000 Einwohner) bestimmt sind, die lebensbedrohlich ist oder zu chronischer Invalidität führt. Um die Entwicklung solcher Medikamente zu fördern, bringt die Ausweisung bestimmte Anreize mit sich, darunter wissenschaftliche Beratung und Unterstützung bei klinischen Studienprotokollen sowie die Möglichkeit einer zehnjährigen Marktexklusivität.

Der Wirkstoff Sotatercept

Sotatercept ist ein Prüfpräparat, das als selektive Ligandenfalle für Mitglieder der TGF-beta-Superfamilie entwickelt wurde, um die BMPRII-Signalgebung, die ein wesentlicher molekularer Treiber der PAH ist, wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Die Phase-2-Studie PULSAR, in der Sotatercept in Kombination mit zugelassenen PAH-spezifischen Medikamenten bei PAH-Patienten untersucht wurde, erreichte den primären Endpunkt der Verbesserung des pulmonalen Gefäßwiderstands und den wichtigen sekundären Endpunkt der Verbesserung der 6-Minuten-Gehstrecke. Sotatercept wurde in der Studie allgemein gut vertragen. Die in der Studie beobachteten unerwünschten Ereignisse stimmten im Allgemeinen

mit den zuvor veröffentlichten Daten zu Sotatercept bei anderen Erkrankungen überein.

Im Anschluss an die PULSAR-Ergebnisse erhielt Sotatercept von der FDA den Status eines Therapie-durchbruchs und von der EMA den Status eines prioritären Arzneimittels bei PAH. Sotatercept wird auch in der explorativen Phase-2-Studie SPECTRA untersucht. Acceleron treibt derzeit einen Phase-3-Entwicklungsplan für Sotatercept voran, beginnend mit der Zulassungsstudie mit dem Namen STELLAR, die voraussichtlich Ende dieses Jahres beginnen wird.

© arznei-news.de – Quellenangabe: Acceleron Pharma.

Sotatercept verringert den pulmonalen Gefäßwiderstand bei pulmonal-arterieller Hypertonie

01.04.2021 Bei Patienten, die eine Hintergrundbehandlung für pulmonale arterielle Hypertonie erhalten, führt die Behandlung mit Sotatercept zu einer Verringerung des pulmonalen Gefäßwiderstandes laut einer im New England Journal of Medicine veröffentlichten Studie.

Dr. Marc Humbert vom Hôpital Bicêtre in Paris und Kollegen führten den 24-wöchigen placebokontrollierten Teil einer multizentrischen Phase-2-Studie durch, in der 106 Erwach-

sene, die eine Hintergrundtherapie für pulmonale arterielle Hypertonie erhielten, nach dem Zufallsprinzip entweder subkutanes Sotatercept in einer Dosis von 0,3 oder 0,7 mg/kg Körpergewicht alle drei Wochen oder Placebo erhielten. Eine 18-monatige Verlängerungsphase für diese Studie mit aktiver Medikation läuft derzeit. Die Forscher fanden heraus, dass der kleinste quadratische Mittelwert der Veränderung des pulmonalen Gefäßwiderstandes zwischen der 0,3-mg-Sotatercept-Gruppe und der Placebo-Gruppe -145,8 dyn/sec/cm-5 betrug; der entsprechende Unterschied zwischen der 0,7-mg-Sotatercept-Gruppe und der Placebo-Gruppe betrug -239,5 dyn/sec/cm-5. Nach 24 Wochen betrug der kleinste quadratische Mittelwert der Veränderung der Sechs-Minuten-Gehstrecke zwischen der Sotatercept 0,3-mg- und der Placebogruppe 29,4 m; der entsprechende Unterschied zwischen der Sotatercept 0,7-mg- und der Placebogruppe betrug 21,4 m. Es wurde auch eine Verbindung zwischen Sotatercept und einer Senkung der N-terminalen Pro-B-Typ natriuretischen Peptidwerte beobachtet. Die häufigsten hämatologischen unerwünschten Ereignisse waren Thrombozytopenie und ein erhöhter Hämoglobinspiegel. Die Behandlung mit Sotatercept verringerte den pulmonalen Gefäßwiderstand bei Patienten mit pulmonaler arterieller Hypertonie, die eine stabile Hintergrundtherapie, einschließlich einer Prostazyklin-Infusionstherapie, erhielten, schreiben die Autoren.

© arznei-news.de – Quellenangabe: N Engl J Med 2021; 384:1204-1215 DOI: 10.1056/NEJMoa2024277.

JLU Gießen informiert digital über Lungenhochdruck

Mit dem Thema "Pulmonale Hypertonie" beschäftigt sich die Seniorenvorlesung des Fachbereichs Medizin der JLU. Dabei informiert Prof. Henning Gall über Diagnostik und Therapie dieser schweren Erkrankung.

Von red



 **Lungenforschung im Excellence Cluster Cardio-Pulmonary System der JLU.**
 **Foto: JLU/Wegst**

GIESSEN - Lungenhochdruck (Pulmonale Hypertonie) hat viele Ursachen und vielfältige Symptome. Die Verdachtsdiagnose wird daher oft erst relativ spät gestellt, obwohl die Erkrankung durchaus nicht selten ist. Mit dem Thema "Pulmonale Hypertonie" beschäftigt sich die zweite Seniorenvorlesung des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität (JLU) im Sommersemester.

Die Zuhörer erwartet dabei ein interessanter Überblick über Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie dieser schweren Erkrankung. Prof. Henning Gall, Innere Medizin, wird komplizierte medizinische Zusammenhänge gut verständlich vermitteln, teilt die Hochschule mit.

Auf dem Gebiet der Lungenforschung stehen Gießener Mediziner bereits seit Jahren national wie international an der Spitze. Der Vortrag von Henning Gall zur Pulmonalen Hypertonie beleuchtet einen besonderen Schwerpunkt der Gießener Lungenmedizin bzw. Lungenforschung mit zahlreichen viel beachteten Erfolgen. So ging der Deutsche Zukunftspreis des Bundespräsidenten im Dezember 2015 an den Gießener Lungenforscher Prof. H. Ardeschir Ghofrani, Wissenschaftler im Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL) mit Sitz in Gießen ("Universities of Giessen and Marburg Lung Center") und sein Team für neue Therapiemöglichkeiten auf dem Gebiet des Lungenhochdruckes.

Prof. Henning Gall, Oberarzt Pneumologie und Intensivmedizin, hat seine ärztliche Ausbildung komplett am Uniklinikum in Gießen absolviert und sich bereits als Assistenzarzt für die Erkrankung "Pulmonale Hypertonie" interessiert; seine beeindruckende Publikationsliste zeugt von der langjährigen intensiven Beschäftigung mit dieser Krankheit. Er berichtet anschaulich, untermalt von Video-Sequenzen, wie es im Verlauf der Erkrankung zur Einschränkung der Herzleistung komme, die der Patient als Luftnot und Leistungsminderung empfinde. Er schildert, dass im weiteren Krankheitsverlauf die Ödembildung und das Auftreten von Synkopen weitere Symptome sein können. Die notwendige Diagnostik, so der Mediziner, umfasse sowohl Ultraschall-Untersuchungen des Herzens als auch zur endgültigen Diagnosesicherung Rechtsherzkatheter-Untersuchung und eventuell eine Computertomographie (CT). Die Betroffenen müssten sich in jedem Fall an einen Spezialisten wenden. Dann stünden verschiedene medikamentöse Ansätze zur Verfügung, die zum Teil sogar in Gießen entwickelt wurden.

Seniorenvorlesung online unter www.med.uni-giessen.de/senioren. Auch die letzten fünf Vorträge zu den Themen "Vorhofflimmern", "Neue Tumorthérapien", "Altern", "Herz und Seele" sowie "Rückenschmerz - ein leidiges Thema" sind auf der Homepage weiterhin verfügbar.

Quelle: giessener-anzeiger.de

Herztransplantationen: ERFOLGSAUSSICHTEN STEIGEN MIT HÖHEREN FALLZAHLEN



© pixabay

In Kliniken, in denen Herzen häufig transplantiert werden, stehen die Überlebenschancen für die Operierten besser.

In einer Reihe von Prüfaufträgen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erteilt hat, geht es um die Frage, ob bei bestimmten Operationen ein Zusammenhang zwischen der Menge der pro Krankenhaus erbrachten Leistung und der Qualität des Behandlungsergebnisses nachweisbar ist. Für Herztransplantationen liegt nun der Rapid Report des IQWiG vor.

Danach ist bei Herztransplantationen bei Erwachsenen ein positiver Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und der Qualität des Behandlungsergebnisses ableitbar: In Krankenhäusern mit höheren Fallzahlen versterben sowohl im direkten Zusammenhang mit dem Eingriff als auch insgesamt weniger der Transplantierten. Jedoch weisen die in die Untersuchung eingeschlossenen drei Beobachtungsstudien nur eine niedrige Aussagekraft der Ergebnisse auf.

318 Herztransplantationen in Deutschland im Jahr 2018

Eine Herztransplantation kann medizinisch bei einer hochgradigen Herzschwäche indiziert sein, die trotz Anwendung aller anderen Behandlungsmöglichkeiten fortschreitet und das Leben der Betroffenen gefährdet beziehungsweise deren Lebensqualität in besonderem Maße einschränkt. Nach der Transplantation ist eine lebenslange Immunsuppression zur Vermeidung eines

Organverlustes durch Abstoßungsreaktionen notwendig. Die mittlere Überlebenszeit nach dem operativen Eingriff beträgt im Eurotransplant-Raum aktuell elf Jahre.

Nach der Eurotransplant-Statistik wurden im Jahr 2018 in Deutschland insgesamt 318 Herztransplantationen durchgeführt. Der Bedarf war deutlich höher, konnte aber wegen der Knappheit an Spenderorganen nicht gedeckt werden.

Für Herztransplantationen bei Erwachsenen hat der G-BA für Deutschland bislang keine verbindlichen Mindestmengen für die Leistungserbringung in Krankenhäusern festgelegt.

Positiver Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Überlebenschancen

Bei seinen weltweiten Recherchen hat das IQWiG drei Beobachtungsstudien identifiziert, die verwertbare Daten enthalten zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses bei Herztransplantationen. Alle drei Studien analysieren den Zusammenhang zwischen Menge und Qualität ausschließlich auf Ebene der Krankenhäuser und nicht auf Ebene der an der Transplantation beteiligten Ärztinnen und Ärzte.

Für die Zielgrößenkategorie „Mortalität“ (Sterblichkeit) liegen Daten zu zwei Zielgrößen vor: zur „Gesamt mortalität“ und zur „intra- und perioperativen Mortalität“ (Sterblichkeit vor, während und unmittelbar nach der Operation). Für beide Zielgrößen

ist aus den Daten eine Verringerung der Zahl der Todesfälle in Kliniken mit mehr Herztransplantationen pro Jahr ableitbar.

Für die Zielgrößen „Versterben im Krankenhaus“, „Notwendigkeit einer Retransplantation“, „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ (einschließlich Aktivitäten des täglichen Lebens und Abhängigkeit von der Hilfe anderer Personen) sowie „Krankenhausaufenthaltsdauer“ enthielten die ausgewerteten Studien keine Daten. Für die Zielgröße „unerwünschte Nebenwirkungen der Therapie“ lagen zwar Daten vor, daraus ließen sich aber keine statistisch signifikanten Ergebnisse ableiten.

Für die Untersuchung des Effekts konkret in die Versorgung eingeführter Mindestfallzahlen für Herztransplantationen bei Erwachsenen auf die Qualität des Behandlungsergebnisses hat das IQWiG keine aussagefähigen Studien identifizieren können.

Zum Ablauf der Berichtserstellung

Der G-BA hatte das IQWiG im Juni 2019 mit einer systematischen Literaturrecherche und Evidenzbewertung zum Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität bei Herztransplantationen bei Erwachsenen beauftragt. Die Arbeiten an diesem in einem beschleunigten Verfahren als „Rapid Report“ erstellten Bericht wurden in Abstimmung mit dem G-BA im April 2020 aufgenommen. Dem Auftraggeber ist dieser nun veröffentlichte Rapid Report im November 2020 zugegangen.

Quelle: deutschesgesundheitsportal.de

Früherkennung – Gesundheit mit Hilfe der Atemfrequenz untersuchen?

26. Nov 2020

Was verraten Bewegungsarmbänder über unsere Atmung und Gesundheit? Forschende der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und der Charité – Universitätsmedizin Berlin zeigen in einer Studie in „Scientific Reports“, dass sich die Atemfrequenz von schlafenden Menschen mit Bewegungsarmbändern relativ genau bestimmen lässt. In Zukunft könnten solche Armbänder bei der Früherkennung von Krankheiten helfen, so ihre Hoffnung.



© pexels-andrea-piacquadio

Denn über die **Atemfrequenz** lassen sich Hinweise auf noch unerkannte medizinische Probleme finden. Studien zeigen, dass Abweichungen von der normalen Frequenz – sowohl nach oben, als auch nach unten – Hinweise auf Erkrankungen geben können. Bei der Früherkennung medizinischer Risiken findet die Atemfrequenz jedoch bis jetzt wenig Beachtung, so die Studienautoren.

Ziel ihrer Studie war es, eine neue Methode zu finden, um die Atmung mit relativ günstigen Mitteln zu messen. Auch um diese in Zukunft zum Beispiel im Rahmen von **großen Gesundheitsstudien** mit mehreren Hunderttausenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern einsetzen zu können. Bislang kann die Atemfrequenz nur in Kliniken mit entspre-

chender Ausstattung zuverlässig und über längere Zeiträume aufgezeichnet werden. In großen Gesundheitsstudien wird daher häufig ein einfaches **Elektrokardiogramm** (EKG) eingesetzt, das Herzfrequenz und -rhythmus misst und so Rückschlüsse auf die Atmung erlaubt.

Um zu testen, ob spezielle Bewegungsarmbänder eine verlässliche Alternative zum EKG sein könnten, wurde den rund 400 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern im Schlaflabor neben den üblichen Geräten zusätzlich ein Armband angelegt, das Bewegungen registrieren kann. Mit einer zusätzlichen Elektrode, die auf die Haut aufgeklebt wird, kann es zudem ein einfaches EKG aufnehmen. Die Armbänder seien vergleichbar mit Fitnessarmbändern, erklären die

Forschenden, nur um einiges genauer. So können sie bereits leichteste Bewegungen erkennen – zum Beispiel, wenn sich der Arm beim Atmen im Schlaf nur leicht dreht.

Genauere Rückschlüsse möglich als durch EKG

Beim Vergleich der Daten zeigte sich, dass die minimalen Bewegungen genauere Rückschlüsse auf die Atmung erlauben als das gleichzeitig gemessene herkömmliche EKG. Nach Ansicht der Autoren könnten die Armbänder daher langfristig zum Beispiel zur Diagnostik vor dem Aufenthalt in einem Schlaflabor genutzt werden. Vor dem Einsatz in der klinischen Praxis müsse die Methode jedoch noch optimiert und überprüft werden.

Sie wollen die neue Methode jetzt dazu nutzen, einen Teil der Daten der sogenannten NAKO-Gesundheitsstudie auszuwerten. Im Rahmen der 2014 gestarteten bundesweiten Studie werden circa 200.000 Menschen über viele Jahre hinweg zu ihren Lebensumständen und ihrer Krankheitsgeschichte befragt und medizinisch untersucht. Ziel des Projekts ist es, die Entstehung von Volkskrankheiten wie Krebs, **Diabetes** oder Herz-Rhythmus-Störungen besser zu verstehen, um Vorbeugung, Früherkennung und Behandlung in Deutschland zu verbessern.

Quellen:

Leube, J. et al.: Reconstruction of the respiratory signal through ECG and wrist accelerometer data. In: Scientific Reports, 2020, 10, 14530.

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: Was verraten Bewegungsarmbänder über unsere Atmung und Gesundheit? Pressemitteilung vom 23.11.2020



DIE INHALATIVE

in der PAH

Gib dem Leben mehr Momente



Jetzt mit
Breelib[®]-Vernebler

Informieren Sie sich jetzt unter www.lungenhochdruck.de

ATEMTECHNIKEN UND ATEMSCHULUNG



© Gajus/stock.adobe.com

Spezielle Atemtechniken zielen in der Regel darauf ab, durch bewusstes Ein- und Ausatmen zur Entspannung und Ruhe zu finden und besser Luft zu bekommen.

Im Rahmen einer Atemschulung oder Atemtherapie, angeleitet durch spezialisierte Atemphysiotherapeuten, können Menschen mit Lungenerkrankungen **atemerleichternde Techniken** und Selbsthilfemaßnahmen im Ruhezustand und auch unter körperlicher Belastung lernen.

Wichtig ist dabei, auch alltägliche Belastungssituationen in den Therapieplan einzubauen, das stark beeinträchtigten Patientinnen und Patienten wieder zu mehr Mobilität verhilft - etwa ein "Geh- und Treppesteig-Training".

Auch das **richtige Inhalieren** sowie das effektive Abhusten von Schleim mit Hilfe von medizinischen Hilfsmitteln wie Flutter, Cornet oder anderen Atemdruck-Systemen, auch PEP-Systeme (positive expiratory pressure) genannt, kann im Rahmen einer Husten- und Atemschulung erlernt werden. Regelmäßiges Training mit PEP-Geräten senkt die Atemnot, trainiert die **Atemmuskulatur** und ermöglicht es den Schleim besser abzutransportieren.

Notfallsituationen besser bewältigen

Eine strukturierte Atemschulung hilft Menschen mit Lungenkrankheiten,

- Notfallsituationen besser zu bewältigen,
- Symptome wie Hustenanfälle in den Griff zu bekommen und
- generell die persönliche Lebensqualität zu verbessern.

GUT ZU WISSEN:

Welche **Entspannungstechnik** bzw. **Atemtechnik** für Sie in Frage kommt, kann am besten Ihre Ärztin/Ihr Arzt einschätzen. Bei ihr oder ihm erhalten sie auch Informationen über entsprechende Kurse. Welche Kosten für entsprechende Kurse erstattet werden, erfährt man bei seiner Krankenkasse.

Im Falle von **Asthma** wurde unter Federführung der Deutschen Atemwegsliga ein **Nationales Ambulantes Schulungsprogramm** für Erwachsene mit **Asthma** (NASA) sowie für Jugendliche und Kinder erarbeitet. Das NASA-Konzept ist evaluiert und wissenschaftlich dokumentiert. Das sechs Stunden umfassende Programm wird ambulant in pneumologischen Fachabteilungen von Kliniken und in Rehabilitationseinrichtungen angeboten.

Als alternatives ambulantes Patientenschulungsprogramm bei Asthma hat das Bundesversicherungsamt 2008 das ebenfalls evaluierte **Modulare Ambulante Schulungsprogramm** für erwachsene Menschen mit Asthma (MASA) akkreditiert. Die Lehrinhalte von NASA und MASA sind weitgehend identisch, die Programme unterscheiden sich allein in den Lehrmaterialien. Regelmäßige Nachschulungen werden empfohlen.

Für Menschen mit **chronisch obstruktiver Lungenkrankheit COPD** gibt es beispielsweise das Schulungsprogramm COBRA (Ambulantes Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis mit und ohne **Emphysem**). Dieses wurde ebenfalls von der Deutschen Atemwegsliga gemeinsam mit medizinischen Fachverbänden und

Kliniken entwickelt, und besteht aus sechs Unterrichtseinheiten à 60 Minuten.

Bewährte Atemtechniken

Eine Reihe von Atemtechniken kann Menschen mit Lungenerkrankungen helfen, besser Luft zu bekommen. Die Atemübungen – anfangs angeleitet durch geschulte Atemphysiotherapeuten – sind leicht zu erlernen, unterstützen bei körperlichen Belastungen, zum Beispiel beim Treppe gehen, und erleichtern den Alltag.

Ziel aller Atemübungen ist es, einen Zustand der inneren Ruhe herbeizuführen und damit Ängste und Verkrampfungen – auch der **Atemmuskulatur** – abzubauen. Die Atemtechniken sollten man möglichst regelmäßig und in beschwerdefreien Phasen einüben.

Zu den bewährtesten Atemtechniken zählen

- die **Lippenbremse**
- der **Atemreizgriff** und
- **atmungserleichternde Körperhaltungen** wie zum Beispiel der Kutschersitz.

Dosierte Lippenbremse

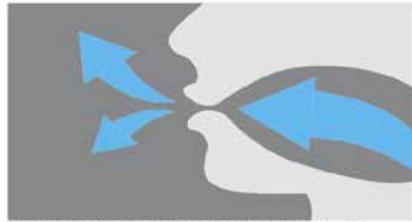
Die sogenannte dosierte Lippenbremse gehört zu den wichtigsten Selbsthilfetechniken für Menschen mit Atemwegserkrankungen. Anfangs sollte sie mit Hilfe eines oder einer Atemphysiotherapeut/in in Ruhe richtig erlernt werden. Einmal verinnerlicht kann man sie dann ganz automatisch bei Belastungssituationen, zum Beispiel beim Treppesteigen, einsetzen.

Die Lippenbremse hilft, die **Bronchien** bei der Ausatmung zu stabilisieren und diese weit zu halten. Der

Lippenbremse



Lippen liegen entspannt aufeinander



Langsames Ausatmen durch verengte Atemöffnung

Atemerleichternde Körperhaltungen



Kutschersitz



Paschasitz



Stuhlstütze



Wandstellung



Torwartstellung

©Lungeninformationsdienst/ Helmholtz Zentrum München

erhöhte Innendruck und die leichte Stauung der Luft führen zu einer verlangsamt, längeren Ausatmung. Es wird mehr alte, verbrauchte Luft ausgetatmet, und somit die Überblähung der Lunge reduziert.

Bei der dosierten Lippenbremse werden (siehe auch Grafik oben):

- die Lippen entspannt aufeinandergelegt,
- durch die Nase eingeatmet
- und die Luft langsam, zwischen den Lippen durch die verengte Atemöffnung ausgetatmet.

Atemreizgriff

Der Atemreizgriff vertieft und erleichtert die Atmung.

Dabei wird

- eine Hautfalte unterhalb der Rippenbögen ergriffen,
- beim ruhigen Einatmen diese etwas vom Körper weggezogen,
- beim Ausatmen wieder losgelassen.

Atmungserleichternde Körperhaltungen

Auch spezielle Atmungserleichternde Körperpositionen können helfen, das Luftvolumen in der Lunge zu steigern und die verengten Bronchien zu erweitern und so das Atmen erleichtern. Durch das Aufstützen der Arme wird das Gewicht des Brustkorbs und des Schultergürtels abgegeben, die Atemhilfsmuskulatur wird entlastet und kann die Atmung so effektiver unterstützen.

Die Atemübungen sollen Menschen mit Lungenerkrankungen Sicherheit vermitteln. Und ihnen ein Mittel an die Hand geben, mit der Atemnot

umzugehen und Erleichterung zu erfahren, sodass die Angst oder sogar Panik vor der nächsten Atemnotsituation kleiner wird.

Der Kutschersitz

Hierfür benötigen Sie einen Stuhl. Setzen Sie sich mit nach vorne gebeugtem Oberkörper darauf, beugen Sie sich nach vorne und stützen Sie die Ellenbogen auf Ihren Knien ab. Sie sollten versuchen, ganz ruhig zu atmen, gegebenenfalls unter Einsatz der dosierten Lippenbremse.

Der Paschasitz

Setzen Sie sich in einen Sessel, strecken die Beine locker aus und stützen Rücken und Kopf an der Rückenlehne ab. Die Arme werden mit Hilfe von untergeschobenen Kissen etwas höher gelagert auf den Armlehnen abgelegt. Ruhig und tief durchatmen und gegebenenfalls unter Einsatz der dosierten Lippenbremse ausatmen.

Die Stuhlstütze

Hierfür benötigen Sie einen Stuhl. Setzen Sie sich breitbeinig verkehrt herum auf die Sitzfläche und legen Sie die Arme auf die Rückenlehne. Wichtig: Die Ellenbogen sollen höher als die Schultern gelagert sein. Bei leicht gerundetem Rücken nun den Kopf auf die Unterarme oder die Hände legen. Ruhig und tief durchatmen und gegebenenfalls unter Einsatz der dosierten Lippenbremse ausatmen.

Die Wandstellung

Stützen Sie sich mit verschränkten Unterarmen an einer Wand ab und

legen Sie Ihre Stirn auf die Arme. Die Beine dabei in eine leichte Schritt- oder Grätschstellung bringen. Ruhig und tief durchatmen und gegebenenfalls unter Einsatz der dosierten Lippenbremse ausatmen.

Die Torwartstellung

Diese Atemübung können Sie im Stehen durchführen. Die Beine leicht grätschen. Stützen Sie sich nun mit den Händen oberhalb der Knie ab. Die Finger zeigen dabei nach innen und die Ellenbogen sind leicht gebeugt. Dadurch kann die so genannte Atemhilfsmuskulatur, dazu gehören zum Beispiel die Muskeln an der Schulter, effektiv zu Hilfe genommen werden. Ruhig und tief durchatmen und gegebenenfalls unter Einsatz der dosierten Lippenbremse ausatmen.

Wissenschaftliche Beratung:

Tessa Schneeberger, Schön Klinik Berchtesgadener Land und Universitätsklinikum Gießen Marburg (UKGM), Deutsches Zentrum für Lungenforschung (DZL)
Prof. Dr. Andreas Rembert Koczulla, Schön Klinik Berchtesgadener Land und Universitätsklinikum Gießen Marburg (UKGM), Deutsches Zentrum für Lungenforschung (DZL)

Quellen:

- Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma, 3. Auflage, 2018 Version 1
- PatientenLeitlinie zur Nationalen VersorgungsLeitlinie Asthma 2. Auflage, Version 1.3, Mai 2011
- Cooper S., et al.: Effect of two breathing exercises (Buteyko and pranayama) in asthma: a randomised controlled trial. Thorax 2003; 58: 674-679.

Klimawandel und Gesundheit – wenn Hitze zum Risiko wird

Über einen sonnigen Sommertag freuen sich viele Menschen. Doch in den letzten Jahren wurden die Sommer immer heißer: Sie waren gekennzeichnet durch häufiger werdende Hitzewellen. Grund dafür ist der Klimawandel.

Der Klimawandel wirkt sich nicht nur auf die Umwelt aus, sondern kann auch die Gesundheit schwer beeinträchtigen. Neben Beschwerden durch Hitze kann das veränderte Klima zu anderen Erkrankungen führen, wie vermehrten Allergien oder seelischen Belastungen. Auch Infektions-Krankheiten können auftreten, die bisher in Deutschland nicht vorgekommen sind. Hier lesen Sie, welche Folgen Hitze haben kann. Außerdem haben wir Tipps zusammengestellt, wie Sie und Ihre Mitmenschen gut durch heiße Tage kommen.

Auf einen Blick

Folgen: Hitze kann zu Kreislauf-Problemen führen. Erkrankungen sind zum Beispiel Hitze-Erschöpfung und Hitzschlag.

Vorbeugung: Sie können Gefahren für Ihre Gesundheit durch Hitze vorbeugen: Viel trinken, leichte Kost, körperliche Anstrengungen vermeiden sowie kühle Räume sind unter anderem wichtig.

Risikogruppen: Besonders gefährdet sind ältere und kranke Menschen sowie Schwangere und Kleinkinder.

Was passiert bei Hitze im Körper?

Unser Körper kann sich an warme Temperaturen anpassen: Die Blutgefäße erweitern sich und wir fangen an zu schwitzen. Der Schweiß kühlt die Haut ab. Bei langer und großer Hitze funktioniert dieser na-

türliche Temperatur-Mechanismus jedoch nicht mehr richtig. Dann sinkt der Blutdruck und man verliert Flüssigkeit und Salze. Das belastet besonders den Kreislauf.

Was sind die Folgen?

Hitze kann krank machen. Mögliche Beschwerden sind:

- Haut-Ausschlag durch Schwitzen
- Wasser-Einlagerungen (Ödeme) in Unterschenkeln und Knöcheln
- Schwindelgefühl beim Stehen oder kurze Bewusstlosigkeit
- schmerzhafte Muskelkrämpfe, etwa nach dem Sport
- Hitze-Erschöpfung: Schwäche, Unwohlsein, Kopfschmerzen, Schwindel, niedriger Blutdruck, Körpertemperatur ist normal oder unter 40°C
- Hitzschlag: Körpertemperatur über 40°C, gestörtes Bewusstsein, eventuell Krämpfe, Erbrechen, Durchfall, niedriger Blutdruck

Außerdem kann Hitze unter anderem Atemwegs-Erkrankungen verschlimmern, den Schlaf beeinträchtigen und zu Nieren-Erkrankungen führen. Zudem ist die Gefahr von Thrombosen und Herzinfarkten erhöht. Laut Studien gehen Hitzewellen mit mehr Einweisungen ins Krankenhaus und einer höheren Sterblichkeit einher. So kostete die Hitzewelle 2015 geschätzt etwa 6100 Menschen in Deutschland das Leben.

Wer ist besonders gefährdet?

Für einige Menschen kann Hitze besonders gefährlich werden. Risikogruppen sind:



© Jenny Sturm - stock.adobe.com

- ältere und dauerhaft kranke Menschen, etwa mit Herz-Kreislauf-Krankheiten oder Diabetes mellitus
- Säuglinge und Kleinkinder
- Schwangere
- Menschen, die im Freien körperlich schwer arbeiten oder sehr viel Sport treiben
- Menschen, die bestimmte Medikamente nehmen

Was Sie selbst tun können

Schon kleine Dinge können Ihnen helfen, hohe Temperaturen besser zu bewältigen:

- **Trinken:** Achten Sie darauf, an heißen Tagen mehr zu trinken. Das ist vor allem für ältere Menschen wichtig, weil sie weniger Durst empfinden oder das Trinken manchmal ganz vergessen. Die Getränke sollten nicht zu kalt sein. Das Trinken fällt leichter, wenn Sie sich etwas aussuchen, was Ihnen schmeckt. Gute Durstlöscher sind Mineralwasser, Saftschorlen oder Kräutertees. Auf Alkohol oder koffeinhaltige Getränke sollten Sie verzichten. Diese belasten den Kreislauf.
- **Leichte Kost:** An heißen Tagen sind Obst, Gemüse oder leicht verdauliche Speisen ratsam. Salzhaltige Lebensmittel, wie Brühe

oder Salzstangen, liefern dem Körper Mineralien.

- **Haut abkühlen:** Lauwarme Duschen oder Fußbäder kühlen ab. Auch feuchte Tücher auf Gesicht, Nacken oder Armen können guttun.
- **Luftige Kleidung:** Leichte, lange Kleidung, Sonnenbrille und Kopfbedeckung helfen. Leichte Nacht- und Bettwäsche machen warme Nächte erträglicher.
- **Räume kühl halten:** Damit sich Ihre Wohnung nicht aufheizt, sollten Sie nur morgens oder abends lüften. Am frühen Morgen sind auch die Ozon-Werte am

niedrigsten. Jalousien, Rollläden oder Markisen bleiben tagsüber am besten unten.

Wenn möglich, schaffen Sie sich einen kühlen Ort, an dem Sie sich wohl fühlen. Das kann zum Beispiel ein abgedunkeltes Zimmer oder der Balkon sein.

- **Pralle Sonne meiden:** Frische Luft tut gut. Aber bei Hitze sollten Sie körperliche Aktivitäten im Freien allenfalls in die Morgen- oder Abendstunden legen. Dann atmen Sie auch weniger Ozon ein. Achten Sie darauf, dass Kinder im Kinderwagen oder pflegebedürftige Personen im Rollstuhl im Schatten stehen.
- **Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt:** Einige Medikamente können den Abkühlungs-Mecha-

nismus des Körpers beeinflussen oder den Flüssigkeits-Verlust verstärken. Dazu zählen zum Beispiel Entwässerungs-Tabletten oder Schilddrüsen-Hormone. Womöglich passt die Ärztin oder der Arzt bei Hitze die Dosis an. Wichtig: Setzen Sie Ihre Medikamente nicht eigenmächtig ab oder ändern Sie nicht selbst die Dosis. Lassen Sie sich bei Vorerkrankungen, Übergewicht oder mangelnder Fitness ärztlich beraten. Bei einigen Krankheiten, wie Herzschwäche, ist es ratsam, die Trinkmenge zu besprechen.

- **Um Hilfe bitten:** Wenn Sie älter oder krank sind, lassen Sie sich von Familie oder Bekannten unterstützen. Diese können Besorgungen für Sie erledigen oder Sie ans Trinken erinnern.
- **Im Büro:** Bei Hitze können lockere Kleidung und abgedunkelte Fenster auch in Büroräumen eine Wohltat sein. Elektrische Geräte, die Sie nicht nutzen, sollten Sie ausschalten. Diese können Wärme abstrahlen. Und Lüften hilft nicht nur gegen Viren, sondern auch gegen stickige Büroluft. Wenn möglich, nutzen Sie Gleitzeit oder flexible Arbeitszeiten.

© pixabay



- **Sich informieren:** Hitze- und UV-Warnungen finden Sie beim Deutschen Wetterdienst (DWD) unter www.dwd.de.

Anderen im Notfall helfen

Eine Hitze-Erschöpfung oder ein Hitzschlag können lebensbedrohlich sein. Sie können helfen, wenn jemand in Lebensgefahr ist.

Bewusstlosigkeit, Krämpfe, gestörte Bewegungsabläufe, erhöhte Körpertemperatur oder trockene, heiße Haut können auf einen Notfall hinweisen. Dann sollten Sie die Person sofort in eine Arztpraxis bringen oder den Notruf 112 anrufen. Bis Hilfe da ist, sollten Sie die Person an einen kühlen, schattigen Ort bringen und die Kleidung öffnen. Ein Wasserbad, Wasser auf die Haut sprühen oder Kühlpacks sorgen für Abkühlung.

Mai 2021, herausgegeben von Bundesärztekammer und Kassensärztlicher Bundesvereinigung



LUNGENFUNKTIONSTEST



Lungenfunktionsprüfung. © Helmholtz Zentrum München / CPC-M

Die Lungenfunktionsprüfung oder der Lungenfunktionstest - in der ärztlichen Praxis häufig als "Lufu" abgekürzt - ist eine der grundlegenden diagnostischen Methoden in der Lungenheilkunde (Pneumologie). Medizinerinnen und Mediziner untersuchen damit den Zustand und die Funktion und Leistungsreserven der Lunge. Bei Lungenerkrankungen sind die **Werte im Lungenfunktionstest** in meist typischer Weise verändert.

Lungenfunktionstest: Welche Methoden gibt es?

Es gibt verschiedene Methoden und Untersuchungen, die die Lungenfunktion analysieren können. Die meisten Testverfahren werden beim Lungen- oder Hausarzt oder auch in der Klinik durchgeführt. Es gibt aber auch Tests, wie zum Beispiel **Peak-Flow-Meter-Messungen**, die Patientinnen und Patienten daheim einsetzen können.

Auf den folgenden Seiten erfahren Sie mehr zu verschiedenen Lungenfunktionstests:



SPIROMETRIE:

Die Spirometrie wird auch als "kleine Lungenfunktion" bezeichnet.

Sie dient zur Messung des Lungen- bzw. Atemvolumens.



BODYPLETHYSMOGRAPHIE:

Die Bodyplethysmographie oder Ganzkörperplethysmographie wird oft auch "große Lungenfunktion" genannt.

Im Vergleich zur Spirometrie ist das Messverfahren genauer und weniger von der Mitarbeit der Patienten abhängig.



PEAK-FLOW-MESSUNG:

Mit einem Peak-Flow-Meter können Patientinnen und Patienten

mit chronischen Atemwegserkrankungen im Laufe eines Tages mehrfach und einfach selbst überprüfen, wie gut sie atmen können.



INHALATIVER PROVOKATIONSTEST:

Beim inhalativen Provokationstest wird

die Reaktion der tiefen Atemwege (Bronchien) auf Reize in der Luft gemessen. So kann zum Beispiel eine allergisch bedingte Atemwegserkrankung festgestellt werden.



BRONCHOSPASMOLYSETEST:

Beim Bronchospasmolysetest prüft man,

ob sich die Lungenfunktion durch ein Medikament, das die Bronchien erweitert, verbessern lässt. Damit lässt sich zum Beispiel ein Asthma bronchiale feststellen.

Lungenfunktionstest: Werte

Je nach Untersuchungsmethode können verschiedene Parameter der Lungenfunktion gemessen werden. Die beiden wichtigsten Lungenfunktions-Werte sind wohl die Vitalkapazität (VC) und die Einsekundenkapazität (FEV1).

Vitalkapazität (VC)

Die Vitalkapazität (VC) ist die Volumendifferenz, die zwischen maximaler Einatmung und maximaler Ausatmung gemessen werden kann. Erwachsene haben im Schnitt eine Vitalkapazität von drei bis fünf Litern. Die Vitalkapazität spielt vor allem für die Diagnose von Erkrankungen eine Rolle, bei denen die Lunge schrumpft, zum Beispiel bei **Lungenfibrose** oder anderen interstiellen Lungenerkrankungen.

Im Detail kann bei der VC noch zwischen der sogenannten Inspiratorischen Vitalkapazität (IVC) und der expiratorischen Vitalkapazität (EVC) unterschieden werden. IVC ist das Atemvolumen, das nach kompletter Ausatmung maximal wieder eingatmet werden kann. Die EVC ist das Volumen, das nach maximaler Einatmung maximal ausgeatmet werden kann.

Einsekundenkapazität (FEV1)

Ein weiterer Wert der Vitalkapazität ist das sogenannte forcierte expiratorische Volumen, das in einer Sekunde bei maximaler Atemanstrengung ausgeatmet werden kann (Einsekundenkapazität, FEV1). Die FEV1 misst das nach kompletter Einatmung unter stärkster Anstrengung schnellstmöglich ausgeatmete maximale Volumen innerhalb der ersten Sekunde. Die Einsekundenkapazität ist der wichtigste Lungenfunktionswert bei Lungenerkrankungen, die mit verengten Bronchien einhergehen.

Das gesamte maximale Volumen, das nach kompletter Einatmung unter stärkster Anstrengung schnellstmöglich ausgeatmet werden kann, wird als forcierte Vitalkapazität kurz FVC bezeichnet.

Relative Einsekundenkapazität (FEV1/FVC)

Die relative Einsekundenkapazität wird auch als Tiffenau-Index oder FEV1/FVC bezeichnet und beschreibt den Anteil der gesamten maximalen Ausatemluft, der in einer Sekunde ausgeatmet werden kann (FEV1 in Prozent der Vitalkapazität). Dieser Wert sollte über 75 Prozent liegen, bei älteren Menschen höher als 70 Prozent. Der Wert ist nur bei einer leichten Atemwegsverengung (Obstruktion) aussagekräftig, da bei starker Obstruktion auch die Vitalkapazität abnimmt und das Ergebnis verfälscht wird.

KURZ ERKLÄRT:

Die Einsekundenkapazität FEV1 ist einer der wichtigsten Lungenfunktionswerte bei Erkrankungen, der Lunge die mit verengten Bronchien einhergehen, wie zum Beispiel Asthma. Die Vitalkapazität VC ist vor allem bei Erkrankungen, bei denen die Lunge schrumpft, wie bei Lungenfibrose relevant.

Weitere Messgrößen, die bei einem Lungenfunktionstest ermittelt werden können sind:

- **Atemzugvolumen:**
Das Luftvolumen, das bei der Ruheatmung ein- und ausgeatmet wird.
- **Expiratorisches Reservevolumen (ERV):**
Luftvolumen, das nach einer normalen Ruheausatmung durch ein kräftiges Atemmanöver zusätzlich ausgeatmet werden kann.
- **Inspiratorisches Reservevolumen (IRV):**
Luftvolumen, das nach einer normalen Ruheeinatmung durch ein kräftiges Atemmanöver zusätzlich eingeatmet werden kann.
- **Atemminutenvolumen:**
Atemzugvolumen multipliziert mit der Anzahl Atemzüge in einer Minute (Luftvolumen, das in einer Minute durch Atmung messbar bewegt wird)

- **Residualvolumen (RV):**
Luftvolumen, das nach maximaler Ausatmung noch in der Lunge bleibt und nicht durch eigene Kraft ausgeatmet werden kann (was man also theoretisch mit einer Dampfwalze noch aus der Lunge austreiben könnte).

Diffusionskapazität

Die Diffusionskapazität „DLCO“ (Englisch für Diffusion Capacity of the Lung for Carbon monoxide, auch „TLCO“/ Transfer Capacity of the Lung for Carbon monoxide genannt) beschreibt die Fähigkeit der Lunge zum **Gasaustausch**, also zur Sauerstoffaufnahme und Kohlendioxidabgabe. Bei der Untersuchung atmet man Testluft ein, der eine gesundheitlich unbedenkliche, geringe Menge des Testgases Kohlenmonoxid (CO) zugesetzt ist.

GUT ZU WISSEN:

Beim gesunden, ruhenden Erwachsenen beträgt die Diffusionskapazität für Sauerstoff 15 bis 20, für Kohlenstoffdioxid (CO₂) 150 bis 250 ml/mmHg/Min (Milliliter pro Millimeter Quecksilbersäule pro Minute).

In der Lunge verhält sich Kohlenmonoxid wie Sauerstoff: Die Gasmoleküle diffundieren aus der Einatemluft in den **Lungenbläschen** in die Blutgefäße und binden an den Blutfarbstoff Hämoglobin in den roten Blutkörperchen. In der Ausatemluft wird das wieder abgegebene CO gemessen, so dass festgestellt werden kann, wie gut die Gasaufnahme in den Lungenbläschen klappt. Von der CO-Aufnahme kann man auf die Kapazität zur Sauerstoff-Aufnahme („Diffusionskapazität“) der Lunge schließen.

Die Untersuchung der Diffusionskapazität dauert nur wenige Minuten und die Ergebnisse stehen sofort nach der Messung zur Verfügung. Bei einigen Krankheitsbildern mit

reduziertem Lungengewebe, wie etwa der **Lungenfibrose**, kann der **Gasaustausch** gestört sein, so dass die Diffusionskapazität (DLCO) hier erniedrigt sein kann.

Was verraten die Werte im Lungenfunktionstest?

Aus den Messwerten einer Lungenfunktionsprüfung kann die Lungenfachärztin/ der Lungenfacharzt Hinweise auf die **Art der vorliegenden Lungenerkrankung** erhalten:

- Bei obstruktiven Lungenerkrankungen wie Asthma und der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung COPD sind die Bronchien verengt. Als Folge davon ist die Einsekundenkapazität (FEV1) verringert und der Atemwiderstand erhöht.

GUT ZU WISSEN:

Neben der Diagnose dienen Lungenfunktionsprüfungen auch dazu, einen Krankheitsverlauf zu überwachen oder den Zustand der Patienten – zum Beispiel vor einer Operation – zu beurteilen.

- **Restriktive Lungenerkrankungen** wie zum Beispiel die **Lungenfibrose** führen dazu, dass die Lunge ihre Flexibilität verliert. In der Lungenfunktion zeigt sich das durch eine geringere Vitalkapazität (VC).
- Wenn ein **Lungenemphysem** (chronische Zerstörung oder Überblähung der Lungenbläschen) vorliegt, kann sich das in den Lungenfunktionstests in einer reduzierten DLCO (herabgesetzte Diffusionskapazität im Gasaustausch) und einer reduzierten Einsekundenkapazität (FEV1) zeigen. Das Residualvolumen (RV) ist typischerweise erhöht.

Wissenschaftliche Beratung:

PD Dr. med PhD Christine Happel, Medizinische Hochschule Hannover, Deutsches Zentrum für Lungenforschung

Entlastungsbetrag und Unterstützungsangebote im Alltag

Wer hat Anspruch auf den Entlastungsbetrag?

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich (also insgesamt bis zu 1.500 Euro im Jahr). Das gilt auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Soweit der monatliche Leistungsbetrag in einem Kalendermonat nicht (vollständig) ausgeschöpft worden ist, wird der verbliebene Betrag jeweils in die darauffolgenden Kalendermonate übertragen. Leistungsbeträge, die am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbraucht worden sind, können noch bis zum Ende des darauffolgenden Kalenderhalbjahres übertragen werden.

Für welche Angebote kann der Entlastungsbetrag verwendet werden? Der Entlastungsbetrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die der oder dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

- Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
- Leistungen der Kurzzeitpflege,
- Leistungen der zugelassenen Pflegedienste (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung) oder von
- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag entstehen.

Bei den Leistungen der ambulanten Pflegedienste, für die der Entlastungsbetrag eingesetzt wird, handelt es sich insbesondere um pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auch um Hilfen bei der Haushaltsführung. Ausschließlich Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Entlastungsbetrag außerdem ebenfalls für Leistungen zugelassener Pflegedienste im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung einsetzen. Das sind bestimmte Unterstützungsleistungen aus dem Bereich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, zum Beispiel Hilfen beim Duschen oder Baden.

Bei den nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag kann es sich je nach Ausrichtung der anerkannten Angebote um Betreuungsangebote (zum Beispiel Tagesbetreuung, Einzelbetreuung), Angebote gezielt zur Entlastung von Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende (zum Beispiel durch Pflegebegleiter) oder Angebote zur Entlastung im Alltag (zum Beispiel in Form von praktischen Hilfen) handeln. Um die Kostenerstattung für die entstandenen Aufwendungen zu erhalten, müssen bei der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem die oder der Pflegebedürftige versichert ist, jeweils Belege eingereicht werden. Aus den eingereichten Belegen und dem Antrag auf Erstattung der Kosten muss dabei jeweils hervorgehen, im Zusammenhang mit welchen der oben genannten Leistungen (Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Leistungen ambulanter Pflegedienste oder / und Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag) den Pflegebedürftigen Eigenbelastungen entstanden sind und in welcher Höhe dafür angefallene Kosten aus dem Entlastungsbetrag erstattet werden

sollen. Soweit es sich um Leistungen der Tages- oder Nachtpflege oder der Kurzzeitpflege handelt, entspricht es der Praxis der Pflegekassen, dass auch im Zusammenhang mit diesen Leistungen angefallene Kostenanteile für Unterkunft und Verpflegung aus dem Entlastungsbetrag erstattet werden können.

Angebote zur Unterstützung im Alltag; Umwandlungsanspruch

Was sind Angebote zur Unterstützung im Alltag?

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind:

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Landesbehörde nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten zum Beispiel

- die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung,
- eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung,
- Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegenden zur besseren Bewältigung des Pflegealltags,
- die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen.

Die nach Landesrecht anerkannten Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung

und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. In der Regel sind die Angebote zur Unterstützung im Alltag ehrenamtlich geprägt. Um eine Kostenerstattung für Leistungen von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag zu erhalten, kann insbesondere der Entlastungsbetrag genutzt werden.

Können Teile des ambulanten Sachleistungsbetrags auch für Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden?

Ja, zur Inanspruchnahme der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag können auch bis zu 40 Prozent des jeweiligen Leistungsbetrags, der vorrangig für ambulante Pflegesachleistungen vorgesehen ist, eingesetzt werden, soweit dieser nicht für den Bezug ambulanter Sachleistungen, die von Pflegediensten erbracht werden, verbraucht wird.

Auf diese Weise kann der Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen zu einem gewissen Teil in einen Anspruch auf eine Kostenerstattung für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag "umgewandelt" werden. Daher wird dieser Anspruch Umwandlungsanspruch genannt. Um eine entsprechende Kostenerstattung zu erhalten, müssen bei der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem die oder der Pflegebedürftige versichert ist, Belege eingereicht und ein Kostenerstattungsantrag gestellt werden, aus denen hervorgeht, welche Eigenleistungen den Pflegebedürftigen durch die Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind und in welcher Höhe dafür angefallene Kosten im Wege des Umwandlungsanspruchs erstattet werden sollen. Im Rahmen der Kombinationsleistung wird der umgewandelte Betrag so behandelt, als hätte man in Höhe dieses Betrags (ebenfalls) ambulante Sachleistungen bezogen. Nutzt man

einen Teil seines ambulanten Sachleistungsbetrags für Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes und einen anderen Teil des ambulanten Sachleistungsbetrags für den Umwandlungsanspruch, dann werden der Betrag der Sachleistung und der Umwandlungsbetrag zusammengerechnet. Ist damit der ambulante Pflegesachleistungsbetrag noch nicht vollständig verbraucht, kommt im Rahmen der Kombinationsleistung daneben auch noch ein anteiliges Pflegegeld in Betracht.

Im Hinblick auf die Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit bleibt es auch bei einer Nutzung des Umwandlungsanspruchs dabei: Pflegebedürftige, die Pflegegeld, aber keine ambulanten Pflegesachleistungen von einem Pflegedienst beziehen, müssen je nach Pflegegrad halb- oder vierteljährlich einmal einen Beratungsbesuch abrufen.

Der Umwandlungsanspruch besteht neben dem Anspruch auf den Entlastungsbetrag. Die beiden Ansprüche können daher auch unabhängig voneinander genutzt werden.

RECHENBEISPIEL

Umwandlungsanspruch

Beispiel 1: Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 bezieht von einem ambulanten Pflegedienst jeden Monat Sachleistungen in Höhe von 908,60 Euro, das sind 70 Prozent des in Pflegegrad 3 für ambulante Sachleistungen vorgesehenen monatlichen Leistungsbetrags von 1.298 Euro. Weitere ambulante Sachleistungen benötigt der Pflegebedürftige nicht. Er möchte jedoch ein nach Landesrecht anerkanntes Angebot zur Unterstützung im Alltag nutzen, das eine kontinuierliche Pflegebegleitung für pflegende Angehörige anbietet. Hierfür kann er seinen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich einsetzen. Um seiner Frau, die ihn jeden Tag pflegt und betreut, mehr Entlastung durch die ehrenamtlichen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter zu geben, will er zusätzlich aber auch den nicht genutzten Teil des ambulanten Sachleistungsbetrags entsprechend umwidmen. So kann

er im Rahmen des Umwandlungsanspruchs für die Pflegebegleitung eine zusätzliche Kostenerstattung in Höhe von 389,40 Euro pro Monat erhalten. Da er hierdurch den ambulanten Pflegesachleistungsbetrag insgesamt voll ausnutzt, bekommt er daneben kein anteiliges Pflegegeld mehr.

Beispiel 2: Eine Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 benötigt keine ambulanten Pflegesachleistungen durch einen Pflegedienst. Sie nimmt jedoch gerne das Betreuungsangebot einer Gruppe von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern in Anspruch, das als Angebot zur Unterstützung im Alltag eine Anerkennung nach dem geltenden Landesrecht erhalten hat. Daher wandelt sie 40 Prozent des in Pflegegrad 2 vorrangig für ambulante Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbetrags von monatlich 689 Euro – also einen Betrag in Höhe von 275,60 Euro – im Rahmen des Umwandlungsanspruchs in einen Kostenerstattungsanspruch um, den sie für diese anerkannte Tagesbetreuung nutzt. Der umgewandelte Betrag wird im Rahmen der Kombinationsleistung genauso behandelt, als hätte die Pflegebedürftige für diesen Betrag ambulante Pflegesachleistungen bezogen. Den ambulanten Sachleistungsbetrag in Pflegegrad 2 in Höhe von 689 Euro monatlich hat sie hier in Höhe von 275,60 Euro genutzt, also zu 40 Prozent. Damit verbleiben daneben noch 60 Prozent des Pflegegeldbetrags in Höhe von 316 Euro in Pflegegrad 2. Das sind 189,60 Euro anteiliges Pflegegeld.

Den halbjährlichen Beratungsbesuch, den sie als Pflegegeldempfängerin abrufen muss, muss die Pflegebedürftige auch bei der Nutzung des Umwandlungsanspruchs weiterhin abrufen, denn sie nutzt zwar den Leistungsbetrag, der für ambulante Pflegesachleistungen vorgesehen ist, tatsächlich kommt zu ihr aber kein ambulanter Pflegedienst, um ambulante Sachleistungen bei ihr zu Hause zu erbringen.

Quelle: bundesgesundheitsministerium.de

Entscheidung zur Psychotherapie bleibt in Therapeuten-Hand

Das Bundesgesundheitsministerium hat seinen jüngsten Gesetzesvorschlag zur ambulanten Psychotherapie zurückgezogen. Damit bleibt die Entscheidung zur Psychotherapie weiter in Therapeuten-Hand.



© pixabay

Die KBV hatte die politischen Pläne des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) scharf kritisiert und von der Politik gefordert, dass die Entscheidung zur psychotherapeutischen Behandlung weiterhin bei den Therapeuten und ihren Patienten liegen muss. Dazu hatte sich die kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) direkt an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses gewandt und gefordert, die Pläne fallen zu lassen.

Wie nun am 2. Juni 2021 bekannt wurde, hat das Bundesgesundheitsministerium seinen Änderungsantrag zum Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz (GVWG) fallen gelassen. Dieser sah vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis Ende 2022 überprüfen soll, „wie die Versorgung von psychisch kranken Versicherten bedarfsgerecht und schweregradorientiert sichergestellt werden kann“. Nach Ansicht der KBV hätte dies zu einem Eingriff in die Therapiehoheit der Therapeutinnen und Therapeuten führen können. Die Bundespsychotherapeutenkammer und mehrere Berufsverbände hatten eine „Raster-Psychotherapie“ be-

fürchtet. An die Stelle von individueller Diagnose und Behandlung hätte dann eine Versorgung nach groben Rastern treten können, die festlegen würden, wie lange Patientinnen und Patienten je nach Erkrankung behandelt werden dürften.

Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt die Entscheidung

„Es ist sachlich die einzig richtige Entscheidung, den geplanten Änderungsantrag zur Raster-Psychotherapie zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) ersatzlos zu streichen“, erklärt Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), zur Entscheidung von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, diesen Änderungsantrag zurückzuziehen. „Weiterhin bleibt es aber dringend erforderlich, in ländlichen und strukturschwachen Gebieten die Anzahl der zugelassenen psychotherapeutischen Praxen und damit die Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen zu erhöhen.“

Quelle: gelbe-liste.de

TRAUER ODER DEPRESSION, DAS IST HIER DIE FRAGE

Was ist normale Trauer, und unterscheidet sie sich von Depression? Diese Fragen haben Wissenschaftler der Universität Würzburg untersucht. Ihre Studie zeigt: Die Gedanken machen den Unterschied.



© pixabay

Nach dem Tod einer nahen Bezugsperson erleben etwa 90 Prozent der Hinterbliebenen normale, das heißt, nicht besonders starke und nicht sehr lange andauernde Trauerreaktionen. Gleichwohl suchen manche in dieser Zeit einen Arzt auf – sei es, weil sie sich in ihrem Befinden beeinträchtigt fühlen, sei es, weil sie unter körperlichen Beschwerden leiden. Nicht selten diagnostiziert dann der Arzt eine Depression und verordnet das entsprechende Medikament, in der Regel ein Antidepressivum. Aber ist das gerechtfertigt?

Dieser Frage sind jetzt Forscher der Universität Würzburg nachgegangen. In ihrer Studie haben sie nach dem Unterschied zwischen Trauer und Depression gesucht. Verantwortlich dafür sind Joachim Wittkowski, außerplanmäßiger Professor an der Fakultät für Humanwissenschaft der Universität Würzburg, und Dr. Rainer Scheuchpflug, Wissenschaftlicher Mit-

arbeiter am Lehrstuhl für Psychologie III. Die Ergebnisse ihrer Studie haben die Wissenschaftler in der aktuellen Ausgabe des *European Journal of Health Psychology* veröffentlicht.

Studie mit 400 Teilnehmenden

Mehr als 400 Personen, die meisten von ihnen verwitwet oder verwaiste Eltern, haben an der Studie teilgenommen. Sie haben dabei ihr Erleben nach dem Verlust einer ihnen nahestehenden Person anhand eines Fragebogens speziell zur Erfassung von Trauerreaktionen beschrieben. Auf diese Weise konnten die Wissenschaftler verschiedene Komponenten des Trauerns messen. Zusätzlich haben die Teilnehmenden einen Fragebogen ausgefüllt, der standardmäßig zum Einsatz kommt, wenn es darum geht, eine Depression zu erfassen.

„Die statistischen Analysen zeigen, dass eine eng gefasste Vorstellung von normaler Trauer, die allein auf Beeinträchtigungen im Denken und Fühlen ausgerichtet ist, große Ähnlichkeit mit einer Depression hat“, schildert Joachim Wittkowski das zentrale Ergebnis der Studie. Lege man aber ein umfassenderes Bild von Trauern zugrunde, das auch die Nähe zur verstorbenen Person, die Sehnsucht nach ihr, Schuldgefühle sowie positive Aspekte der Trauererfahrung berücksichtigt, erweise sich Trauer als eine Reaktionsform, die sich deutlich von Depression unterscheidet.

Ein genauer Blick ist erforderlich

Für Ärztinnen, Psychologen und Angehörige anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen ergibt sich nach Aussage der Wissenschaftler daraus die Schlussfolgerung, sich ausführlich mit Menschen in Trauer zu befassen und dabei das Augenmerk nicht ausschließlich auf Kummer und gedrückte Stimmung zu lenken, sondern auch Schuldgefühle und das Empfinden der Nähe zur verlorenen Person zu beachten. Wenn der Todesfall bereits länger zurückliegt, seien auch persönliches Wachstum und eine Zunahme von Empathie für andere Menschen Merkmale, die nur für Trauernde gelten, nicht hingegen für Depressive.

„Als Leitschnur für die diagnostische Einordnung von Menschen nach einem schwerwiegenden Verlust kann gelten, dass Trauernde und Depressive sich in ihren Gefühlen ähneln, sich hingegen in ihren Gedanken unterscheiden“, sagt der Psychologe. Zwar werde immer gestorben – und getrauert auch. Gerade unter den Bedingungen, unter denen in Zeiten der Pandemie gestorben wird und Abschied genommen werden muss, sei der differenzierte Umgang mit Trauer und Depression noch wichtiger als sonst.

Originalpublikation

Evidence on the conceptual distinction of grief from depression: A multi-faceted analysis of differential validity. *European Journal of Health Psychology*. Joachim Wittkowski und Rainer Scheuchpflug. <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/2512-8442/a000077>

Forschungspreis der René Baumgart-Stiftung 2022

Forschen für ein Leben ohne Lungenhochdruck

Die gemeinnützige René Baumgart-Stiftung zur Förderung der medizinischen Forschung im Krankheitsbereich des Lungenhochdrucks bei Kindern und Erwachsenen schreibt den Forschungspreis 2022 für wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der pulmonalen Hypertonie aus.

Angesprochen werden Forscherinnen und Forscher, die klinisch oder als Grundlagenwissenschaftler/innen auf dem Gebiet des Lungenhochdrucks arbeiten.

Prämiert werden können wissenschaftliche Arbeiten, die zum Zeitpunkt der Einreichung innerhalb der letzten 12 Monate oder noch nicht veröffentlicht sind und sich klinisch oder experimentell mit der pulmonalen Hypertonie beschäftigen. Wichtige Bewertungskriterien sind Originalität, Innovation und klinische Relevanz der Arbeit. Die Verbesserung der Versorgung und Betreuung des Patienten steht im Vordergrund. Die Arbeit muss schwerpunktmäßig im deutschsprachigen Raum, Schweiz, Österreich und Deutschland, durchgeführt worden sein.

Das Preisgeld wird auf 5.000,00 € zur persönlichen Verfügung des Preisträgers festgesetzt. Die Verleihung erfolgt im Rahmen des 62. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Atemwegsmedizin e.V. vom 25.- 28. Mai 2022 in Leipzig.

Es wird gebeten, ein Originalmanuskript bzw. einen Sonderdruck in vierfacher Ausführung, einen Lebenslauf mit Foto sowie ein **deutschsprachiges Abstract bis zum 31. Dezember 2021 (Posteingang)** bei der René Baumgart-Stiftung einzureichen. Auch eine Bewerbung via E-Mail mit PDF-Dateien und Bild im jpg-Format an info@rene-baumgart-stiftung.de ist zulässig.

Der Erstautor der Arbeit gilt als Bewerber für den Preis.

René Baumgart-Stiftung
Prof. Dr. Werner Seeger
1. Vorsitzender
Rheinaustr. 94
76287 Rheinstetten



René Baumgart
Stiftung

Wer war RENÉ BAUMGART?

René Baumgart war ein Neffe von Bruno Kopp, dem Initiator der Vereinsgründung. René erfuhr mit 19 Jahren die Diagnose primäre pulmonale Hypertonie (heute idiopathische pulmonal arterielle Hypertonie) und verstarb mit 23 Jahren an dieser tückischen Krankheit. Als René 10 Jahre jung war, verlor er seine Mutter, die auch an der PPH

Mitglieder im Vorstand der Stiftung sind Prof. Dr. Werner Seeger, Gießen, Vorsitzender; Dr. Hans Klose, Hamburg, stellv. Vorsitzender; Prof. Dr. Ekkehard Grünig, Heidelberg, Schatzmeister, Hans-Dieter Kulla, Rheinstetten, 1. Vorsitzender ph e.v., Schriftführer.

Mitglieder des Beirats der Stiftung sind Vorsitzender Prof. Dr. Horst

erhaft bestehen. Spenden ohne Stichwort „Kapitalstock“ dienen der zeitnahen Verwendung. Bitte immer die Adresse für die Spendenbescheinigung angeben. Spenden und Zustiftungen sind von der Steuer absetzbar. Vielen Dank im Voraus für Ihre Zuwendungen.

René Baumgart

Er war der Neffe von Bruno Kopp, Gründungsmitglied des pulmonale hypertonie e.v. und der Stiftung



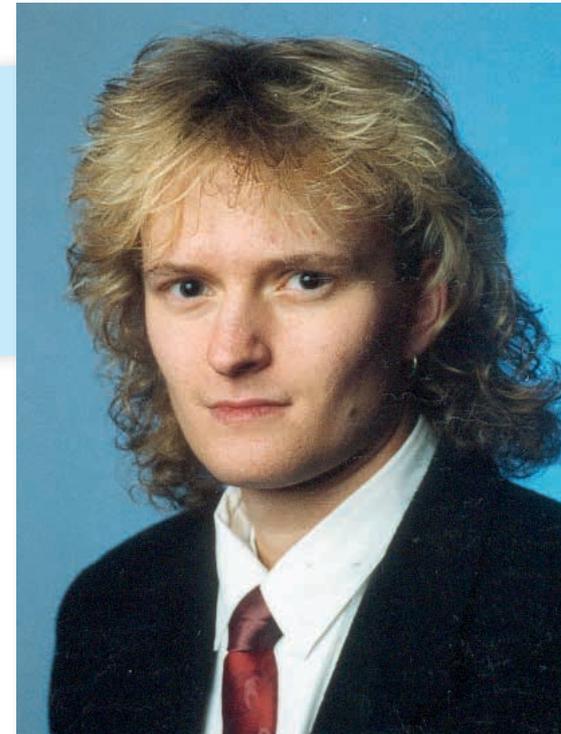
verstarb. Die Gründungsmitglieder verfolgten mit der Vereinssatzung im Jahr 1996 die Errichtung einer Stiftung zu Ehren von René Baumgart. Im Jahr 2001 hatte der Selbsthilfeverein pulmonale hypertonie e.v. das Gründungskapital von 70.000,00 € zusammengetragen und konnte in der Mitgliederversammlung die Stiftung errichten. Seit 2004 schreibt die René Baumgart-Stiftung jährlich einen Forschungspreis aus. Eine weitere Aufgabe der Stiftung ist die Förderung der klinischen und experimentellen Forschung zur pulmonalen Hypertonie bei Kindern und Erwachsenen. Ziel ist es, durch Ursachenforschung neue Erkenntnisse über den Lungenhochdruck zu gewinnen. Vorrangiges Ziel ist es, ein Heilmittel zu finden, mit dem eine vollständige Genesung gelingt.

Olschewski, Graz; stellv. Vorsitzender Dr. Matthias Held, Würzburg; Prof. Dr. Stephan Rosenkranz, Köln; Dr. Michael Halank, Dresden; Prof. Dr. Heinrike Wilkens, Homburg; Anne-Christin Kopp, Karlsruhe.

Über weitere Zustiftungen zum Kapitalstock oder allgemeine Spenden freuen sich die Mitglieder von Vorstand und Beirat der Stiftung.

Spenden und Zustiftungen mit dem Stichwort „Kapitalstock“

Damit Spenden oder Zustiftungen gezielt dem Kapitalstock zugeordnet werden können, müssen Spenden mit diesem Ziel das Stichwort „Kapitalstock“ im Verwendungszweck aufweisen. Der Spendenbetrag bleibt dann dau-



Bankverbindung:

Bank für Sozialwirtschaft Karlsruhe
BIC: BFSWDE33KRL
IBAN: DE18 6602 0500 0008 7057 00

Literaturhinweise RATGEBER

Ratgeber für Menschen mit Behinderung, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, kostenlos. Bestell-Nr.: A 712, Tel.: 030 - 18 272 272 1, Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 48 10 09, 18132 Rostock, E-Mail: publikationen@bundesregierung.de, Internet: <http://www.bmas.de>

Ratgeber für Patientenrechte
Artikel-Nr. BMG-G-11042

Leben unter O2 Therapie Tipps + Tricks, Aus der Praxis für die Praxis, Herausgeber: Deutsche Selbsthilfegruppe Sauerstoff-Langzeit-Therapie (LOT) e.V., Verlag Hartmut Becker, Taschenbuch, 100 Seiten, Juli 2018 ISBN 978-3-929480-61-0
Kontakt : Annette Hendl, muehldorf@sauerstoffliga.de, Tel: 08071/7289511, Tel.: 08651-762148, Internet: www.selbsthilfe-lot.de

Lungenbeteiligung bei Sklerodermie, Broschüre des Sklerodermie Selbsthilfe e.V. Geschäftsstelle: E.M. Reil, Am Wollhaus 2, 74072 Heilbronn, Tel.: 07131 – 3902425, Internet: www.sklerodermie-selbsthilfe.de

Handicapped-Reisen von Escales GmbH, Auf dem Rapsfeld 31, 22359 Hamburg, Tel.: 040 26 100 360, Fax: 040 26 100 361, E-Mail: info@escales.de. In diesem Ratgeber finden Sie rollstuhlgeeignete Hotels, Pensionen, Ferienwohnungen, Apartments, Bauernhöfe und Jugendherbergen in Deutschland und in Europa/Übersee mit detaillierten Informationen für Rollstuhlfahrer.

Ratgeber der Verbraucherzentrale: „Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Digitaler Nachlass, Betreuungsvollmacht, Testament“ und „Das Pflegegutachten. Antragstellung, Begutachtung, Bewilligung“ 4. Auflage 2021, 152 Seiten 9,90 Euro
Im Online-Shop unter www.ratgeber-verbraucherzentrale.de oder unter 0211 38 09-555. Die Ratgeber sind auch in den Beratungsstellen der Verbraucherzentralen und im Buchhandel erhältlich.

In der Broschüre **ABC Rehabilitation** des BSK e.V. werden die Regelungen des Sozialgesetzbuches IX verständlich erläutert und, die gesetzlichen Möglichkeiten einzufordern und für Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fit zu machen. Auch Arbeitgeber finden hilfreiche Informationen über die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung, die Gestaltung eines barrierefreien Arbeitsplatzes und welche finanzielle Unterstützung es dafür gibt. Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V., Altkrautheimer Straße 20, 74238 Krautheim, BSK Onlineshop: <https://shop.bsk-ev.org/> Ratgeber_1, E-Mail: bestellung@bsk-ev.org

Literatur zur Atem- und Bewegungsschulung Dehn- und Kräftigungsgymnastik
Autoren: Hans Spring, Urs Illi, u.a.
6. Auflage, Thieme Verlag

Fitness Gymnastik
Autor: Karl-Peter Knebel, rororo - Sport (1090)
Trainingsbuch Thera-Band – rororo - Sport (1490)
Autoren: Kempf, Schmelcher, Ziegler

Atemtherapie, Therapie mit dem Atem
Autorin: Hannelore Göhring, Thieme Verlag 2001, ISBN 3-13-124261-2

Literatur Erfahrung von Patienten Herzfehler im Gepäck: Autobiografie von Anke Trebing, Verlag: Anke Trebing (Nova MD), ISBN-10: 3966984040, ISBN-13: 978-3966984041

„Dem Himmel ganz nah“, Peggy Krebs, Re Di Roma-Verlag, ISBN-10: 3868700870 ISBN-13: 978-3868700879

„Jetzt ist's ein Stück von mir!“ Sibylle Storkebaum: Kösel Verlag, ISBN-Nr. 3-466-30434-2

„Mein Kind soll leben!!!“ Hedwig Kleineheismann, Claudia Kleineheismann, Traumstunden-Verlag 2010, ISBN: 978-3-942514-00-2, E-Mail: hedi@hedwigkleineheismann.de, Tel.: 05056-1215

„Als gäbe es kein Morgen“ Maleen Fischer, PRIMA VISTA Verlag, ISBN-10: 3950317937, ISBN-13: 978-3950317930

„Defining The New Normal“ Colleen Brunetti, Bannon River Books, ISBN 978-0-9908842-0-0

„Leben mit Sauerstoff-Langzeittherapie“ Erfahrungen, Infos und Tipps, Annette Hendl, Becker, Hartmut (Verlag), ISBN 978-3-929480-61-0

Medizinische Fachbücher „Pulmonale Hypertonie“
Pathophysiologie, allgemeine Maßnahmen und Entwicklung einer pulmonal selektiven Therapie“ - Prof. Dr. Horst Olschewski/ Prof. Dr. Werner Seeger
UNI-MED Verlag AG – Bremen, London, Boston
1. Auflage – Bremen: UNI-MED, 2000
ISBN 978-3-89599-482-0 – 2002 auch in englischer Sprache ISBN 978-3-89599-594-1

Prof. Dr. Ulf Müller-Ladner Akrale Ischämiesyndrom: von Raynaud-Syndrom zur systematischen Sklerose.
UNI-MED Verlag AG – Bremen, London, Boston
neubearb. Auflage 2009
ISBN 978-3-8374-2095-1

Artikel im Internet Pulmonale Hypertonie: Neue Therapie mit Phosphodiesterase-5-Inhibitoren
Stephan Rosenkranz, Evren Caglayan & Erland Erdmann, link.springer.com/article/10.1007/s00063-007-1078-4

Richter, M.J. et al.: **Medikamentöse Therapie der pulmonalen Hypertonie - Was ist neu?**
In: Internist 2015, 56:573-582
Pulmonal-arterielle Hypertonie - Widerstand in der Lunge – PTA Forum Online (Magazin der Pharmazeutischen Zeitung), Ausgabe 05/2017

Leitlinien
Opitz, Ch. Et al.: **ESC-Leitlinie 2015: Diagnostik und Therapie der pulmonalen Hypertonie.**
Dtsch med Wochenschr 2016; 141(24)

Arbeitsgemeinschaft Pulmonale Hypertonie: **Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der chronisch pulmonalen Hypertonie.**
In: Pneumologie, 2006, 60: 794-711

Hoeper et al.: **Diagnostik und Therapie der pulmonalen Hypertonie: Europäische Leitlinien 2009.** In: Pneumologie 2010, 64: 401-414

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, European Society of Cardiology (Hrsg., 2009): **Diagnostik und Therapie der pulmonalen Hypertonie.** ESC Pocket Guidelines.

Ratgeber zur Pflege – Alles, was Sie zur Pflege und zu den neuen Pflegestärkungsgesetzen wissen müssen, kostenfrei, www.bundesregierung.de

Ihr Recht auf Reha
Alles über Antragstellung, Leistungen u. Zahlung, 5,- € zzgl. Versandkosten, Verbraucherzentrale
Bestell Tel: 0211 - 38 09 555

Gemeinsam gegen Lungenhochdruck JOURNALISTENPREIS



Der Journalistenpreis 2021 „Gemeinsam gegen Lungenhochdruck“ ist mit 3.000 Euro dotiert. Er wird für eine in einem Printmedium, Hörfunk, Fernsehen oder online veröffentlichte herausragende journalistische Arbeit zum Thema „Pulmonale Hypertonie“ verliehen.

Der prämierte Beitrag soll sich durch sorgfältige Recherche, einfühlsame Aufarbeitung des Themas sowie eine allgemeinverständliche Vermittlung auch komplexer Zusammenhänge auszeichnen.

Er soll verdeutlichen, dass die Medien den Wissensstand über die seltene und tückische Erkrankung „Pulmonale Hypertonie“ durch eine qualifizierte und sachliche Berichterstattung sowohl in der Ärzteschaft als auch in der breiten Öffentlichkeit verbessern – und so zu einer optimalen Diagnose und Therapie der Erkrankung – beitragen können.

Bewerbungsmodus

Jeder Autor kann sich mit einem oder mehreren deutschsprachigen Beiträgen bewerben. Auch Dritte (z.B. Verleger, Chefredakteure) können Vorschläge einreichen.

Auch Gemeinschaftsprojekte werden in den Wettbewerb aufgenommen.

Textform

Der Text kann in jeder journalistischen Stilform eingereicht werden, auch als Serie. Auch bezüglich des Umfangs sind keine Kriterien vorgegeben.

Fristen

Bewerbungen für den Journalistenpreis können bis zum 31. August 2021 auf dem Postweg

an Durian GmbH (s. unten) eingesandt werden. Die journalistischen Arbeiten müssen zwischen dem 1. September 2020 und dem 31. August 2021 veröffentlicht worden sein.

Bewerbungsunterlagen

Die Arbeiten sind in folgender Form einzureichen:

Print: kopierfähiges Original oder PDF
TV: DVD
Hörfunk: CD-Rom
Online: CD-Rom

Eingereichte Beiträge werden nicht zurückgeschickt.

Der Bewerbung muss ein tabellarischer Lebenslauf mit Personalien und Foto, sowie ein Abriss des beruflichen Werdegangs beigelegt sein.

Preisverleihung & Jury

Zur Jury gehören:

- **Hans-Dieter Kulla**,
1. Vorsitzender ph e.v., Rheinstetten
 - **Professorin Dr. med. Heinrike Wilkens**,
Homburg
 - **Professor Dr. med. Horst Olschewski**,
Graz
 - **Professor Dr. med. Ekkehard Grünig**,
Heidelberg
 - **Professor Dr. med. Ardeschir Ghofrani**,
Gießen
 - **Dr. Sibylle Orgeldinger**,
freie Redakteurin, Karlsruhe
- Entscheidungen der Jury sind nicht anfechtbar. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.**

Stiftung

pulmonale hypertonie (ph) e.v.
Gemeinnütziger Selbsthilfverein
76287 Rheinstetten

Ansprechpartner:
Hans-Dieter Kulla,
1. Vorsitzender ph e. v.,
Rheinstetten

Weitere Informationen

Durian GmbH
Public Relations & Redaktion
Tibistr. 2
47051 Duisburg
Frank Oberpichler
Tel: +49(0)203 346783-12



Sammlung von interessanten Links



Deutsche Verbände

Nationale Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen

www.nakos.de

BAG-SELBSTHILFE – Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen, Dachverband von Selbsthilfeverbänden

www.bag-selbsthilfe.de

LAG-SELBSTHILFE Baden-Württemberg e. V., Dachverband der Selbsthilfeverbände in Baden-Württemberg

www.lagh-bw.de

ALLIANZ CHRONISCHER SELTENER ERKRANKUNGEN – ACHSE

www.achse-online.de

Deutsche Atemwegsliga e.V.

www.atemwegsliga.de

Kindernetzwerk

www.kindernetzwerk.de

BDO Bundesverband der Organtransplantierten

www.bdo-ev.de

Sklerodermie Selbsthilfe e.V.

www.sklerodermie-sh.de

Scleroderma Liga e.V.

www.scleroliga.de

Deutsche Sarkoidose Vereinigung gemeinnütziger e.V. - Bundesverband

www.sarkoidose.de

Deutsche SauerstoffLiga LOT e.V.

www.sauerstoffliga.de

Bundesverband behinderter Eltern e.V.

www.behinderte-eltern.com

SEKIS – Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle

www.sekis-berlin.de

Deutsche Lungenstiftung e.V.

www.lungenstiftung.de

Herztransplantation Südwest e.V.

www.herztransplantation.de

Lungeninformationsdienst, Helmholtz Zentrum München

www.lungeninformationsdienst.de

Stiftung Kindness for Kids

www.kindness-for-kids.de

Europäische Verbände

PHA Europe

www.phaeurope.org

EURORDIS European Organisation for Rare Diseases

www.eurordis.org

Verbände in den USA

PHA Pulmonary Hypertension Association, USA

www.phassociation.org

PHCentral, Pulmonary Hypertension

www.phcentral.org

Bundesweites kostenfreies

Beratungstelefon:

Montags bis freitags von 8 bis 18 Uhr

Tel: 0800 0 11 77 22

Dieser Service wird auch in Türkisch, Russisch und Arabisch angeboten.

Internetangebot:

www.upd-online.de

Hier findet man Informationen, qualitätsgesicherte Links, Kontaktdaten und Downloads.

Es gibt hier auch die Möglichkeit einer gesicherten Online-Anfrage.

Regionale Beratungsstellen:

Die Adressen der regionalen Beratungsstellen finden sich auf der Homepage der UPD oder können über die Kontaktstelle des ph e.v. abgefragt werden.

Unabhängige Patientenberatung der Verbraucherzentrale

Internet: www.vzbv.de oder

www.verbraucherzentrale.de

Sozialverband VdK Deutschland

Internet: www.vdk.de

Selbständig wohnen – Hilfsmittel zur Wohnungsanpassung, barrierefrei (Um-) Bauen

Sie wollen, so lange wie es geht, in Ihrem jetzigen Zuhause möglichst eigenständig und selbstbestimmt wohnen, mobil bleiben, Sturz- und Unfallgefahren vorbeugen sowie den Wohnkomfort und die Lebensqualität verbessern. Je nach Situation kann dies mit Hilfsmitteln, Umbaumaßnahmen oder einem barrierefreien Neubau möglich sein. Informieren Sie sich über Lösungsmöglichkeiten, Beschaffungswege, Kostenträger und Fördermittel.

Privatpersonen werden deutschlandweit kostenfrei und neutral beraten: www.barrierefrei-leben.de und www.online-wohn-beratung.de

Reisebuchungen mit Sauerstoffversorgung:

Reisebüro am Marienplatz

Inh. Jutta Mauritz

Marienplatz 25

83512 Wasserburg

Tel: 0 80 71/ 92 28 60

Fax: 0 80 71/ 81 50

info@reisebuero-am-marienplatz.de

Kostenfreie **Unterstützung bei Ablehnung beantragter Leistungen:**

www.widerspruch.online

Um interessierte (potenzielle) Nutzer bei der Wahl der richtigen App zu unterstützen, können laut VdK auf folgenden Seiten **seriöse Apps** gefunden werden:

www.appcheck.de

www.digimeda.de

www.healthon.de

Sauerstoff immer und überall

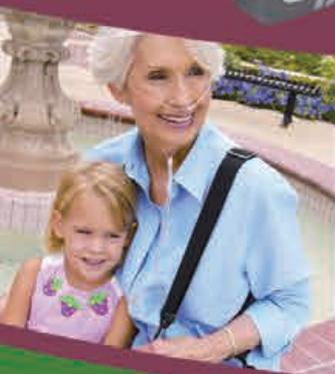
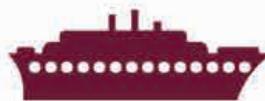
- ohne Notwendigkeit zum Nachfüllen
- betrieben mit verschiedenen Akkus
- egal ob Fahrrad, Auto, Flugzeug oder Schiff
- einfach zu laden über die Steckdose
- im Auto über die Bordsteckdose

Beratungstelefon

(0365) 20 57 18 18

Folgen Sie uns auf Facebook 

www.air-be-c.de



air-be-c

Einfach gut betreut.

Ihr Partner für alle mobilen Sauerstoffkonzentratoren

Bundesweit • Beste Beratung • Service vor Ort • Partner aller Kassen • Urlaubsversorgung • Miete und Kauf • Gute Preise



Möglichkeit zur Dauerspende

Liebe Vereinsmitglieder,
seit vielen Jahren betragen die Kosten für eine Mitgliedschaft in unserem Verein für Einzelpersonen 30,-- € und für Partnermitgliedschaften 50,-- €.

Dies soll auch so bleiben!

Leider wird es immer schwieriger, genügend freie Mittel für die Arbeit in unserem Verein zu akquirieren, andererseits würde mancher aus unserem Verein gerne weiter unterstützen.

Deshalb möchten wir mit beigefügtem Formular die Möglichkeit zu einer Dauerspende bieten. Wir freuen uns über jeden Beitrag, mag er auch noch so klein sein!

Natürlich kann die Dauerspende jederzeit mit sofortiger Wirkung gekündigt werden!

Wir bedanken uns recht herzlich!

Dauerspende für pulmonale hypertonie (ph) e.v. Gemeinnütziger Selbsthilfeverein

Spender:	Empfänger:
Nachname	Bundesgeschäftsstelle Hans-Dieter Kulla Rheinaustr. 94 D-76287 Rheinstetten Tel.: 0 7242-9 53 41 41 Fax: 0 7242-9 53 41 42 E-Mail: info@phev.de
Vorname	Bankverbindung Spar- und Kreditbank Rheinstetten eG IBAN: DE09 6606 1407 0008 0245 96 International BIC: GENODE61RH2
Straße	
PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum	

Ich bin bereit, den Verein mit einer Dauerspende über EUR zu unterstützen.
Der Betrag wird einmal jährlich zusammen mit dem Mitgliedsbeitrag eingezogen.
Die Spende kann jederzeit widerrufen werden.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE83ZZZ00000172493

Mandatsreferenz-Nummer:

(Als Mandatsreferenz verwenden wir Ihre Mitglieds-Nummer)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den pulmonale hypertonie e.v., Rheinaustr. 94, 76287 Rheinstetten, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem pulmonale hypertonie e.v. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
Vorname und Name des Kontoinhabers

.....
Name des Kreditinstituts

IBAN: DE__ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

.....
Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

Beitrittserklärung

pulmonale hypertonie (ph) e.v.

Gemeinnütziger Selbsthilfeverein

		Partner/in	Bundesgeschäftsstelle Hans-Dieter Kulla Rheinaustr. 94 D-76287 Rheinstetten Tel.: 0 7242-9 53 41 41 Fax: 0 7242-9 53 41 42 E-Mail: info@phev.de Bankverbindung Spar- und Kreditbank Rheinstetten eG IBAN: DE09 6606 1407 0008 0245 96 International BIC: GENODE61RH2
Nachname			
Vorname			
Wer ist Patient?			
Straße			
PLZ, Wohnort			
Bundesland			
Geburtsdatum			
Telefon			
Mobil		Fax	
E-mail			
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? <input type="checkbox"/> PH-Zentrum <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Andere Klinik <input type="checkbox"/> Anderes, und zwar:			
Bemerkungen:			

Hinweise zum Datenschutz:

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, Telefonnummern, Geburtsdatum, Eintrittsdatum, E-Mailadresse, PH-Patient ja/nein, wie wurden Sie auf uns aufmerksam.

Unser Verein übermittelt folgende mitgliedsbezogenen Daten an Druckereien für den Versand von Post und Rundbriefen: Name, Adresse. Mit dieser Übermittlung im Rahmen des Vereinszwecks bin ich einverstanden.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, PH-Patient ja/nein. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie satzungsgemäßen Veranstaltungen Fotos von mir in der Vereinszeitung, auf der Homepage und sozialen Medien des Vereins veröffentlicht und diese ggf. an Print und andere Medien übermittelt. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos widersprechen kann. In diesem Fall wird die Übermittlung/Veröffentlichung unverzüglich für die Zukunft eingestellt. Etwa bereits auf der Homepage des Vereins veröffentlichte Fotos und Daten werden dann unverzüglich entfernt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift, ggf. gesetzlicher Vertreter

.....
Unterschrift Partner/in, ggf. gesetzlicher Vertreter

Mitgliedsbeitrag per Lastschrift: jährlich	Einzelperson EUR 30,00	Partnerbeitrag EUR 50,00
Bitte entsprechendes Feld ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse und Telefonnummer, zur Vermittlung von Kommunikation, an andere Patienten und Angehörige weitergegeben wird (freiwillig).		
<input type="checkbox"/> Ich bin bereit, den Verein mit einer Dauerspende über EUR zu unterstützen. Der Betrag wird einmal jährlich zusammen mit dem Mitgliedsbeitrag eingezogen. Die Spende kann jederzeit widerrufen werden.		

Gläubiger-Identifikationsnummer DE83ZZZ00000172493

Mandatsreferenz-Nummer:

(Als Mandatsreferenz verwenden wir Ihre Mitglieds-Nummer. Diese wird Ihnen nach Eingang der Beitrittserklärung mitgeteilt)

Bitte bei Überweisungen beachten: Geht der Beitrag per Überweisung bis 30.06. des laufenden Jahres **nicht** ein, erfolgt eine Rechnungsstellung. Für den erheblichen Mehraufwand wird eine Gebühr von 5 Euro zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag erhoben.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den pulmonale hypertonie e.v., Rheinaustr. 94, 76287 Rheinstetten, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem pulmonale hypertonie e.v. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
Vorname und Name des Kontoinhabers

.....
Name des Kreditinstituts

IBAN: DE__ / __ / __ / __ / __

.....
Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

Wird vom Verein ausgefüllt

Eingangsdatum: _____

Mitglieds-Nummer: _____

Beitrittsbestätigung _____

ph e.v.

Wissenschaftlicher Beirat im ph e.v.

In medizinischen Fragen beraten uns die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats ehrenamtlich. Wir freuen uns, bisher folgende Mitglieder für den Wissenschaftlichen Beirat gewonnen zu haben:

Prof. Dr. Jürgen Behr, München,
PD Dr. Mathias Borst,
Bad Mergentheim,
Prof. Dr. Ardeschir Ghofrani, Gießen,
Prof. Dr. Ekkehard Grünig, Heidelberg,

Dr. Matthias Held, Würzburg
Prof. Dr. Marius Hoepfer, Hannover,
Prof. Dr. Horst Olschewski, Graz,
Prof. Dr. Michael Pfeifer,
Regensburg,
Prof. Dr. Stephan Rosenkranz, Köln
Prof. Dr. Werner Seeger, Gießen,
Prof. Dr. Hans-Joachim Schäfers,
Homburg/Saar
Prof. Dr. Heinrike Wilkens,
Homburg/Saar,

Spendenaufruf

(ph) Die Forschung zum Krankheitsbild Lungenhochdruck macht große Fortschritte. In den letzten fünfzehn Jahren wurden einige Therapieoptionen entwickelt, noch ist die Krankheit aber nicht heilbar.

Nach der Diagnose stellen sich viele Fragen, die häufig auch der Arzt nicht beantworten kann. Eine Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige ist der pulmonale hypertonie (ph) e.v.

Er informiert über Symptome, Diagnose und Therapie. Der gemeinnützige Selbsthilfeverein mit seinen Landes- und Regionalverbänden unterstützt Betroffene bei der Durchsetzung ihrer Interessen.

Er hält Kontakt zu spezialisierten Ärzten und Kliniken und nimmt Einfluss auf gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse. Der ph e.v. führt Veranstaltungen durch und vermittelt Kontakte der Patientinnen

und Patienten untereinander. Die vom ph e.v. ins Leben gerufene René Baumgart-Stiftung unterstützt die medizinische Forschung im Krankheitsbild. Sie vergibt jährlich den mit 5000 Euro dotierten gleichnamigen Forschungspreis.

Noch ist die Krankheit nicht heilbar.

Helfen Sie uns bei der Bewältigung unserer künftigen Aufgaben. Unterstützen Sie uns im Kampf gegen den Lungenhochdruck durch eine Spende oder als (Förder-) Mitglied. Herzlichen Dank! Gemeinsam gegen Lungenhochdruck

Spendenkonto:

Spar- und Kreditbank
Rheinstetten eG
IBAN: DE09 6606 1407 0008
0245 96
BIC: GENODE61RH2



Bruno Kopp

Impressum:

Redaktion

Manfred Weber
Breslauerstraße 6, 76287 Rheinstetten
Tel.: 0 72 42 / 17 72
E-Mail: moniweb@aol.com
Regina Friedemann, Büro Bundesverband ph e.v.
Fotos ph e.v. und andere
Herausgeber
pulmonale hypertonie (ph) e.v.
Gemeinnütziger Selbsthilfeverein
Der Verein ph e.v. wurde 1996 von Bruno Kopp initiiert und mitbegründet.

Bundesgeschäftsstelle Hans-Dieter Kulla, 76287 Rheinstetten

Unsere Kontaktstelle:
Hans-Dieter Kulla, 1. Vorsitzender,
Regina Friedemann, Zita Stichnoth,
Frederike Reichel

Postanschrift:
Rheinaustr. 94, 76287 Rheinstetten
Tel.: 07242 9534 141
Fax: 07242 9534 142
E-Mail: info@phev.de

Bürozeiten:
Mo – Do 10.00 – 16.00 Uhr,
Fr 09.00 – 13.00 Uhr

Druck/Design:

Fink GmbH – Druck und Verlag

Auflage: 5000

Für den Inhalt der einzelnen Beiträge sind ausschließlich deren Verfasser verantwortlich. Alle Rechte der Vervielfältigung sind nur mit Genehmigung des Vereins ph e.v. und des Verfassers möglich. V.i.S.d.P.: Hans-Dieter Kulla

Wir bedanken uns herzlich für die freundliche Unterstützung durch unsere Fördermitglieder

Bayer Vital GmbH, Leverkusen
Janssen Cilag GmbH, Neuss
MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar

Wir danken

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München
die diesen Rundbrief ebenfalls unterstützt hat.

Spendenkonto ph e.v.

Spar- und Kreditbank
Rheinstetten eG
IBAN: DE09 6606 1407 0008 0245 96
BIC: GENODE61RH2

Spendenkonto René Baumgart-Stiftung:

Bank für Sozialwirtschaft Karlsruhe
IBAN: DE18 6602 0500 0008 7057 00
BIC: BFSWDE33KRL



pulmonale Hypertonie e.v.

Gemeinnütziger Selbsthilfverein
Rheinaustr.94
76287 Rheinstetten
Tel: +49 (0)7242 9534 141
Fax: +49 (0)7242 9534 142

E-Mail: info@phev.de
Internet: www.phev.de

