



pulmonale hypertonie e.v.



N°46

Dezember 2020

Rundbrief



Gemeinschaft

Zusammen stark

Lebensmut **Träume**

Gespräche **Abstand halten**

Netzwerk **Leben mit Corona**

Blieb zuhause

Lebensfreude

Chancen **Selbstwert** **Nachbarschaftshilfe**

Test **Home Office**

Liebe **Begeisterung**

Lebenslust

Lichtblick

Schnelltest

Dankbarkeit

Ausweg

Lungenhochdruck

Lächeln

Mut

Hoffnung

Rücksicht

Versorgung

Online-Forum

Besuchsverbot

Familie

Freundlichkeit

Stärke

Güte

Unsicherheit

Moral

Helden

Interesse

WIR hilft

Freundschaft

Veränderung

Digitales Lernen

Zuversicht

Patenschaft

Angst

Teilen

Motivation

forum



„Lungenhochdruck? Klingt nach etwas, das nur Raucher betrifft.“

Falsch gedacht

Lungenhochdruck ist eine Erkrankung, die unabhängig von schlechten Gewohnheiten auftritt. Informiere Dich auf <http://jmc.link/de-pah>



Grußwort

DES VORSTANDS

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

noch immer hat uns Corona im Griff. Das merken Sie auch an dieser Ausgabe des Rundbriefs. Sie enthält viele Artikel zu diesem Thema. Sicher vermissen Sie die Beiträge der Landesverbände, aber wenn keine Veranstaltungen durchgeführt werden können, kann auch leider nichts berichtet werden.

Besonders leid tut uns, dass auch unser jährliches Patiententreffen, sowie die Mitgliederversammlung Corona bedingt nicht stattfinden konnten.

Wir haben im November ein Webinar mit fast 200 Teilnehmern durchgeführt.

Das ist ein großer Erfolg und ich möchte mich bei Prof. Grünig für die interessanten Vorträge, sowie die gute Vorbereitung herzlich bedanken. Dies ist kein Ersatz für unser großes Treffen, aber immerhin ein virtueller Kontakt.

Wir werden es wiederholen.

Erfreulich ist, dass wir den Journalistenpreis des Vereins und den Forschungspreis der René Baumgart Stiftung auch dieses Jahr wieder überreichen durften, wenn auch unter Ausschluss der Öffentlichkeit. Für unseren Verein spielt die gegenseitige Hilfe eine große Rolle.

So freuen wir uns, dass unsere Idee der Patenschaften eine positive Resonanz gefunden hat. In diesem Rundbrief lesen Sie, wie sich das abgespielt hat. Allen Paten sei hiermit ein großes Dankeschön ausgesprochen für ihren Einsatz.

Wir klagen zu Recht über Corona und die Auswirkungen der Pandemie. Vielleicht müssen wir die neue Situation aber auch als Chance sehen, Dinge anders zu machen. Ich denke dabei daran, mehr Zeit aufzubringen für die gegenseitigen Bedürfnisse und die Kommunikation.



Auch Home Office und Digitalisierung werden in Zukunft eine größere Rolle spielen.

Aber was wären wir alle ohne Hoffnung? Und so stimmen uns die Nachrichten über die möglicherweise schnelle Zurverfügungstellung von Impfstoffen hoffnungsvoll.

In diesem Sinne grüße ich Sie alle herzlich und wünsche Ihnen schöne Feiertage.

Herzlichst

Ihr

Hans-Dieter Kulla

Wir trauern um Frau Eva Chlupka

Überraschend hat uns Anfang September die Nachricht über den Tod unserer ehemaligen Landesleiterin Eva Chlupka erreicht. Eva begann Ihr Amt als Leiterin des Landesverbands Nordrhein-Westfalen Ende 2016 und legte aufgrund gesundheitlicher Probleme ihr Amt Ende 2019 nieder.

Unser Mitgefühl gilt ihren Angehörigen. Eva bleibt uns in dankbarer Erinnerung.

Vorstand und Team des ph e.v.

Ausgabe Nr. 46

INHALTSVERZEICHNIS

○ Seite 6-9

Diagnostik und Therapie, Beitrag von Prof. Dr. med. Ekkehard Grünig, PD Dr. Christina Eichstaedt und BSc Nicola Bejamin

○ Seite 10-12

Bewegungstraining mit Herrn Roßmann

○ Seite 13

Preisverleihung Journalistenpreis

○ Seite 14/15

Preisverleihung Forschungspreis

○ Seite 16/17

Patenschaften

○ Seite 18/19

Guardians of PH

○ Seite 20

Spenden

○ Seite 21

Adressen der Landesleiter

○ Seite 22

Achse Mitgliederversammlung online

○ Seite 23

Influenza-Impfung

○ Seite 24/25

Pneumokokken-Impfung

○ Seite 25

Behandlungsempfehlungen der Sauerstofftherapie

○ Seite 26-28

Langzeit Sauerstofftherapie

○ Seite 28

Studie zur Lungenkrankheit COPD

○ Seite 29

Erwerbsminderungsrente

○ Seite 30/31

Luftreiniger - Aerosole

○ Seite 31

Integrationsämter: Aufgaben und Ziele

○ Seite 32/33

Ernährung der Lunge

○ Seite 33

Klinische Studien zu Lungenkrankheiten

○ Seite 34/35

Digitalisierung: Elektronische Patientenakte

○ Seite 36/37

Vereinsinterne Informationen

○ Seite 39

Forschung: Kapillarmikroskopie

○ Seite 40/41

Schutzmasken für Risikopatienten

○ Seite 41

Corona Warn-App

○ Seite 42-44

Interview mit Dr. Klose

○ Seite 45

Bewertung des individuellen Risikos durch Corona

○ Seite 46/47

Neue SARS-CoV-2-Variante

○ Seite 48/49

COVID-19-Risikogruppen

○ Seite 49

Lungenfunktionstest in der Pandemie

○ Seite 50/51

4 von 5 COVID-19-Patienten entwickeln neurologische Beschwerden

○ Seite 51

Vitamin D - Indikator für Covid-Verlauf

○ Seite 52

Interessante Links

○ Seite 53

Kortikosteroide bei COVID-19

○ Seite 54/55

Ausschreibung Forschungspreis/ Wer war René Baumgart?

○ Seite 56/57

Literaturhinweise/ Journalistenpreis

○ Seite 58-60

Dauerspende/Beitrittserklärung

○ Seite 61

Impressum

○ Seite 62/63

Pressespiegel

○ Seite 64

Sauerstoffversorgung im Urlaub

Verabschiedung von Frau Wolsfeld

Wir haben uns sehr gefreut, dass uns Frau Mechthild Wolsfeld Ende August in unserem Büro in Rheinstetten besucht hat. Zum Abschied in ihrer Funktion als Landesleiterin für Saarland/Rheinland-Pfalz wollte sie trotz der Corona Pandemie persönlich nochmals bei uns vorbeikommen. Seit Ende 2017 war Mechthild „Meggy“ Landesleiterin. Für ihre Arbeit und ihr Engagement zusammen mit ihrer Stellvertreterin Petra Hoffmann möchten wir herzlich danken!
Der Vorstand



Wichtige

TERMINE 2021

07.-10. April.2021
DGK Kongress in Mannheim

02.-05. Juni 2021
61. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. in Leipzig

25.-26. Juni 2021
Bad Reichenhaller Kolloquium
2021 – Bayern

04. September 2021
Symposium Lunge Hattingen



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

Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung konnte aufgrund der Pandemie nicht wie geplant am 9. Mai 2020 durchgeführt werden. Eine Online-Mitgliederversammlung können wir nicht durchführen, da es erforderlich wäre, dass alle unsere Vereinsmitglieder einen Zugang zum Internet haben. Wir wissen, dass dies nicht der Fall ist. Für ein gültiges Ergebnis per Briefwahl würden mindestens 50% der Mitglieder fristgerecht abstimmen müssen. Auch dies ist erfahrungsgemäß nicht zu erwarten. Deshalb wird die Mitgliederversammlung auf 2021 verschoben.

Der Vorstand bleibt lt. Satzung bis dahin im Amt. Zu unserer Entscheidung haben wir unsere Dachverbände hinzugezogen.

Sobald die Umstände es erlauben, werden wir eine Mitgliederversammlung durchführen und alle Mitglieder fristgerecht dazu einladen.

Der Vorstand



Termin bitte vormerken: 22. bis 24. Oktober 2021



23. bundesweites PH-Patiententreffen mit Angehörigen

Im Jubiläumsjahr 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

Neue Entwicklungen in Diagnostik und Therapie der pulmonalen Hypertonie



Prof. Dr. med. Ekkehard Grünig



PD Dr. Christina Eichstaedt



BSc Nicola Benjamin

von Prof. Dr. med. Ekkehard Grünig, PD Dr. Christina Eichstaedt und Nicola Benjamin
Sektion Zentrum für pulmonale Hypertonie, Thoraxklinik Heidelberg gGmbH am Universitätsklinikum Heidelberg

Was ist neu in der Klassifikation und Diagnostik

Auf der Weltkonferenz für Lungenhochdruck in Nizza Anfang 2018 wurde eine neue Definition der pulmonalen Hypertonie vorgeschlagen. Da Gesunde einen mittleren pulmonal arteriellen Mitteldruck (mPAP) um 14 mmHg haben und neue Studien unter anderem von Prof. Horst Olschewski und seinem Team mit Prof. Gabor Kovacs aus Graz zeigten, dass mPAP Werte > 20 mmHg die Lebenserwartung verkürzen, wurde als neuer Grenzwert ein Mitteldruck >20 mmHg vorgeschlagen (bislang

galt ≥ 25 mmHg, siehe Abbildung 1). Nach der neuen Definition des Lungenhochdruckes besteht dieser ab einem Druck von 21 mmHg bei gleichzeitiger Erhöhung des pulmonalen Gefäßwiderstands auf >3 WU (entspricht $240 \text{ dynes} \cdot \text{sec} \cdot \text{cm}^{-5}$) und einem pulmonal arteriellen Verschlussdruck <15 mmHg.

Der Grenzwert des pulmonalen Gefäßwiderstands (PVR) wird noch diskutiert, da es auch hier zunehmend mehr Hinweise gibt, dass bereits ein Widerstand von >2 WU prognostische Auswirkungen hat

und Gesunde sowohl in Ruhe als auch unter Belastung Werte von 0,8-1,2 WU aufweisen. Der „richtige“ Grenzwert wäre daher aus unserer Sicht 2 WU. Über 3 WU ist zu hoch. Die Vorschläge aus der Weltkonferenz in Nizza entsprechen aber nicht einer Leitlinie und werden bei der nächsten Leitlinienkonferenz voraussichtlich 2022 weiter besprochen.

Diese neue Definition soll helfen, Lungenhochdruckpatienten früher als bisher zu erkennen und früher zu behandeln. In den nächsten Jahren wird es daher zunehmend Studien geben, die untersuchen, ob durch eine frühe Therapie ein besserer Verlauf erreicht werden kann. Eine erste Pilotstudie bei Patienten mit Sklerodermie und früh entdecktem Lungenhochdruck (EDITA) haben wir 2019 veröffentlicht.

Insbesondere bei Risikogruppen wird eine regelmäßige Früherkennung untersucht empfohlen. So bieten wir in Heidelberg bei Patienten mit der Rheumaerkrankung systemischer Sklerose und bei Familienmitglie-

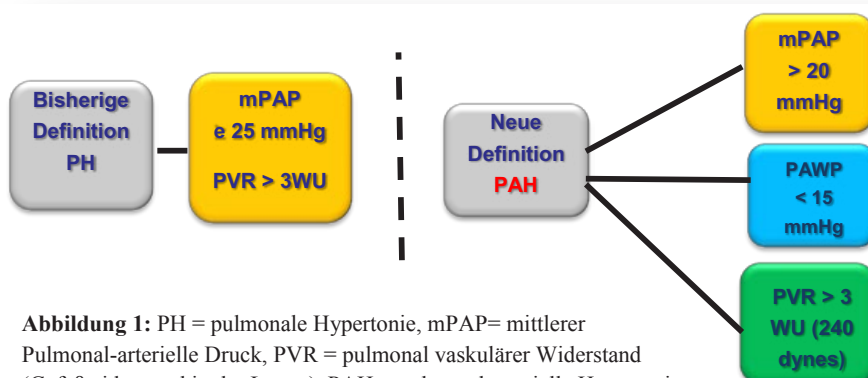


Abbildung 1: PH = pulmonale Hypertonie, mPAP= mittlerer Pulmonal-arterielle Druck, PVR = pulmonal vaskulärer Widerstand (Gefäßwiderstand in der Lunge), PAH = pulmonal arterielle Hypertonie, PAWP: pulmonal arterielle Wedge Druck (misst Rückstau vom linken Herzen in die Lunge)

Publikation: nach Simonneau G et al. Eur Respir J. 2019 Jan 24;53(1):1801913. doi: 10.118

den von Patienten mit pulmonaler arterieller Hypertonie klinische und genetische Untersuchungen an, um das Risiko für die Entwicklung eines Lungenhochdrucks abschätzen zu können und die Erkrankung frühzeitig festzustellen. Ab nächstem Jahr möchten wir eine weitere Studie zur Frühtherapie der PAH starten.

Genetik

Bei > 85% der Patienten mit familiärer Häufung einer PAH und bei etwa 25% der sporadischen PAH sind inzwischen Mutationen bei 16 verschiedenen Genen beschrieben worden. Wenn jemand mit PAH sich oder seine Familienmitglieder untersuchen lassen möchte, ob eine genetische Disposition besteht, kann dies in humangenetischen Fachlaboren durchgeführt werden. Dabei sollten mindestens alle 16 Gene untersucht werden. In Heidelberg haben wir in Zusammenarbeit mit dem Institut für Humangenetik hierfür ein PAH spezifisches Gen-Panel entwickelt und zum Patent angemeldet, auf dem alle bekannten 16 PAH Gene und mehr als 40 weitere Kandidatengene hinterlegt sind, die mittels Next-Generation-Sequenzierung analysiert werden (Abbildung 2). Das PAH-Gen-Panel ist zertifiziert und wird von den Krankenkassen bezahlt. Es ermöglicht die Befunderstellung für PAH-Patienten und deren Familienangehörige. Die zusätzlichen Kandidatengene helfen dabei, neue Genorte zu entdecken. So konnte bei einer Familie, die von Prof. Hoyer in Hannover betreut und in Heidelberg klinisch und genetisch untersucht wurde, 2017 durch das Panel ein neuer PAH-Genort gefunden werden (KLF2, Abbildung 3). Weitere genetische Veränderungen konnten wir in Zusammenarbeit mit PD Dr. Halank, Dresden, Prof. Seifarth, Leipzig, Dr. Klose, Hamburg, PD Dr. Gall, Giessen, Prof. Wilkens, Homburg, Prof. E. Mayer, Bad Nauheim, Prof. Ewert, Greifswald, Prof. Ullrich, Zürich und anderen PH-Zentren bei Patienten mit Medikamenten-indu-



Abbildung 2: PAH.-Gene-Panel

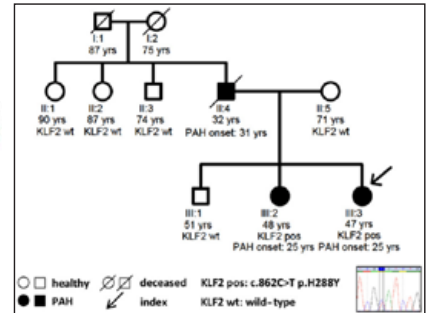


Abbildung 3: Familie bei der durch die PAH-Gen-Panel-Untersuchung eine KLF2-Mutation entdeckt wurde.

Publikationen: Eichstaedt, .. Hoyer,.. Grünig et al. First identification of Krüppel-like factor 2 mutation in heritable pulmonary arterial hypertension. Clin Sci 2017
 Eichstaedt,..Hinderhofer, .. Grünig et al. Identification of genetic defects in pulmonary arterial hypertension by a new gene panel diagnostic tool. Clin Sci 2016
 Eichstaedt CA, .. Grünig et al. Genetic Predisposition to High-Altitude Pulmonary Edema. High Alt Med Biol. 2020

zierter pulmonal arterieller Hypertonie, idiopathischer PAH, assoziierter PAH bei angeborenem Herzfehler, bei pulmonal veno-okklusiver Erkrankung und bei chronisch thromboembolischer pulmonaler Hypertonie identifizieren. Neue genetische Befunde in Heidelberg zeigten, dass auch bei Lungenhochdruck-Patienten mit Sarkoidose und bei Bergsteigern, die ein Höhenlungenödem entwickelt haben, eine genetische Disposition zur PAH bestehen kann.

Aktuelle Entwicklungen in der Therapie

Nur etwa 24% der Patienten erreichen im Verlauf der Erkrankung durch die Therapie den niedrigen Risikobereich (grüne Zone), der mit

einer sehr guten Prognose verbunden ist (Abbildung 4).

In der Abbildung sieht man, dass laut den Daten aus dem größten europäischen Register für Lungenhochdruck, genannt Compera-Register, zum Zeitpunkt der Erstdiagnose 70,3 % der Patienten schon im gelben Bereich und 17,4 % im roten Risikobereich waren. Das bedeutet, 87,7% der Patienten waren vor Beginn einer Therapie schwer krank, hatten Luftnot bereits bei leichter Belastung oder in Ruhe, eine sehr eingeschränkte Belastbarkeit/Gehstrecke und ein vergrößertes rechtes Herz mit eingeschränkter Herzkraft. Die rechte Säule der Abbildung zeigt die Befunde Monate nach Therapiebe-

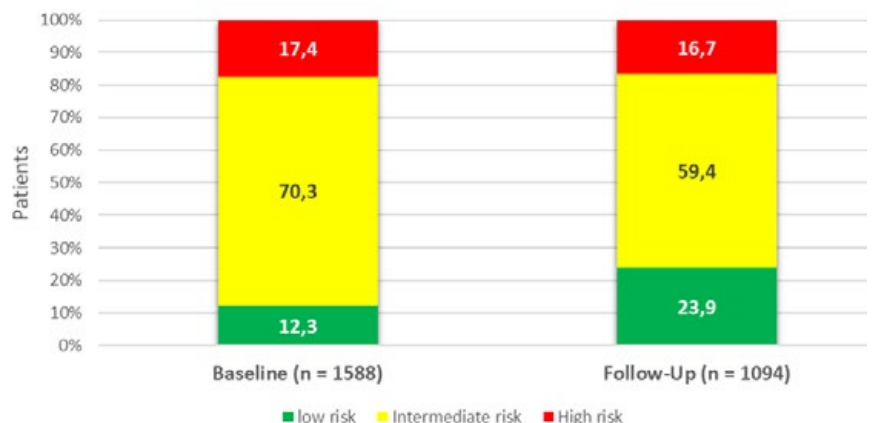


Abbildung 4 nach einer Publikation über das Compera-Register von Hoyer, .. Grünig et al. ERJ 2017

ginn mit Lungenhochdruck-Medikamenten. Hier waren immer noch fast 60% der Patienten im gelben also intermediären Risikobereich und 16,7 % in der roten Zone. Das weitere Vorgehen bei Patienten, die trotz spezifischer PH-Therapie noch ein hohes Risiko gemäß den Kriterien der ERS/ESC Leitlinie aufweisen, ist daher besonders wichtig.

Was kann man tun, wenn die Erkrankung noch nicht zufriedenstellend eingestellt ist?

Laut den derzeit gültigen Leitlinien für Lungenhochdruck sollten nun weitere Medikamenten eingesetzt werden (Zweifach- oder Dreifach-Therapie).

Erste Ergebnisse der REPLACE-Studie:

Vor wenigen Wochen wurden die Ergebnisse der Replace-Studie vorgestellt. Diese Studie hatte untersucht, ob man auch anstelle der Gabe eines weiteren Medikaments ein Medikament aus der Gruppe der Phosphodiesterasehemmer (also Sildenafil oder Tadalafil ersetzen kann durch Riociguat, das möglicherweise stärker wirkt).

Tatsächlich ging die Studie positiv aus. Patienten, die auf Riociguat umstellten, erreichten signifikant häufiger eine klinische Verbesserung im Verlauf als Patienten, die die Therapie nicht umstellten (41% vs. 20%). Zudem verbesserten sich die Patienten nach Umstellung in ihren Symptomen (WHO Funktionsklasse) bei einer guten Sicherheit und Verträglichkeit der beiden Therapien. Die Ergebnisse wurden von Prof. Hoepfer (Hannover) auf dem Europäischen Pneumologenkongress (ERS Kongress) vorgestellt.

In der ebenfalls auf dem ERS Kongress vorgestellten TRITON Studie wurde der Effekt einer initialen Therapie mit drei PAH-spezifischen Wirkstoffen (Macitentan + Tadalafil

+ Selexipag) mit dem Effekt von zwei Wirkstoffen (Macitentan + Tadalafil) verglichen. Die Ergebnisse der Studie zeigten keinen signifikanten Unterschied im primären Endpunkt der Studie, dem pulmonal vaskulären Widerstand.

Aktuelle Studien

In den vergangenen Jahren konnte die Sektion Zentrum für pulmonale Hypertonie der Thoraxklinik an allen zulassungsrelevanten Medikamentenstudien zum Lungenhochdruck mitwirken und gehörte auch im internationalen/weltweiten Vergleich bei der Studienplanung/Patientenrekrutierung und bei den Publikationen zu den aktivsten Lungenhochdruckzentren. Auch in diesem Jahr führt das Zentrum für pulmonale Hypertonie eine Vielzahl von klinischen Forschungsvorhaben durch.

Derzeit wird u.a. die Wirksamkeit und Verträglichkeit von inhalativem Treprostinil (ein Prostazyklin-Analogon) untersucht, welches bisher nur i.v. oder subkutan verabreicht werden konnte. Die inhalative Verabreichung bedeutet eine deutlich vereinfachte Handhabung für die Patienten. Andere Studien untersuchen neue Medikamente für Patienten mit chronisch thromboembolischer PH, Lungenhochdruck bei Linksherzerkrankungen oder bei PH im Rahmen einer Sarkoidose. Auch der Einfluss einer Langzeitsauerstofftherapie auf die körperliche Belastbarkeit und Symptome wird aktuell in einer klinischen Studie untersucht.

Die Teilnahme an Studien ermöglicht den Patienten, neue, gut wirksame Medikamente oft bereits Jahre vor der Zulassung unter engmaschiger Betreuung zu erhalten. Sollten Sie an einer klinischen Studie teilnehmen wollen, können Sie sich in Ihrem PH Zentrum über das aktuelle Studienangebot informieren und besprechen, welche Studien für Sie in Frage kommen.

Europäische Studien zum Training bei pulmonaler Hypertonie

Weitere klinische Studien am Zentrum für pulmonale Hypertonie befassen sich u.a. mit einem spezialisierten Trainings- und Rehabilitationsprogramm für Patienten mit Lungenhochdruck, das neben dem körperlichen Training unter anderem auch eine psychologische Schulung und mentales Training umfasst und von Prof. Ekkehard Grünig und dem PH-Team in Zusammenarbeit mit der Rehabilitationsklinik Königstuhl bereits 2003 gestartet wurde.

Letztes Jahr wurde hierzu eine Stellungnahme einer gemeinsamen Arbeitsgruppe (Task Force) bei der Europäischen Pneumologengesellschaft (European Respiratory Society) gemeinsam mit europäischen Lungenhochdruckexperten veröffentlicht. In 2020 wurden in der sehr renommierten Zeitschrift *European Heart Journal* die Ergebnisse der ersten internationalen, multizentrischen Studie zum Training bei PH veröffentlicht (Publikation zur Veröffentlichung angenommen).

Im Rahmen dieses Projektes gelang es Prof. Grünig, Frau MSc Nicola Benjamin, PD Dr. Christina Eichstaedt und dem PH-Team (Dr. Benjamin Egenlauf, Dr. Panagiota Xanthouli, Dr. Christian Nagel und Satenik Harutyunova) 12 europäische PH-Zentren aus 11-EU-Ländern (siehe Abbildung 5) mit dem Heidelberger Trainingsprogramm vertraut zu machen. Wichtig war dabei, dass das Training in enger Zusammenarbeit zwischen dem PH-Expertenzentrum und der Rehabilitationsklinik durchgeführt wird. Im Rahmen dieses Projektes wurde die erste randomisierte, kontrollierte Trainingsstudie mit Einbindung mehrerer Zentren für pulmonale Hypertonie durchgeführt.

Abb. 5

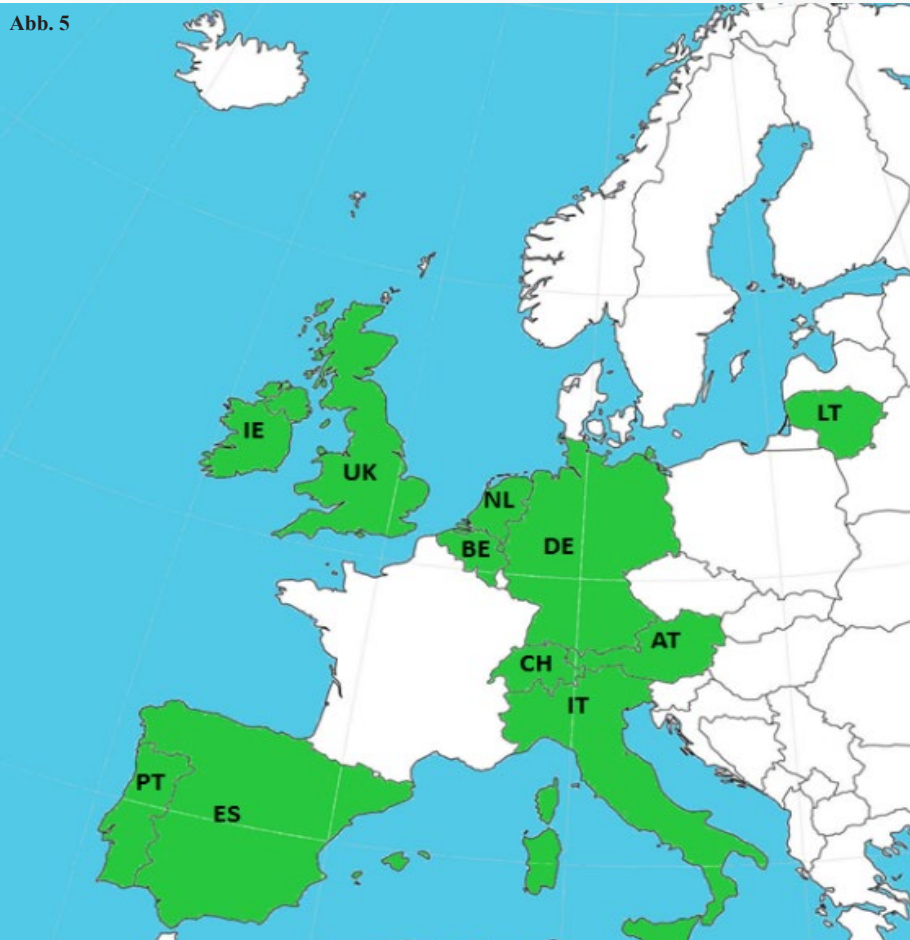


Abbildung 5 zeigt die EU-Länder, bei denen Lungenhochdruckzentren an der Trainingsstudie teilgenommen haben. Mit großem Aufwand wurde in jedem dieser Länder zumindest ein Zentrum in dem in Heidelberg entwickelten speziellen Reha- und Trainingsprogramm geschult und dort eine gemeinsame Multicenter-Studie durchgeführt. Die Ergebnisse werden dieses Jahr in der Zeitschrift *European Heart J* erscheinen.

Eine weitere, internationale, randomisierte, kontrollierte Studie zum Training bei PH-Patienten mit einer diastolischen linksventrikulären Dysfunktion soll in Zusammenarbeit mit der Abteilung Innere Medizin III, Kardiologie im nächsten Jahr begonnen werden.

Patientenbetreuung während Corona

Viele Patienten sind verunsichert und haben auf die allgemeinen Empfehlungen hin ihre Kontakte

nach außen stark eingeschränkt. Auch die Kontrolltermine wurden in der Zeit des Lockdowns im März/April dieses Jahres häufig verschoben. Bei einem stabilen Krankheitsverlauf kann inzwischen in vielen Zentren ein Kontrolltermin auch telefonisch oder als Video-Konferenz angeboten werden, so dass das Intervall bis zur nächsten

Kontrolle verlängert wird. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sind andererseits sehr wichtig, um die Erkrankung stabil zu halten. In den PH-Zentren wird daher derzeit viel Aufwand betrieben, die Patienten und Mitarbeiter vor einer Ansteckung zu schützen. So werden derzeit in der Thoraxklinik alle Patienten, die stationär aufgenommen werden, mit einem Corona-Schnelltest untersucht. Auch Mitarbeiter erhalten regelmäßig Schnelltests. Sowohl Patienten und Mitarbeiter tragen Masken und beachten die Regeln. Es gibt Eingangskontrollen und spezielle Besucherregeln. Patienten, die an Corona erkrankt sind, werden auf eigenen Stationen untergebracht, die von den Normalstationen auch räumlich getrennt werden. Das Betreuungsteam vom PH-Zentrum versorgt nicht die Covid-Patienten, um auch hier das Übertragungsrisiko zu minimieren. Bislang ist es bei uns noch nicht zu einer Ansteckung der PH-Patienten durch den Aufenthalt im Krankenhaus gekommen. Insgesamt werden auch nur sehr wenige Erkrankungsfälle bei Lungenhochdruckpatienten berichtet. Das spricht dafür, dass die PH-Patienten vorsichtig sind. Wir hoffen, dass dies so bleibt und möchten alle Patienten ermutigen, Ihre notwendigen Kontrolltermine trotz Covid-Pandemie wahrzunehmen.



PH-Team der Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg



Die Onlinebewegungsstunde für PH-Patienten

DAS BEWEGUNGSPROGRAMM NACH DEM 4-STRUKTURENKONZEPT VON MARKUS ROSSMANN

Teil II – Das gesündere Krafttraining

Seit Beginn der Corona Pandemie hat mich der Verein engagiert, 1x pro Woche ein spezielles Bewegungsprogramm für die Mitglieder online durchzuführen. Die wöchentliche Bewegungsstunde ist ein großer Erfolg. Die Stunden werden nicht nur während der Lock Downs gut angenommen, sondern viele Mitglieder sind dankbar und begeistert 1x pro Woche von zu Hause aus, ihren Bewegungsdrang stillen zu können. Warum?

Die Online Live Bewegungsstunde bietet allen Vereinsmitgliedern die Möglichkeit, **bequem und von zu Hause**, eine zusätzliche Bewegungseinheit zu erhalten. Des Weiteren schätzen die Teilnehmer, dass sie auf Grund meiner internationalen Expertise und das daraus entstandene neue **4-Strukturen Konzept** (siehe letzte Ausgabe), teilweise neue, etwas andere Bewegungsimpulse erhalten.

Ich möchte auch in dieser Ausgabe darauf hinweisen, dass eine Online Bewegungsstunde niemals eine Livestunde vor Ort ersetzen kann. Das »Gruppen Live Erlebnis« vor Ort, der Rat und das geschulte Auge des qualifizierten Trainers und, zu guter Letzt, der direkte Austausch mit den Mitgliedern, bleiben in Ihrer Wirkung unübertroffen. Online live Stunden sind eine sehr wirkungsvolle Ergänzung zum normalen Angebot! Nicht mehr, aber auch nicht weniger!

In dieser Ausgabe möchte ich mehr auf kräftigende Übungen eingehen! Kräftigende Übungen für die Mus-

kulatur, wie sich herausgestellt hat, nicht nur wichtig um den Körper zu stabilisieren und von Schmerzen zu befreien. Das Trainieren der Muskeln bewirkt auch die Bildung von wichtigen Botenstoffen, den sog. **Myokinen**. Immer wenn Sie Ihre Muskeln benutzen, produzieren diese bis zu 400 unterschiedliche Botenstoffe. Der Wissenschaft war lange nicht bekannt, was diese Botenstoffe im Körper bewirken. Erst jetzt fängt man an sie zu entschlüsseln! Die regelmäßige Produktion und Ausschüttung in den Körper bewirken eine signifikante Gefahrensenkung an einer Zivilisationserkrankung wie z.B. Alzheimer, Parkinson, Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen u. a. zu erkranken.

Je mehr Muskeln in einer Übung aktiviert werden desto größer ist die Menge der produzierten Botenstoffe. Deswegen ist es effizienter, Übungen durchzuführen, die möglichst viele Muskeln in einer Übung aktivieren! **Neu**, ist die Wirkung vom sog. „**Aktivieren der Muskulatur in der Länge**“!

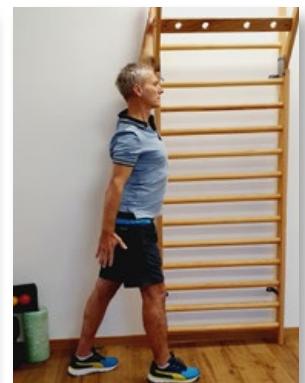
Dabei werden, wenn möglich, ganze Muskelgruppen vorgedehnt und dann aktiviert (siehe genauere Vorgehensweise bei den Übungen). Studien zeigen, dass man durch diese Art von Übungen nicht nur die Muskulatur kräftigt, sondern auch Einfluss auf die umliegenden **faszialen Strukturen** hat. Dadurch verbessert man nicht nur die **Kraft**, sondern auch die **Beweglichkeit**. Zusammengefasst kann man sagen:

Klassisches Krafttraining verbessert die wichtige Komponente „**Kraft**“! **Aktivierung der Muskulatur in der Länge** verbessert die wichtigen Komponenten

- ✓ **Kraft**
- ✓ **Beweglichkeit**
- ✓ **Körperhaltung**

Damit erweisen sich Übungen „**Aktivierung der Muskulatur in der Länge**“ definitiv als das effizientere Training, im Besonderen, wenn es um die Förderung der Gesundheit geht! Was heißt das nun für die Praxis? Werfen Sie Ihre vorhandenen Trainings- und Bewegungsabläufe nicht

✓ **Zum Ausgleich vom vielen Sitzen ist klassisches Krafttraining gut, aber aktivieren der Muskulatur in der Länge, besser! Fotos: Privat**



über Bord, sondern fangen Sie an die ein oder andere neue Übung (Aktivierung der Muskulatur in der Länge) in Ihren Stundenablauf zu integrieren, sodass sich der Körper langsam an die neuen Reize gewöhnen kann. Wissenschaft hin oder her, ich glaube fest daran, dass eine gesunde Mischung von unterschiedlichen Kraft- und Dehnungsübungen immer noch das Beste ist!

Nun wünsche ich Ihnen viel Spaß und Erfolg mit den folgenden Übungen für **Aktivierung der Muskulatur in der Länge!**

Ich würde mich sehr freuen, Sie in Zukunft bei meinen Online Stunden begrüßen zu dürfen. Keine Scheu vor der Technik! Es ist viel einfacher als Sie denken! Einfach den Link anklicken, den Sie vom Verein per Email zugeschickt bekommen! Fragen Sie doch mal ein Mitglied, das schon regelmäßig dabei ist

Termin: Jeden Dienstag um 18 Uhr (siehe Terminübersicht)!

Die Übungen

Bitte bei der Durchführung der Übungen folgendes beachten:

- ✓ EIGENVERANTWORTUNG – Bitte nur Übungen durchführen, die Sie sich zutrauen
- ✓ KÖRPERWAHRNEHMUNG – Während der Übungsausführung den eigenen Körper spüren, um Überbelastungen zu vermeiden
- ✓ MUT ZUM AUFHÖREN – fühlen Sie sich bei einer Übung unsicher bzw. überbelastet, dann brechen Sie die Übung ab. Man kann jede Übung leichter oder schwerer gestalten. Dafür wenden Sie sich aber bitte an Ihren Trainer oder Therapeuten!
- ✓ Jede Übung soll 15-20 Sekunden durchgeführt und 2x wiederholt werden
- ✓ Immer gleichmäßig weiter atmen
- ✓ Blick ist, wenn möglich, immer nach vorne gerichtet
- ✓ Kopf nicht hängen lassen – eher sich vorstellen, dass man bei den Übungen größer wird

Der Leuchtturm



Fotos: Privat

Stellen Sie sich in einen Türrahmen. Strecken Sie, so weit wie möglich, den linken Arm nach oben. Das rechte Bein steht vor dem linken Bein (Schrittstellung). Gehen Sie mit Ihrer Schrittstellung so weit nach vorne, dass möglichst viel vom Arm am Türrahmen anliegt und sie eine deutliche Vorspannung in der Linken Seite spüren. Die Handinnenfläche ist maximal geöffnet, die Finger gespreizt. Nun drücken Sie aktiv mit der linken Hand/Unterarm in den Türrahmen für ca. 15-20 Sekunden (2 Durchgänge). Wechseln Sie die Seite!

Die breite Brust



Fotos: Privat

Strecken Sie den linken Arm aus und halten Sie die komplette Handinnenfläche an einer Kante des Türrahmens! Die Handinnenfläche ist, wenn möglich, maximal geöffnet, die Finger gespreizt. Nehmen Sie Schrittstellung ein (z.B. linke Hand am Türrahmen – rechtes Bein vorne) und gehen Sie mit dieser so weit nach vorne, dass Sie im Brustkorb und Arm eine deutliche Vorspannung fühlen. Nun drücken Sie für ca. 15-20 Sekunden aktiv die Hand in den Türrahmen. Danach drehen Sie den Arm nach Außen und gehen mit der Ausgangsstellung des Armes etwas höher und drücken mit der Handaußenkante in den Türrahmen. Für den dritten Durchgang drehen Sie den Arm komplett nach Innen, gehen mit der Ausgangsstellung des Armes etwas niedriger und drücken mit der Handinnenkante in den Türrahmen!

Das aktive Fragezeichen



Fotos: Privat

Spannung im rechten Arm und in der rechten Seite spüren! Wechseln Sie auf die andere Seite!

Überkreuzen Sie im Stehen das rechte Bein hinter dem linken Bein und biegen Sie sich mit ausgestrecktem Arm und Körper nach links. Nun nehmen Sie die linke Hand und umgreifen von oben das rechte Handgelenk. Jetzt drücken Sie für ca. 15-20 Sekunden aktiv das rechte Handgelenk in die linke Hand nach oben, sodass sie eine deutliche

Markus Roßmann
Dipl.Sportl.Univ./Certified Rolfer™
Gründer von Concept-Rossmann
Dozent
Buchautor



Portrait von Christian Schoppe

QualitätsExperte 2020
Erfolgsgemeinschaft.com

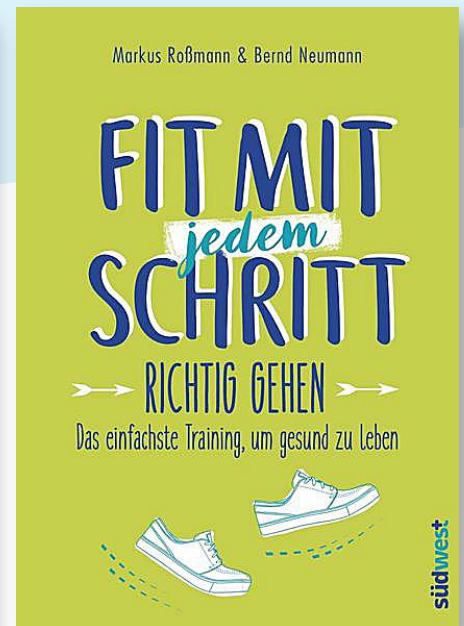
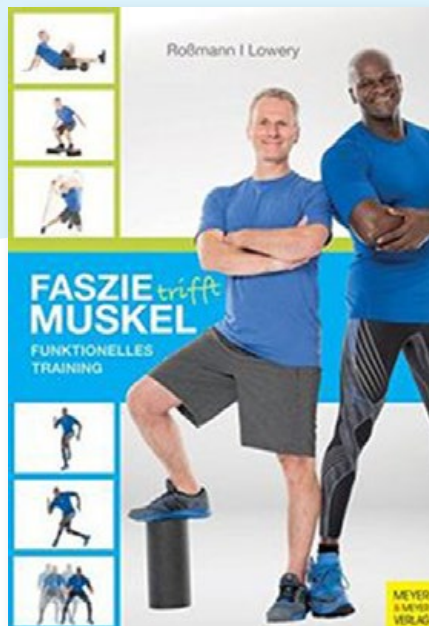
TOP SPEAKER 2020
Professioneller Redner
www.top-speaker.com

Dipl.-Sportl. Univ./Certified Rolfer™ Markus Roßmann

ist Buchautor und Gesundheits- und Faszienspezialist. Auf Grund seines Expertenstatus und seines Bekanntheitsgrades ist er nicht nur ein international gefragter Dozent, sondern wird international für seine Vorträge und Seminare gebucht. Neben Europa war er als Experte schon in Ländern wie Brasilien, China, Singapur, Ecuador und USA im Einsatz. Weiterhin wurde er schon mehrfach von Hapag Lloyd als Gesundheitsexperte auf den Kreuzfahrtschiffen MS Europa und MS Europa 2 gebucht.

Sein Schwerpunkt liegt in der Entwicklung von effizienten, zeitsparenden Bewegungsprogrammen zur präventiven und rehabilitativen Förderung der Gesundheit!

Bücher



Kontakt:

Concept-Rossmann
 Markus Roßmann
 Adrian-Stoop-Str. 11
 83707 Bad Wiessee
 Tel.: +49(0)8022-9150302
 www.concept-rossmann.com
 Email: info@concept-rossmann.com

Literatur:

- Cecilia F. Aquino et. al.: "Stretching versus strength training in lengthened position in subjects with tight hamstring muscles: A randomized controlled trial" – Manual Therapy 2009 (1-6)
- Walter Herzog: "The multiple roles of titin in muscle contraction and force production" – Biophysical Review (2018) 10: 1187-1199 – <https://doi.org/10.1007/s12551-017-0395-y>
- "Die geheimen Botschaften der Muskeln – PM 05-2014"

Journalistenpreis 2020

„Gemeinsam gegen Lungenhochdruck“ geht an Olaf Schwabe

VEREIN PULMONALE HYPERTONIE E.V. ZEICHNET FERNSEHBEITRAG ÜBER JUNGE PATIENTIN AUS

Rheinstetten, im November 2020.

„Gemeinsam gegen Lungenhochdruck“ – unter diesem Motto hat der gemeinnützige Selbsthilfeverein pulmonale Hypertonie (ph) e.v. auch 2020 einen Journalistenpreis verliehen.

„Gerade in diesen Zeiten der Corona-Pandemie ist es enorm wichtig, dass wir Präsenz zeigen“, erklärt der 1. Vorsitzende von ph e.v., Hans-Dieter Kulla. Der mit 3 000 Euro dotierte Preis ging an den freien Journalisten und TV-Autor Olaf Schwabe für seinen Beitrag „Lungenhochdruck“ im Magazin „Volle Kanne“ des ZDF.

Olaf Schwabe porträtiert darin die an Lungenhochdruck erkrankte Lisa Graf.

Einfühlsam zeigt er den Alltag der 25-jährigen, die ständig darauf achten muss, dass sie sich nicht überanstrengt, weil die Erkrankung ihr Herz schwer geschädigt hat. Schon Treppensteigen wird zur Herausforderung.

Dank der liebevollen Unterstützung ihrer Eltern und dank ihrer positiven Einstellung hat sich die sympathische junge Frau ein Stück Lebensfreude bewahrt. Begleitet von einer Freundin, unternimmt sie gelegentlich vorsichtige Ausflüge zum Reitstall.

„Der Film von Olaf Schwabe zeigt mit viel Emotion, wie Betroffene mit ihrer Situation umgehen können“, lobt Hans-Dieter Kulla.

Daneben vermittelt der Beitrag fundierte Informationen zur pulmonalen Hypertonie: Animierte Grafiken zeigen den Lungenkreis-

lauf, in dem verengte Gefäße zu einem Blutdruckanstieg führen.

Professor Hanno Leuchte, Leiter des Zentrums für Lungenhochdruck am Krankenhaus Neuwitelsbach in München, erläutert im Gespräch, warum die dauerhafte Erhöhung des Blutdrucks in der Lunge zu einer gefährlichen Überlastung des rechten Herzens führt.

Der Beitrag „Lungenhochdruck“ lief im Oktober 2019 im Magazin „Volle Kanne“ des ZDF. Lisa Graf, die bis zuletzt die Hoffnung auf Besserung nicht aufgegeben hatte, erlag im Mai dieses Jahres ihrer schweren Erkrankung.

Von Dr. Sibylle Orgeldinger



Forschungspreis 2020 der René Baumgart-Stiftung Preisverleihung – Forschen für ein Leben ohne Lungenhochdruck

Rheinstetten, Oktober 2020

Zum 17. 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 zwei Arbeiten verliehen, Preisträger sind:

- **Dr. med. Panagiota Xanthouli, Fachärztin für Innere Medizin, Pneumologie und Rheumatologie im Zentrum für pulmonale Hypertonie (PH), Thoraxklinik Heidelberg gGmbH - Universitätsklinikum Heidelberg und an**
- **Anna Birnhuber, PhD vom Ludwig Boltzmann Institute for Lung Vascular Research, Graz.**

Die prämierten Arbeiten entsprechen den wichtigen Bewertungskriterien wie Originalität, Innovation und klinische Relevanz.

Die ausgezeichneten Arbeiten:

Zusammenfassung: Haemodynamic phenotypes and survival in patients with systemic sclerosis: the impact of the new definition of pulmonary arterial hypertension von Preisträgerin:

Dr. med. Panagiota Xanthouli



Dr. med. Panagiota Xanthouli



Systemische Sklerose (SSc) ist eine seltene autoimmune Erkrankung mit einer Häufigkeit von 1-5/10.000 Einwohner. In 12-25% der Patienten kommt es zu einem begleitenden Lungenhochdruck (pulmonal arterielle Hypertonie, PAH). Lungenhochdruck äußert sich durch Luftnot, vor allem unter Belastung, allgemeinem Schwächegefühl und Leistungsabfall.

Da ein begleitender Lungenhochdruck das Überleben der Patienten einschränkt, ist eine Früherkennung notwendig und wird in den Leitlinien empfohlen.

Die definitive Diagnose des Lungenhochdrucks wird mittels Rechtsherzkatheteruntersuchung gestellt. Bei der letzten Weltkonferenz für PAH in Nizza 2018 wurde eine neue Definition für die PAH vorgeschlagen, bei der der mittlere Lungengefäßdruck (pulmonal-arterieller Druck) von ≥ 25 mmHg auf >20 mmHg gesenkt und ein Lungengefäßwiderstand ≥ 3 Wood Units (WU) bestehen muss um die Diagnose zu stellen.

In der mit dem René Baumgart Preis ausgezeichneten Studie wurde der Einfluss der neuen Definition auf die Frühdiagnose des Lungenhochdrucks untersucht. Daten von insgesamt 284 SSc-Patienten aus den Zentren Heidelberg und Zürich wurden analysiert.

Nach neuer Definition konnte die Diagnose Lungenhochdruck nur bei vier Patienten (1,4% der gesamten Kohorte) re-evaluiert und gestellt werden. Bei Patienten mit leicht erhöhten Lungendruck von 21-24 mmHg zeigten 28 einen Lungengefäßwiderstand von ≥ 2 WU und gleichzeitig Zeichen einer Lungengefäßerkrankung mit eingeschränkter Gehstrecke sowie verminderter Schlagkraft des rechten Herzens. Zudem konnte gezeigt werden, dass SSc-Patienten mit Lungengefäßwiderstand ≥ 2 WU bereits eine reduzierte Lebenserwartung im Vergleich zu Patienten mit einem Lungengefäßwiderstand <2 WU hatten. Für die Prognose der SSc-Patienten waren sowohl der Lungengefäßwiderstand als auch die Gehstrecke relevant.

Zusammenfassend zeigte diese Studie, dass die neuen Definitionskriterien für die Früherkennung und Frühdiagnose einer PAH bei Patienten mit SSc zu streng sind. Ein Lungengefäßwiderstand von ≥ 2 WU war bereits mit Zeichen einer Lungengefäßerkrankung und eingeschränkter Überlebensrate verbunden. Ein Grenzwert von 2 WU, statt des nun empfohlenen Grenzwerts von 3 WU, erscheint demnach bei SSc-Patienten für die Frühdiagnostik angemessen.

Zusammenfassung: IL-1-Rezeptorblockade verschiebt Entzündung in Richtung Th2 in einem Mausmodell der systemischen Sklerose

Preisträgerin: Anna Birnhuber, PhD



 Anna Birnhuber, PhD

of systemic sclerosis“ („IL-1-Rezeptorblockade verschiebt Entzündung in Richtung Th2 in einem Mausmodell der systemischen Sklerose“) hat untersucht, ob der wichtige Entzündungsmediator (IL)-1 bei der Entstehung von Schäden an den Gefäßen und am Lungengewebe beteiligt ist. Zu ihrer großen Überraschung stellte Anna Birnhuber im Rahmen ihrer Doktorarbeit am Ludwig-Boltzmann-Institut für Lungengefäßforschung und an der Medizinischen Universität in Graz/Österreich fest, dass die pharmakologische Blockade von IL-1 eher ungünstige Effekte auf die Lunge hatte. Die Erklärung lieferten umfangreiche weitere Untersuchungen der spezifischen Entzündungszellen: unter dem IL-1-Blocker verschob sich das Entzündungsprofil in Richtung auf Th2 Zellen, also in Richtung Allergie. Dies wiederum befeuerte die pathologischen Veränderungen. Anna Birnhuber wurde mittlerweile zum PhD promoviert und konnte gemeinsam mit ihren Kollegen die Studie 2019 im angesehenen European Respiratory Journal publizieren.

Beim Menschen gibt es chronische Krankheiten, bei denen gleich mehrere Organe in Mitleidenschaft gezogen werden, angefangen von der Haut über die Nieren bis hin zu den Lungen. Bei solchen systemischen Krankheiten spielt die systemische Sklerose eine besondere Rolle, denn sie ist nicht ganz selten und betrifft überwiegend Frauen ab dem 40. Lebensjahr. Vor wenigen Jahren wurde ein Mausmodell entwickelt, das durch eine genetisch induzierte gesteigerte Immunität praktisch alle pathologischen Veränderungen der systemischen Sklerose imitiert, und zwar innerhalb von wenigen Wochen.

Die Studie mit dem Titel „IL-1 receptor blockade skews inflammation towards Th2 in a mouse model

IL-1 Spiegel wurden in der Lunge von SSc-Patienten, sowie im Tiermodell untersucht. Im Tiermodell wurde durch hämodynamische Messungen sowie Lungenfunktionsmessungen, histologische und molekularbiologische Untersuchungen, und durch eine detaillierte Charakterisierung des Entzündungsprofils der Effekt der IL-1 Inhibierung untersucht. Ergänzend wurde der Einfluss von IL-1 Zytokinen auf die Funktion humaner pulmonal-arterieller Glattmuskelzellen und parenchymaler Fibroblasten in vitro untersucht, um die zugrundeliegenden Signalwege und Pathomechanismen zu entschlüsseln. Die Verzerrung der Immunantwort in Richtung Th2 Entzündung war mit der Bildung alternativ aktivierter Makrophagen assoziiert, welche die Zerstörung des Lungengewebes weiter vorantreiben können.

Die Experimente wurden also in vitro und in vivo durchgeführt, wobei menschliches Gewebe und menschliche Zellen sowie die Befunde der Mäuse miteinander in Beziehung gesetzt wurden. Diese translationale Forschung stellt einen idealen Weg dar, um Krankheitsmechanismen des Menschen nicht nur zu verstehen, sondern auch gleich effektive Therapien zu entwickeln. Diese Studie macht deutlich, wie wichtig ein gutes Verständnis der Pathomechanismen ist, welche der pulmonalen Hypertonie zugrunde liegen, um eine optimale Therapie für die Sklerodermie-assoziierte PAH zu entwickeln und unnötige Nebenwirkungen zu vermeiden.

Eine Information der René Baumgart-Stiftung

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Prof. Dr. med. Werner Seeger
Direktor der Inneren Medizinischen Klinik II
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH
Vorsitzender des Vorstands der René Baumgart-Stiftung
Tel.: 0641 99 42 350 Sekretariat
E-Mail: Werner.Seeger@innere.med.uni-giessen.de

René Baumgart-Stiftung

Rheinaustr. 94
76287 Rheinstetten
Tel.: 07242 9534 143
Fax: 07242 9534 142
info@rene-baumgart-stiftung.de
www.rene-baumgart-stiftung.de

"Patenschaft" bei uns

Liebe Mitglieder, Freunde und Interessierte, nun denkt ihr bestimmt:

Was bedeutet das, wie kommt man dazu, wo keinerlei Treffen möglich sind, jetzt - in dieser Zeit, kann das dann funktionieren?

Und doch funktioniert's, auch wenn Patenkind und Pate sich noch nie live gesehen haben, und sogar aus unterschiedlichen Bundesländern kommen.



 Jutta Gläser

Mein Patenkind Markus Bothmann aus Bovenden bei Göttingen (Niedersachsen) kam in diesem Jahr zu uns. Obwohl es ihm körperlich und seelisch sehr schlecht ging, konnte er selbst noch die Kraft aufbringen im Internet zu suchen, googeln... "Lungenhochdruck" - Seine Gedanken - wo gibt es Hilfe?

Er fand uns auf unserer Webseite und rief im Büro in Rheinstetten an. Ja, unser Verein hilft in vielen Richtungen bei diesem schweren Weg - z.B. bei der Suche nach

einem Expertenzentrum, Unterstützung bei der Beantragung von Schwerbehindertenausweis oder Pflegegrad, bei Fragen zu Sauerstoff, vermittelt Kontakte untereinander zum Erfahrungsaustausch und noch viel mehr.

Durch das Büro in Rheinstetten wurden wir bekannt gemacht, da wir die gleiche Diagnose hatten. Nur mein Patenkind stand noch ganz am Anfang, ich hatte das Schlimmste schon hinter mir!

Ich habe ihn angerufen, und meinem Patenkind fiel der erste große Stein vom Herzen, zu wissen:

„Ich bin nicht allein, da ist jemand, der mich versteht, alles durchgemacht hat was mir nun bevorsteht, körperlich und seelisch!“

So entstand unsere Patenschaft. Wir telefonieren mehrmals die Woche, dazwischen auch mal Nachrichten per Whats-App, hören und sprechen auch öfters zum/am Wochenende. Es ist sehr wichtig zu wissen, jederzeit anrufen zu können, auf gleicher Ebene zu reden.

Meinem Patenkind hilft dies sehr, es gibt ihm Kraft und Motivation durchzuhalten.

Durch meine eigene PH-Erkrankung kenne ich diese Gefühle der inneren Ohnmacht und Verzweiflung, die einen am Anfang bestürmt. Man macht verschiedene Erfahrungen, über die man im normalen Leben gar nicht nachdenkt...

Man ist plötzlich mit ganz neuen Fragen konfrontiert:



 Markus Bothmann

- Rollator - Regen - Sauerstoff - wie geht das?
- öffentliche Verkehrsmittel - wie funktioniert das Ein- und Aussteigen?
- Schwerbehindertenausweis, Rente, Zuschüsse wie Wohngeld?
- mit wem reden, wer steht einem zur Seite?
- wer begleitet mich bei Arztterminen und Krankenhausaufenthalten?

Es stürmt vieles auf einen ein, man hofft auf Antworten, Begleitung, Hilfe!

Genau da versuchen PH-Verein und Pate zu helfen.

Vielleicht könnt ihr euch das ein bisschen vorstellen: ich begleite mein Patenkind wirklich telefonisch zu Arztterminen und Krankenhausaufenthalten, dies motiviert und hilft ihm.

Sich selbst nicht aufgeben, zusammen mit Paten Schritt für Schritt weiter, manchmal sind es gefühlt drei Schritte vor, vielleicht zwei Schritte wieder zurück, und

dennoch kommt man weiter - auch mit kleinen Schritten, Einfach mit Mut, Hoffnung und dem Wissen - du bist nicht allein!

Es ist schön, Patin zu sein, und ich bin froh, dass ich Markus bei vielem helfen kann. Wir duzen uns, finden das klingt bei einer Patenschaft besser und schließlich sind wir beide in einem Verein!

Wir reden prima miteinander und er ist froh über dieses Angebot von unserem Verein. Er telefoniert auch oft mit Frau Regina Friedemann vom Büro im Bundesverband und er möchte auf diesem Weg ein ganz „großes dickes dolles Dankeschön" sagen, auch

an Frau Fredericke Reichel und Frau Zita Stichnoth! Diesem Lob möchte ich mich anschließen. Ihr seid super! Das Alles ist nur möglich mit euch.

Pate werden beim phev-Verein

Wer sich angesprochen fühlt, bitte macht mit! Es ist eine gute Erfahrung, wirkliche Hilfe und große Unterstützung!

Herzliche Grüße von Markus Bothmann (ph e.v.-Mitglied) und Jutta Gläser, Landesleiterin von Hamburg/Schleswig- Holstein

Mein Name ist Marianne Grimm (Mary)

Ich bin eine aktive verheiratete Rentnerin, lerne gerne neue Menschen kennen und engagiere mich ehrenamtlich als Regionalleiterin Südliches Rheinland-Pfalz im ph e.v. Mein Ehemann hat seit 3 Jahren Lungenhochdruck. Mein durch seine Erkrankung erworbenes Wissen über PH gebe ich gerne in meinen Gesprächskreistreffen weiter.

Durch die Facebook Gruppe Pulmonale Hypertonie/Lungenhochdruck Deutschland (Atemlos) bekamen Ines Ferring und ich auch privat Kontakt. Da sie in meiner Nähe wohnt und Teilnehmerin in meinen Gesprächskreisen ist, wurde unser Kontakt auch durch telefonische Gespräche innerhalb kurzer Zeit immer intensiver und sie wurde ganz automatisch mein „Patenkind“.

Ines und ich sind inzwischen per Du. Durch ihre stark eingeschränkte Sehfähigkeit begleite und berate ich Sie ab und zu auch bei Einkäufen von Mode oder wir treffen uns einfach zu einem Gespräch bei Kaffee und Kuchen um uns auszutauschen.

Als Patin ist mir wichtig: ich beachte stets die Meinung meines Patenkindes, respektiere Ihre Wünsche und Ideen. Kann ich mal nicht weiterhelfen, suchen wir gemeinsam nach einer Lösung oder nach Adressen von Fachleuten.

Super wichtig finde ich: wir können zusammen lachen, verstehen uns manchmal ohne großen Worte und ich wünsche uns beiden, dass wir gesund bleiben in dieser schweren Corona-Zeit und noch viele schöne gemeinsame Stunden verbringen können!



 **Patenschaft mit Mary Grimm (links) und Ines Ferring**

Patenkind Ines Ferring:

„Erste wirkliche Beschwerden merkte ich bereits Ende 2016, die eigentliche Diagnosestellung war erst im Januar 2018. Im ersten Moment war ich von der Diagnose PH geschockt und am Boden zerstört, dann aber in gewisser Weise auch etwas erleichtert, weil ich wusste was los war.

Ich hatte große Angst vor dem, was alles kommen mochte, aber auch etwas Hoffnung, dass es langsam wieder aufwärtsgehen könnte.

Ende April habe ich meine Patin Frau Grimm durch Zufall in der PH Facebook-Gruppe kennen gelernt. Es hat sich herausgestellt, dass wir nicht weit voneinander wohnen und haben uns recht bald danach getroffen. Ich kann mich gut mit ihr austauschen und mir Tipps holen, wenn es mir mal nicht so gut geht. Auch die regelmäßigen Patiententreffen vor Corona taten mir gut. Momentan haben wir alle ein bis zwei Wochen Kontakt, je nachdem was gerade los ist.

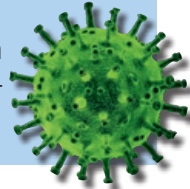
Diese Patenschaft bedeutet mir sehr viel. Frisch diagnostizierten PH-Patienten kann ich eine Patenschaft auf jeden Fall empfehlen. Es ist eine gute und wichtige Sache.“

GUARDIANS OF PH



Leider haben die Covid-19 Pandemie und Auswirkungen der Pandemie uns noch immer voll im Griff, daher haben wir uns dazu entschieden, dass auch unsere kommenden Veranstaltungen für das Jahr 2020 abgesagt werden müssen.

Allem voran möchten wir damit unsere Mitglieder schützen, die aufgrund ihrer PH-Erkrankung zu den Risikopatienten zählen. Wir erarbeiten gerade ein Konzept, welches uns hoffentlich möglich macht, dass wir euch zumindest einen Online-Vortrag eines PH-Experten anbieten können in naher Zukunft.



Welche Auswirkung hat eine Mund-Nasen-Bedeckung auf die Lungenfunktion?



Das Thema Maske ist zur Zeit eines der wohl am meist diskutierten Themen. Viele fühlen sich dadurch eingeschränkt oder bringen als Argument vor, dass das Tragen der Maske gesundheitliche Bedenken nach sich zieht. Viele Ärzte und Pflegekräfte wundern sich über diese Aussagen, da sie ja täglich über einen gewissen Zeitraum eine Mund-Nasen-Bedeckung tragen.

Pneumologen an der Universität Miami haben in einer Studie getestet, welche Auswirkungen das Tragen der Maske wirklich hat. Die Probanden bestanden aus 15 gesunden Ärzten und 15 Patienten mit einer schweren COPD.

Bei den Ärzten führte man 3 verschiedene Tests durch. Einmal ohne Maske, dann nach 5-minütigem Tragen und nach 30-minütigem Tragen. Die Auswirkungen auf die Sauerstoffsättigung (SpO₂) waren laut



Maskenpflicht

In den vergangenen Wochen haben uns immer wieder Anrufe und Mails erreicht, in denen wir gefragt wurden, ob wir eine Befreiung für die Maskenpflicht ausstellen können.

Um diesen Anfragen in Zukunft vorzubeugen, möchten wir euch darüber informieren, dass wir dazu keinerlei Berechtigung haben.

Wenn ihr euch befreien lassen müsst, dann spricht bitte mit euren Ärzten über dieses Thema und diese werden euch dann ggf. eine Befreiung ausstellen.

Einkaufen mit Maske von Carolin Thurmann

Die Maskenpflicht im Alltag ist schon nicht so einfach wegzustecken. Das längere Tragen einer Maske ist anstrengend und es bringt ein beklemmendes Gefühl mit sich. Der Sauerstoff reicht ohne Maske schon kaum aus und nun mit Maske wird es nicht besser und dennoch tragen viele von uns ihre Maske, um möglichen Diskussionen aus dem Weg zu gehen. Dabei müssten wir sie nicht tragen, aber wir alle sind es auch leid uns rechtfertigen zu müssen für unser Verhalten. Doch wie sieht es eigentlich aus, wenn ich ohne Maske und mit Befreiung einen Laden betrete und dennoch vom Ladenbesitzer aufgefordert werde zu gehen? Allem voran gilt, dass der Besitzer oder Pächter des Ladens das Hausrecht besitzt und dieses natürlich auch ausüben kann. Sollte es also dazu kommen, dass ihr trotz Befreiung gebeten werdet, den Laden zu verlassen, so ist dies das gute Recht des Ladeninhabers, auch wenn ihr euch diskriminiert fühlt. Ich würde euch raten, euch nicht darüber zu ärgern und stattdessen einen anderen Laden aufzusuchen, in dem euer Vorhaben ohne weiteres auch für euch mit Maskenbefreiung funktioniert.





Publikation in den Annals of the American Thoracic Society minimal bis nicht existent. Auch die Auswirkungen auf die Herz- und Atemfrequenz waren minimal bis nicht existent.

Bei den COPD-Patienten führte man die gleichen Tests durch und merkte auch hier durch das Tragen der Mund-Nasen-Bedeckung keine signifikanten Veränderungen. Auch bei dem 6-minütigen Gehstest konnte man keine nennenswerte Veränderung der Werte feststellen.

Den gesamten Artikel inklusive der genauen Werte können Sie unter <https://www.aerzteblatt.de/blog/117091/Welche-Auswirkungen-hat-eine-Mund-Nasen-Bedeckung-auf-die-Lungenfunktion> nachlesen.

Entwicklung von Atemschutzmasken für Risikopatienten

Professorin Jennifer Niessner entwickelt an der Hochschule Heilbronn eine Atemschutzmaske speziell für Hochrisiko Patienten mit einer chronischen Lungenerkrankung. Die Professorin kooperiert für die Entwicklung sowohl mit 3 Klinik Partnern aus ganz Deutschland, die die klinischen Tests unter kontrollierten Bedingungen durchführen werden, als auch mit Junker-Filter, die die Prototypen der Maske nach den Vorgaben des Forschungsteams fertigen werden.

Den kompletten Artikel, sowie das Interview des SWR mit Forschungsprofessorin Niessner können Sie unter <https://www.hs-heilbronn.de/schutzmasken> oder auf Seite 40-41 nachlesen.



gefüllter Kürbis

1. Ofen vorheizen auf 180 Grad (Ober-/Unterhitze)
2. den Deckel vom Kürbis abschneiden und den Kürbis aushöhlen, den Kürbis von innen einmal etwas salzen und pfeffern und dann den Kürbis für 15min mit aufgesetztem Deckel in den Ofen geben
3. das Fruchtfleisch vom Kürbis und die Tomaten in kleine Würfel schneiden
4. Hackfleisch mit dem Knoblauch anbraten, Tomaten und Kürbis hinzugeben und alles kurz mit anbraten
5. Gewürze, Tomatenmark und Crème fraiche dazugeben und alles durchrühren
6. den Kürbis aus dem Ofen holen und mit der Masse befüllen, Käse drüber geben und den Deckel wieder aufsetzen
7. alles für ca. 30min nochmal im Ofen backen lassen

Zutaten:

- Hokkaido Kürbis
- 2 Tomaten
- Knoblauch
- Olivenöl
- 400g Hackfleisch
- Tomatenmark
- 125g Creme Fraiche
- Gewürze
- geriebener Käse

Ofenkürbis mit Schafskäse

1. Ofen vorheizen auf 175 Grad (Umluft)
2. Kürbis in 2 Teile teilen und entkernen
3. den Kürbis gründlich waschen und in Streifen schneiden
4. die Streifen auf ein Backblech geben und den Schafskäse darüber zerbröseln
5. alles mit Olivenöl beträufeln und Gewürze, wie Salz, Pfeffer, Thymian etc. drüber geben (je nach Geschmack)
6. alles für ca. 35min im Ofen backen

Zutaten:

- Hokkaido Kürbis
- Schafskäse
- Olivenöl
- Gewürze

5 Minuten Brot

1. Ofen vorheizen auf 200 Grad (Ober-/Unterhitze)
2. Mehl und Hefe vermischen und nach und nach die restlichen Zutaten hinzugeben, das Wasser zum Schluss (Achtung kein heißes Wasser, das verbrennt die Hefekultur)
3. den Teig gut verkneten und 5min gehen lassen
4. den Teig in eine mit Backpapier ausgelegte Kastenform geben und gleichmäßig verteilen
5. die Form für 50 min in den Ofen geben

Zutaten:

- 500g Mehl
- Trockenhefe
- 1 TL Salz
- ½ TL Zucker
- 3 EL Haferflocken
- 3 EL Naturjoghurt
- 375 ml lauwarmes Wasser

Zusatz: Wer möchte kann etwas Wasser auf den Boden des Herdes geben für eine schönere Kruste, aber schließt den Herd dann schnell, damit der Dampf nicht rauszieht.

Spendenaktionen 2020

Scheckübergabe der Aktion Spendenkalender



Aufgrund der Einschränkungen durch die Pandemie in diesem Jahr konnte die Scheckübergabe zum Spendenkalender von Frau Bender erst im August umgesetzt werden. Frau Bender besuchte uns in unserem Büro in Rheinstetten und übergab dem ersten Vorsitzenden, Herrn Kulla, einen Scheck über 1000,- €!

Vor gut 5 Jahren war die Schwester von Frau Bender mit 28 Jahren an pulmonaler Hypertonie verstorben. Ein langer Trauerprozess begann. Nachdem sie über Umwege ein Studium zu Grafik Design begann, kam ihr die Idee, ihre Trauer über einen Kalender zu verarbeiten. Er enthält Illustrationen, die die Zeit nach dem Tod ihrer Schwester darstellen. „Ich finde es unglaublich wichtig, die Thematik nicht totzuschweigen, weil ich mich damit sehr lange alleine gefühlt habe.“

75% des Erlöses hat Frau Bender an unseren Verein gespendet. Wir bedanken uns herzlich für das außerordentliche Engagement, die geglückte Umsetzung und die Unterstützung!

Vorstand und Team des ph e.v.

Kontakt zu Frau Bender:
Hannah Bender
Mail: contact@fsg-art.com
Website: www.fsg-art.com
Instagram: [fsg.art](https://www.instagram.com/fsg.art)



Spendensammlung zum 80. Geburtstag von Helmut Balsler

Im Sommer 2003 wurde bei einer Herzkatheteruntersuchung meiner Frau die Krankheit pulmonale Hypertonie festgestellt. Dank der „Apotheken Umschau“ haben wir von der Selbsthilfegruppe in Rheinstetten erfahren und konnten über Internet Verbindung zu ihr aufnehmen.

Durch Anraten des damaligen Vorsitzenden, Herrn Bruno Kopp, meldete sich meine Frau im Lungenzentrum Gießen zu einer ersten Untersuchung an. Im Oktober des gleichen Jahres besuchten wir das Patiententreffen in Frankfurt a. Main und entschlossen uns, als Mitglied in die Selbsthilfegruppe einzutreten. Zu unserem Glück wurde bei meiner Frau eine leichtere Form des Lungenhochdrucks festgestellt, sodass wir bis heute zusammen sein können.

In all den Jahren, in denen wir an dem jährlichen Patiententreffen in Frankfurt teilgenommen haben, lernten wir viele Menschen kennen, die mit dieser Krankheit kämpfen und leider auch viele, die diesen Kampf verloren haben.

Aus Anlass meines 80. Geburtstages wünschte ich mir von meinen Gästen eine Spende für die „René Baumgart-Stiftung“ um weitere Forschungen zu unterstützen. Meine Frau und ich wünschen uns, dass bald Möglichkeiten gefunden werden, die zu einer Heilung von PH führen.

Helmut Balsler

Wir sagen herzlichen Dank!
Vorstand und Beirat der René Baumgart-Stiftung

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 Nördliches Rheinland-Pfalz

Monika Kischel
Admin im Forum www.phev.de
56642 Krufft
Tel.: 02652-7816
E-Mail: Kischel-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.



Bericht über die Mitgliederversammlung der ACHSE am 06.11.2020



Im Auftrag des Vorstandes nahm ich auch in diesem Jahr an der Mitgliederversammlung der „Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen“ (ACHSE) teil.

Auf Grund der CoVid-19 Pandemie fand diese Veranstaltung – wie inzwischen leider fast „normal“ – nicht als Präsenzveranstaltung, sondern als Video-Konferenz statt. Dabei nahmen immerhin 91 Teilnehmer an der Videokonferenz teil. Berücksichtigt man, dass insgesamt 123 Mitgliedsorganisationen von Patienten mit Seltene Krankheiten in der ACHSE vertreten sind, ist diese Quote ziemlich hoch. Auch die technische Umsetzung als Zoom-Meeting verlief in Anbetracht der hohen Teilnehmerzahl erstaunlich störungsfrei.

Schirmherrin der ACHSE ist die Gattin des ehemaligen Bundespräsidenten, Frau Eva Luise Köhler. In ihrem Begrüßungswort unter dem Motto: „Jetzt erst recht!“ ermutigte sie alle Mitgliedsorganisationen, auch in dieser komplizierten Zeit den Mut nicht zu verlieren.

Im Rahmen der Mitgliederversammlung wurde der Tätigkeitsbericht des Vorstandes, der Bericht des Schatzmeisters und der Kassenprüfer für 2019 sowie der Wirtschaftsplan für 2020/2021 einstimmig bestätigt. Turnusgemäß gewählt wurde ein neuer Vorstand, bestehend aus 6 Personen.

Im Tätigkeitsbericht des Vorstandes wurde deutlich, dass Patienten mit seltenen chronischen Erkrankungen in der Regel noch stärker von den Auswirkungen der Pandemie betroffen sind als die normale Bevölkerung. Insbesondere die Isolation durch die Kontaktbeschränkungen stellt dabei neue Herausforderungen an die Arbeit der Selbsthilfeorganisationen.

Ausdrücklich wurde auch nochmals auf die geänderten Richtlinien zur Pauschalförderung durch die Krankenkassen hingewiesen. Die ACHSE wird dazu auch zusätzliches Informationsmaterial zur Verfügung stellen, damit auch im nächsten Jahr eine ausreichende finanzielle Ausstattung der Mitgliedsvereine erreicht werden kann.

Ein weiterer Schwerpunkt soll im kommenden Jahr die Entwicklung von Formaten zur besseren Einbeziehung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in die Arbeit von Selbsthilfe-Organisationen sein. Dazu hat die ACHSE 2 neue Mitarbeiter eingestellt, die auf den social-media Kanälen aktiv werden und die Mitgliedsvereine bei der eigenen Arbeit auf diesem Gebiet unterstützen sollen.

Wer sich über die Arbeit der ACHSE noch weiter informieren möchte, dem sei die web-site der ACHSE www.achse-online.de empfohlen.

Dr. Harald Katzberg
Leiter des Landesverbandes
Berlin/BB/MV

Influenza-Impfung

GRIPPE: CHRONISCH KRANKE MENSCHEN ZU SELTEN GEIMPFT

05. Okt 2020 - Die Impfquote für die Gripeschutzimpfung unter chronisch kranken Menschen in Deutschland ist weiter verbesserungsfähig. Das ergab eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Sie zeigt auch, dass es deutliche regionale Unterschiede in der Impfquote gibt.



© Loocid GmbH - AdobeStock

Gerade wegen der anhaltenden **COVID-19-Pandemie** kommt der Gripeschutzimpfung (**Impfung gegen Influenza-Viren**) in der beginnenden Erkältungssaison eine besondere Bedeutung zu. Denn mit der Impfung kann möglichen Doppelinfektionen durch Influenza-Viren und SARS-CoV-2 vorgebeugt werden. Insbesondere für Personen aus besonderen Risikogruppen, wie Menschen mit chronischen Erkrankungen, ist sie ein wirksames Mittel Grippeinfektionen vorzubeugen.

„Grippeimpfung für Risiko-Gruppen in der Corona-Pandemie besonders wichtig“

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt unter anderem allen Personen mit bestimmten chronischen Grunderkrankungen, darunter **chronischen Atemwegskrankheiten**, sich jährlich gegen **Grippe** impfen zu lassen. 2017 waren das in Deutschland über 28 Millionen gesetzlich versicherte Personen.

Die aktuelle Versorgungsatlas-Studie „Inanspruchnahme von Influenza-Impfungen bei chronisch kranken Personen im vertragsärztlichen Sektor“ zeigt allerdings, dass die Influenza-Impfquote entgegen den Empfehlungen auf einem sehr niedrigen Niveau liegt. So schwankte die Impfquote 2017 bundesweit erheblich – je nach Erkrankung zwischen 19 Prozent bei Menschen mit multipler Sklerose und 44 Prozent bei Menschen mit chronischen Nierenkrankheiten. Bei Menschen mit **COPD** lag sie im Durchschnitt bei 37 Prozent, bei Menschen mit **Asthma** sogar nur bei etwa 23 Prozent. Damit waren die Impfquoten deutlich niedriger als die von der Europäischen Union definierte Zielquote von 75 Prozent.

Regionale Unterschiede und positiver Trend

Frauen ließen sich im Allgemeinen häufiger **gegen Grippe impfen** als Männer, zudem stieg die Influenza-Impfquote mit dem Alter an. Beim Blick auf die regionale Verteilung zeigte sich, dass die Impfquoten in den ostdeutschen Bundesländern grundsätzlich höher lagen als in Westdeutschland. In Sachsen-Anhalt waren beispielsweise 54 Prozent der Menschen mit COPD geimpft, in Westfalen-Lippe dagegen nur 33 Prozent. Ein Grund dafür könnte die historisch belegte bessere Impfabzeptanz im Osten sein, so das Zi.

Ein positives Ergebnis: Im Zeitraum 2013/14 bis 2017/18 ging die Influenza-Impfquote bei chronisch kranken Menschen noch leicht zurück oder stagnierte. Für 2018 können die Autoren einen leichten Anstieg verzeichnen. Und auch während der ersten Corona-Pandemiewelle wurde verstärkt geimpft. Dies zeigt der jüngst veröffentlichte Zi-Trendreport für die Monate Januar bis März 2020.

Die Autoren schlussfolgern dennoch, dass weitere Maßnahmen notwendig sind, um die Inanspruchnahme der **Grippe-Impfung** bei chronisch kranken Menschen in Deutschland zu verbessern.

Quellen:

Akmatov, M. K. et al.: Inanspruchnahme von Influenzaimpfungen bei chronisch kranken Personen im vertragsärztlichen Sektor – Auswertung der Abrechnungsdaten für den Zeitraum 2009 bis 2018. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 20/03. Berlin 2020. DOI: 10.20364/VA-20.03

Mangiapane, S. et al.: Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), 27.7.2020

Gripeschutzimpfung für Risiko-Gruppen unter COVID-19-Pandemiebedingungen besonders wichtig // Impfquote weiter verbesserungsfähig, nach wie vor deutliche Ost-West-Unterschiede. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Presseinformation vom 24. September 2020

PNEUMOKOKKEN-IMPfung



Die Pneumokokken-Impfung wird umgangssprachlich auch Impfung gegen **Lungenentzündung** genannt. Denn Pneumokokken sind die Erreger, die unter den Bakterien am häufigsten eine Lungenentzündung auslösen. Pneumokokken können durch Tröpfchen in der Luft von Mensch zu Mensch übertragen werden.

Oft sind sie jedoch bereits in der Schleimhaut von Mund- und Rachenraum vorhanden, ohne dass sie eine Krankheit verursachen bzw. Symptome hervorrufen. Man spricht dann von Kolonisation. In bestimmten Situationen, beispielsweise bei geschwächtem **Immunsystem** kann es dann zur Infektion kommen.

Neben Lungenentzündungen können Pneumokokken auch Erkrankungen wie Hirnhaut- oder Mittelohrentzündungen verursachen. Bei zwei bis zehn Prozent der Erkrankten verläuft eine schwere Infektion mit Pneumokokken tödlich, bei etwa 15 Prozent entstehen dauernde Folgeschäden. Besonders Säuglinge und Kleinkinder sind durch eine Infektion mit diesen Bakterien gefährdet.

KURZ ERKLÄRT:

Die Pneumokokken-Impfung wird Personen ab 60 Jahren und Menschen mit bestimmten chronischen Krankheiten, unter anderem **Asthma** und **COPD** empfohlen.

Pneumokokken-Impfung: Für wen?

Nach Angaben der Ständigen Impfkommission STIKO des Robert Koch Instituts ist das Risiko für eine schwer verlaufende Infektion mit Pneumokokken altersabhängig.

Die STIKO empfiehlt eine Pneumokokken-Impfung folgenden Risikogruppen:

- Babys ab einem Alter von 2 Monaten
- Ältere Menschen über 60 Jahre
- Menschen mit chronischen Herz-, Kreislauf- und Lungenerkrankungen – also auch Menschen mit Asthma und COPD
- Menschen mit Behandlungsbedürftigem Diabetes oder bestimmten neurologischen Krankheiten
- Menschen mit schwachem Immunsystem (Immundefizienz) oder ausgelöst durch bestimmte Medikamente (Immunsuppressiva)
- Menschen mit z.B. einem Cochlea-Implantat oder einer Liquoristel, da diese Personen anfälliger für eine Pneumokokken-Meningitis (Hirnhautentzündung) sind.

Die Pneumokokken-Impfung kann zeitgleich mit der Gripeschutzimpfung erfolgen.

Gelegentlich treten lokale Nebenwirkungen und Allgemeinreaktionen ähnlich wie bei der Gripeschutzimpfung auf. Muskelkaterähnliche Beschwerden über ein bis zwei Tage können jedoch etwas stärker ausgeprägt sein. Gravierende Nebenwirkungen sind sehr selten, wobei Überempfindlichkeitsreaktionen nicht sicher auszuschließen sind.

Eine Wiederholungsimpfung gegen Pneumokokken im Abstand von mindestens sechs Jahren wird für Senioren und Patienten mit einem Immundefekt sowie chronischen Nierenkrankheiten empfohlen.

Pneumokokken-Impfstoff

In Deutschland sind derzeit drei Impfstoffe gegen Pneumokokken zugelassen. Ein Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff (PPSV) PPSV23 und zwei Konjugatimpfstoffe (PCV für

pneumococcal conjugate vaccine), PCV13 und PCV10. Bei allen handelt es sich um sogenannte Totimpfstoffe.

Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff (PPSV)

Der Polysaccharid-Impfstoff besteht aus reinen Zuckermolekülen der Hülle von Pneumokokken-Bakterien, sogenannte Antigene. Als Reaktion auf die Bakterien-Bestandteile bildet das Immunsystem nach dem Impfen Antikörper, die vor kommenden Pneumokokken-Infektionen schützen. Insgesamt enthält der Impfstoff Antigene der 23 wichtigsten Pneumokokken-Typen und kann daher auch vor diesen 23 sogenannten Serotypen schützen. Nach derzeitigem Kenntnisstand sind diese im Impfstoff enthaltenen Pneumokokken-Typen für 80 bis 90 Prozent aller (schweren) Pneumokokken-Erkrankungen verantwortlich. PPSV23 ist in Deutschland ab einem Alter von zwei Jahren zugelassen.

Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV)

Ein Nachteil des Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoffes (PPSV) ist, dass die Impfung bei Kindern bis zwei Jahren nur unzureichend wirkt. Diese Lücke wurde Anfang der 2000er durch die sogenannten Konjugatimpfstoffe (PCV für pneumococcal conjugate vaccine) geschlossen.

Bei Konjugatimpfstoffen ist das Bakterien-Zuckermolekül noch an ein zusätzliches Eiweiß gebunden. Dadurch wird das Immunsystem stärker aktiviert und es entsteht ein besserer Impfschutz durch Aktivierung der zellulären Immunität. In Deutschland gibt es aktuell einen Konjugatimpfstoff gegen zehn Pneumokokken-Serotypen (PCV10, zugelassen bis

zum Alter von 5 Jahren) und einen gegen 13 Serotypen (PCV13, zugelassen für alle Altersgruppen).

Pneumokokken-Impfung bei Babys, Kindern und Risikogruppen

Babys und Kinder unter zwei Jahren sollten nach den Empfehlungen der STIKO ausschließlich mit den Konjugatimpfstoffen (PCV10 oder PCV13) gegen Pneumokokken geimpft werden.

In der Regel werden Babys mit drei Einzeldosen im Alter von zwei, vier und 11 bis 14 Monaten gegen Pneumokokken geimpft. Für Frühgeborene wird eine zusätzliche Impfdosis im dritten Lebensmonat empfohlen.

Menschen mit angeborenem Immundefekt oder Personen die eine immunsuppressive Behandlung erhalten, haben ein erhöhtes Risiko für eine durch Pneumokokken ausgelöste Lungenentzündung. Für diese Hochrisikopatienten empfiehlt die STIKO eine sogenannte sequentielle Impfung, bestehend auf einer Impfung mit PCV13 gefolgt von einer Impfung mit PPSV23 nach sechs bis zwölf Monaten.

Auch für Personen mit einer chronischen Krankheit wie beispielsweise Asthma, COPD oder Lungenemphysem wird die sequentielle Impfung empfohlen.

Für Risikogruppen, wie Menschen mit chronischen Grunderkrankungen und Senioren hält die STIKO Wiederholungsimpfungen im Abstand von mindestens sechs Jahren für sinnvoll, dann jedoch ausschließlich mit dem Impfstoff PPSV23.

Für gesunde Kindern, die bereits als Baby eine Grundimmunisierung erhalten haben, wird eine Wiederholungsimpfung nicht empfohlen, da das Risiko für einen schweren Verlauf einer Pneumokokken-Infektion nach dem Alter von zwei Jahren laut STIKO sehr gering ist.

Quelle: LUNGENINFORMATIONSDIENST



Behandlungsempfehlungen

LANGZEIT-SAUERSTOFFTHERAPIE: AKTUALISIERTE LEITLINIE VERÖFFENTLICHT



© monebook – AdobeStock

08. Sep 2020 - Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) hat eine neue überarbeitete Version der S2k-Leitlinie zur Langzeit-Sauerstofftherapie veröffentlicht. Durch die Einbindung von Expertinnen und Experten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz wurde die Leitlinie nun erstmalig für alle drei Länder des deutschsprachigen Raumes erarbeitet.

Die Langzeit-Sauerstofftherapie (englisch: long term oxygene therapy, LTOT) hat einen hohen Stellenwert in der Therapie diverser Lungenkrankheiten. Sie wirkt sich nicht nur positiv auf die Sterblichkeit aus, sondern verbessert auch die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten.

Die vorliegende Leitlinie ist die Revision der im Jahr 2008 publizierten Leitlinie „Langzeit-Sauerstofftherapie“ und wurde vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung der Langzeit-Sauerstofftherapie erarbeitet, so die Autoren.

Die Kapitel wurden aktualisiert und neugestaltet. Dabei wurde auch besonderer Wert daraufgelegt, zahlreiche Empfehlungen und Statements zu den einzelnen Kapiteln zu

integrieren. Zudem wurden einige komplett neue Kapitel eingefügt:

- postakute Sauerstofftherapie,
- High-flow-Sauerstofftherapie,
- Sauerstofftherapie in der Palliativmedizin und
- Differentialindikation zur nichtinvasiven Beatmung.

Informationen zu Diagnostik, Einleitung der LTOT sowie therapeutischen Strategien

Die Leitlinie wendet sich insbesondere an Ärztinnen und Ärzte, die Sauerstoff für den häuslichen Bereich verordnen. Hierzu gehört Fachpersonal der Pneumologie, Inneren Medizin, Kardiologie und Palliativmedizin. Sie beinhaltet Informationen zur Diagnostik, zur Einleitung der LTOT sowie zu therapeutischen Strategien bei Menschen, die eine LTOT benötigen und soll Ärzten und Ärztinnen eine wichtige Hilfe bei der Entscheidung geben, ob eine Langzeit-Sauerstofftherapie eingesetzt werden sollte.

Die Leitlinie soll aber auch allen weiteren Personen, Organisationen, Kostenträgern sowie medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden Informationen bereitstellen, die direkt oder indirekt mit dem Thema Langzeit-Sauerstofftherapie in Verbindung stehen.

Hier finden Sie die aktualisierte Leitlinie zur Langzeit-Sauerstofftherapie als PDF: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-002I_S2k_Langzeit_Sauerstofftherapie_2020-08.pdf

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.: S2k-Leitlinie zur Langzeit-Sauerstofftherapie. Stand: 23.07.2020, gültig bis 22.07.2025

LANGZEIT-SAUERSTOFFTHERAPIE (LTOT)



©sudok1 - AdobeStock

Unter einer Langzeit-Sauerstofftherapie oder LTOT (Englisch: long term oxygen therapy) versteht man die dauerhafte Gabe von Sauerstoff über mindestens 16 Stunden täglich. Sie ist eine bewährte Behandlungsmethode bei Menschen mit chronischem Sauerstoffmangel im Blut (Hypoxämie).

Für die Sauerstoffzufuhr stehen verschiedene Systeme zur Verfügung: Stationäre **Sauerstoffgeräte** für zu Hause, aber auch mobile, tragbare Geräte, die relativ klein und leicht sind und den Patientinnen und Patienten viel Bewegungsfreiheit bieten.

Wann wird die Langzeit-Sauerstofftherapie angewendet?

Eine Langzeit-Sauerstofftherapie kommt bei Menschen in Frage, die unter einem chronischen Sauerstoffmangel (Hypoxämie) leiden. Das heißt, in ihrem arteriellen Blut ist zu wenig Sauerstoff an die roten Blutkörperchen gebunden, um die Organe und Zellen des Körpers ausreichend mit diesem lebenswichtigen Element zu versorgen.

KURZ ERKLÄRT:

Die Langzeit-Sauerstofftherapie wird bei Menschen mit chronischem Sauerstoffmangel eingesetzt. Bedingt wird eine solche

Hypoxämie (Sauerstoffmangel im Blut) vor allem durch schwere Lungenerkrankungen wie **COPD** oder **Lungenfibrose**.

Eine solche chronische Hypoxämie kann eine Reihe von Ursachen haben. An erster Stelle zu nennen sind schwere Lungenerkrankungen wie

- die **chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)**,
- das **Lungenemphysem**,
- die **Lungenfibrose**,
- die **cystische Fibrose (Mukoviszidose)**
- oder wiederkehrende Lungenembolien.

Auch Krankheiten, die den Atemvorgang behindern wie etwa Lähmungen der Atemmuskulatur oder Brustkorb-Einengungen zum Beispiel durch Verformung der Rippen oder der Wirbelsäule, können zu einem chronischen Sauerstoffmangel führen.

Aber nicht nur Erkrankungen der Atmungsorgane können einen chronischen Sauerstoffmangel bedingen, sondern auch Herz- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dazu gehören der **Lungenhochdruck**, das so genannte Cor pulmonale (Lungenherz) sowie die schwere chronische Herzinsuffizienz.

KURZ ERKLÄRT:

Chronischer Sauerstoffmangel kann auch Folgeerscheinungen nach sich ziehen - vor allem am Herz-Kreislauf-System - welche die eingeschränkte Sauerstoffversorgung weiter beeinträchtigen. Durch eine Langzeit-Sauerstofftherapie lässt sich dieser Teufelskreis durchbrechen.

Der Nutzen der LTOT wurde in verschiedenen wissenschaftlichen Studien untersucht, vor allem im Zusammenhang mit der **COPD**. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Langzeit-Sauerstofftherapie die Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten signifikant erhöht.

Auch in Hinblick auf körperliche Leistungsfähigkeit und Lebensqualität wurden positive Effekte nachgewiesen. Oft ist unter der Langzeit-Sauerstofftherapie wieder eine erheblich verbesserte körperliche Betätigung möglich.

Anzeichen und Folgen eines chronischen Sauerstoffmangels

Nahezu alle Organe und Zellen unseres Körpers sind auf eine stetige Versorgung mit sauerstoffreichem Blut angewiesen. Kommt es zu einem anhaltenden Mangel, da in der Lunge nicht mehr genügend Sauerstoff aufgenommen wird, kann das entsprechend weitreichende Auswirkungen auf den Körper haben. Die ersten Anzeichen eines chronischen Sauerstoffmangels sind meist

- Müdigkeit,
- Abgeschlagenheit und
- ein Abfall der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Bei einer schweren Unterversorgung führen schon geringe Belastungen zu Luftnot und Erschöpfung.

Um den Sauerstoffmangel zu kompensieren, pumpt die rechte Herzkammer verstärkt Blut in die Lungenarterien. Dies bewirkt einen **Lungenhochdruck**, der zu einer Verdickung der Gefäßwände führt, was die Sauerstoffaufnahme aus der Atemluft ins Blut zusätzlich erschwert. In Folge des Lungenhochdrucks wird die Muskulatur der rechten Herzkammer immer mehr überlastet, dies kann dann bis zu einer Rechtsherzinsuffizienz führen.

Ein weiterer Anpassungsmechanismus an die Sauerstoffunterversorgung besteht – ähnlich wie beim Höhentraining von Leistungssportlern – darin, vermehrt rote Blutkörperchen zu bilden. Man spricht medizinisch von Polyglobulie. Die übermäßige Zahl an roten Blutkörperchen verschlechtert aber die Fließeigenschaften des Blutes und behindert so zusätzlich den Sauerstofftransport.

Welches Ziel hat die Langzeit-Sauerstofftherapie?

Die chronische Hypoxämie mündet also in Mechanismen, die den Sauerstoffmangel noch weiter verstärken und schwerwiegende Folgeerscheinungen an anderen Organen nach sich ziehen. Ziel der Langzeit-Sauerstofftherapie ist es, diesen Teufelskreis zu durchbrechen und die körperliche Leistungsfähigkeit und Lebensqualität der Kranken zu verbessern.

Aktuelle Therapieansätze: Möglichkeiten der Behandlung von Asthma und COPD

Interview mit Prof. Michael Pfeifer, Universitätsklinikum Regensburg, Klinik Donaustauf:

Aktuelle Therapieansätze: Möglichkeiten der Behandlung von Asthma und COPD. Er spricht auch über die Einsatzmöglichkeiten und Vorteile der Sauerstofflangzeittherapie.

Wie klärt man den Bedarf für eine Langzeit-Sauerstofftherapie ab?

Nach den Leitlinien der Deutschen

Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin ist die Indikation zur Langzeit-Sauerstofftherapie dann gegeben, wenn trotz maximaler Therapie mit Medikamenten und anderen Behandlungsverfahren ein anhaltender Sauerstoffmangel besteht.

Diagnostisches Kriterium für einen solchen chronischen Sauerstoffmangel ist, dass der sogenannte arterielle Sauerstoffpartialdruck (PaO₂) unter Ruhebedingungen während einer stabilen Krankheitsphase von vier Wochen mindestens dreimal bei einem Wert von 55 mmHg (Millimeter Quecksilbersäule) oder darunter liegt. Bei Menschen mit **COPD** und Begleiterkrankungen wie einem Cor pulmonale beträgt der Grenzwert 60 mmHg.



© monebook - Fotolia.com

Bestimmt wird der arterielle Sauerstoffpartialdruck durch eine **Blutgasanalyse**. Dabei entnimmt man eine Blutprobe aus einer Arterie oder aus dem Ohrfläppchen, die dann maschinell analysiert wird. Das Ergebnis liegt bereits nach wenigen Minuten vor.

Nachdem die chronische Hypoxämie diagnostisch bestätigt ist, kann der Arzt oder die Ärztin die Langzeit-Sauerstofftherapie verordnen. Ziel ist es durch die Gabe von zusätzlichem Sauerstoff das Sauerstoffangebot im Körper auf mindestens 60 mmHg oder mehr zu erhöhen. Um dies zu erreichen müssen zu Beginn der Therapie noch die notwendigen Sauerstoffflussraten,

die später am **Sauerstoffgerät** eingestellt werden können, genau ermittelt werden.

Wie wird eine Langzeit-Sauerstofftherapie durchgeführt?

Studien zeigen, dass eine Langzeit-Sauerstofftherapie nur dann den erwünschten Erfolg hat, wenn sie mindestens 16 Stunden täglich durchgeführt wird. Generell gilt das Prinzip: Je länger, desto besser. Anzustreben sind deshalb wenn möglich 24 Stunden Behandlung pro Tag. Das bedeutet allerdings, dass die Menschen, die eine LTOT erhalten den gesamten Tag oder zumindest weite Teile davon mit einem Gerät verbunden sind, das den Sauerstoff liefert. Hierfür gibt es verschiedene Systeme: **Stationäre für zu Hause, aber auch mobile, tragbare Sauerstoffgeräte**, die relativ klein und leicht sind und den Betroffenen viel Bewegungsfreiheit geben. Typischerweise kann eine LTOT mit Hilfe von Konzentratoren oder als Flüssig-Sauerstoff verabreicht werden, selten kommen auch noch Stahl Druckflaschen zum Einsatz.

Welches System, beziehungsweise welche Kombination von Geräten für die individuellen Anforderungen der einzelnen Patienten am besten geeignet ist, muss man mit dem behandelnden Facharzt oder der behandelnden Fachärztin besprechen. Verabreicht wird der Sauerstoff in der Regel über die Nase, wobei es auch hier verschiedene Applikationssysteme gibt.

Menschen, die eine Langzeit-Sauerstofftherapie erhalten, sollten regelmäßige Kontrolluntersuchungen durch ihren Lungenfacharzt/Lungenfachärztin erhalten. Die Leitlinie empfiehlt alle drei Monate.

KURZ ERKLÄRT:

Bei einer Langzeit-Sauerstofftherapie, kurz LTOT müssen die Patientinnen und Patienten mindestens 16 Stunden täglich Sauerstoff bekommen.

Welche Risiken und Nebenwirkungen gibt es bei einer Langzeit-Sauerstofftherapie?

Vor allem bei hohen Flussraten kann die LTOT die Nasenschleimhäute austrocknen. Durch Vorschalten eines Befeuchters und durch entsprechende Pflegemaßnahmen kann man dem jedoch entgegen.

Davon abgesehen ist die Langzeit-Sauerstofftherapie auch bei jahrelanger Anwendung prinzipiell frei von Nebenwirkungen, wenn die

Patienten die ärztlich verordneten Sauerstoffflussraten konsequent einhalten. Das bedeutet

- einerseits, die Behandlung niemals in Eigenregie zu unterbrechen,
- andererseits darf die Sauerstoffmenge selbst bei Luftnot nicht über einen vorgegebenen Maximalwert erhöht werden.

Denn eine länger andauernde Überdosierung des Medikaments Sauerstoff kann schwerwiegende Folgen haben. Zu viel Sauerstoff

kann ebenso schädlich sein wie zu wenig.

Weitere Informationen zur Langzeit-Sauerstofftherapie Selbsthilfegruppen

- **Deutsche Sauerstoff- und Beatmungsliga LOT e.V.**
- **Patientenorganisation Lungenemphysem COPD Deutschland**

Quelle: lungeninformationsdienst.de

Lungenkrankheit

STUDIE ZU COPD: NEUE STRATEGIE GEGEN CHRONISCHE LUNGENKRANKHEIT

Das Lungenleiden COPD ist bisher unheilbar. Dies könnte sich ändern – wenn Wissenschaftler **der Uni Gießen** mit ihrer Theorie richtig liegen.

Forscher der Uni Gießen haben womöglich einen neuen Weg gefunden, die chronische Lungenkrankheit COPD zu behandeln. Das Leiden wird vor allem durch Zigarettenrauch und Luftverschmutzung verursacht und könnte laut Weltgesundheitsorganisation bis 2030 zur dritthäufigsten Todesursache werden.

Die Wissenschaftler um Norbert Weißmann haben zunächst gezeigt, dass die Lungenschäden durch ein Molekül verursacht werden, das aus der Reaktion von Stickstoffmonoxid mit freien Sauerstoffradikalen entsteht. Nun haben sie herausgefunden,

woher die Sauerstoffradikale stammen: Sie werden in den Zellen von einem bestimmten Enzym produziert, einer sogenannten NADPH-Oxidase. Bei Patienten mit COPD wird dieser Eiweißstoff vermehrt gebildet.

Angriffspunkt für Medikamente

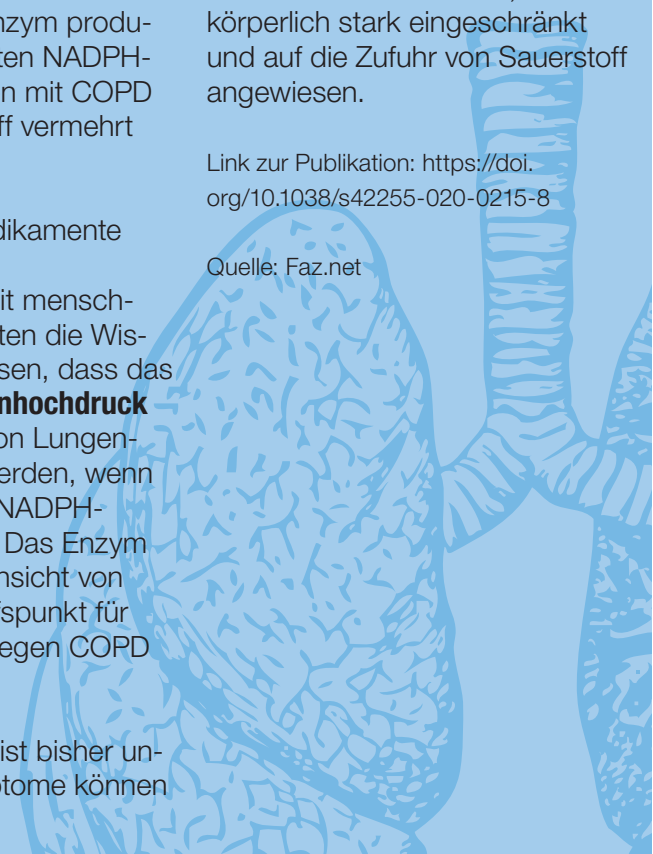
In Laborversuchen mit menschlichem Gewebe konnten die Wissenschaftler nachweisen, dass das **Entstehen von Lungenhochdruck** und die Zerstörung von Lungengewebe verhindert werden, wenn man die Bildung der NADPH-Oxidase unterdrückt. Das Enzym könnte daher nach Ansicht von Weißmann ein Angriffspunkt für neue Medikamente gegen COPD sein.

Die Lungenkrankheit ist bisher unheilbar. Nur die Symptome können

gelindert werden. Betroffene leiden oft unter Atemnot, sind körperlich stark eingeschränkt und auf die Zufuhr von Sauerstoff angewiesen.

Link zur Publikation: <https://doi.org/10.1038/s42255-020-0215-8>

Quelle: Faz.net



Gleiche Verbesserungen für alle

VdK UND SOVD KÄMPFEN VOR GERICHT FÜR ERWERBSMINDERUNGSRENTNER



© Unsplash

Verbesserungen ja – aber nur für Neurentner: Rund 1,8 Millionen Menschen in Deutschland sind von der Bundesregierung im Januar 2019 mit dem Rentenpaket im Stich gelassen worden. Ihr Pech: Sie sind vor 2019 zu Erwerbsminderungsrentnern geworden. **Aber nur Neurentner profitieren von höheren Zurechnungszeiten und damit von höheren Einkommen, Bestandsrentner gehen leer aus.** Dagegen gehen der Sozialverband VdK und der Sozialverband Deutschland (SoVD) jetzt juristisch vor.

Erwerbsminderungsrenten liegen oft unter der Armutsgrenze. Krankenpflegerinnen mit Arthrose in den Gelenken sind zum Beispiel betroffen oder Maurergesellen mit kaputten Bandscheiben. Die Situation dieser Menschen wollte die Große Koalition im Januar 2019 verbessern. Das Schlüsselwort lautet: „Zurechnungszeit“. **Wer eine Erwerbsminderungsrente neu er-**

hält, den behandelt die Rentenversicherung seitdem so, als hätte sie oder er bis zur Regelaltersgrenze gearbeitet. Diese Zurechnungszeit bringt durchschnittlich 70 Euro mehr im Monat von der Rentenkasse. Es gibt nur einen Haken: 1,8 Millionen Bestandsrentner gingen leer aus.

Gegen diese Ungleichbehandlung gehen der Sozialverband VdK Deutschland und der Sozialverband Deutschland (SoVD) jetzt juristisch vor. VdK-Präsidentin Verena Bentele erklärt: „Wir fordern gleiches Recht für alle. Die Stichtagsregelung muss fallen. Mir kann keiner schlüssig erklären, warum der Staat die Bestandsrentner gegenüber Neurentnern benachteiligt.“

VdK und SoVD halten die Schlechterstellung für verfassungswidrig. Gemeinsam strengen beide Verbände Musterverfahren an. Das Ziel lautet: Entscheidung in Karlsruhe.

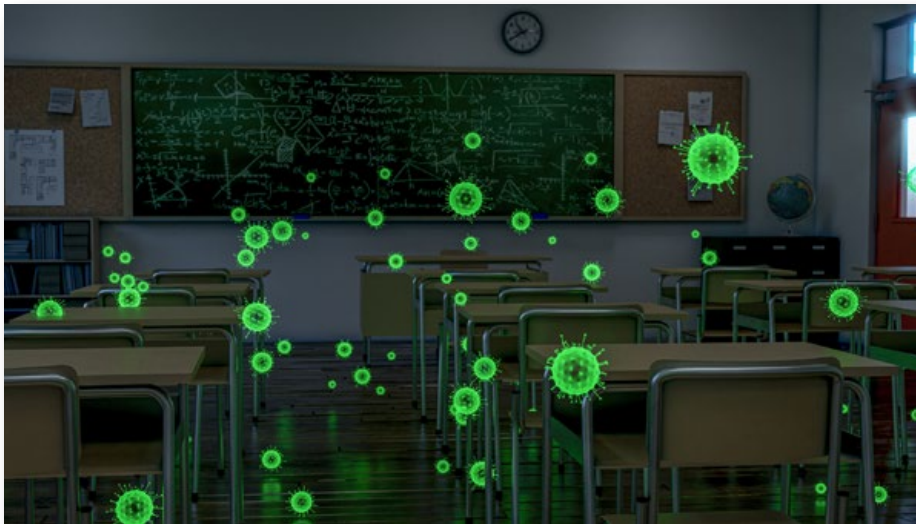
he. Das Bundesverfassungsgericht soll klären, ob diese Ungleichbehandlung gerechtfertigt ist. Der Leiter der VdK-Bundesrechtsabteilung, Jörg Ungerer, erklärt: **„Leider sieht es das deutsche Sozialrecht nicht vor, eine Rechtsfrage direkt dem Bundesverfassungsgericht vorzulegen. Deshalb bleibt uns nur der Rechtsweg durch alle Instanzen.** Eine Klage von einzelnen Betroffenen vor dem Sozialgericht Itzehoe und mehrere Widersprüche sind bereits anhängig. Ein Anfang ist gemacht.“

Obwohl gerade unter den VdK-Mitgliedern viele betroffen sind, ist es leider nicht möglich, sich diesen Klagen anzuschließen. Das Sozialrecht kennt keine Sammelklage. VdK und SoVD werden beispielhaft für alle Betroffenen gezielt an verschiedenen Gerichten Deutschlands Klageverfahren durchführen.

Wenn die Stichtagsregelung für verfassungswidrig erklärt wird, dann hilft das allen Erwerbsgemeinderten. Noch ist leider nicht absehbar, ob und wann eine solche Entscheidung fällt. Der Rechtsweg muss erst einmal ausgeschöpft sein. „Wir halten unsere VdK-Mitglieder auf dem Laufenden!“, verspricht Ungerer.

Quelle: vdk.de - iko

SARS-CoV-2: Luftreiniger beseitigen 90 % der Aerosole in Schulklassen



© /Syda Productions, stock.adobe.com

Dienstag, 6. Oktober 2020
Frankfurt am Main – Das Aufstellen von 4 kommerziell erhältlichen Luftreinigern hat in einer experimentellen Studie die Konzentration von Aerosolen in einem Klassenraum innerhalb einer halben Stunde um 90 % gesenkt. Laut der Studie in medRxiv (2020; DOI: 10.1101/2020.10.02.20205633) empfanden die Schüler und Lehrer die Lärmbelastigung der Geräte überwiegend als nicht störend.

SARS-CoV-2 und andere respiratorische Viren werden über Tröpfchen, Aerosole und durch das Berühren von Gegenständen oder Personen übertragen. Tröpfchen werden durch eine Mund-Nase-Bedeckung zurückgehalten. Gegen eine Übertragung durch Berührungen hilft die Händedesinfektion. Eine Schutzmaßnahme gegen Aerosole, die von einer Mund-Nase-Bedeckung nur unvollständig zurückgehalten werden, könnten Luftreiniger sein, die im Fachhandel oder auch in Baumärkten angeboten werden.

Diese Geräte enthalten neben einem Vorfilter für groben Staub und einem Aktivkohlefilter für größere Partikel einen „High Efficiency Particulate Air Filter“ (HEPA), der Partikel in einer Größe von 0,1 μm bis 0,3 μm aus der Luft entfernen kann.

Die Geräte, die ein Team um Joachim Curtius von der Arbeitsgruppe Experimentelle Atmosphärenforschung an der Goethe-Universität Frankfurt erprobt hat, verwendeten einen Hepafilter nach US-amerikanischer Norm (vergleichbar H13), der nach Angaben des Herstellers mehr als 99,95 % der feinen Partikel aus der Luft entfernt.

Die Erprobung erfolgte im Klassenraum eines Gymnasiums mit einer Länge von 8,24 m, einer Breite von 6,18 m und einer Höhe von 3,66 m. Dort wurden 27 Schüler unterrichtet.

Die Forscher verteilten 4 Geräte im Klassenraum und bestimmten während des Unterrichts an 2 Stellen im

Raum die Konzentration der Aerosole sowie die CO₂-Konzentration. Die Messungen wurden auch in einem benachbarten Raum durchgeführt, in dem keine Luftreiniger aufgestellt waren.

Vor Unterrichtsbeginn wurde gelüftet. Alle 6 Fenster an der Längsseite und die Tür gegenüber wurden geöffnet. Dies senkte zwar die CO₂-Konzentration. Gleichzeitig kam es jedoch zu einem Anstieg der Aerosolkonzentration in der Luft.

Während der Unterrichtsstunden nahm dann die Gesamtkonzentration der Aerosole wieder ab. In dem Raum ohne Luftreiniger kam es zu einem Rückgang um etwa 30 %. Die Forscher führen dies auf das Absinken der Partikel auf die Oberflächen sowie auf Schrumpfungsprozesse in den Aerosolen zurück. Auch die Luftfeuchtigkeit, die elektrische Ladung der Partikel und die elektrostatische Aufladung der Oberflächen könnten hier eine Rolle spielen.

Die Luftreiniger beschleunigten den Abfall der Aerosole. Die Geräte setzten zusammen zwischen 760 und 1.460 m³ Luft pro Stunde um, was bedeutet, dass die Raumluft pro Stunde etwa 5,5 Mal gefiltert wurde. Dies hatte nach den Messungen einen kontinuierlichen Abfall der Aerosolkonzentration zur Folge. Sie fiel innerhalb von 37 Minuten um mehr als 90 % gegenüber dem Beginn der Unterrichtsstunde. Die Reduktion betraf laut der Studie alle Partikelgrößen gleichmäßig.

Die Forscher schätzen in einer Modellberechnung, dass die Luftreiniger das Risiko, dass ein „Super-

spreader“ andere Personen in dem Raum mit SARS-CoV-2 ansteckt, um den Faktor 6 senkt. Es handelt sich jedoch um eine Rechnung mit verschiedenen Unwägbarkeiten, so dass das Ergebnis spekulativ bleibt.

Ein Weg, die Aerosolkonzentration im Klassenraum zu senken, bestünde darin, auf das Lüften zu verzichten. Dies wäre laut Prof. Curtius jedoch keine gute Idee, da die Luftreiniger das CO₂ nicht aus der Luft entfernen und auch keinen Sauerstoff zuführen.

Die Messungen ergaben, dass die CO₂-Werte häufig über den empfohlenen Grenzwerten lagen. Die Forscher empfehlen den Schulen deshalb die Installation von CO₂-Sensoren, damit Schüler und Lehrer kontrollieren können, wann sie den Raum wieder lüften sollten.

Die verwendeten Luftreiniger werden für etwa 150 Euro das Stück – in Einzelmengen etwa ab 260 Euro – angeboten. Ein Nachteil ist die Lärmbelastung. Eine Umfrage unter den Schülern und Lehrern hat laut der Studie jedoch ergeben, dass das Geräusch des Luftreinigers überwiegend als nicht störend empfunden wurde, sofern das Gerät nicht auf höchster Stufe lief.

Quelle:
© rme/aerzteblatt.de



INTEGRATIONSÄMTER: AUFGABEN UND ZIELE



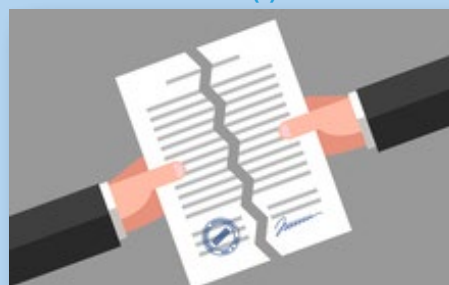
Bild: pixabay

Die Integrationsämter haben wesentliche Aufgaben bei der Eingliederung schwerbehinderter Menschen in das Arbeitsleben. Dabei sind sie gleichermaßen für behinderte Menschen wie auch für Arbeitgeber tätig. Ihre Aufgaben nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 3 SGB IX) umfassen:

- Leistungen an schwerbehinderte Menschen und ihre Arbeitgeber (die sogenannte "Begleitende Hilfe im Arbeitsleben")
- Besonderer Kündigungsschutz für schwerbehinderte Menschen
- Kurse und Öffentlichkeitsarbeit
- Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgabe

Integrationsämter in Ihrer Nähe finden Sie bei www.integrationsaemter.de

(c) iStock/Vasalena



Kündigung Unwirksamkeitsfolge

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat in seinem Urteil vom 13.12.2018 festgestellt:

Die Unwirksamkeitsfolge des § 95 Abs. 2 Satz 3 SGB IX in der vom 30. Dezember 2016 bis zum 31. Dezember 2017 geltenden Fassung (seit dem 1. Januar 2018: § 178 Abs. 2 Satz 3 SGB IX) **tritt nicht ein**, wenn der Arbeitgeber die Schwerbehindertenvertretung vor Ausspruch der Kündigung entsprechend den für die Beteiligung des Betriebsrats gemäß § 102 Abs. 1 und Abs. 2 BetrVG geltenden Grundsätzen anhört.

Die Kündigung ist nicht allein deshalb unwirksam, weil der Arbeitgeber die Schwerbehindertenvertretung entgegen § 95 Abs. 2 Satz 1 SGB IX aF (seit dem 1. Januar 2018: § 178 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) nicht unverzüglich über seine Kündigungsabsicht unterrichtet oder ihr das Festhalten an seinem Kündigungsentschluss nicht unverzüglich mitgeteilt hat.

Das vollständige Urteil ist auf der Internetseite des BAG unter dem Aktenzeichen 2 AZR 378/18 veröffentlicht.

Quelle: integrationsaemter.de

Lebensmittel zur Reparatur der Lungen

Bestimmte Lebensmittel können die Lungengesundheit verbessern. Sie sorgen sogar dafür, dass sich geschädigte Lungen von ehemaligen Rauchern wieder schneller erholen können.

Ballaststoffreiche Lebensmittel schützen die Lungen

Die Art der Ernährung beeinflusst ganz enorm den Gesundheitszustand der einzelnen Organe. Bei den Organen des Verdauungssystems leuchtet das ein. Denn sie kommen schließlich direkt mit der Nahrung in Kontakt. Bei den Lungen aber kann man sich kaum vorstellen, dass sich diese Organe beispielsweise über Ballaststoffe freuen könnten. Genau das aber ist der Fall:

Menschen, die sich ballaststoffreich ernähren, verfügen mit höherer Wahrscheinlichkeit über eine gesunde Lungenfunktion als ballaststoffarm essende Menschen.

Lebensmittel mit Beta-Cryptoxanthin reduzieren Lungenkrebsrisiko

Und nicht nur Ballaststoffe sind es, die den Lungen guttun. Auch Lebensmittel, die das sog. Beta-Cryptoxanthin enthalten, scheinen sich äußerst positiv auf die Lungen auszuwirken, wie eine Studie vom November 2016 gezeigt hatte. Der Stoff steckt in allen roten und orangefarbenen Gemüsen und Früchten und reduziert das Lungenkrebsrisiko.

Äpfel, Tomaten und Bananen fördern die Reparatur der Lungen

Auch Äpfel, Tomaten und andere antioxidantienreiche Lebensmittel helfen dabei, die Lungen gesund zu halten, ja sie sorgen sogar dafür, dass sich bereits geschädigte



Bild: pixabay

Lungen wieder schneller erholen können – wie Forscher der Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health im Dezember 2017 im *European Respiratory Journal* verkündeten.

In ihrer Studie untersuchten die Wissenschaftler die Ernährung und die Lungenfunktionen von mehr als 650 Erwachsenen – und zwar einmal im Jahr 2002 und dann zehn Jahre später im Jahr 2012. Die Teilnehmer stammten aus Deutschland, Norwegen und dem Vereinigten Königreich.

Je mehr Tomaten, umso besser die Lungenfunktionen

Wer einst geraucht hatte, konnte den natürlichen Alterungsprozess seiner Lungen verlangsamen, wenn er sich an eine gemüse- und obstreiche Ernährung hielt. Besonders Tomaten, Bananen und Äpfel hatten sich in der Untersuchung als hilfreich erwiesen. Diese Lebensmittel scheinen besondere Substanzen zu enthalten, die außerdem zu einer schnelleren Erholung der tabakgeschädigten Lungen nach einem Rauchstopp beitragen.

Aber auch bei Personen, die nie geraucht hatten, konnte eine gesündere Lungenfunktion beobachtet werden, wenn sie regelmäßig die besagten Lebensmittel gegessen hatten. Ja, die Lungenfunktion war umso besser, je mehr Tomaten die Teilnehmer auf dem Speiseplan hatten.

Und da der Zustand der Lungen eng mit dem Sterberisiko korreliert – sei es durch chronische Lungenerkrankungen, Herzkrankheiten, Lungenkrebs oder andere Erkrankungen – ist der verstärkte Konsum von Tomaten sicher eine sehr gute Idee.

Nur frische Früchte und Gemüse wirken

Allerdings genügt es nicht, dann und wann eine Tomate oder einen Apfel zu essen. Man sollte mehr als zwei Tomaten pro Tag oder mehr als drei Portionen frische Früchte pro Tag zu sich nehmen, um die genannten Vorteile zu erzielen (1 Portion = 80 g). Auch verarbeitete Tomatenprodukte, z. B. Tomatensauce aus dem Glas, oder Obst aus der Dose zeigten keine entspre-

chende Wirkung. Nur frische Früchte und Gemüse wirkten sich positiv auf die Lungengesundheit aus.

Ernährungsberatung für Lungenkranke und Risikogruppen empfehlenswert

Studienautorin Dr. Vanessa Garcia-Larsen sagte, die Ergebnisse zeigten insbesondere für Risikogruppen die Notwendigkeit von Ernährungsempfehlungen auf. Menschen mit geschwächten Lungen oder ersten Anzeichen bestimmter Lungenkrankheiten, wie COPD (die chronisch obstruktive Lungenerkrankung), sollten daher unbedingt eine entsprechende Ernährungsberatung erhalten.

Öfter Lebensmittel essen, die bei der Reparatur der Lungen helfen

Schon ab etwa Dreißig Jahren beginnen die Lungenfunktionen schwächer zu werden – abhängig vom Allgemeinzustand der Person. Isst man nun viele Früchte und Gemüse, kann man diese altersbedingte Verschlechterung der Lungenfunktionen verlangsamen sowie Lungenschäden, wie sie beispielsweise durch das Rauchen entstehen, besser reparieren. „Die Ernährung – so wissen wir jetzt – ist ein wichtiger Weg, die immer häufiger werdenden COPD-Erkrankungen zu bekämpfen“, schließt Garcia-Larsen.

Autor: Carina Rehberg

Quelle: zentrum-der-gesundheit.de



KLINISCHE STUDIEN



©Stasique_Photography, Fotolia

Klinische Studien sind ein wichtiger Baustein zur Erforschung von Lungenerkrankungen und neuen Behandlungsoptionen. **Das Deutsche Zentrum für Lungenforschung (DZL)** und die assoziierten Universitätskliniken fördern innovative, frühe klinische Studien und ermöglichen damit den Patientinnen und Patienten, an der Entwicklung neuartiger Substanzen und Therapieverfahren teilzuhaben.

KLINISCHE STUDIEN: LUNGENHOCHDRUCK

Im Bereich **Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie)** werden derzeit Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die folgenden Studien gesucht:

- **Breelib Akut:** Erfassung der akuten hämodynamischen (d.h. den Blutfluss betreffenden) Wirkung von inhalativem Iloprost über den Breelib® Vernebler bei Lungenhochdruck.
- **CHANGE - MRI:** Kann eine Magnetresonanztomographie (MRT)-Untersuchung die bisher notwendige Ventilations-Perfusionsszintigraphie als Screening-Untersuchung zur Diagnose einer CTEPH ersetzen?

- **FOCUS:**

Nachbeobachtung nach akuter Lungenembolie.

- **PEGASUS:**

Multizentrische Studie zur Sicherheit von Flugreisen bei Patienten mit Lungenhochdruck.

- **REPLACE:**

Riociguat bei Patienten mit Lungenhochdruck.

- **Right Heart 1-3**

Verbesserung der Funktion der rechten Herzkammer mit dem Ziel, die Prognose der Patienten entscheidend zu verbessern.

- **TRITON:**

Wirksamkeit und Sicherheit der oralen Kombinationstherapie bei Patienten mit neu diagnostiziertem Lungenhochdruck.

Wenden Sie sich bei allen Fragen gerne an die Ansprechpartner an den einzelnen Prüfzentren. Genauere Informationen sind auf www.lungeninformationsdiest.de verlinkt.

Elektronische Patientenakte ePA So digital ist das Gesundheitswesen 2021

10.08.2020 – Patienteninformationen müssen als hochsensible Daten gut und dauerhaft geschützt sein - gleichzeitig sollten Krankenhäuser und Arztpraxen sie untereinander austauschen können. Ob die elektronische Patientenakte ePA diese Anforderungen erfüllen kann, ist fraglich.



Foto: sfam_photo - shutterstock.com



Foto: metamorworks - shutterstock.com

2021 soll die elektronische Patientenakte (ePA) kommen, auch wenn sie noch mit technischen Problemen zu kämpfen hat.

Welche Medikamente nimmt ein Patient, welche Vorerkrankungen hat er, wie verliefen frühere Behandlungen? Gerade die aktuelle Corona-Krise verdeutlicht, wie wichtig die zentrale Erfassung und ein einfacher Austausch von Patienteninformationen sind. Um Ursachen, Verbreitungswege und Folgen der Pandemie zu untersuchen, brauchen Ärzte und Forscher Unmengen von Daten. Sind diese aber auf Hunderten von Krankenhäusern und Praxen verteilt, wird unnötig viel Zeit damit vergeudet, sie zu finden. Zeit, die Menschenleben kosten kann.

Elektronische Patientenakte: Problembehaftet vor dem Start

Damit soll im kommenden Jahr Schluss sein. Dann sollen alle gesetzlich Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) von ihren Krankenkassen erhalten, in der ihre Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte sowie Impfungen gespeichert werden.

Auf dieser Basis sollen Kliniken, Praxen, Apotheken und Krankenkassen die jeweils relevanten Daten untereinander austauschen können. Voraussetzung ist allerdings, dass die Versicherten der Speicherung ihrer Daten zustimmen. Denn die Nutzung der ePA ist freiwillig: Sie wird nur angelegt, wenn der Versicherte sein Einverständnis gibt. Außerdem kann er über eine Smartphone-App auf seine Daten zugreifen und sie auch löschen. Zudem kann er festlegen, wer außer ihm noch Zugang hat.

Um die Daten sicher speichern und austauschen zu können, werden alle Beteiligten an die so genannte Telematikinfrastruktur (TI) angebunden. Dabei handelt es sich um ein geschlossenes Netz, zu dem nur Personen und Institutionen mit einem elektronischen Heilberufs- oder Praxisausweis Zugang haben. Dieser erfolgt über ein Kartenterminal und einen "Konnektor", eine permanent aktive Schnittstelle zwischen Praxisdaten und der TI. Der Konnektor stellt ein virtuelles privates Netzwerk (VPN) zur TI her, das den Einsatz moderner Verschlüsselungstechnologien ermöglicht. Konnektor und Kartenlesegerät müssen von der Gematik (Gesellschaft für Telematik Anwendungen der Gesundheitskarte) zugelassen sowie vom BSI (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik) zertifiziert sein.

Welche Medikamente nimmt ein Patient, welche Vorerkrankungen hat er? Solche Fragen könnten mit der ePA künftig schneller geklärt werden.

Allerdings hat die ePA schon jetzt mit einer Reihe von technischen Problemen zu kämpfen. So räumte Gesundheitsminister Jens Spahn kürzlich ein, dass es 2021 noch nicht möglich sein wird, individuell festzulegen, welche Inhalte der elektronischen Patientenakte zur Ansicht freigegeben sind. Der Patient kann also nicht wie geplant selbst entscheiden, welche Informationen der Akte für welchen Arzt, Apotheker oder Therapeuten einsehbar sind.

Aber selbst wenn das irgendwann funktioniert: Dadurch, dass die Versicherten nicht allen Ärzten Einblick in die ePA gewähren müssen, sind die Informationen unter Umständen nicht vollständig. Da Ärzte ihre Dokumentationen nach Abschluss der Behandlung mindestens zehn Jahre lang aufbewahren müssen, werden sie ihre Diagnosen daher auch in Zukunft in Eigenregie speichern - mit der Folge, dass sich in Krankenhäusern und Praxen Massen von duplizierten Daten ansammeln.

ePA: Sicherheitslücken können fatale Folgen haben

Hinzu kommt, dass es derzeit mehr als fraglich ist, ob die ePA die geforderten Sicherheitsanforderungen einhalten kann. Bereits Ende des Jahres musste die Ausgabe von Krankenhaus- und Praxisausweisen wegen einer Sicherheitslücke in der TI gestoppt werden. Experten des Chaos Computer Clubs (CCC) hatten ein Datenleck bei einem Anbieter

von elektronischen Chipkarten entdeckt, mit denen Ärzte und Praxen auf das verschlüsselte Netzwerk zugreifen können.

In anderen Ländern zeigt der Betrieb ähnlich komplexer Infrastrukturen bereits, wie anfällig diese für Cyber-Attacken sind: So gelangten in Singapur Anfang 2019 die Namen von 14.000 HIV-Patienten über eine zentrale Datenbank an die Öffentlichkeit. Auch in England kam es im vergangenen Jahr mehrfach zu Vorfällen, bei denen Gesundheitsdaten öffentlich wurden. Und in Norwegen wurden 2018 drei Millionen Patientenakten gestohlen. Vor allem aber die geplante Möglichkeit, per Smartphone oder Tablet auf die ePA zuzugreifen, stößt bei Sicherheitsexperten auf große Bedenken: "Solche Geräte laufen auf Betriebssystemen, die erfahrungsgemäß von Angreifern ausnutzbare Sicherheitslücken enthalten", warnt etwa Hartmut Pohl von der Gesellschaft für Informatik (gi).



Foto: pandpstock001 - shutterstock.com

Die ePA birgt auch die Gefahr einer doppelten Datenhaltung.

Bei hochsensiblen Gesundheitsinformationen können solche Leaks fatale Folgen haben. Denn im Gegensatz zu Bankdaten, die nach zehn Jahren keinen Aufschluss mehr über die Bonität des Kontoinhabers geben, bleiben Informationen über eine HIV-Infektion oder genetisch bedingte Vorerkrankungen für immer aktuell. Gelangen sie in falsche Hände, können sie zur Stigmatisierung und Benachteiligung der betroffenen Patienten beitragen.

Sicherheitslücken, technische Probleme, doppelte Datenhaltung: Ob die ePA die geplanten Verbesserungen bringt, ist ungewiss. So stehen Kliniken und Arztpraxen weiter vor der Frage, wie sie ihre Patientendaten sicher und schnell abrufbar speichern können. Immer mehr Einrichtungen gehen dazu über, die Informationen nicht auf ihrem Server im Haus, sondern in einer Private Cloud abzulegen.

Diese Variante bietet in mehrfacher Hinsicht Vorteile: Cloud-Lösungen verfügen in der Regel über multiple Sicherheitsebenen und moderne Richtlinien mit zahlreichen Redundanzmechanismen für den Datenschutz. Die Server sind entfernt von den Mitarbeitern untergebracht und werden bewacht. Die Daten sind verschlüsselt und entsprechend schwer zu hacken sowie mit den richtigen Werkzeugen leicht abrufbar und schnell zu finden. Datenverluste durch Server-Ausfälle oder eine Datenbankfragmentierung sind praktisch ausgeschlossen. Zudem bietet die Cloud die Möglichkeit, Daten zu analysieren und Modelle zu erstellen - etwa um die Ausbreitung eines Virus aufzuzeichnen. Und schließlich ist ihr Betrieb in der Regel kostengünstiger, da weder Hardwareanschaffungen noch eigenes Personal für Betrieb und Wartung erforderlich sind.

Patientendaten: Hohe Datenschutzanforderungen auf beiden Seiten

Vielen Anwendern ist allerdings nicht bewusst, dass der Cloud-Provider zwar für den sicheren Betrieb der Hardware verantwortlich ist, nicht aber für den Schutz und die Sicherheit der Daten: Einer Untersuchung von Vanson Bourne im Auftrag von Veritas zufolge, glauben 69 Prozent der Unternehmen, ihr Cloud-Anbieter sei beim Thema Datenschutz in der Pflicht. Die meisten Verträge enthalten jedoch keine entsprechende Klausel. Gesundheitseinrichtungen müssen also selbst dafür sorgen, ihre Patienteninformationen vor

unberechtigten Zugriffen dauerhaft zu schützen. Das heißt: Die Daten müssen in der Praxis/ dem Krankenhaus verschlüsselt werden, bevor sie in die Cloud fließen. Den Schlüssel zum Ver- und Entschlüsseln dürfen nur der Arzt und seine zugriffsberechtigten Mitarbeiter besitzen.

Aber auch die Vertrauenswürdigkeit des Cloud-Dienstleisters ist ein wichtiger Aspekt: Sind die Daten und Applikationen ausreichend gegen Ausfälle gewappnet und hochverfügbar ausgelegt? Besteht eine durchgängige Sicherung der Informationen, und lassen diese sich einfach wiederherstellen? Werden alle wichtigen Compliance-Vorgaben beachtet? Solche Fragen müssen vorab geklärt werden. Der Cloud-Provider sollte über ein IT-Sicherheits-Management verfügen und im Idealfall nach der Norm ISO 27001 zertifiziert sein. Zu empfehlen ist ferner, dass die Server, auf denen die Patientendaten gespeichert sind, in Deutschland oder einem anderen EU-Land stehen, da hier die strengen Regeln der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) gelten. Wichtig ist zudem, dass der Cloud-Anbieter über ausgefeilte Daten-Management-Tools verfügt, um die Gesundheitsinformationen so zu klassifizieren, dass sie bei Bedarf schnell gefunden werden, und um sie zentral und automatisiert vorschriftsgemäß aufbewahren und löschen zu können.

All das zeigt: Die Verlagerung der Gesundheitsdaten in die Cloud ist kein Spaziergang, aber ein erster wichtiger Schritt zur vernetzten medizinischen Versorgung. Denn entscheidend ist nicht nur der Zugang zu den richtigen Daten, diese müssen auch zeitnah zur Verfügung stehen. Wenn die Gesundheit des Patienten auf dem Spiel steht, können Verzögerungen bei der Übermittlung wichtiger Patienteninformationen Menschenleben kosten. (hi)

Autor: Sascha Oehl



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.



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.

(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!

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!

Sobald wieder Treffen möglich sind, unterstützen wir Sie gerne bei der Planung von Präsenz-Treffen!

Bis dahin helfen wir gerne bei der Kontaktaufnahme untereinander:

- wir senden Ihnen Adresslisten von anderen Mitgliedern in Ihrer

Nähe, die der Datenweitergabe zugestimmt haben.

- Wir unterstützen Sie, wenn Sie ein Online-Treffen organisieren möchten und laden alle Teilnehmer auf unsere ZOOM Plattform ein!

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

Spenden statt Geschenke

(ph)Niemand möchte Ihnen die Freude am Feiern und Beschenktwerden nehmen. Vielleicht aber haben Sie sich schon einmal überlegt, wie Sie dem Verein bzw. der Stiftung eine Spende zukommen lassen könnten.

Eine Möglichkeit wäre, einmal auf Geschenke im Freundes- und

Bekanntenkreis zu verzichten und dafür eine gemeinsame Spende zusammenzustellen nach dem Motto: Wir machen eine Spendenparty. Denken Sie darüber nach. Jede noch so kleine Spende bringt uns unseren Zielen, nicht zuletzt der Intensivierung der Forschung über Preisauslobungen, näher.

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.



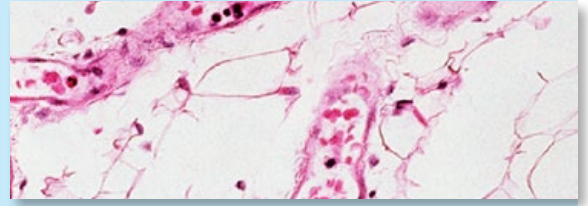
PERSPEKTIVEN BEI
PAH UND CTEPH



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.

KAPILLARMIKROSKOPIE DECKT DURCHBLUTUNGSSTÖ- RUNGEN AN DEN AKREN AUF



Die Dichte der Kapillaren als Prädiktor von Ulzerationen und Organkomplikationen?

© ismotionprem – stock.adobe.com

Schon vor über 100 Jahren kam man auf die Idee, auf der Suche nach Mikrozirkulationsstörungen die Kapillaren durch ein Mikroskop zu betrachten. Dann geriet das Verfahren in Vergessenheit. Nun macht die moderne Bildverarbeitung das Verfahren wieder interessant.

Wenig Aufwand und kein Risiko: Mit diesen Faktoren kann die Kapillarmikroskopie punkten. Sie erlaubt die Untersuchung großer Populationen sowie die Schulung vieler Anwender. Außerdem gibt es inzwischen **standardisierte Begriffe und Zuordnungen**, die den breiten Einsatz des Verfahrens und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglichen, schreiben Dr. Oliver Sander, Poliklinik und Funktionsbereich für Rheumatologie am Universitätsklinikum Düsseldorf, und Professor Dr. Cord Sunderkötter, Universitätsklinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in Halle/Saale.

Als klassische Indikation gilt das **Raynaud-Phänomen**, vor allem, wenn es neu auftritt. Dabei geht es darum, eine zugrunde liegende Kollagenose aufzuspüren. Haben mehr als 95 % der Kapillaren in der Nagelfalz einen schmalen Scheitel (Haarnadel oder torquiert) und liegen sie normal dicht (> 7 pro Millimeter), ist die Wahrscheinlichkeit dafür sehr gering und es reicht eine Kontrolle nach zwei Jahren. Bleibt der Befund unauffällig, muss keine weitere Untersuchung mehr folgen.

Megakapillaren deuten auf frühe systemische Sklerose hin

Megakapillaren, Kapillarverlust und Blutungen (ohne vorangegangene mechanische Belastung) sprechen dagegen für ein sekundäres Raynaud-Phänomen. Büschelkapillaren

zeigen ebenfalls eine Schädigung der Mikrozirkulation an, sind aber einfache Zeichen einer **Neoangiogenese** und damit unspezifisch.

Gerade Megakapillaren mit mehr als 50 µm Durchmesser deuten auf eine frühe systemische Sklerose als Grunderkrankung hin, vor allem, wenn gleichzeitig spezifische Antikörper z.B. gegen Zentromer (ACA) oder Topoisomerase (Scl-70-Antikörper) vorliegen. In diesen Fällen sollte die Untersuchung regelmäßig wiederholt werden. Sinkt die Kapillardichte ab, muss man mit einem baldigen **klinischen Ausbruch** rechnen.

Wie geht das?

Lichtquelle, Kamera, eine Technik zur Vergrößerung plus Immersionsöl, um kontrastsenkende Reflexionen zu reduzieren (Brechungsindexwechsel Luft/Haut): Das braucht man für die Kapillarmikroskopie. Wichtig ist die kalibrierte Skalierung, denn die Messung der Kapillardichte lässt sich nur in einem definierten Bereich auswerten. Untersucht wird die Nagelfalz aller langen Finger beider Hände. Es empfiehlt sich, in jedem Finger vier Abschnitte à 1 mm oder ein Panorama zu dokumentieren, um nichts zu übersehen und Schwankungen auszugleichen.

Die Methode hilft Dermatologen und Rheumatologen auch, wenn zunächst **Komorbiditäten** wie eine **pulmonale Hypertonie** oder Ösophagusmotilitätsstörungen auf eine

innere Beteiligung der systemischen Sklerose hindeuten, aber die Haut noch keinen typischen Befund aufweist. Im Falle einer manifesten systemischen Sklerose raten die Autoren zu jährlichen Kontrollen und bei Verschlechterungen (weiter abnehmende Gefäßdichte, verändertes Muster) zu weiterführenden Untersuchungen.

Automatisiertes Verfahren für das Screening geeignet

Die Dichte der Kapillaren als solider Prädiktor lässt zudem Rückschlüsse auf drohende digitale Ulzerationen, Organkomplikationen und Mortalität zu. Nach einer Stammzelltransplantation bessert sich der Befund, die Technik eignet sich damit ebenso zur Verlaufskontrolle nach der Intervention.

Auch andere Kollagenosen führen zu pathologischen Kapillarmorphologien, allerdings in bunter Vielfalt. Daraus ließen sich bisher noch keine klaren Muster ableiten, auffällige Befunde sollten aber immer Anlass zur weiteren Diagnostik geben. Mithilfe einer automatisierten Erfassung und Auswertung kann man die Kapillarmikroskopie in den nächsten fünf Jahren sicherlich als Screeninginstrument für (alle) Kollagenosen verwenden, spekulieren die Autoren. Möglicherweise gelingt es dann auch, eine systemische Sklerose früher zu erkennen und die Prognose zu bessern.

Autor: Dr. Anja Braunwarth

Quelle: Sander O, Sunderkötter C. „Kapillarmikroskopie – wann, wie und wofür?“, Akt Dermatol 2020; 46: 143-147; DOI: 10.1055/a-1072-6739 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York

Professorin entwickelt Corona-Schutzmasken für Risikogruppe

28.08.2020 - Diejenigen, die am dringendsten einen Schutz brauchen, können mit aktuellen Masken nicht geschützt werden. Expert*innen-Interview mit Professorin Jennifer Niessner.



Professorin Jennifer Niessner

Professorin Jennifer Niessner lehrt Technische Physik und Strömungslehre im Studiengang Verfahrens- und Umwelttechnik. Ihre Expertise: Aerosolfilter. Diese entfernen gefährliche Aerosole (kleinste gesundheitsschädliche Teilchen in der Luft) und Aerosolnebel (kleinste Flüssigkeitströpfchen in der Luft). Ihr Fachwissen wendet Niessner nun für die Corona-Situation an. Mit ihrem Forschungsprojekt BioPROTECT-Mask richtet sie sich an Corona-Risikopatienten, um ihnen einen sicheren und angenehmeren Mund-Nasen-Schutz zu ermöglichen.

Was genau sind Aerosolfilter?

Aerosolfilter filtern kleinste Teilchen aus der Luft heraus. Dazu gehören zum Beispiel Feinstaubfilter, die Feststoffteilchen abscheiden. Aber auch Filter für Aerosolnebel, kleine Flüssigkeitströpfchen in der Luft.

Wo kommen diese Filter zum Einsatz?

Zum Beispiel in Diesel-Fahrzeugen. Schon vor Corona wurden Aerosolnebelfilter zur Reinigung der Luft aus Fertigungshallen eingesetzt, aber auch um Bremssysteme in Lkws und Bussen zu schätzen und Druckluft in der Industrie zu säubern. Auch Schutzmasken sind eine spezielle Form von Aerosolnebelfiltern.

Sind Aerosole generell problematisch?

Ja, da kleinste Teilchen ($< 2,5 \mu\text{m}$) in die Lunge eindringen können und dort – je nach Substanz – zu Vergiftungen, Verätzungen, Allergien und Lungenkrebs führen können. Virenbeladene Aerosole stellen nun nochmal eine ganz neue und akute Gefahr dar.

Stichwort Viren: Wie lässt sich Ihr Fachwissen über Aerosolfilter auf Corona übertragen?

Tatsächlich sind Schutzmasken den anderen Aerosolfiltern sehr ähnlich. Sie bestehen alle aus faserigen Filtermaterialien, mit Fasern, die einen Durchmesser von wenigen μm haben. Der einzige Unterschied ist, dass man bei der Materialwahl bei Schutzmasken aufpassen muss. Bei Feinstaub- und Aerosolnebelfiltern sind häufig Glasfasern im Einsatz, die aus gesundheitlichen Gründen nicht für Masken geeignet sind. Hier wird eher mit Kunststoff gearbeitet. Ziel ist auch bei Schutzmasken ein hoher Abscheidegrad für Aerosole bei kleinem Druckverlust.

Was bedeutet dieser „kleine Druckverlust“?

Ein geringerer Atemwiderstand, also besser Luft zu bekommen. Bei Schutzmasken bedeutet ein großer Druckverlust einen großen Atemwiderstand, was besonders für Risikopatienten mit chronischen Lungenerkrankungen kritisch ist, die auch ohne Maske schon Atemschwierigkeiten haben.

Welche Eigenschaften fehlen Ihnen an aktuellen Mundschutzmasken?

Gerade die Masken mit einer guten Schutzwirkung haben diesen sehr hohen Strömungswiderstand und behindern damit, wie oben erwähnt, die Atmung. Das ist gerade für die besonders durch SARS-CoV-2 gefährdeten Personen mit chronischen Lungenerkrankungen wie Asthma oder COPD kritisch. Für diese Personengruppe sind die aktuell verfügbaren Masken nicht geeignet. Diejenigen, die am dringendsten einen Schutz brauchen, können also nicht geschützt werden. Meist sind diese Personen auch noch von der Maskenpflicht befreit und dadurch noch stärker in Gefahr, sich zu infizieren.

Was sind Ihre konkreten Anforderungen an die optimale Maske?

Die Maske muss ein Multitalent sein! Sie soll gut schützen, also einen hohen Abscheidegrad für Viren in der Luft haben und der Strömungswiderstand muss gering sein, um gut atmen zu können. Das ist im Allgemeinen ein Widerspruch. Außerdem sollten wiederverwendbare Masken beständig sein und keine Einbußen durch Sterilisation, Waschen oder Bügeln erleiden.

Wie gehen Sie im Moment vor, wie muss ich mir Ihre aktuelle Forschungsarbeit vorstellen?

Wir stehen noch ganz am Anfang. Das Projekt ist erst zum 1. August 2020 angelaufen. Nun müssen zunächst einmal Prüfstände konzipiert und ausgelegt werden und dann schnellstmöglich aufgebaut werden. Auch führen wir aktuell 3D-Scans eines Puppenkopfes mit und ohne Maske durch, damit wir die reale Situation in den Strömungssimulationen bestmöglich abbilden können. Den Puppenkopf selbst werden wir im Prüfstand als „Maskenträger“ einbauen. Zusätzlich werden μ CT-Scans der aktuellen Masken angefertigt, damit wir die Filterstruktur als Basis für Strömungssimulationen vorliegen haben. Ein Kollege, André Baumann, baut bereits allererste Strömungssimulationen auf, in denen die Aerosolemission beim Husten mit Maske berechnet und visualisiert wird.

Quelle: <https://www.hs-heilbronn.de/corona-schutzmasken>

Aus wie vielen Köpfen besteht Ihr Forschungsteam?

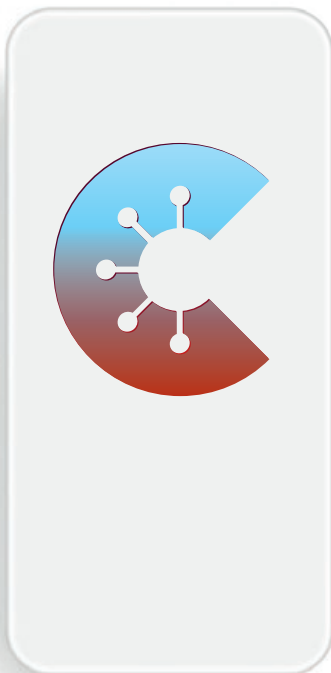
An Filterthemen arbeiten aktuell 4 Mitarbeiter*innen mit, in BioPROTECT-Mask sind 2 weitere Stellen verfügbar. Dazu kommen 9 Studierende, die über Bachelorarbeiten, Masterarbeiten und Projektarbeiten mitarbeiten. Zum BioPROTECT-Mask-Team gehörten außerhalb der HHN noch 3 Lungenfachärzte, ein Forscher aus dem medizinischen Bereich, 2 Krankenpfleger*innen und noch mehrere Personen unseres beteiligten Filterherstellers.

Für Ihre Forschung haben Sie Fördergelder beantragt. Wie hoch war die finanzielle Unterstützung?

Für das Projekt haben wir insgesamt knapp eine halbe Million Euro eingeworben. An die HHN fließen davon gut 180.000 Euro.

Zum Abschluss bei der Expertin nachgefragt: bringt unser derzeitiges Mundschutz-Tragen etwas?

Gleich vorweg – ich bin keine Medizinerin und kann die Frage nur aus Strömungssicht beantworten. Wenn alle im Raum Anwesenden Stoffmasken als „Filter“ tragen, wird sich die Aerosolkonzentration um einen gewissen Prozentsatz reduzieren. Das ist auf jeden Fall schon mal gut. Ob diese Reduktion tatsächlich ausreicht, um in dem kritischen Fall, dass eine der Personen infiziert ist, die Infektion der anderen Personen garantiert zu vermeiden, ist nicht sicher. Besser ist es auf jeden Fall, das Ansteckungsrisiko weiter zu minimieren, indem die Personen Masken mit besserer Abscheideleistung tragen. Wenn diese Masken dann auch noch einen niedrigen Atemwiderstand aufweisen, werden die Masken hoffentlich nicht nur besser schützen, sondern auch weniger ungerne getragen werden. Unser Ziel ist es, genau das zu erreichen.



DIE CORONA-WARN-APP:

HILFT INFJEKTIONS- KETTEN ZU UNTERBRECHEN.

Jetzt die Corona-Warn-App herunterladen
und Corona gemeinsam bekämpfen.



Die
Bundesregierung

UKE-Lungenarzt über unerwartete Folgen von Corona

26.09.2020 Hamburg. Er sieht in der Klinik, was **Covid-19** aus eigentlich gesunden Menschen machen kann, wie sie Monate brauchen, um sich zu erholen. Nicht nur deshalb läuft **Dr. Hans Klose** 1000 Kilometer im Jahr. Die Angst vor dem Virus habe viele Menschen fitter gemacht. In der Zukunft werden wir weniger krank sein, prognostiziert der **Leiter der Pneumologie am UKE**. Doch der 53-Jährige wird nie wieder einem Fremden die Hand geben, und während andere schon Entwarnung rufen, setzt der Mediziner für die nächsten Monate auf erhöhte Alarmbereitschaft.



Pneumologe Dr. Hans Klose vom UKE über den Impfstoff-Krieg und welche gesundheitlichen Verbesserungen die Pandemie bringen wird.

Wird unser Leben je wieder so, wie es vor Corona war?

Dr. Hans Klose: Hätten Sie mich am Anfang der Krise gefragt, hätte ich gesagt: Ja! Weil der Mensch schnell vergisst, in seiner Wohlfühlblase bleiben und zurückkehren möchte zu seinen Ritualen. Der Mensch an sich ist manchmal einfach träge. Vergleichen Sie es mit 9/11. Da haben viele gesagt, Amerika würde nachhaltig verändert dadurch, aber das war keineswegs so. Nach erschreckend kurzer Zeit waren alle back to normal. Doch je länger unsere Misere andauert, glaube ich, dass aus den Ängsten, die wir alle durchleben, eine Hoffnung erwächst, künftig ein wenig anders zu leben. Diese Chance wird gerade konterkariert durch unsere Genervtheit. Wir befinden uns in einer Pha-

se, in der viele Leute – entschuldigen Sie – die Schnauze voll haben. Es wird geschrien nach noch mehr Öffnung und Freigabe in einer Zeit, in der ich als Mediziner sage: Seid bloß vorsichtig!

Weil die Fallzahlen steigen? Sind die Zahlen der in den Kliniken Behandelten und die Sterblichkeitsrate nicht relevanter für eine Einschätzung der Bedrohungslage?

Nein, ich gucke auf die Fallzahlen, und zwar mit großem Respekt. Ich beobachte unsere Nachbarländer und frage mich, was uns Deutsche so sicher macht? Was unterscheidet uns denn von Spanien oder Italien? Umarmen die sich wirklich mehr und halten weniger Abstand? Klappt die Nachverfolgung von Patienten da weniger zuverlässig? Das kann nicht

die ganze Wahrheit sein. Denn Österreich und die Niederlande sind uns doch extrem ähnlich und gut strukturiert, dennoch haut es denen die Zahlen um die Ohren. Das kann uns genauso passieren. Um ein normales Leben aufrechtzuerhalten, um Bereiche wie unsere Wirtschaft und die Schule am Laufen zu halten, müssen wir uns zusammenreißen und durchhalten bis zum Impfstoff. Wir führen hier einen Tanz mit dem Tiger auf. Das Raubtier halten wir derzeit an der Leine, doch wir dürfen nicht zu sehr locker lassen. Ist es wirklich sinnvoll, Leute ins Fußballstadion zu lassen? Nein. Da können die Leute noch so meckern. Großveranstaltungen sind einfach eine schlechte Idee. Wir müssen unsere Regeln mit viel Klarheit manchmal auch gegen Widerstand durchsetzen.

Reicht es nicht, in Zukunft auf die Eigenverantwortung der Menschen zu setzen?

Nein, das sehen wir an den gefälschten oder absichtlich unleserlich geschriebenen Namen in den Gästelisten der Restaurants. Was soll denn das? Durch gefälschte Namen unterbrechen Gäste die Nachverfolgung und begeben andere, ältere Menschen, in eine riesige Gefahr. Das ist fast asozial. Haben alle schon die vielen Todesfälle in Pflegeheimen zu Beginn der Epidemie vergessen? Im Heim meiner Schwiegermutter in Harburg kam es mir vor wie die Pest, da waren plötzlich viele Bewohner erkrankt und sind gestorben, einschließlich meiner Schwiegermutter. Es ist naiv, ausschließlich auf die Eigenverantwortung der Menschen zu setzen. Zur Eigenverantwortung gehört Wissen, und das können wir nicht

bei jedem voraussetzen. Wir leben in einer Zeit, in der Wissensvermittlung sehr ungefiltert verläuft, jeder schreibt irgendwas im Internet. Das ist extrem gefährlich bei Themen, die viel Know-how erfordern.

Haben Sie noch Angst vor Corona?

Ich sehe so viele Leute sterben, deshalb habe ich einen gewissen Grundrespekt, aber Corona ist nicht die Krankheit, die ich am meisten fürchte. Das sind familiär bedingt Herzkrankheiten, deshalb laufe ich so viel. Mein Ziel für 2020 sind 1000 Kilometer, und ich bin bei fast 800. Jetzt brauche ich noch 65 pro Monat, also dreimal die Woche um die Alster.

Laufen ist der Trend der Stunde. Treiben die Menschen künftig mehr Sport?

Könnte sein. So viele Menschen wie jetzt sind jedenfalls noch nie gejoggt, es wird ja richtig eng an der Alster. Meine Lieblingsbegegnung war ein Mann, mindestens 80 Jahre alt, der sich mit Maske am Rollator auf der Alsterrunde befand. Den habe ich mehrmals gesehen, der hat sich echt gequält. Als Lungenarzt begrüße ich Bewegung an der frischen Luft natürlich.

Also werden wir in Zukunft dank Corona alle fitter sein.

Nein. Es haben auch mehr Menschen getrunken, ihre Frau verprügelt und ihre Kinder schlecht behandelt. Was für die Zukunft bleibt, ist jedoch: Aus einer Angst kann man auch positive Energien schöpfen. Man muss nicht erstarren, viele laufen der Angst einfach weg. Ich eigentlich auch. Ich habe einige Corona-Patienten gesehen, die wie ich Anfang 50 waren, die sind zwar nicht gestorben, hatten aber einen harten Verlauf. Sie wurden längere Zeit beatmet, rutschten von 90 Kilo auf 60 Kilo ab, hatten keine Muskeln mehr und mussten erst mal wieder stehen und gehen lernen. Da ist man gut fünf Monate beschäftigt, um halbwegs wieder der Alte zu sein.

Könnte es durch das vermehrte Händewaschen und die Abstandsregelungen im Winter denn zumindest weniger Erkältungskrankheiten geben?

Unbedingt. Es wird weniger Kranke und Viren geben, das macht sich jetzt schon bemerkbar. Manches behält meine Berufsgruppe auch nach Corona bei: Ich gebe meinen Patienten nie mehr die Hand. Auch in Gesellschaft verzichte ich auf die Begrüßungsküsschen. Dieses Ritual stirbt wahrscheinlich aus. An seine Stelle tritt der Ellbogen-Check. Die Geste ist doch hip: Sie zeigt Demut und Vorsicht. Wir werden auch in der Zukunft feiern und leben können, aber nie mehr mit so viel Körperkontakt. In 100 Jahren sagen die Älteren dann: „Damals haben wir uns zur Begrüßung geküsst!“ Und die Jüngeren reißen staunend ihre Augen auf.

Sie leiten seit acht Wochen am UKE eine Studie über Folgeschäden, welche Spätfolgen zeichnen sich bislang ab?

Wir untersuchen drei verschiedene Gruppen: die mit einem leichten Verlauf, die mit einem stationären Aufenthalt und die intensivmedizinisch Betreuten. Wir schauen uns diese Patienten direkt nach der Krankheit und dann in einem Zeitintervall von 12 und 24 Monaten an, um zu gucken, was für Probleme am Anfang vorherrschen und was am Ende bleibt. Zurzeit leiden viele noch unter Luftnot, ohne dass wir das messen können. Die Muskulatur der Patienten scheint nicht mehr so zu funktionieren wie zuvor. Das überrascht uns nicht unbedingt. Aber was wir nicht erwartet haben, sind die psychovegetativen Erscheinungen wie Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Konzentrationsstörungen sowie Merk- und Gedächtnisstörungen. Das hat uns überrascht. Eine Kollegin, die eine ähnliche Studie in Hannover leitet, hat mir verraten, was sie aus ihren ersten Erkenntnissen gelernt hat: Im April noch hätte sie gerne Corona gehabt, um Antikörper zu besitzen. Jetzt sagt meine Kollegin,

der ich zustimme: Dieses Virus will ich auf keinen Fall bekommen. Covid-19 ist nicht nett, es führt zu sehr unangenehmen Folgeschäden.

Die Krankheit hat also unerwartete Längen.

Ja, da kommt ganz viel nach hinten raus. Genesen heißt in diesem Fall nicht gesund. Sars-CoV-2 verhält sich anders als sein älterer Bruder. Sars-CoV-1 ist einfach von alleine verschwunden, der war plötzlich weg, weil er sich an die Wärmeregeln gehalten hat. Darauf haben wir ja auch gehofft. Wir Experten saßen hier in einem Hörsaal im März zusammen und gingen davon aus, dass das Virus mit steigenden Temperaturen verschwinden wird. Eine absolute Fehleinschätzung. Wir wussten nichts und mussten jeden Tag dazulernen.

Sind die Ärzte künftig demütiger?

Demut ist ein Begriff, den wir fast vergessen hatten. Wir haben auch durch Corona gelernt, wie wir bei Mers oder Ebola entspannt von außen zugeguckt haben. Zwar haben wir gesagt: Oh, ist ja schrecklich, was da mit den anderen passiert. Aber es war weit weg von uns. Wir müssen mehr Mitgefühl entwickeln für die Zukunft, weil es uns eben auch erwischen kann. Jetzt stehen wir plötzlich machtlos da und müssen uns Regeln unterwerfen, hinnehmen, dass es uns betreffen kann, egal, wie wir uns verhalten. Eine völlig neue Erfahrung für unsere Generation, die keinen Krieg und keine schlimme Epidemie bislang erlebt hat. Wir müssen im Kopf behalten, dass wir nicht unangreifbar sind und – das ist meine Hoffnung – wir künftig intensiver genießen und leben. Ich spüre durch meine Arbeit jeden Tag, wie schnell es zu Ende sein kann. Nun erfahren es plötzlich alle. Daraus resultiert bestenfalls mehr Respekt vor dem eigenen Leben und auch dem des Nächsten.

Werden Sie in der Klinik anders vorgehen, sollte eine weitere Infektionswelle kommen?

Im Frühjahr gingen wir so vor, dass wir extrem viel Personal auf die Intensivstation abzogen. Ein Kollege von mir beschrieb das folgendermaßen: Jetzt haben wir eine Riesenparty vorbereitet, doch keiner kommt! Auf den anderen Stationen herrschte zwar Ruhe, doch diese Ruhe mussten wir teuer bezahlen. Viele Patienten trauten sich nicht ins UKE, das müssen wir im Falle einer erneuten Krise verhindern. Für die Belegschaft war die Entschleunigung jedoch positiv. Bei manchen dauerte es lange, bis die jahrelange Hochspannung von ihnen abfiel. Ich persönlich möchte es künftig schaffen, nicht permanent „on“ zu sein. Ich hatte zuvor nie Wochenende, war immer im Einsatz. Zum ersten Mal in meinem Leben konnte ich ein Buch lesen. Ein Kollege prägte den Begriff „Corona-Ferien.“ Wir Ärzte werden uns nicht mehr permanent auf Kongressen und zu Meetings treffen, das geht vielfach mit Zoom genauso gut. Und wir haben festgestellt, wir brauchen nicht zwingend ein Büro. Im kardiologischen Neubau des UKE wird ein Bereich geplant, in dem ein sogenanntes Desk Sharing vorgesehen ist. Es gibt also flexible Arbeitsplätze. Niemand ist mehr gefesselt an einen Raum, das finde ich sinnvoll.

Denken wir künftig bei gesundheitlichen Krisen über die Ländergrenzen hinaus?

Das hätten wir durch Corona lernen müssen, haben es aber leider nicht. Wir wären durchaus in der Lage gewesen, viel mehr Patienten aus anderen Ländern aufzunehmen, haben unsere Betten und unser Personal aber frei gehalten für die Hamburger. Da hätte es viel mehr Hilfsmöglichkeiten gegeben. Wir haben nicht europäisch gedacht, wir haben ja noch nicht einmal über die Grenzen der Bundesländer hinaus gedacht! Sollte es noch einmal

hart auf hart kommen, sollten wir uns die Frage stellen: Gibt es einen Unterschied zwischen Deutschen, Italienern oder Spaniern, wenn es ums Sterben geht? In den Nachbarländern sind die Intensivbetten doch schon wieder belegt, warum nehmen wir nicht Patienten auf, um bei denen den Druck rauszunehmen? Es geht doch um die Rettung von Menschenleben, nicht um die Rettung von Nationalitäten.

Und Sie haben keine Hoffnung, dass es nicht doch einen Wandel geben könnte?

Wenn ich mir nun die Verteilungskämpfe beim Impfstoff anschau, eher nicht. Es herrscht fast ein Krieg um den Impfstoff. Alle wollen Vorkaufsrechte bei großen Pharmafirmen erwerben. Wir haben diesen Kampf schon erlebt bei den Masken. Zuerst kam die Angst um Klopapier, dann die um Masken, und jetzt fürchten alle, nicht genug Impfstoff zu bekommen. Es zeigt den Egoismus, der durch Corona erwachsen ist: Jeder will der Erste sein, niemand lässt sich in die Karten gucken, jeder will seine Stadt, sein Land an erster Stelle sehen. Eventuell ist es in unserem Stammhirn integriert, in kleinen Steinzeitlagern zu denken anstatt in großen gesellschaftlichen Strukturen. Sechs Monate Corona konnten da wenig bewirken.

Jens Spahn rechnet mit einem Impfstoff bereits im kommenden Frühjahr; teilen Sie seine Hoffnung?

Es wäre auf jeden Fall die schnellste Impfstoffentwicklung, die wir je gesehen haben. Von Ausbruchserkennung bis zu einer Zulassungsstudie vergehen eigentlich Jahre, wenn wir an die großen Seuchen der Welt wie Ebola und Gelbfieber denken, hat es ewig gedauert. Und für HIV gibt es immer noch keinen Impfstoff. Nun, da der Virus sich nicht in Drittländern abspielt, sondern Länder mit viel Macht betrifft, geht es plötzlich sehr schnell. Aber Frühjahr ist immer

noch sehr optimistisch. Das wäre eine grandiose Leistung aller Beteiligten.

Unser Gesundheitsminister ist also ein Optimist?

Er kann ja schlecht sagen, er weiß es nicht. Aber wenn man ehrlich unter Experten darüber spricht, weiß niemand, wie lange es dauert. Bei einem der aussichtsreichsten Kandidaten gab es schon einen Zwischenfall, der Pharmakonzern AstraZeneca hat seine klinische Studie für seinen Corona-Impfstoff deshalb vorsorglich gestoppt. Solche schweren Nebenwirkungen innerhalb einer Studie wie immunologische Reaktionen könnten beispielsweise eine aufsteigende Lähmung sein, das muss ja nur noch zweimal passieren, dann liegt der Zusammenhang auf der Hand, und das war es mit dem Impfstoff-Kandidaten.

Würden Sie jetzt in den Urlaub fahren?

Ich hatte geplant, im Oktober zum Lachsangeln nach Schweden zu fahren. Ich glaube, das mache ich nicht. Ich hätte Sorge, dass in der Zeit hier die Zahlen so hochschnellen, dass ich nicht rechtzeitig zurück wäre, weil zum Beispiel Quarantäneregeln neu eingeführt werden. Vielleicht bleibe ich lieber in Deutschland und gehe wandern mit meiner Tochter im Pfälzer Wald.

Autor: Yvonne Weiß

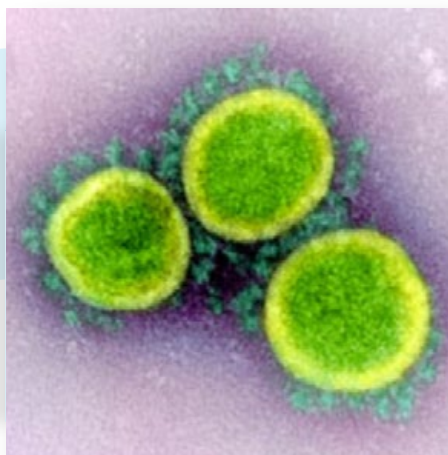
Quelle: Hamburger Abendblatt

Coronavirus

BEWERTUNG DES INDIVIDUELLEN RISIKOS DURCH SARS-COV-2

02. Nov 2020

Forschende der Universität Erlangen-Nürnberg und der Ludwig-Maximilians-Universität München haben ein Bewertungssystem entwickelt, das dabei helfen soll, die Einschätzung des individuellen Risikos für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung zu vereinheitlichen. Das Verfahren soll als konkrete Entscheidungshilfe im Praxisalltag dienen und wurde in erster Linie für die Anwendung im Arbeitsschutz entwickelt.



© NIAID-RML/ National Institute of Allergy and Infectious Diseases

Das individuelle Risiko einer Patientin oder eines Patienten für einen schweren Krankheitsverlauf bei **COVID-19** zu beurteilen, stellt hohe Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte. Denn eine Infektion mit SARS-CoV-2 kann sehr unterschiedlich verlaufen und hängt von individuellen Faktoren ab wie etwa Vorerkrankungen oder Alter. Das individuelle Risiko zu kennen ist gerade im Arbeitsumfeld wichtig, denn Betriebe und Unternehmen tragen eine Fürsorgepflicht für ihre Beschäftigten, insbesondere für jene, die einer Risikogruppe angehören. Bei erhöhter Infektionsgefährdung am Arbeitsplatz mit gleichzeitig hohem individuellem Risiko für einen

schweren COVID-19 Verlauf muss daher gegebenenfalls überlegt werden, wo besonders gefährdete Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eingesetzt werden können. Dabei soll das neu entwickelte standardisierte Bewertungssystem unterstützen.

Große Transparenz und Nachvollziehbarkeit

Der sogenannte IKKA-Score setzt sich aus vier Kategorien zusammen, die nach einem überschaubaren Punktesystem bewertet werden:

- Immunsuppression,
- Krankheitsschwere bestehender Vorerkrankungen,
- Komorbiditäten (Begleiterkrankungen) /Risikofaktoren nach Robert Koch-Institut (RKI)
- Alter

In jeder Kategorie werden — je nach Ausprägung der Risikofaktoren — Punkte vergeben. Anhand der Gesamtpunktzahl werden die Personen einer von vier Tätigkeitsgruppen zugeteilt, die wiederum Hinweise auf mögliche Einsatzmöglichkeiten enthalten. Dabei werden auch bereits vorliegende Empfehlungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) berück-

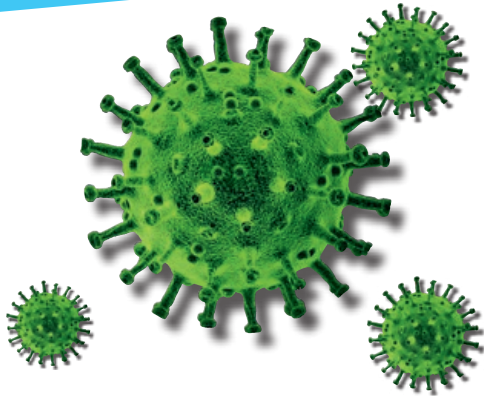
sichtigt. Weitere Stärken des neuen Bewertungssystems seien, dass es die Risikobeurteilung vereinheitlicht, gleichzeitig übersichtlich sei und mit geringem Zeitaufwand durchgeführt werden könne, betonen die Forschenden. Bislang habe es keine einheitliche Vorgehensweise bei der individuellen Risikobestimmung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gegeben.

Das neue System soll einen Beitrag zum Schutz von sensiblen Gruppen am Arbeitsplatz leisten. Es biete zudem die Chance großer Transparenz und Nachvollziehbarkeit sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für Patientinnen und Patienten beziehungsweise Beschäftigte und Unternehmen. So könne es zu mehr Verständnis, Akzeptanz und Kooperation auf allen Seiten beitragen, so die Hoffnung der Forschenden.

Quellen:

Wolfschmidt, A. et al.: Zur Diskussion gestellt: IKKA-Score zur Vereinheitlichung der Beurteilung des individuellen Risikos durch SARS-CoV-2. ASU Zeitschrift für medizinische Prävention, 20.10.2020
Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.: Neues Score-System zur Einschätzung des individuellen Risikos für einen schweren Krankheitsverlauf bei COVID-19. Pressemitteilung vom 27.10.2020

Neue SARS-CoV-2-Variante hat sich im Sommer 2020 in Europa verbreitet



Allein in Europa sind zurzeit Hunderte Varianten des neuen Corona Virus SARS-CoV-2 im Umlauf, die sich alle durch kleine Mutationen in ihrem Erbgut voneinander unterscheiden. Nur wenige dieser Varianten haben sich derartig erfolgreich verbreitet und sind so prävalent geworden wie die neue, die die Bezeichnung 20A.EU1 erhalten hat.

Die Forschenden der Universität Basel, der ETH Zürich in Basel und des Konsortiums «SeqCOVID-Spain» analysierten und verglichen Virusgenomsequenzen von Covid-19-Patienten aus ganz Europa, um die Entwicklung und Verbreitung des Erregers nachzuvollziehen (siehe Kasten). Ihre Analyse legt nahe, dass 20A.EU1 erstmals im Sommer in Spanien auftrat. Die frühesten Hinweise auf die neue Variante stehen im Zusammenhang mit einem Super-Spreader-Ereignis unter Landarbeitern im Nordosten Spaniens. 20A.EU1 gelangte anschließend in die lokale Bevölkerung, verbreitete sich rasch über das ganze Land und macht heute fast 80 Prozent der Virus-Sequenzen in Spanien aus.

«Es ist wichtig festzuhalten, dass es derzeit keinen Hinweis darauf gibt, dass die Verbreitung der neuen Variante auf einer Mutation beruht, die die Übertragung erhöht oder den Krankheitsverlauf beeinflusst»,

29. Oktober 2020, Universität Basel

Forschende aus Basel und Spanien haben eine neue SARS-CoV-2-Variante identifiziert, die sich in den letzten Monaten in ganz Europa verbreitet hat, wie aus einer neuen, noch nicht von Fachleuten überprüften Studie hervorgeht.

Es gibt derzeit keine Hinweise, dass die neue Variante gefährlicher ist. Ihre Verbreitung könnte jedoch Einblicke in die Wirksamkeit der Reise Richtlinien geben, die die europäischen Länder im Sommer erlassen hatten.

betont Dr. Emma Hodcroft von der Universität Basel, Hauptautorin der Studie. Die Forschenden vermuten, dass die Ausbreitung der Variante durch die Lockerung von Reisebeschränkungen und Social-Distancing-Maßnahmen im Sommer erleichtert wurde.

Ähnliches Muster wie im Frühjahr

«Wir sehen bei dieser Variante in Spanien ein ähnliches Muster wie im Frühjahr», erklärt Prof. Dr. Iñaki Comas, Co-Autor der Studie und Leiter des Konsortiums «SeqCOVID-Spain». «Eine Virus-Variante, die durch ein anfängliches Super-Spreader-Ereignis Anschlag erhält, kann sich schnell im ganzen Land durchsetzen.»

Seit Juli hat sich 20A.EU1 mit Reisenden weiterverbreitet, als sich die Grenzen in ganz Europa öffneten. Die Variante wurde nun in zwölf europäischen Ländern sowie in Hongkong und Neuseeland nachgewiesen. Während die ursprüngliche Übertragung der Variante auf neue Länder wahrscheinlich direkt aus Spanien erfolgte, hat sich 20A.EU1 dann möglicherweise weiter von Sekundärländern aus verbreitet.

Derzeit entsprechen 90 Prozent der Sequenzen aus dem Vereinigten Königreich, 60 Prozent der Sequenzen aus Irland und zwischen 30 und 40 Prozent der Sequenzen in

der Schweiz und den Niederlanden der neuen Variante 20A.EU1. Damit ist diese Variante momentan eine der am weitesten verbreiteten in Europa. Auch in Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Lettland, Norwegen und Schweden wurde sie identifiziert.

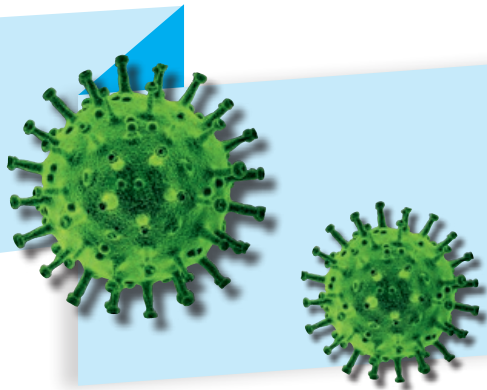
Reisen begünstigten die Verbreitung

Genetische Analysen weisen darauf hin, dass die Variante mindestens Dutzende und möglicherweise Hunderte von Reisen zwischen europäischen Ländern unternommen hat. «Wir können sehen, dass das Virus in mehreren Ländern mehrfach eingeschleppt wurde, und viele dieser eingeschleppten 20A.EU1-Viren haben sich dann in der Bevölkerung verbreitet», sagt Prof. Dr. Tanja Stadler von der ETH Zürich, eine der leitenden Forscherinnen der Studie.

Obwohl der Anstieg der Prävalenz von 20A.EU1 parallel mit der in diesem Herbst steigenden Zahl von Fällen in vielen europäischen Ländern verläuft, warnen die Studienautorinnen und -autoren davor, die neue Variante als Ursache für den Anstieg der Fälle zu interpretieren. «Es ist nicht die einzige Variante, die in den letzten Wochen und Monaten im Umlauf war», sagt Prof. Dr. Richard Neher von der Universität

Basel, ebenfalls einer der führenden Forscher hinter der Studie. «Tatsächlich dominieren in einigen Ländern mit einem signifikanten Anstieg der Covid-19-Fälle andere Varianten.»

Die Analyse der sommerlichen SARS-CoV-2-Prävalenz in Spanien und Reisedaten zeigt, dass diese Faktoren erklären können, wie sich 20A.EU1 so erfolgreich ausgebreitet hat. Spaniens relativ hohe Fallzahlen und Beliebtheit als Urlaubsziel haben eine Vielzahl an Übertragungen auf neue Länder ermöglicht, von denen sich manche durch riskantes Verhalten von Infizierten nach der Rückkehr zu größeren Ausbrüchen entwickelt haben könnten.



Die Autorinnen und Autoren der Studie empfehlen eine Evaluation der Wirksamkeit von Grenzkontrollen und Reisebeschränkungen zur Eindämmung von SARS-CoV-2 während des Sommers. «Langfristige Grenzsicherungen und strenge Reisebeschränkungen sind weder durchführbar noch wünschenswert», erklärt Hodcroft, «aber anhand der Ausbreitung von 20A.EU1 scheint klar zu sein, dass die getroffenen Maßnahmen oft nicht ausreichten, um die Weiterverbreitung der neuen Variante zu stoppen. Nachdem die Länder hart daran gearbeitet haben, die Zahl der SARS-CoV-2-Infektionen auf ein niedriges Niveau zu senken, müssen sie bessere Wege finden sich zu ‚öffnen‘, ohne einen Anstieg der Fälle zu riskieren.»

Weitere Analyse der neuen Variante

Die Variante 20A.EU1 wurde von Hodcroft erstmals während einer Analyse von Schweizer Sequenzen mit der „Nextstrain“-Plattform identifiziert, die gemeinsam von der Universität Basel und dem Fred Hutchinson Cancer Research Center in Seattle, Washington, entwickelt wurde. 20A.EU1 ist durch Mutationen gekennzeichnet, die Aminosäuren in den Spike-, Nukleokapsid- und ORF14-Proteinen des Virus modifizieren.

Obwohl nach derzeitigem Wissensstand nichts darauf hinweist, dass die Ausbreitung von 20A.EU1 auf eine Veränderung der Übertragbarkeit zurückzuführen ist, arbeiten die Autoren derzeit mit Virologie-Laboren zusammen, um mögliche Auswirkungen der Spike-Mutation A222V, auf den Phänotyp des SARS-CoV-2-Virus zu untersuchen. Sie hoffen auch, bald Zugang zu Daten zu erhalten, um die klinischen Auswirkungen der Variante zu beurteilen.

Es sei wichtig, das Aufkommen neuer Varianten wie 20A.EU1 genau zu beobachten, betonen die Forschenden. «Nur durch die Sequenzierung des viralen Genoms können wir neue SARS-CoV-2-Varianten identifizieren, wenn sie auftauchen, und ihre Ausbreitung innerhalb und zwischen den Ländern überwachen», fügt Neher hinzu. «Aber die Anzahl der Sequenzen, die wir haben, ist von Land zu Land sehr unterschiedlich. Um aufkommende Varianten früher identifizieren zu können, müssen wir SARS-CoV-2 in ganz Europa schneller und systematischer sequenzieren.»

Die «Nextstrain»-Plattform wurde 2015 mit dem Ziel ins Leben gerufen, Krankheitserreger mittels genetischer Sequenzierung in Echtzeit zu verfolgen und möglichst auch die künftige Verbreitung von Viren vorherzusagen. Nextstrain stützt sich für die Analyse auf die Tatsa-

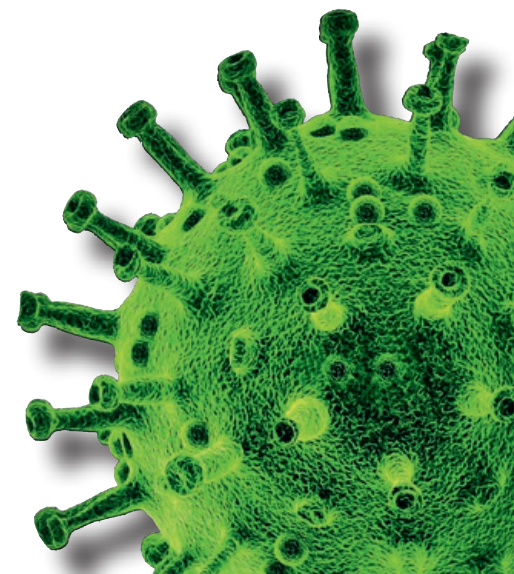
che, dass Viren beim Vervielfältigen ihres Erbguts kleine Fehler machen. Anhand dieser Fehler errechnet die Plattform einen «Stammbaum», der anzeigt, in welchem Verwandtschaftsverhältnis einzelne Virusproben zueinanderstehen. Dies erlaubt Forschenden, die Ausbreitung von Viren rund um den Globus und im Laufe der Zeit zu verfolgen. Nextstrain kam bereits für viele Krankheitserreger zum Einsatz, unter anderem für jene, die Zika, Ebola, Tuberkulose und natürlich Covid-19 auslösen. Die Forschungsgruppe um Prof. Dr. Richard Neher an der Universität Basel leitet derzeit die Analysen der SARS-CoV-2-Sequenzen für die meisten europäischen Länder sowie eine gesonderte Analyse für die Schweiz.

Das «SeqCOVID-Spain»-Konsortium hat sich zum Ziel gesetzt, die Übertragungsmuster von SARS-CoV-2 in Spanien und in Verbindung mit dem Rest der Welt zu verstehen. Daran beteiligt sind 30 klinische Institutionen, die mit den von ihnen gesammelten Virusproben die landesweite Vielfalt an Virusvarianten abbilden.

Originalpublikation

Emma B. Hodcroft, Moira Zuber, Sarah Nadeau, Iñaki Comas, Fernando Gonzalez Candelas, SeqCOVID-SPAIN consortium, Tanja Stadler and Richard A. Neher
Spread of a SARS-CoV-2 variant through Europe in summer 2020
medRxiv (2020), DOI:

10.1101/2020.10.25.20219063



COVID-19-Risikogruppen: Warum das Immunsystem schlechter gegen das Virus ankommt

2. September 2020 - Charité – Universitätsmedizin Berlin

Ältere Menschen und Personen mit Grunderkrankungen haben ein besonders hohes Risiko, schwer an COVID-19 zu erkranken. Eine Forschungsgruppe der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat jetzt herausgefunden, was einer der Gründe dafür sein könnte: Bei diesen Risikogruppen werden wichtige Zellen des Immunsystems, die T-Helferzellen, zwar besonders häufig gebildet, sie sind aber in ihrer Funktion eingeschränkt. Diese „Immunbremse“ zu lösen, könnte ein Therapieansatz beispielsweise bei schweren COVID-19-Verläufen sein. Veröffentlicht ist die Studie im *Journal of Clinical Investigation.**

Schon früh nach dem ersten Auftreten von COVID-19 wurde flächendeckend dieselbe Beobachtung gemacht: Die Erkrankung verläuft häufig besonders schwer bei älteren Personen und bei Menschen mit Grunderkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes. Wahrscheinlich gibt es eine Reihe medizinischer Gründe dafür, dass der Körper im Alter oder bei bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen schlechter mit einer SARS-CoV-2-Infektion fertig wird. Ein wichtiger Faktor, so wurde vermutet, könnte das Immunsystem sein. Ein interdisziplinäres Team der Charité hat jetzt Erkenntnisse gesammelt, die diese Vermutung unterstützen.

Für ihre Studie untersuchte die Forschungsgruppe das Blut von 39 Patientinnen und Patienten, die mit SARS-CoV-2-Infektion in die Charité aufgenommen worden waren. Aus diesen Blutproben gewannen die Forschenden Immunzellen, die sie mit kleinen, künstlich hergestellten Bruchstücken des SARS-CoV-2-Erregers stimulierten. Anschließend machten sie die T-Helferzellen, die auf die Virus-Bruchstücke reagierten, mithilfe von spezifischen Farbstoffen sichtbar und bestimmten ihre Anzahl. Schließlich überprüfte das Forschungsteam, ob es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der aktivierten T-Helferzellen und den Risikofaktoren der Patienten gab.

Wie die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler belegen konnten, wiesen die COVID-19-Betroffenen umso mehr Virus-spezifische T-Helferzellen in ihrem Blut auf, je älter sie waren. Derselbe Zusammenhang fand sich auch für den sogenannten Komorbiditätsindex – eine Maßzahl für die Schwere von 19 verschiedenen Grunderkrankungen: Je höher der Komorbiditätsindex lag, desto mehr SARS-CoV-2-spezifische T-Helferzellen zirkulierten im Blut der Patientinnen und Patienten. Wie das Team jedoch beobachtete, produzierten mit fortschreitendem Alter der Betroffenen und Gesamtlast ihrer Grunderkrankungen immer weniger dieser Zellen den Botenstoff Interferon gamma (IFN γ). Diesen Botenstoff geben die Zellen normalerweise ab, wenn sie ein Virus erkannt haben, um andere Komponenten der Immunabwehr gegen den Erreger zu stimulieren. „Die übermäßig vielen gegen das neue Coronavirus gerichteten T-Helferzellen, die wir im Blut von COVID-19-Betroffenen mit Risikofaktoren gefunden haben, sind also teilweise nicht mehr richtig funktionstüchtig“, erklärt Dr. Arne Sattler, leitender Erstautor der Studie von der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der Charité. Der Wissenschaftler der Arbeitsgruppe Translationale Immunologie resümiert: „Die T-Helferzellen werden bei Menschen mit Risikofaktoren also

gewissermaßen ausgebremsst. Wir gehen davon aus, dass das hinderlich für eine effiziente Bekämpfung des Erregers sein könnte.“

Eine bekannte molekulare „Bremse“ des Immunsystems ist das Protein PD-1. Es sorgt auf der Oberfläche von T-Zellen normalerweise dafür, dass eine Immunantwort nicht überschießt und sich beispielsweise gegen den eigenen Körper richtet. Tatsächlich konnte die Charité-Forschungsgruppe nachweisen, dass die Virus-spezifischen T-Helferzellen während einer akuten SARS-CoV-2-Infektion deutlich mehr PD-1 bilden als nach einer Infektion mit vergleichsweise milden Symptomen. „Zusammen mit Beobachtungen anderer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler weisen unsere Daten darauf hin, dass PD-1 mitverantwortlich dafür sein könnte, dass das Immunsystem bei einigen COVID-19-Betroffenen zu wenig Botenstoffe zur Erregerabwehr ausschüttet“, sagt Dr. Sattler. „Möglicherweise könnten COVID-19-Patientinnen und -Patienten von Therapien profitieren, die darauf abzielen, eine solche ‚Immunbremse‘ wieder zu lösen. Um das zu klären, sind aber noch zahlreiche Studien nötig.“

*Sattler A#, Angermair S#, Stockmann H, Heim KM, Khadzhyrov D, Treskatsch S, Halleck F, Kreis ME, Kotsch K. SARS-CoV-2 specific T-cell responses and correlations with COVID-19 patient predisposition. *J Clin Invest.* 2020;140965. doi: 10.1172/JCI140965. [#Ko-Erstautoren]

Studienplattform zur Erforschung von COVID-19 an der Charité

Basis für die Generierung der jetzt veröffentlichten Daten war die Studienplattform Pa-COVID-19. Pa-COVID-19 ist die zentrale longitudinale Registerstudie für COVID-19-Patienten.

tinnen und -Patienten an der Charité. Sie zielt darauf ab, COVID-19-Betroffene klinisch sowie molekular schnell und umfassend zu untersuchen, um individuelle Risikofaktoren für schwere Verlaufsformen sowie prognostische Biomarker und Therapieansätze zu identifizieren. Das Protokoll zur Studie ist hier veröffentlicht.

Allgemeines zur Immunantwort

Das Immunsystem bekämpft Erreger zum einen mithilfe von spezifischen Antikörpern und zum anderen durch die Aktivierung spezifischer Immunzellen, darunter T-Zellen. Man spricht von der humoralen und der zellulären Immunantwort. Beide Arme des Immunsystems tragen zur Ausbildung einer Immunität gegen einen spezifischen Erreger bei. Inwiefern und zu welchem Anteil die humorale und die zelluläre Immunantwort zu einer Immunität gegen SARS-CoV-2 beiträgt, ist Gegenstand aktueller Forschung.

T-Helferzellen

T-Helferzellen sind für die Steuerung und Koordinierung der Immunantwort verantwortlich. Dringt ein Erreger in den Körper ein, nehmen sogenannte Fresszellen ihn auf und präsentieren Bruchstücke davon („Antigene“) auf ihrer Oberfläche. T-Helferzellen kontrollieren diese Bruchstücke; verfügen sie über einen mehr oder weniger passenden Rezeptor für diese Erregerfragmente, werden sie aktiviert. Aktivierte T-Helferzellen sorgen dann dafür, dass andere Immunzellen den Erreger direkt bekämpfen und passgenaue Antikörper bilden. Bei den meisten Immunantworten entstehen dann auch sogenannte T-Helfer-Gedächtniszellen, die über viele Jahre im Körper überleben können und verantwortlich für eine schnellere und effizientere Immunantwort im Falle eines erneuten Kontakts mit dem gleichen Erreger sind.

Links:

Originalpublikation

Pressemitteilung zu Erkenntnissen zu myeloiden Zellen bei COVID-19 vom 6. August

Pressemitteilung zur Kreuzreaktivität von T-Helferzellen bei COVID-19 vom 29. Juli

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie



Coronavirus: Empfehlungen

LUNGENFUNKTIONSTESTS IN ZEITEN DER SARS-COV-2-PANDEMIE

Wie sollen sich Personal und Patienten in Zeiten des Coronavirus während Lungenfunktionsuntersuchungen verhalten und welche Schutzmaßnahmen müssen getroffen werden? Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) hat dazu Empfehlungen veröffentlicht.



© koldunova_anna - AdobeStock

Bisher gibt es noch keine wissenschaftlich abgesicherten Studien zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Durchführung von Lungenfunktionstests seit Eintritt der Coronavirus-Pandemie. In ihren Empfehlungen legt die DGP daher Expertenmeinungen dar, die sich auf Erfahrungen gründen, wie man bislang maßgebliche Infektionskrankheiten verhindert und bekämpft.

Generell hängt die Gefährdung durch das Coronavirus laut den Experten grundsätzlich von der Prävalenz, also der Häufigkeit der Infektionserkrankung in der Bevölkerung ab und davon, wie wahrscheinlich die zu untersuchenden Patienten infektiös sind. Wie und welche Hygienemaßnahmen eingesetzt werden, muss sich daher auch an der lokalen Krankheitshäufigkeit orientieren

– je höher die Erkrankungszahlen, umso restriktiver die Maßnahmen.

Die DGP Empfehlungen für Lungenfunktionsuntersuchungen in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie beinhalten eine generelle Gefährdungsbeurteilung, – sowohl für Personal als auch für die Patientinnen und Patienten – Empfehlungen zu grundsätzlichen Maßnahmen sowie Empfehlungen für spezielle Maßnahmen bei einzelnen Funktionsuntersuchungen, darunter

- Blutgasbestimmung
- Bodyplethysmografie
- Spirometrie
- NO-Messung oder
- (Spiro-) Ergometrie

Empfehlungen müssen ständig überprüft werden

Die DGP-Experten weisen in ihren Empfehlungen auch ausdrücklich darauf hin, dass die Hinweise schnell veralten können und daher ständig auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse hin überprüft werden müssen. Und auch jede Gesundheitseinrichtung, die Lungenfunktionstests durchführt oder auch in Auftrag gibt, sollte sich bewusst sein, dass sie ihre getroffenen Maßnahmen ständig überprüfen muss.

Quellen:

Ochmann U., Nowak D., Criée C.: Empfehlungen für Lungenfunktionsuntersuchungen in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie. In: Pneumologie, 11. August 2020 DOI: 10.1055/a-1216-2215

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.:

Empfehlungen für Lungenfunktionsuntersuchungen in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie. Überarbeitete und ergänzte Fassung 26. Juli 2020

4 von 5 COVID-19-Patienten entwickeln neurologische Beschwerden – fehlgerichtete SARS-CoV-2-Antikörper als Ursache?

COVID-19 geht sehr häufig mit neurologischen Beschwerden einher. Wie häufig, zeigt eine aktuell publizierte Arbeit: Insgesamt beträgt die Prävalenz mehr als 80% und fast jeder dritte Patient erleidet eine Enzephalopathie. Eine Arbeitsgruppe der Charité – Universitätsmedizin Berlin und des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) liefert dafür eine einleuchtende Hypothese [2]: Sie zeigte, dass einige SARS-CoV-2-Antikörper aus dem Blut von COVID-19-Patienten nicht nur an das Virus binden, um es zu neutralisieren, sondern auch an Strukturen des Gehirns und des Nervensystems. Dadurch könnten die neurologischen Beschwerden ausgelöst werden.

COVID-19 kann zu vielen verschiedenen neurologischen Manifestationen und Komplikationen führen – und zwar unabhängig von der Schwere der Atemwegsinfektion oder anderen Organbeteiligungen. Die Vielzahl an Veröffentlichungen von Fallserien und Studien führte daher zur Bezeichnung „Neuro-COVID“. Das neurologische Beschwerdespektrum reicht dabei von Riech- und Geschmacksstörungen über Schlaganfälle, Epilepsie und Lähmungen bis zu Verwirrtheit und MS-ähnlichen Bildern. Auffällig ist außerdem, dass sehr viele Betroffene nach Abklingen der akuten Erkrankung nicht beschwerdefrei werden, man spricht dann von einem „Post-COVID-Syndrom“. Im Vordergrund stehen dabei Müdigkeit bzw. Fatigue und reduzierte Belastbarkeit; in einigen Fällen bleiben aber auch neurologische Symptome und Ausfälle zurück.

Eine aktuelle Studie aus Chicago [1] hat die Bandbreite der neurologischen Beschwerden im Kontext einer COVID-19-Erkrankung zusammengetragen und deren Häufigkeit evaluiert: Fast die Hälfte der Patienten zeigten zu Beginn der Erkrankung (42,2%) neurologische Beschwerden, bei den Patienten, die wegen COVID-19 in ein Krankenhaus aufgenommen werden

mussten, waren es sogar fast zwei Drittel (62,7%). Noch höher war der Anteil der Patienten, die insgesamt im Verlauf der COVID-19-Erkrankung neurologische Beschwerden entwickelten (also nicht nur zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginns): das waren 82,3%, also vier von fünf Patienten. Besonders häufig waren Muskelschmerzen (44,8%), Kopfschmerzen (37,7%) und Enzephalopathien (31,8%), ein Sammelbegriff für diffuse Gehirnschädigungen.

„Diese hohe Prävalenz zeigt, dass neurologische Expertise gefragt ist und COVID-19-Erkrankte grundsätzlich neurologisch mitbetreut werden müssen, weil gerade bei schwerer Betroffenen das Erkennen neurologischer Manifestationen nicht einfach ist“, erklärt Professor Dr. Peter Berlit, Generalsekretär der DGN. „Wir haben in den vergangenen Monaten gelernt, dass COVID-19 nicht nur eine pulmonale Erkrankung ist, sondern das Virus verschiedene Organe angreift, und dabei in einem besonderen Maße das Gehirn und Nervensystem.“

Doch wie genau erfolgt dies und wieso entstehen überhaupt neurologische Beschwerden in Zusammenhang mit der neuartigen Infektionskrankheit? Eine kürzlich publizierte Antikörper-Studie [2] der Arbeits-

gruppe um Prof. Dr. Harald Prüß von der Charité Berlin, Sprecher der DGN-Kommission Neuroimmunologie, liefert einen plausiblen Erklärungsansatz.

Bei einer SARS-CoV-2-Infektion werden vom Immunsystem eine Vielzahl monoklonaler Antikörper (mAbs) gegen verschiedene Strukturen des Virus gebildet. Nicht alle mAbs haben aber gleich gute „Virus-neutralisierende“ Eigenschaften. Daher ist die detaillierte Charakterisierung von Virus-neutralisierenden Antikörpern und ihren Zielantigenen (bzw. Epitopen) wichtig, um die COVID-19-Pathophysiologie genauer zu verstehen und gezielte Behandlungs- und Immunisierungsstrategien zu schaffen. In der aktuellen Studie wurden mit dem Ziel der Entwicklung einer passiven Impfung, d.h. der Behandlung von Erkrankten mit im Labor hergestellten schützenden Antikörpern, aus fast 600 humanen mAbs von zehn COVID-19-Patienten 40 stark neutralisierende Antikörper identifiziert und weiter analysiert. So konnten diese mAbs die Lungenerkrankung bei Hamstern – die wie Menschen anfällig für SARS-CoV-2 sind – bei früher Gabe nahezu vollständig verhindern, ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zu einer passiven Immunisierung beim Menschen. Die Forscher fanden bei der detaillierten Charakterisierung der SARS-CoV-2-Antikörper aber auch heraus, dass es sich bei vielen mAbs um sogenannte Keimbahnnahe Antikörper handelt, die sich in einem frühen Stadium der im Körper stattfindenden Antikörper-Auslese („Reifung“) befinden. Diese Keimbahn-nahen Antikörper haben prinzipiell die Fähigkeit, an mehr

als ein spezifisches Zielantigen zu binden („Off-Target-Bindung“). Die Arbeitsgruppe zeigte tierexperimentell, dass manche dieser Keimbahn-nahen SARS-CoV-2-Antikörper tatsächlich mit Eigenantigenen verschiedener Organe reagieren, unter anderem mit Hirngewebe. Hier könnte also ein Schlüssel für den Zusammenhang von COVID-19 und neurologischen Symptomen sowie Begleit- und Folgeerkrankungen liegen.

„Als nächstes müssen wir klären, gegen welche körpereigenen Eiweiße sich die SARS-CoV-2-Antikörper genau richten“, erklärt Studienautor Prof. Dr. Harald Prüb. „Insbesondere in Bezug auf Neuro-COVID und das Post-COVID-Syndrom, aber auch im Hinblick auf vermeidbare Komplikationen zukünftiger Impfungen, ist eine mögliche Kreuzreaktivität mit körpereigenen Strukturen von großer Bedeutung und muss nun weiter untersucht werden – experimentell sowie an den Antikörpern aus dem Plasma und Liquor von großen Patientenkohorten.“

Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN)

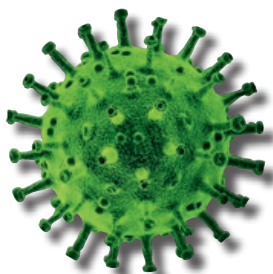
Literatur

[1] Liotta E, Batra A, Clark JR et al. Frequent neurologic manifestations and encephalopathy associated morbidity in Covid 19 patients. *Annals of Clinical and Translational Neurology*. First published: 05 October 2020. <https://doi.org/10.1002/acn3.51210>

[2] Kreye J, Reincke SM, Kornau HC et al. A therapeutic non-self-reactive SARS-CoV-2 antibody protects from lung pathology in a COVID-19 hamster model. *Cell* 2020; Open Access Published: September 23 [https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(20\)31246-0](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(20)31246-0)

Quelle:

www.deutsches-gesundheitsportal.de



VITAMIN D ALS INDIKATOR FÜR DEN COVID-19-VERLAUF

Kurz & fundiert

- Vitamin D als Prognosefaktor?
- Patienten mit schlechter Prognose haben niedrigere Vitamin-D-Konzentration

DGP – Die Auswertungen zeigen, dass Vitamin D bei der Schwere und Prognose von COVID-19 eine Rolle spielen könnte. Die Vitamin D-Konzentration könnte daher auch eine Rolle spielen, um die präventiven und therapeutischen Maßnahmen bei COVID-19 anzupassen.



Bild: pixabay

Vitamin D beeinflusst das Immunsystem und könnte daher auch bei COVID-19 eine Rolle spielen. Wissenschaftler aus den USA, Ägypten und Saudi-Arabien untersuchten jetzt systematisch die Assoziation von Vitamin D und der Schwere und Prognose einer COVID-19-Erkrankung.

Die Wissenschaftler fassten die Ergebnisse aus 7 Studien zusammen und bestimmten den standardisierten mittleren Unterschied oder die Odds Ratios. Mit der ROC-Kurvenanalyse wurden die Schwellenwerte für die prognostischen Charakteristika von Vitamin D bestimmt.

Niedrigere Konzentration bei schlechter Prognose

Die durchschnittliche Vitamin-D-Konzentration der 1368 Patienten

lag bei 22,9 nmol/L (21,9 bis 23,8). Es gab eine signifikante Heterogenität ($I^2 = 99,9\%$). Die Patienten mit einer schlechten Prognose (634) hatten ein signifikant geringeres Vitamin-D-Level als Patienten mit guter Prognose (669). Das entsprach einer mittleren Differenz von -5,12. Patienten mit schlechter Prognose hatten akutes Lungenversagen, benötigten mechanische Beatmung, mussten auf die Intensivstation oder verstarben.

Die Auswertungen zeigen, dass Vitamin D bei der Schwere und Prognose von COVID-19 eine Rolle spielen könnte. Die Vitamin D-Konzentration könnte daher auch eine Rolle spielen, um die präventiven und therapeutischen Maßnahmen bei COVID-19 anzupassen.

Alle Rechte: DeutschesGesundheitsPortal.de

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

KORTIKOSTEROIDE FÜR COVID-19-PATIENTEN? KOMMT AUF DEN SAUERSTOFFBEDARF AN

Original Titel: Corticosteroids for COVID-19 patients requiring oxygen support? Yes, but not for everyone: Effect of corticosteroids on mortality and Intensive Care Unit admission in patients with COVID-19 according to patients' oxygen requirements

DGP – Inzwischen gilt als etabliert, dass Kortikosteroide bei der Behandlung von schweren COVID-19-Erkrankungen einen wichtigen Unterschied machen können. Für welche Patienten aber diese Behandlung besonders relevant ist, ist noch nicht vollständig klar. Eine aktuelle Analyse verglich nun den Effekt der Medikamente je nach Sauerstoffbedarf der Patienten. Bei hohem Sauerstoffbedarf halfen demnach Kortikosteroide, bei Erkrankten mit geringem Bedarf machten sie dagegen keinen Unterschied.



Bild: pixabay

Kortikosteroide reduzieren die Sterblichkeit von Patienten mit COVID-19, die im Krankenhaus behandelt werden müssen. Dieser Effekt scheint allerdings abhängig davon zu sein, wie viel respiratorische Unterstützung die Patienten benötigen.

Welchen COVID-19-Patienten helfen Kortikosteroide?

In einer retrospektiven Kohortenstudie mit COVID-19-Patienten ermittelten Forscher nun diesen Zusammenhang genauer. Patienten mit Sauerstoffsättigung (SatO₂) in Raumluft von unter 92 %, die zwischen 3. März und 30. April 2020 in eine Klinik aufgenommen wurden, wurden betrachtet. Gemäß dem Behandlungsprotokoll in diesem Zeitraum konnten die Patienten

Dexamethason oder Methylprednisolon erhalten und wurden nach ihrem individuellen Sauerstoffbedarf eingruppiert. Primär wurde analysiert, welche Patienten intensivpflichtig wurden.

Analyse von Sauerstoffbedarf und Behandlung: Wer muss auf die Intensivstation?

Von den 115 Patienten erhielten 38 Kortikosteroide. Unter den Patienten mit hohem Sauerstoffbedarf (high-flow, nichtinvasive Beatmung oder FiO₂ > 0,40) zeigte sich ein deutlicher Unterschied im Verlauf zwischen Patienten, die Kortikosteroide erhielten, und solchen, die ohne Kortikosteroide behandelt wurden: Die Hazard Ratio (HR)

für Versterben oder Intensivpflicht betrug 0,07 (95 % Konfidenzintervall 0,01–0,4; p = 0,002). Bei Patienten mit geringerem Sauerstoffbedarf (low-flow) war der Unterschied zwischen Behandlung mit und ohne Kortikosteroiden dagegen nicht signifikant (HR 0,70; 95 % Konfidenzintervall 0,13–3,8; p = 0,68). Signifikante Unterschiede zwischen den Behandlungsweisen zeigten sich ebenfalls, wenn alle Patienten gemeinsam betrachtet wurden.

Kortikosteroide sind besonders bei hohem Sauerstoffbedarf kritisch

Eine signifikante Reduktion der Sterblichkeit und der Häufigkeit von Einweisung in die Intensivstation zeigte sich somit vor allem bei den Patienten mit COVID-19, die einen hohen Sauerstoffbedarf aufwiesen. Entsprechend können COVID-19-Patienten womöglich gezielter für eine notwendige Behandlung mit Kortikosteroiden ermittelt werden. [DOI: 10.1002/jmv.26635]

Alle Rechte: DeutschesGesundheitsPortal.de

Autor: Tortajada, Cecilia, Enrique Colomer, Juan Carlos Andreu-Ballester, Ana Esparcia, Carmina Oltra, and Juan Flores. "Corticosteroids for COVID-19 Patients Requiring Oxygen Support? Yes, but Not for Everyone: Effect of Corticosteroids on Mortality and Intensive Care Unit Admission in Patients with COVID-19 According to Patients' Oxygen Requirements." *Journal of Medical Virology*, October 27, 2020, jmv.26635. <https://doi.org/10.1002/jmv.26635>.

© 2020 DeutschesGesundheitsPortal

Forschungspreis der René Baumgart-Stiftung 2021

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 2021 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 61. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. vom 2.- 5. Juni 2021 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 2020 (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

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 zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Digitalem Nachlass, Betreuungsverfügung, Testament Im Online-Shop unter www.ratgeber-verbraucherzentrale.de oder unter 0211 / 38 09-555.
Der Ratgeber ist 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 Storckbaum: 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
 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 beigefügt 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



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: 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)

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.



Bruno Kopp

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,

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

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

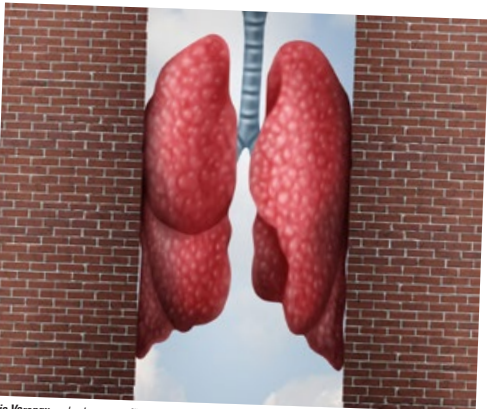
Spendenkonto:

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

Pressespiegel PH IN DEN NACHRICHTEN

Pulmonale Hypertonie ganzheitlich betrachten Komplexes Krankheitsbild erfordert stetige Weiterentwicklungen

Hausarzt medizinisch



Die Verengung der Lungengefäße führt zu einer Erhöhung des Blutdrucks im Lungenkreislauf.

Die pulmonale Hypertonie (PH), die nach ihrer Ätiologie in fünf Gruppen eingeteilt wird, unterscheidet sich je nach Form erheblich in ihrer Inzidenz, in ihrer klinischen Bedeutung sowie in ihrer Therapie. Eine Überarbeitung der Leitlinien von 2015 ist derzeit angedacht. OA Dr. Gabor Kovacs von der Klinischen Abteilung für Lungenkrankheiten an der Medizinischen Universität Graz erläutert: „Wann die neuen Leitlinien veröffentlicht werden, ist bisher nicht bekannt, angepeilt ist das Jahr 2020 oder 2021. 2018 haben sich in Nizza auf der 6. PH-Weltkonferenz Experten zusammengesetzt und die Ergebnisse als Proceedings herausgegeben. Dabei handelt es sich nicht um verbindliche Leitlinien, sondern um Empfehlungen, an denen man sich orientieren kann.“ Laut Dr. Kovacs ändert sich nichts Wesentliches an der Klassifikation der PH. Die Erkrankung wird weiterhin in die >



Gefällt 179 Mal

ankes_herz Es ist doch leider immer wieder so, dass Vorurteile auf jemand treffen "Warum kann er/sie jenes nicht. Er/sie ist einfach nur faul!" Nein. Häufig sieht man einen Menschen seine Krankheit nicht sofort an. Nur weil man krank ist muss man nicht den ganzen Tag jammern. So geht es auch häufig vielen herzkranken Erwachsenen, Jugendlichen, Kindern und deren Eltern. Nur weil wir oft Stark sind obwohl wir ein schwaches Herz haben sind wir nicht automatisch gesund. Wir machen das beste aus unserem Leben, um es lebenswert zu machen. Um unsere "Schwächen und Defizite" nicht unser Leben bestimmen zu lassen. Leider sind Herzerkrankungen und deren Auswirkungen häufig ein unbekanntes Thema in der Öffentlichkeit. Also hilf mit es bekannt zu machen unter #meinstarkesherz oder teile meinen Beitrag #herzfehler #herzkrank #angeborenerherzfehler #emah #fürmehrrealitättaufinstagram #realität #herzkrankekinder #herzkrankheit @jemah_ev

Nummer 193

DIE DRITTE SEITE

Freitag, 21. August 2020

Seltene Krankheit, konkretes Risiko

Medizin | Lungenhochdruck schränkt die körperliche Leistungsfähigkeit massiv ein – und kann teilweise tödlich enden

■ Von Ralf Deckert

Oberndorf. Angefangen hat es bei Susanne Trauth (35) im Jugendalter: »Ich war nicht mehr leistungsfähig und habe die Treppen ins Klassenzimmer fast nicht mehr geschafft.« Radtouren und Wanderungen seien wie Hochleistungssport gewesen. Manchmal sei sie umgekippt, aber trotz der schweren Symptome habe zunächst keiner ihren Zustand ernst genommen. Mehrere Jahre sei das so gegangen, bis sie 1999 die Diagnose Pulmonale Hypertonie (PH) bekommen habe.

Trauth weiß seither: Sie leidet an einer seltenen Krankheit, bei der aufgrund eines Bluthochdrucks in den Lungengefäßen die körperliche Leistungsfähigkeit massiv eingeschränkt wird. Ihre Rettung war damals ein Medikament in der Experimentalphase, das sie sechsmal am Tag für jeweils eine Viertelstunde inhalieren musste. »Das hat mich dann über den Tag gerettet.« Nach der Inhalation sei es ihr leichter gefallen, wieder einige Treppenstufen am Stück zu bewältigen.

»Heute gehe es mir im Vergleich zu damals »richtig gut«, betont Trauth. Die medikamentöse Versorgung sei besser als vor 20 Jahren. Aber Einschränkungen gebe es natürlich: »Ich arbeite nicht Vollzeit, Sport geht auch nicht, und eine Schwangerschaft wäre zu anstrengend.«

Covid-19 greift die Lungenbläschen an, wohingegen PH die Blutgefäße betrifft

In der Corona-Krise habe sie sich zunächst weitgehend abgeschrieben. »Da hat sich mein Verhalten sehr verändert. Ich habe schon Verständnis, wenn die Leute sich Normalität herbeiwünschen. Aber Rücksichtslosigkeit finde ich nicht gut.« Am schlimmsten sei es aber gewesen, durch die Corona-Pandemie ihre eigene Schutzbedürftigkeit massiv zu spüren zu bekommen. »Ich möchte ja mein Leben so normal wie möglich führen. Inwendig war meine Krankheit dann aber wieder so präsent. Und ich würde meinem Umfeld ja auch gern die Sorge und die Einschränkungen im Umgang mit mir ersparen«, sagt Trauth.

Wie sehr PH-Patienten einem erhöhten Gesundheits-



Mit Atemnot beim Treppensteigen fing es bei ihr an, erinnert sich PH-Patientin Susanne Trauth.

Foto: Salzer-Deckert

risiko durch das Corona-Virus ausgesetzt sind, ist derzeit noch unklar, wie Lungenspezialisten wie Thomas Köhler von der Uniklinik Freiburg betonen. Klar sei: Covid-19 greife die Lungenbläschen an, wohingegen PH die Blutgefäße betrifft. Während bei verbreiteteren Erkrankungen wie COPD oder Asthma das Corona-Risiko schon ganz gut erforscht sei, wisse man über die Bedrohungslage für Patienten mit Lungenhochdruck aufgrund der dünnen Datenlage noch nicht wirklich, ob und wie sehr sie gefährdet sind. Schon allein deswegen bewerte man PH-Erkrankte auch als Corona-Hochrisikogruppe.

Auch Helga Kühne (63) ist seit über 40 Jahren PH-Patientin. »Es fing an mit Luftnot und dann mit Brustschmerzen, verstärkten sich die Symptome. Damals gab es praktisch noch keine Medikamente, die Kühne in den vergangenen Monaten ein eher zurückgezogenes Leben geführt: »Auch mein Partner und ich haben zuhause so gut wie



Helga Kühne (63), PH-Patientin

ihre Erkrankung habe ihr geholfen, das Leben besser anzupacken, sagt Kühne: »Ich plane alles auf kurzfristige, und wie Trauth hat auch Kühne in den vergangenen Monaten ein eher zurückgezogenes Leben geführt: »Auch mein Partner und ich haben zuhause so gut wie

möglich einhalb Meter Abstand gehalten.« Nach fünf oder sechs Wochen habe sie das dann als so belastend empfunden, dass sie daheim die Abstandsregeln wieder »etwas gelockert« hat. Verständnis für Maskenverweigerer kennt sie keines: »Da hab ich schon auch Diskussionen manchmal!«

Nachdem sie zunächst viele Jahre keine Kontakte zu anderen PH-Betroffenen hatte, engagiert sich Kühne mittlerweile seit fast 25 Jahren für den damals frisch gegründeten Selbsthilfverein PH e.V. (www.phev.de) in Rheinstetten bei Karlsruhe. Der Verein hat ihr »gut auf die Sprünge geholfen« und dazu beigetragen, dass sie neben einer sinnvollen Aufgabe auch einen Weg fand, ihre Krankheit besser anzunehmen und besser damit leben zu können. Aufgrund der Corona-Krise müssen derzeit jedoch wichtige Veranstaltungen des Vereins ausfallen, darunter wertvolle Patiententreffen. Hans-Dieter Kulla, Erster Vorsitzender des Vereins, sieht PH-Betroffene

durch die Corona-Krise aber auch deshalb »doppelt bestraft«, weil viele Gesund-

heitsangebote, wie Bewegungs- und Trainingsmöglichkeiten, wegfallen oder online ersetzt werden müssen. »Das klappt ganz gut, ist aber dennoch sehr belastend.«

Anders als bei Mukoviszidose fehlt eine starke öffentliche Wahrnehmung

Eine wichtige Erfahrung, die Kühne durch ihre Vereinsarbeit gemacht hat, ist, dass PH von niedergelassenen Ärzten häufig nicht schnell genug erkannt wird. Anders als bei der ebenfalls selten auftretenden Erkrankung Mukoviszidose fehlt zudem eine starke öffentliche Wahrnehmung der Probleme und Einschränkungen, mit denen PH-Erkrankte konfrontiert sind. »Dabei sterben immer noch viel zu viele junge Leute daran«, bedauert Kühne. Und auch bei ihr gebe es immer wieder Stufen der Verschlechterung. Zusammen mit Kulla ist sie überzeugt: Bei der öffentlichen Wahrnehmung der gefährlichen und mithin tödlichen Krankheit Lungenhochdruck gibt es noch eine Menge zu tun, um das Leben der Betroffenen zu erleichtern und zu verbessern.

WEITERE INFORMATIONEN:
■ Pulmonale Hypertonie e.v., Rheinaustraße 94, 76287 Rheinstetten, Tel.: 07242/9534141, www.phev.de

INFO

Pulmonale Hypertonie

■ **Herzinsuffizienz**
Pulmonale Hypertonie (PH) betrifft einer Studie von 2015 zufolge etwa ein Prozent der Bevölkerung, in der Altersgruppe der über 60-jährigen gar bis zu zehn Prozent. Häufigste Ursache im fortgeschrittenen Alter ist eine Leistungsschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz), die als Folge zu einem Blutstau und steigendem Druck im Lungenkreislauf führt.

■ **Weitere Formen**
Es gibt vier weitere Formen der Erkrankung mit unterschiedlichen Ursachen, die teils selten und schon im Kindesalter vorkommen können: Die Pulmonalarterielle Hypertonie (PAH) kann bei Kindern und Jugendlichen auftreten

und hat gemeinhin eine eher schlechte Prognose, zumal sie oft erst im fortgeschrittenen Stadium erkannt wird, was die Chancen der Patienten zusätzlich verschlechtert. Im schwersten Fall kann eine Lungentransplantation als lebensverlängernde Maßnahme nötig werden.

■ **Hinweise**
Dauernde Müdigkeit, voranschreitende Luftnot und eine stark nachlassende körperliche Leistungsfähigkeit bis hin zur völligen Erschöpfung können Hinweise auf eine Erkrankung an PH oder PAH sein. Neben Herzerkrankungen können erbliche Faktoren oder Vorerkrankungen der Leber und HIV Ursachen einer PH-Erkrankung sein.

Donnerstag, 16. April 2020

Die Top-Klicks am Mittwoch bei cnv-medien.de

1. Dramatische Folgen für Tourismus abwenden
2. Strandverbot in Cuxhaven sorgt für Empörung in CDU
3. Corona: Bußgeldkatalog für das Cuxland liegt jetzt vor
4. Corona-Maßnahmen werden gelockert
5. Anzahl der Infektionen im Kreis Cuxhaven bleibt stabil

Ihr Draht zu uns
(0 47 21) 585- oder (0 47 51) 901-
Leser- / Zustellservice: -333

Lokalredaktion:

Kai Koppe (kop)	-377
Wielke Kramp (wip)	-169
Kai-Christian Krieschen (kk)	-355
Frank Lütt (flü)	-368
Jens-Christian Mangels (man)	-182
Denice May (may)	-320
Jens Potschka (ip)	-362
Maren Riese-Winne (mr)	-391
Ulrich Rohde (ur)	-318
Thomas Sassen (ts)	-374
Egbert Schröder (es)	-168
Thomas Schult (ts)	-220
Jara Tiedemann (ja)	-376
Jan Unruh (un)	-367
Herwig V. Witthohn (hw)	-393

Online-Redaktion:

Christoph Käfer (kae)	-303
Marcel Kolbensetter (mak)	-208
Joscha Kuczorra (jok)	-233

redaktion@cuxonline.de

Jung, scheinbar fit, Risikogruppe

Nia Landers ist lungen- und herzkrank / Im Netz bittet sie, die Corona-Regeln zu beachten / Infektion könnte lebensgefährlich werden

Von Jara Tiedemann
CUXHAVEN. Vorerkrank gleich alt? Ein fahrlässiger Trugschluss. Dass auch junge Menschen zu jener Risikogruppe zählen, für die eine Infektion mit dem Coronavirus lebensgefährlich werden könnte, darauf will die 22-jährige Nia Landers aufmerksam machen. Auf Instagram, YouTube und sogar übers Radio appelliert sie aktuell an die Menschen.



Man sieht es ihr nicht an, doch Nia Landers gehört zur Risikogruppe. Für sie könnte eine Infektion mit dem Coronavirus lebensbedrohlich sein. Auf ihrem Instagram-Account thematisiert sie genau das. Foto: Landers

Seit eineinhalb Monaten war Nia Landers nun in keinem Geschäft mehr. Freunde trifft sie auch keine mehr. Nur ihren Freund ab und zu, aber auf Abstand. Nicht nur, um sich selbst zu schützen. „Ich möchte nicht, dass er sich schuldig fühlt, falls er das Virus unwissentlich an mich weitergeben sollte.“

Die Cuxhavenerin ist mit einem Herzfehler zur Welt gekommen. Außerdem leidet sie an Lungenhochdruck. Im Alltag ist sie schnell außer Atem. Muss häufig Pausen einlegen. Dass die 22-jährige wegen ihrer Erkrankung einigen schwerbehindertenausweis bei sich trägt, sieht man ihr jedoch nicht an. „Es ist Freud und Leid zugleich“, sagt sie. Denn dadurch werde sie mitunter nicht ernst genommen. „Ich trage ja kein Schild um den Hals, auf dem steht, dass ich schwer krank bin.“

„Angst um mein Leben“

Schon vor Corona hat sich die zielstrebige Cuxhavenerin für Menschen mit „unsichtbarer“ Krankheit eingesetzt. Mit Fotos, Videos und Texten macht sie ihnen auf Instagram (@nia_lan) und YouTube Mut. Aktuell mehr denn je. Deswegen entstand auch die Idee, per Video eine Botschaft an all jene zu richten, die glauben,

wandte sie sich vergangene Woche sogar an den Radiosender „Bremen Next“, weil sie hoffte, damit viele Menschen in ihrer Altersgruppe zu erreichen. Der Sender veröffentlichte kurzerhand ein Interview mit der Cuxhavenerin, in dem sie sich für junge Menschen mit Vorerkrankung stark machte.

Was sie stört: „Am Anfang der Pandemie wurde noch viel Fokus auf die Risikogruppen gelegt. Nun warten alle nur noch darauf, dass die Regeln wieder gelockert werden. Aber so einfach ist es nicht. Nicht für uns. Das Virus bleibt ja.“

„Zuhause bin ich sicher“

Ihre einzigen direkten sozialen Kontakte sind seit Beginn der Pandemie ihre Eltern, bei denen die 22-Jährige lebt. Dafür ist sie

gerade auch sehr dankbar. Denn so muss sich die schwererkrankte Cuxhavenerin keiner unnötigen Gefahr bei alltäglichen Dingen wie dem Einkaufen aussetzen. „Zuhause bin ich sicher.“

Außerdem hat sie ihr Pferd. Reiten tut Landers derzeit aber nicht. Die Angst, sich dabei zu verletzen, am Ende ins Krankenhaus zu müssen und sich wohl möglich dort zu infizieren, sei zu groß. „Ich will in Zeiten wie diesen kein unnötiges Risiko eingehen.“

Über die aktuellen Kontaktbeschränkungen und Vorschriften ist Nia Landers froh. „So kann ich zu Hause sein und von hier aus arbeiten, ohne ein schlechtes Gewissen haben zu müssen. Ich habe so nicht den ständigen Druck, mich erklären zu müssen, warum ich hier und da nicht dabei sein kann oder.“ Dabei müsste sie so oder so kein schlechtes Gewissen haben.

„Mensch zweiter Klasse“

Am Anfang der Corona-Krise habe sie zu Hause gesessen und geweint. „Dass ich an dem Virus sterben könnte, hat mir große Angst gemacht“, erzählt sie. Über eine Verlängerung der aktuellen Regelungen wäre die angehenden Fachinformatikerin froh.

Wenn Nia Landers jedoch Artikel liest, in denen schon in der Überschriften steht, wo in Deutschland weitere Menschen an Corona gestorben sind, diese Menschen aber alle vorerkrankt gewesen seien, macht sie das wütend. „Ist ja nur“ die Risikogruppe. Und alle Gesunden atmen erleichtert auf. „Das ist vertretend. Da fühlt man sich manchmal wie ein Mensch zweiter Klasse. Nur weil ich zur Risikogruppe gehöre, ist mein Leben ja nicht weniger wert.“

Samstag, 4. April 2020

CORONAVIRUS Auswirkungen auf das öffentliche Leben

Sie gibt der Risikogruppe ein Gesicht

Anke Trebing ist 25 und mit einem Herz-Lungen-Fehler geboren worden

VON KATHRIN MEYER

Baunatal – Anke Trebing hält ein Schild in die Kamera: „Ich bin die Risikogruppe #beschützemich.“ Die 25-jährige Baunatalerin ist mit einem Herz-Lungen-Fehler geboren worden. Aufgrund ihrer chronischen Krankheit hat sie ein höheres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf, sollte sie sich mit dem Coronavirus infizieren. In den sozialen Netzwerken macht sie in diesen Tagen mit anderen darauf aufmerksam. Sie alle wollen der Risikogruppe ein Gesicht geben.

„Es macht mich wütend, wenn einige denken, dass das Coronavirus nur für ältere Menschen eine Gefahr sein kann“, sagt sie. „Man bleibt nicht nur für Oma und Opa zuhause – jeder sollte die Anforderung ernst nehmen und zuhause bleiben.“

Vielen Risikopatienten sieht man ihre Krankheit nicht an, auch wenn sie ihr Leben lang beeinträchtigt. Eine „Extrawurst“ will auch Anke Trebing nicht: „Wenn nötig, sage ich von mir aus, dass ich eine Pause brauche.“ Mit ihrer Krankheit geht sie im Alltag offen um, seit einigen Monaten auch in sozialen Netzwerken: „Ich will einfach darauf aufmerksam machen. Chronische Krankheiten sind kein Tabuthema.“

Wenn man Anke Trebing auf der Straße begegnet, dann sieht man eine lebensfrohe, junge Frau. Die chronische Krankheit beeinträchtigt sie, auch wenn sie selbst sagt, dass sie ein relatives normales Leben führt: Vollzeitjob, Hobbys und eine gemeinsame Wohnung mit ihrem Freund. „Wer mich nicht kennt und meine Narben nicht sieht, der merkt mir meine Krankheit nicht an“, sagt die 25-Jährige. Wegen ihres angeborenen Herzfehlers ist sie mehrfach am offenen Herzen operiert worden. Der Fehler wurde korrigiert, gesund sei sie aber nicht. „Ich kann damit leben



Will der Risikogruppe ein Gesicht geben: Anke Trebing aus Baunatal berichtet über ihre Krankheit auf Instagram und Facebook.

und bin auch schon sehr viel älter, als man mir bei meiner Geburt vorausgesagt hat“, erzählt Anke Trebing. Neben ihrem Herzfehler hat sie Lungenhochdruck. Das führt zu einem verringerten Lungenvolumen. „Ich habe nicht die Möglichkeit, so viel Luft ein- und auszuatmen, wie es eigentlich sein sollte. Deshalb bin ich sehr kurzatmig und muss öfter Luft holen.“ Aus-

datensparten sind damit für sie unmöglich. Auch Fahrradfahren konnte sie lange nicht mehr. Im vergangenen Jahr hat sie sich nach langem Überlegen entschlossen, ein E-Bike zu kaufen. „Immer wieder gibt es komische Blicke, warum eine 25-jährige ein E-Bike fährt, aber für mich ist das eine tolle Möglichkeit, die mir wieder viel Freiheit gibt.“

Anke Trebing ist jetzt bereits die dritte Woche zuhause. Ihr Arbeitgeber hat die Verwaltungsfachangestellte wegen ihrer Schwerbehinderung freigestellt. Normalerweise macht sie mehrmals pro Woche Sport wie Yoga und Tanzen. Das fällt jetzt weg. Die Ansteckungsgefahr ist zu groß.

Ihr Freund geht noch arbeiten. „Aber er hat keinen Kon-

TIPP DES TAGES

ANDREA LÖSCH

stressfreie Umzüge
 faire Haus- & Wohnungsauflösungen
 Einlagerungen nach Maß



Ostring 62 - 34125 Kassel
 ☎ 0561 874975
 www.andreaeoesch.de

Buchveröffentlichung

Anke Trebing schreibt an einem Buch über ihre Krankheit und ihr Leben mit angeborenem Herzfehler und der Lungenkrankheit Pulmonale Hypertonie. Sie erzählt ihre Geschichte, wie sie selbst sagt, „schonungslos und zugleich humorvoll. Es soll darum gehen, dass das Leben mit zwei chronischen und lebensverkürzenden Krankheiten gar nicht so schlimm sein muss.“

Anke Trebing möchte Betroffenen Mut machen und sich für mehr Respekt gegenüber chronisch kranken Menschen stark machen. „Herzfehler im Gepäck“ soll das Buch heißen und spätestens im Herbst mithilfe eines Vertriebspartners veröffentlicht werden. Den Erlös des Buchs will Anke Trebing für herzkranke Kinder spenden.

weile muss ich mir täglich schon mindestens eine halbe Stunde Zeit nehmen, um alles zu beantworten“, sagt sie. „Aber das macht die Zeit zuhause um einiges schöner.“

Kontakte: Anke Trebing ist bei Facebook unter **Ankes Herz** zu finden. Ihr Instagram-Account heißt: **ankes_herz**

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



Bild: pixabay

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.

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

