



pulmonale hypertonie e.v.



N<sup>o</sup> 50  
Dezember 2022

**Rundbrief**



Der erste Vorsitzende  
Hans-Dieter Kulla begrüßt  
die Teilnehmer



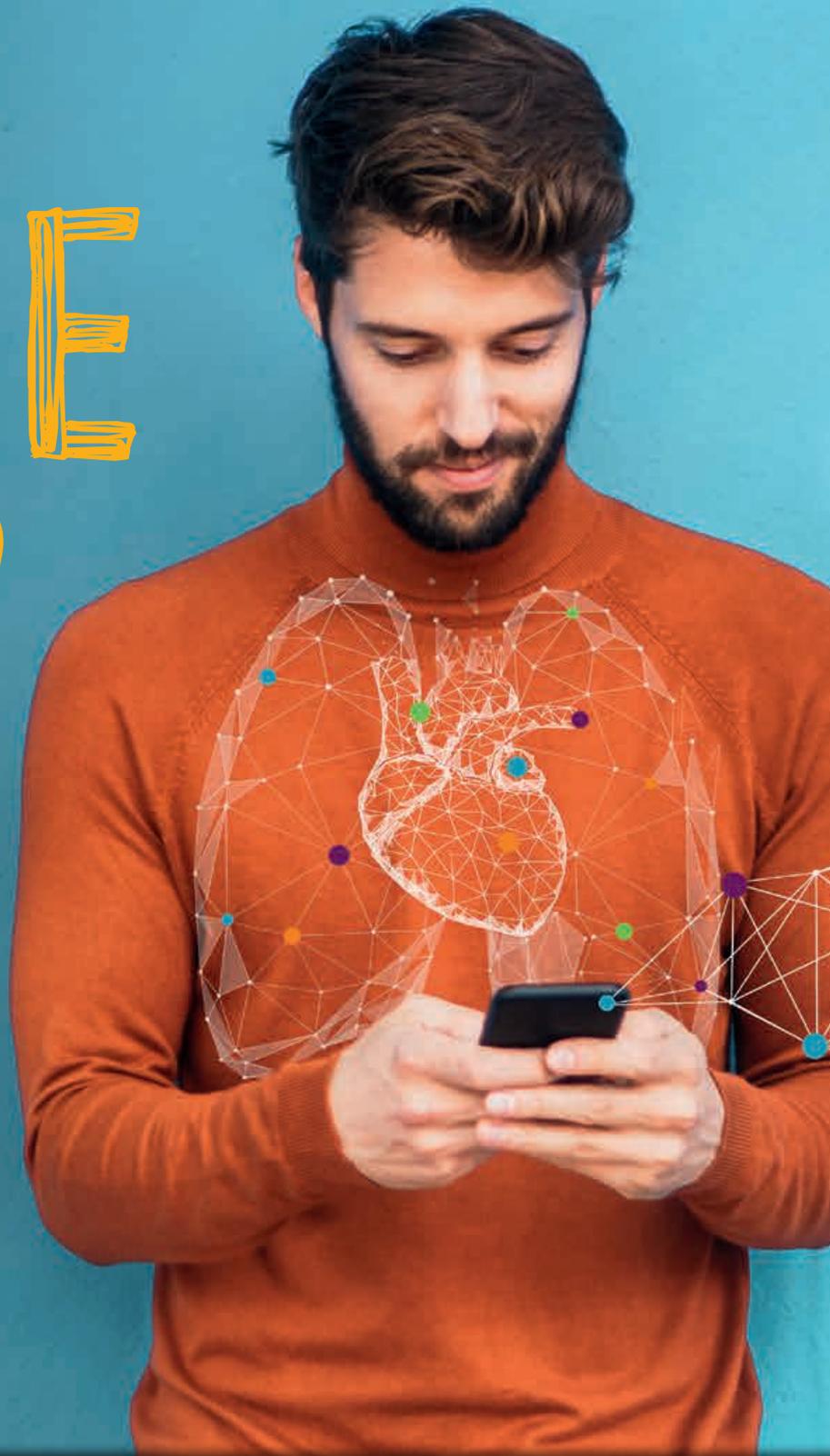
Preisträger des Journalisten-  
preises „Gemeinsam gegen  
Lungenhochdruck 2022“ ist  
Michael Kästner (rechts im Bild)

**Persönlicher Austausch  
über die Krankheit  
Lungenhochdruck**

# PHuman™

# MEINE PAH?

Hab ich  
aktiv im Blick.



## PH Human™ – die PAH-App für den vollen Überblick

- Vitalwerte erfassen und mit Ihrem/Ihrer Arzt:Ärztin teilen
- Spannende Artikel rund um das Thema PAH erhalten
- Erfahrungsberichte von Betroffenen lesen
- Individuelle Ziele für ein aktiveres Leben setzen

Jetzt QR-Code scannen und  
die PH Human™ App  
kostenlos herunterladen!



## Grußwort

# DES VORSTANDS

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

2022 ein bewegendes Jahr!  
Seit langer Zeit haben sich für uns wieder Türen geöffnet.  
Wir durften wieder einander begegnen.  
Welche emotionale Freude, endlich wieder liebe Menschen persönlich zu treffen und sich mit ihnen auszutauschen.  
Ich habe das sehr genossen und Sie hoffentlich auch.

Der Höhepunkt in diesem Jahr war sicher unser großes Patiententreffen in Frankfurt.  
Das Programm war wie immer sehr breit gefächert und mit hervorragenden Beiträgen belegt.  
Die Workshops boten interessante Themen an und fanden eine breite Zustimmung.

Der einzige Wermutstropfen war, Pandemie bedingt, die relativ, geringe Besucherzahl.  
Die große Fraktion der Schweizer war bis auf einen eisernen Stamm nicht vertreten.  
Bei allen, die da waren, bedanke ich mich ganz herzlich für die Teilnahme!

Großes Dankeschön geht auch an die Organisatoren und die Referenten.

Für das nächste Jahr sind schon etliche Veranstaltungen geplant, und wir freuen uns auf eine rege Beteiligung. Seien Sie neugierig!

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



Herzlichst

Ihr

A handwritten signature in blue ink on a white rectangular background. The signature is cursive and appears to read 'Hans-Dieter Kulla'.

Hans-Dieter Kulla



## Ausgabe Nr. 50

# INHALTSVERZEICHNIS

- **Seite 6-11**  
Bundesweites Patiententreffen Frankfurt
- **Seite 12**  
Landesverband  
Hamburg/Schleswig-Holstein
- **Seite 13**  
Landesverband Saarland/Rheinland-Pfalz
- **Seite 14**  
Landesverband Saarland/Rheinland-Pfalz  
Regionalverband Südliches Rheinland-Pfalz
- **Seite 15**  
Landesverband Sachsen
- **Seite 17**  
Adressen der Landesleiter
- **Seite 18**  
Achse-Workshop - Stark im Ehrenamt
- **Seite 19**  
Patientengeschichte Herr Weiss
- **Seite 20**  
Jennifers Geschichte - Mut im Herzen
- **Seite 21-25**  
Herzbericht 2021
- **Seite 26/27**  
ESC Kongress / PH-Leitlinien
- **Seite 28/29**  
Vereinsinterne Informationen
- **Seite 30/31**  
Langzeit Sauerstofftherapie
- **Seite 32/33**  
Flüssigsauerstoff / Patientenrechte
- **Seite 34/35**  
Sauerstoffgeräte
- **Seite 36/37**  
Klinische Forschung
- **Seite 38**  
Praktisches zu Sauerstoffversorgung
- **Seite 39**  
Schwerer Lungenhochdruck erfolgreich  
mit Nabelschnur-Stammzellen behandelt
- **Seite 40/41**  
genomDE- Nationale Strategie  
für Genommedizin / Erfahrungsbericht  
Deutsche Bahn
- **Seite 42/43**  
Krankentransport auf Rezept
- **Seite 44**  
Klarstellung - Fahrten zu  
Gesundheitsuntersuchungen
- **Seite 45**  
Studie Tanztherapie
- **Seite 46/47**  
Verpflichtender Beratungseinsatz für  
Pflegegeldempfänger
- **Seite 48**  
Literaturhinweise
- **Seite 49**  
Journalistenpreis
- **Seite 50**  
Corona - Änderung des  
Infektionsschutzgesetzes
- **Seite 51**  
Corona - Entwicklung der psychischen  
Gesundheit
- **Seite 52**  
Corona Nirmatrelvir für Risikopatienten
- **Seite 53**  
Interessante Links
- **Seite 54**  
Ausschreibung Forschungspreis
- **Seite 55**  
Wer war René Baumgart?
- **Seite 57**  
Adventskalender
- **Seite 58/59**  
Weihnachtliche Rezepte
- **Seite 60/61**  
Was bietet unser Verein?
- **Seite 62**  
Dauerspende
- **Seite 63/64**  
Beitrittserklärung/SEPA-Lastrschriftmandat
- **Seite 65**  
Impressum
- **Seite 66/67**  
Pressespiegel
- **Seite 68**  
Sauerstoffversorgung im Urlaub

# Wichtige TERMINE 2023

**28. Februar 2023**

Tag der Seltenen Erkrankungen

**29. März -01. April 2023**

63. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin in Düsseldorf

**12.-15. April 2023**

89. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in Mannheim

**05. Mai 2023**

Welt-PH-Tag

**2. September 2023**

Symposium Lunge virtuell

**30. September 2023**

Lungentag

**20.-22. Oktober 2023**

Bundesweites Patiententreffen des ph e.v. in Frankfurt



Weitere Termine der Landesverbände und Aktualisierungen entnehmen Sie bitte der Übersicht auf unserer Homepage [www.phev.de](http://www.phev.de)

Einladungen zu unseren Veranstaltungen werden rechtzeitig vorher verschickt.

## Liebe Mitglieder im ph e.v.,

wir freuen uns, Ihnen mit unten genanntem Link die Möglichkeit zur Teilnahme an einem neuen Atemtraining für PH-Patienten anzubieten. Es handelt sich um Aufzeichnungen der Physiotherapeutin Monika Kornisch.

Den Link zu den Trainings erhalten Sie als Mitglied im Verein über den Bundesverband.

Rufen Sie uns an!

### Einführung in die Atemtherapie

Herzlich Willkommen zu unserem ersten Video: Einführung in die Atemtherapie  
Guten Tag, mein Name ist Monika Kornisch und ich bin Physiotherapeutin.

Nach meiner Zusatzausbildung zur Atemtherapeutin haben immer mehr Lungenerkrankte den Weg in meine Praxis gefunden. So habe ich mich auch mit der Pulmonalen Hypertonie beschäftigt und meine Erfahrungen in der Behandlung von PH-Betroffenen gesammelt. Daraus ist der Wunsch entstanden, eine Anleitung für ein Zuhause-Training zu entwerfen, damit möglichst täglich gezielt die Atem- und Körpermuskulatur trainiert werden kann. Für unterschiedlich schwere Krankheitsverläufe und verschiedene Alters- und Fitnessstufen gibt es abgestimmte Videosinheiten.

Ich würde mich freuen, wenn Sie den Spaß an Aktivität und bewusster Atmung finden.

Mit besten Grüßen

Monika Kornisch



**Termin bitte vormerken: 20. bis 22. Oktober 2023**



**24. bundesweites PH-Patiententreffen mit Angehörigen**

in Frankfurt am Main

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

# PH-Patiententreffen 2022

## Persönlicher Austausch über die Krankheit Lungenhochdruck



Der 1. Vorsitzende Hans-Dieter Kulla freut sich über die hohe Teilnehmerzahl

**Rheinstetten/Frankfurt am Main.** Online ist gut – Präsenz ist besser: Nach zwei ereignisreichen Jahren hat der gemeinnützige Selbsthilfverein pulmonale Hypertonie (ph) e.v. sein Patiententreffen erstmals wieder in der Bildungsstätte des Landessportbunds Hessen in Frankfurt am Main ausgerichtet. Vom 21. bis 23. Oktober 2022 vermittelten Vorträge, Workshops und eine Ausstellung aktuelle Informationen über die schwerwiegende Krankheit Lungenhochdruck. Betroffene und Angehörige, Expertinnen und Experten sowie Interessierte nutzten darüber hinaus die Gelegenheit zum persönlichen Austausch. „Die emotionale Bindung macht unsere Gemeinschaft aus“, sagte der 1. Vorsitzende von ph e.v., Hans-Dieter Kulla. Unterdessen stellt sich der Verein den Anforderungen der Zeit: Um alle Altersgruppen zu erreichen, betreibt er nicht nur eine eigene Website ([www.phev.de](http://www.phev.de)), sondern ist auch in allen sozialen Medien vertreten. Während der Pandemie bot er seinen Mitgliedern Webinare und Onlinetrainings zu Bewegung und Atmung an. Technische Entwicklungen erleichtern auch die internationale Vernetzung. So hat Hans-Dieter Kulla die neue europäische Dachorganisation AfPH (Alliance for PH) mitgegründet, die eine allgemein zugängliche Wissensplattform errichten wird.

### Journalistenpreis für Michael Kästner

Die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf die seltene und gefährliche Krankheit Lungenhochdruck zu richten, damit Betroffene eine möglichst frühzeitige Diagnose und eine angemessene Therapie erhalten – dazu tragen die Medien entscheidend bei. Daher verleiht ph e.v. jedes Jahr den mit 3 000

Euro dotierten Journalistenpreis „Gemeinsam gegen Lungenhochdruck“. Dieses Jahr fiel der Jury mit Experten aus Medizin und Medien die Entscheidung nicht leicht, waren doch etliche hervorragende Beiträge eingegangen. Schließlich wählte sie Michael Kästner als Preisträger aus: Der freiberufliche Filmjournalist aus Leipzig erhielt die Auszeichnung für zwei TV-Beiträge,



Gut besucht: die Mehrzweckhalle bei den Vorträgen

Die Fragen der Patienten werden von den Vortragenden Ärzten beantwortet



ausgestrahlt im MDR-Magazin „Hauptsache Gesund“, die jeweils eine Betroffene vorstellen. Dazu erklärt die Pneumologin Dr. Eva Lücke vom Universitätsklinikum Magdeburg, wie Lungenhochdruck entsteht und wie er sich behandeln lässt. „Sie haben das Problem sehr breit, sehr tief, anschaulich und berührend dargestellt“, lobte der ph e.v.-Vorsitzende Hans-Dieter Kulla den Preisträger.



➤ Große Leinwand für die Präsentationen der Referenten



➤ Prof. Dr. Heinrike Wilkens



➤ Prof. Dr. Ekkehard Grünig

### Bedeutung der Corona- und der Influenza-Impfung

Was bedeutet Covid-19 für Patienten mit pulmonaler Hypertonie? Dieser immer noch aktuellen Frage widmete sich Professorin Heinrike Wilkens vom Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg/Saar. Sie betonte die Bedeutung der Corona-Impfung, die vor schweren Verläufen und vor Long Covid schützt, und fügte hinzu, dass es gerade für PH-Patienten wichtig ist, sich auch gegen Influenza impfen zu lassen. Zudem berichtete sie über eine Studie, nach der das Tragen einer FFP2-Maske die Sauerstoffsättigung und die Belastbarkeit bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer PH nicht beeinträchtigt.

### Was ist pulmonale Hypertonie?

Bei Lungenhochdruck, auch als pulmonale Hypertonie (PH) bezeichnet, handelt es sich um eine Krankheit, die Lunge und Herz betrifft. Die Blutgefäße der Lunge sind verengt, sodass der Blutdruck in den Lungengefäßen zwischen rechter und linker Herzkammer ansteigt. Dies führt zu einer Durchblutungsstörung der Lunge, zu verschlechterter Sauerstoffaufnahme und zur zunehmenden Überlastung der rechten Herzkammer bis zum Herzversagen. Lungenhochdruck tritt in verschiedenen Formen auf; die Ursachen sind noch nicht vollständig geklärt. Die Krankheit beginnt schleichend mit unspezifischen Symptomen wie Müdigkeit und Luftnot bei Belastung. Betroffene sollten so früh wie möglich in einem auf PH spezialisierten Zentrum vorgestellt und behandelt werden.

In den vergangenen Jahren wurden vielversprechende Therapien entwickelt und weiterentwickelt; es bedarf jedoch dringend weiterer Forschung. Beim PH-Patiententreffen informierten Expertinnen und Experten über aktuelle Entwicklungen. Die Moderation der großen Vortragsreihe am 22. Oktober übernahmen Professor Ekkehard Grünig, Leiter des Zentrums für Pulmonale Hypertonie am Universitätsklinikum Heidelberg, und Daniela Moritz aus Eschborn, die vor zehn Jahren selbst die Diagnose PH erhielt.





Prof. Dr. Dirk Skowasch



Prof. Dr. Ekkehard Grünig und unser Mitglied Daniela Moritz führen durch's Programm



Prof. Dr. Grünig mit den anwesenden PH-Assistentinnen der Uniklinik Heidelberg



Dr. Hans F. Klose

Roman Kopp, Interrims-Schatzmeister des Vereins, machte viele Fotos



Fotos:  
Mit herzlichem Dank an unsere Mitglieder  
Uwe Spickermann und Roman Kopp



Der Preisträger des Journalistenpreises 2022 "Gemeinsam gegen Lungenhochdruck" ist Herr Michael Kästner



Unser liebes Mitglied Helga Grunenberg betreut unseren Stand in der Infobörse



Dr. Michael Halank



Dr. Hans Klose



Stolze Eltern!



Herr Kulla im Gespräch mit Dr. Held



Dr. Matthias Held



In der Infobörse gab es neben vielen Informationen auch Getränke und Kuchen.



Dr. Benjamin Egenlauf

### Neue hämodynamische Definition der pulmonalen Hypertonie

Über Neuigkeiten in der Diagnostik und Risikoeinschätzung bei PH sprach Dr. Benjamin Egenlauf vom Universitätsklinikum Heidelberg: Die dieses Jahr präsentierten aktualisierten Europäischen Leitlinien enthalten eine neue hämodynamische Definition der PH mit einem mittleren Pulmonalarteriendruck von mehr 20 mmHg (Millimeter Quecksilbersäule), statt wie bisher 25 mmHg. Zudem zielt ein neuer Algorithmus in der Diagnostik darauf, Lungenhochdruck früher zu erkennen und zu behandeln. Ein vergrößertes Herz kann sich während der Behandlung wieder verkleinern. „Wenn das Herz sich erholt, kann ein Patient mit PH alt werden“, ergänzte Professor Grünig.

### Gefäßerweiterung fördern – Gefäßverengung entgegenwirken

PD Dr. Natascha Sommer vom Universitätsklinikum Gießen berichtete über die aktuelle medikamentöse Therapie bei pulmonal arterieller Hypertonie (PAH) sowie chronisch thromboembolischer pulmonaler Hypertonie (CTEPH). Grundsätzlich setzt die Behandlung an molekularen Signalwegen an, die zur Erweiterung oder zur Verengung der Lungengefäße führen. Manche Medikamente erweitern die Gefäße und verbessern die Durchblutung; andere wirken gegen die Verdickung der Gefäßwände und die Verengung der Gefäße. Bei CTEPH, gekennzeichnet durch

das Einschwemmen von Blutgerinnseln in die Gefäße, meist nach einer Lungenembolie, kommen neben medikamentösen auch und vor allem operative Therapien infrage. Professor Ekkehard Grünig stellte aktuelle Studien zu neu entwickelten Medikamenten vor. Als vielversprechend erweist sich eine neue Generation von antiproliferativ, das heißt gegen das Zuwachsen der kleinen Lungengefäße wirkenden Medikamenten.

Dr. Natascha Sommer



Prof. Dr. Ekkehard Grünig

### PEA – Ausschälen der Lungenarterien

Welche operativen Möglichkeiten bei der CTEPH verfügbar sind, erläuterte PD Dr. Stefan Guth von der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim. Für einzelne Patienten kommt eine Lungentransplantation infrage. In den allermeisten Fällen stellt die pulmonale Endarteriektomie (PEA) die Therapie der Wahl dar, wobei auch Kombinationen mit der pul-



Dr. Stefan Guth

monalen Ballonangioplastie (BPA) und mit Medikamenten möglich sind. Die PEA, eine Ausschälung der Lungenarterien, zielt darauf, Narbengewebe zu entfernen. Durch die insgesamt sieben Stunden dauernde Operation, bei der die Bluttemperatur phasenweise gesenkt werden muss, lässt sich eine deutliche Besserung bis hin zur Heilung erreichen. In spezialisierten Zentren ist das Risiko des Eingriffs mittlerweile niedrig. Die Kerckhoff-Klinik betreibt eines der größten PEA-Programme weltweit.

### BPA – Aufdehnen mit Ballons

Veränderungen in ganz feinen Lungengefäßen lassen sich mithilfe der BPA behandeln. Dabei werden zunächst Führungsdrähte in die Gefäße eingeschoben, anschließend werden diese mit Ballons aufgedehnt. Dadurch zerreißen narbige Fasern, welche die Lungengefäße eingeengt oder verlegt haben. Um eine nachhaltige Verbesserung der Durchblutung des Lungengewebes zu erreichen, sind mehrere Sitzungen erforderlich.

Dr. Christoph Wiedenroth



Professor Christoph Wiedenroth, ebenfalls von der Kerckhoff-Klinik, erläuterte das Verfahren. „Die BPA ist inzwischen keine experimentelle Therapie mehr, sondern eine klare Leitlinienempfehlung.“

### Workshops und Ehrung

Das PH-Patiententreffen bot neben den Vorträgen zahlreiche Workshops zu verschiedenen Themen von Ernährung über Atmung und Bewegung bis hin zu Fliegen mit Sauerstoff. An den Abenden gab es Gelegenheit zum geselligen Gespräch. Auch eine Ehrung stand auf dem Programm: Marlies Schönrock bekam vom ph e. v.-Vorsitzenden Hans-Dieter Kulla eine Urkunde für zehn Jahre Leitung des ph e.v.-Landesverbands Niedersachsen/Bremen überreicht.



➤ **Herr Kulla bedankt sich bei Marlies Schönrock vom Landesverband Bremen für ihre langjährige ehrenamtliche Tätigkeit im Verein**

### Ein herzliches Dankeschön

Für die freundliche Unterstützung des 23. PH-Patiententreffens dankt pulmonale hypertonie e.v. seinen Fördermitgliedern Bayer Vital GmbH Leverkusen, Janssen-Cilag GmbH Neuss und MSD

Sharp & Dohme GmbH Haar sowie den Firmen AOP Orphan Pharmaceuticals Germany GmbH Ismaning, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG München und OMT GmbH & Co. KG Minden. Für die Versorgung der Sauerstoffpatienten bedankt sich der Verein bei den Firmen Linde Gas Therapeutics GmbH Oberschleißheim, VitalAire GmbH Lünen und VIVI-SOL Deutschland GmbH Arnstadt. Ein besonderer Dank gilt Professor Ekkehard Grünig, Leiter des Zentrums für Pulmonale Hypertonie am Universitätsklinikum Heidelberg, der auch 2022 die Programmgestaltung unterstützte.

Sibylle Orgeldinger  
www.phev.de



➤ **Monika Kornisch leitet den Workshop "Kräftigung der Atemmuskulatur - bessere Lebensqualität"**



➤ **Dr. Gall und Frau Moritz im Workshop "Pegasus Studie - Fliegen mit Sauerstoff"**



➤ **Teilnehmer im Workshop "Tai Chi-Qi Gong"**



➤ **Im Workshop "Ernährung für PH-Patienten" gab es auch Leckeres zum Probieren**

Dr. Egenlauf im Workshop "Therapie mit Prostacyclinen" ➤➤





# Landesverband HAMBURG/ SCHLESWIG-HOLSTEIN

## Bundesweite Aktionswoche Selbsthilfe

23. August bis  
10. September 2022

**"WIR HILFT",  
unter diesem Motto fanden  
verschiedene Veranstaltungen  
statt, auch hier bei uns in  
Hamburg!**

Als Vertreterin des pulmonale hypertonie e.v. war ich am 8. September zum Tag der Offenen Tür bei der "KISS" (Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe) in Hamburg. Zwischen 15:30 Uhr bis 18:30 Uhr konnte man sich mit anderen Vertretern der Selbsthilfe und Vertretern der KISS austauschen.

In aller Ruhe sich umschaun können und miteinander gute Gespräche führen, in liebevoll gestalteten Räumen mit völlig unterschiedlichen Menschen spezieller Gruppen, war sehr informativ. Dazu gab es zur Stärkung auch ein kleines Kuchenbuffet in einem kleinen Café.

Herzliche Grüße  
Jutta Gläser

### Programm Hamburg

**Weitere Infos**  
[www.kiss-hh.de/aktuelles/veranstaltungen](http://www.kiss-hh.de/aktuelles/veranstaltungen)

Di   23.08.	Di   30.08.	Do   1.09.	Sa.   03.09.
19:30 <b>Scott Pilgrim vs. the World</b> Metropolis-Kino	19:30 <b>Hedi Schneider steckt fest</b> Metropolis-Kino	15:00 <b>Multiple Sklerose</b> Online-Lesung	10:00 <b>Wie sich schwer hören leichter anfühlt</b> Veranstaltung Bund der Schwerhörigen
Mo   5.09.	Mo   5.09.	Di   6.09.	Mi   7.09.
18:00 <b>Was ist eine Selbsthilfegruppe?</b> KS Harburg	18:00 <b>Sie haben Rheuma - Wir auch!</b> Online-Beratung Rheumaliga HH	18:00 <b>Ein Baby mit Down-Syndrom</b> Veranstaltung KIDS Hamburg	16:00 <b>Abschluss Projekt Neue Wege</b> Online-Veranst.
Do   8.09.	Do   8.09.	Do   8.09.	Fr   9.09.
15:30 <b>Ein Nachmittag in der Kontaktstelle Wandsbek</b>	16:00 <b>ME/CFS - Wege aus der Isolation</b> Online-Veranst.	16:30 <b>Pflegende Angehörige</b> Kontaktstelle Harburg	17:00 <b>Story of my life Biogr. Erzählen</b> Workshop ELAS-Suchtselbsthilfe
Sa   10.09.	Di   13.09.		
11:00 <b>Gemeinsam weitersehen</b> Tag d. offenen Tür, Louise-Braille-Haus	18:30 <b>Comfort Zone</b> Flashmob, Aktionen und mehr		

Alle Infos und Veranstaltungen auf  
[wir-hilft.de](http://wir-hilft.de) · #WirHilft



**Aktionswoche Selbsthilfe 2022**  
**3. bis 11. September**

Partner des Bundesverbandes der Deutschen Behinderten

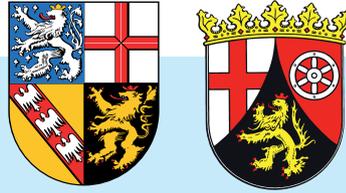


Das Institut von



KISS Hamburg wird gefördert von der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Seniore, Familie und Integration sowie den gesetzlichen Krankenkassen und Pflegekassen.



Landesverband

# SAARLAND/RHEINLAND-PFALZ

## Mein Name ist Antje Gillenberg und ich habe im August die Landesleitung Rheinland – Pfalz /Saarland übernommen.

Auf diesem Wege möchte ich mich kurz vorstellen.

Ich bin 43 Jahre alt, verheiratet und habe 3 Kinder (Zwillinge und eine kleine Nachzüglerin). Ich bekam die Diagnose IPAH im Oktober 2014.

Zwei Wochen zuvor hatte ich per Kaiserschnitt unsere Tochter Emma entbunden, und seit der Geburt ging es mir zusehends schlechter. Ich entwickelte eine Lungenentzündung und musste nach 2 Tagen zuhause erneut stationär aufgenommen werden, auch wegen des Verdachst auf eine Lungenembolie. Meine Tochter war da 5 Tage alt.

Ich lag in Pirmasens, hier arbeitete ich selbst als Krankenschwester, und man war sehr bemüht mir zu helfen. Aber alle Untersuchungen und Ergebnisse führten immer nur zu Fragezeichen bei den Ärzten. Mein Chefarzt überzeugte mich dann, mich nach Homburg zu verlegen. Er hätte da eine Kollegin, die er seit vielen Jahren kenne und die mir hoffentlich helfen könne.

Zu diesem Zeitpunkt konnte ich keine 2 Meter allein laufen, bekam trotz Sauerstoff keine Luft und fühlte mich hundeelend. Am selben Tag wurde ich nach Homburg verlegt und Prof. Wilkens übernahm die Behandlung.

Sie setzte direkt einen Rechts-herzkatheter an und etliche andere

Untersuchungen, und so hatte ich bereits am nächsten Tag die Diagnose pulmonale Hypertonie.

Die Einteilung bzw. der Ausschluss einer CTEPH erfolgte recht schnell. Ich wurde auf Medikamente eingestellt und wurde dann nach gut 4 Wochen mit einem Sauerstoffbedarf von 15 l bei Belastung/ 10 l in Ruhe entlassen.

Die Medikamente schlugen gut an, die Hormonumstellung nach der Schwangerschaft half vielleicht auch ein wenig, jedenfalls verbesserte ich mich stetig.

Meine erste Gehstrecke (und jeder PHler kennt den 6 Min Gehstest) lag bei 22 Meter, mit 15 Liter Sauerstoff. Bereits ein halbes Jahr später lief ich 300 Meter mit 4 Liter.

Ende 2016 machte ich die Reha in Heidelberg, und im Januar 2017 begann ich zu arbeiten. Ich machte eine Weiterbildung, zunächst zur Pflegedienstleitung, und arbeitete in diesem Beruf. 2020 machte ich dann die Weiterbildung zur Einrichtungsleitung und übernahm im selben Jahr die Leitung eines Pflegeheimes.

Ich benötige nachts Sauerstoff und bei Belastung (1-3L/min), und nehme 3 PH spezifische Medikamente.

Durch Prof. Wilkens wurde ich bereits 2014 Mitglied vom ph e.v. und gehöre seit 2018 zu den GOPHs, zusammen mit Carolin Thurmman und Bianca Niederberger. Wir versuchen, die jüngere Generation der PHler zu unterstützen.



 Antje Gillenberg

Ich selbst habe durch die Gemeinschaft des ph e.v. viel Unterstützung erfahren dürfen und finde den Austausch mit Gleichgesinnten unheimlich wichtig.

Natürlich ist es ebenso wichtig, dass Pulmonale Hypertonie weiter erforscht wird und man endlich das Ziel „Heilung“ erreicht.

Ich freue mich, meine Unterstützung in den Verein mit einbringen zu können.

Kontakt:  
Antje Gillenberg  
Windsberger Str. 60  
66954 Pirmasens  
Tel: 06331-1534030  
Mobil: 0151-40729760  
E-Mail: Gillenberg-SRP@phev.de



Landesverband

SAARLAND/RHEINLAND-PFALZ

Regionalverband Südliches Rheinland-Pfalz

**Treffen des Gesprächskreises der Regional Gruppe Südliches Rheinland – Pfalz des Pulmonale Hypertonie e.v.**

Am Freitag, den 30.09.2022, begrüßte ich um 17:30 Uhr alle Teilnehmer.

Unter insgesamt 20 Gästen war unsere neue Landesleiterin Frau Antje Gillenberg Landesleiterin Saarland / Rheinland-Pfalz sowie unsere Referentin Frau Monika Kornisch.

Unser Thema: was gibt es Neues und wie beantrage ich mit einem Pflegegrad verschiedene Dinge? Dies konnte ich mit vorab gedruckten Infos aufzeigen. Wie und wo erhalte ich den Haus Notruf, wie erhalte ich den Entlastungsbetrag/ Nachbarschaftshilfe oder eine Reha für Pflegende Angehörige?

Unsere Referentin Frau Monika Kornisch, Atemtherapeutin/Physiotherapeutin, erklärte uns an einem Modell die verschiedenen Funktionen, die Atemmuskeln, die Zwischenrippenmuskeln und das Zwerchfell.

Das Zwerchfell ist unser wichtigster Atemmuskel und trennt die Lunge von dem Bauchraum. Beim Anspannen dehnt es die Lunge nach unten aus, damit die frische Atemluft eingesaugt werden kann und dabei verdrängt es die inneren Organe. Die Bauchdecke hebt sich (Bauchatmung), bei praktischen Übungen in unserer Runde konnten wir alle spüren, wie hecheln oder schnüffeln den Bauch wippen lässt und regelmäßige Übungen kräftigen das Zwerchfell.

Es wurde auch auf die Videoreihe auf unserer Vereinsseite hingewiesen, die all das Wichtigste für phev-Vereinsmitglieder erklärt und spezielle Übungsprogramme für dieses Krankheitsbild vorstellt.

Nach dem leckeren Abendessen entstand ein lebhafter Austausch über verschiedene Sauerstoffgeräte, Flüssigsauerstoff/Konzentratoren oder Medikamente.

Ich bedanke mich ganz herzlich bei allen Teilnehmern und freue mich auf unser nächstes Treffen.

Liebe Grüße und bleiben Sie gesund.  
Mary Grimm



# Landesverband SACHSEN



## Bericht über das 63. Patiententreffen des Landesverbandes in der Uniklinik in Dresden

Vor der Veranstaltung trafen sich alle Teilnehmer zu Kaffee und Kuchen und kamen dabei über alle Dinge, die sie aktuell bewegten, ins gemeinsame Gespräch. Es gab viel zu berichten, denn nach über einem Jahr war es das erste Zusammentreffen im Landesverband.

Herr Ralf Lisse!, unser Landesleiter, begrüßte 23 Teilnehmerinnen zu dieser Veranstaltung. Eine Danksagung ging an alle Referentinnen, die sich bereiterklärt hatten, mit ihren Vorträgen zum Programm des Treffens beizutragen.

Gemeinsam mit Dr. med. Michael Halank hatte der Landesverband ein Tagesprogramm entworfen, welches folgende Themen, die für unsere Mitglieder von Interesse waren, beinhaltet:

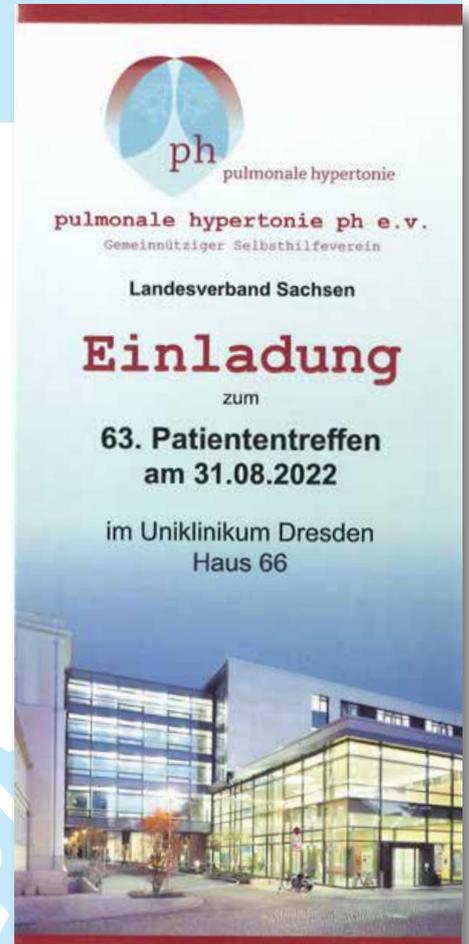
Der erste Vortrag thematisierte die Verantwortung der Schwestern im Bereich der Sozialarbeit in der Klinik. Zu diesem Thema referierte Schwester F. Dvorak aus der Uniklinik Dresden. Wissenswert war hierbei z.B., dass die Arbeit der Betreuung bereits vor der Entlassung auf Wunsch der betreuenden Ärzte bzw. des Patienten beginnt. Weiterhin wurden Fragen zum Leben nach einem Krankenhausaufenthalt geklärt - egal, ob bzgl. eines Kuraufenthaltes oder der Wiedereingliederung in den Arbeits- oder Rentneralltag. Außerdem gab es Hilfestellungen beim

Erstellen von Patientenverfügungen und anderen wichtigen Themen (bspw. Anträge zum Pflegegrad oder der häuslichen Pflege).

Im zweiten Beitrag berichtete Frau Dr. Kulka über ihre Arbeit im Palliativ-Team. Besonders erwähnenswert sei an dieser Stelle der Einstieg ihres Vortrages, in welchem sie die Funktion der Palliativarbeit beschrieb. Diese bestehe nicht nur aus der Betreuung im Sterben, sondern umfasse auch Maßnahmen für ein langes Leben. Wertvolle Tipps zur Pflege der Patienten mit einfachen Mitteln und Methoden rundeten den Vortrag ab.

Mit dem Thema zum Umgang mit Tabletten, die die Wassereinlagerung im Körper regeln, befasste sich der dritte Vortrag, gehalten von Frau Dr. Häberling. Dabei stellte sie die möglichen Wassereinlagerungen im Körper als gefährlich dar. Wichtig sei, durch regelmäßige Gewichtskontrollen die Wassereinlagerungen zu kontrollieren und daraus ableitend die Menge der einzunehmenden Tabletten zu regulieren. Abschließend gab sie jedem Patienten an die Hand, diese Krankheit nicht zu unterschätzen.

Zum Abschluss sprach erneut Herr Dr. M. Halank zu dem Thema „Neue Daten zur Diagnose und Therapie der PAH“. In seinem Vortrag stellte er die neuesten Regeln zum Umgang mit Therapien und Medikamenten in den Mittelpunkt seiner Darlegungen. Mit dem Verweis auf die mögliche Zulassung von neuen Medikamenten konnte er wieder Hoffnungen wecken.



Bezüglich der Coronaimpfung empfahl er allen Betroffenen, sich mit dem Wirkstoff von Biontech 5 impfen zu lassen. Gleichzeitig warb er dafür, die Grippeimpfung nicht zu vergessen.

Im Anschluss an alle Vorträge und die dabei geführten Diskussionen stellte unser Landesleiter diese Veranstaltung als Erfolg dar. Er dankte allen Referenten für ihre wichtigen Beiträge. Mit einem Verweis auf kommende Vorhaben, wie beispielsweise einem Jahrestreffen in Frankfurt oder dem Jahresabschluss im November, beendete er die Veranstaltung.

Ralf Lisse!



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.

# 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](mailto:Kuehne-BW@phev.de)  
[Konz-BW@phev.de](mailto:Konz-BW@phev.de)

### LV Bayern

Roland Stenzel  
90459 Nürnberg  
Tel.: 01511-768 05 21  
E-Mail: [Stenzel-Bayern@phev.de](mailto: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](mailto:Katzberg-Berlin@phev.de)  
[Findling-Berlin@phev.de](mailto:Findling-Berlin@phev.de)

### LV Hamburg/Schleswig-Holstein

Jutta Gläser  
Staderstr. 137  
21075 Hamburg  
Tel.: 040-63862090  
Handy: 0178-9076123  
E-Mail: [Glaeser-Hamburg@phev.de](mailto:Glaeser-Hamburg@phev.de)

### LV Nordrhein-Westfalen

Daniela Krämer  
Saarstr. 63  
50996 Köln  
Tel.: 0221-314541  
E-Mail: [Kraemer-NRW@phev.de](mailto:Kraemer-NRW@phev.de)

### LV Saarland/Rheinland-Pfalz

Antje Gillenberg  
Windsberger Str. 60  
66954 Pirmasens  
Tel: 06331-1534030  
Mobil: 0151-40729760  
E-Mail: [Gillenberg-SRP@phev.de](mailto:Gillenberg-SRP@phev.de)

### LV Sachsen

Ralf Lissel  
Blumenauer Str. 1B  
09526 Olbernhau  
Tel.: 037360-35395  
E-Mail: [Lissel-Sachsen@phev.de](mailto:Lissel-Sachsen@phev.de)

### Regionalverband Südl. Rheinland-Pfalz

Marianne Grimm  
Sparbenhecke 1a  
76744 Wörth am Rhein  
Tel: 07271-5009315  
E-Mail: [Grimm-SRP@phev.de](mailto:Grimm-SRP@phev.de)

### Wir suchen noch einen Landesleiter für LV Hessen, LV Niedersachsen/Bremen, LV Thüringen, LV Sachsen-Anhalt

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



# Stark im Ehrenamt: hast Du Interesse, dann mach bei uns mit!



Mein Name ist Mary Grimm und ich engagiere mich gerne ehrenamtlich in unserem Selbsthilfeverein als Gesprächskreisleiterin.

Im Ehrenamt ist mir aber auch die Weiterbildung sehr wichtig und neue Ideen bei Workshops zu erhalten.

Von unserem Dachverband ACHSE e.V. wurde vom 03.-04.09.2022 ein zweitägiger Workshop mit dem Thema: „Selbstmanagement im Ehrenamt“ in Berlin organisiert.

Bei meiner Fahrt mit der Bahn von Karlsruhe bis Berlin konnte ich die Aussicht der Landschaft und interessante Gespräche mit Mitreisenden genießen. Nach meiner Ankunft im Hotel Grenzwall erkundete ich die Berliner Umgebung zu Fuß.

Am nächsten Morgen fand beim gemeinsamen Frühstück das Kennenlernen aller 12 Teilnehmer aus verschiedenen Bundesländern statt. In Kleingruppen entwickelten wir gemeinsam verschiedene Strategien: wie organisiere ich mich, erstelle Pläne für Veränderungen, Lösungen für Bedürfnisse, Werte erkennen und wie im Team zusammenarbeiten.

Für mich waren es zwei tolle Workshop-Tage, in denen ich gedanklich viel Neues mitnehmen konnte und andere Selbsthilfegruppen, bzw. deren ehrenamtliche Vertreter kennen lernen konnte. Ganz sicher wird sich der eine oder andere Kontakt vertiefen.

Großes Danke an die ACHSE e.V. für das Organisieren und Durchführen der Workshops.

Dankeschön an alle Referenten und unser genehmigtes Teilneh-

mer Gruppenfoto von Frau Christiane Metzner.

Herzlichen Gruß  
M. Grimm



# CORONA ODER WAS KEINER BRAUCHT

## Gastbeitrag von Ralf Weiss, Gruppenleiter der Deutschen Sauerstoff und Beatmungsliga e. V.

**„Grieff enk beinand“** (Allgäuerisch, was heißt „Grüß Gott beieinander“) mein Name ist Ralf Weiss, ich bin kein PH Patient sondern COPD Gold4, auch so etwas was niemand braucht, habe seit 22 Jahren Sauerstofflangzeittherapie und habe 2019 einen Workshop in Frankfurt PH gehalten.

schmerz und absolute Mattigkeit und natürlich mit Luftnot, aber in einer Heftigkeit, dass ich dann doch freiwillig zu meinem Hausarzt bin. Die Damen der Praxis sind anhand meines Erscheinungsbildes erschrocken, ebenso mein Hausarzt, der anhand von Lunge abhören

Das Medikament habe ich gut vertragen bis auf dass ich nach jeder Infusion völlig groggy war. 12 Tage Isolation ist schon heftig, kann mir vorstellen, dass manche Menschen danach psychische Probleme haben. Ach ja noch zum Prednisolon. Ich habe vor 2 Monaten meine Immun Titer bestimmen lassen und die waren alle im grünen Bereich, aber Prednisolon in hoher Dosierung fährt natürlich das Immunsystem in den Keller.

Das war es von mir und denkt daran, wer öfter Kortison und Prednisolon nimmt, seid achtsam!

**Pfiet enk und tunet vom Nachlassen, nachlassen**  
(Allgäuerisch, auf Wiedersehen)  
**Mit besten Grüßen aus dem allerschönsten Allgäu, Ralf Weiss**



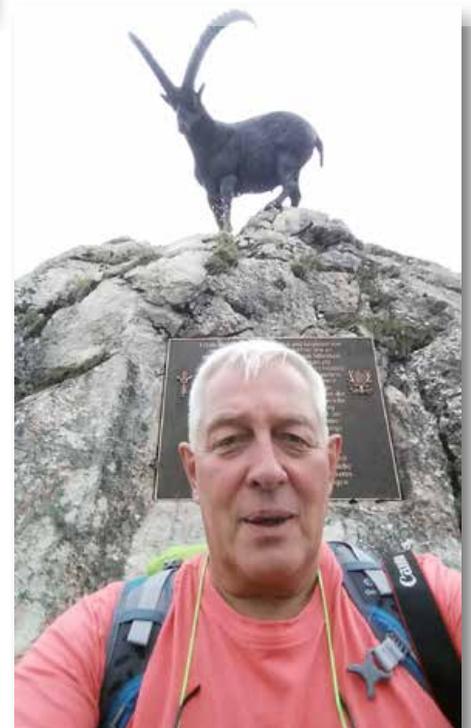
Man sollte meinen, dass einem Allgäuer Naturburschen Covid nichts anhaben kann, Ich wurde eines Besseren belehrt.

Ende September hatte ich eine schwere Exazerbation, die vernünftigerweise im Krankenhaus in 6 Tage stationär behandelt wurde, nicht weiter schlimm, bis auf die Tatsache, dass Prednisolon in einer hohen Dosis verabreicht wurde, was 8 Tage später eine Rolle spielte.

So eine Woche nach meinem stationären Aufenthalt im Klinikum Füssen ist es mir ziemlich schnell schlechter gegangen mit mir nicht bekannten Symptomen wie Kopf-

und EKG einen Schnelltest machen ließ, Ergebnis „Positiv“. Das löst bei einem Patienten mit chronischer Lungenerkrankung ein Horrorkopfkino aus, von Beatmungsmaschinen, IPS und Intubation.

Weiter ging es ins Klinikum Füssen mit allen erforderlichen Untersuchungen, alles natürlich abgeschirmt von der sonstigen Notaufnahme, dann Isolierstation und nicht IPS, dann Gespräch mit dem Leitenden Oberarzt, der mir nahelegte, eine Therapie mit „Remdesivir“ zu starten (eigentlich ein Ebola Medikament), was wir dann auch so gemacht haben, nach 2 Tagen, weil das Medikament deutschlandweit vergriffen war.



# „Mut im Herz“ - Jennifers Geschichte



monal arterielle Hypertonie (PAH) handelt. Jennifer wurde auf ihre Medikamente eingestellt und ist bis heute damit sehr gut versorgt und stabil.

Während Corona entschied sich Jennifer dazu, ihre Geschichte mit den Menschen teilen zu wollen und eröffnete den Instagram-Account @mutimherz. Dort redet sie vor allem über die Themen Selbstliebe, Akzeptanz, Achtsamkeit im Alltag und Selbstwertarbeit. Jennifer möchte Menschen mit chronischen Krankheiten Mut machen und ihnen zeigen, dass sie nicht allein sind. Sie möchte all denjenigen Mut machen, die bereits mit solchen Schicksalsschlägen konfrontiert wurden oder die sich gern auch persönlich weiterentwickeln möchten.

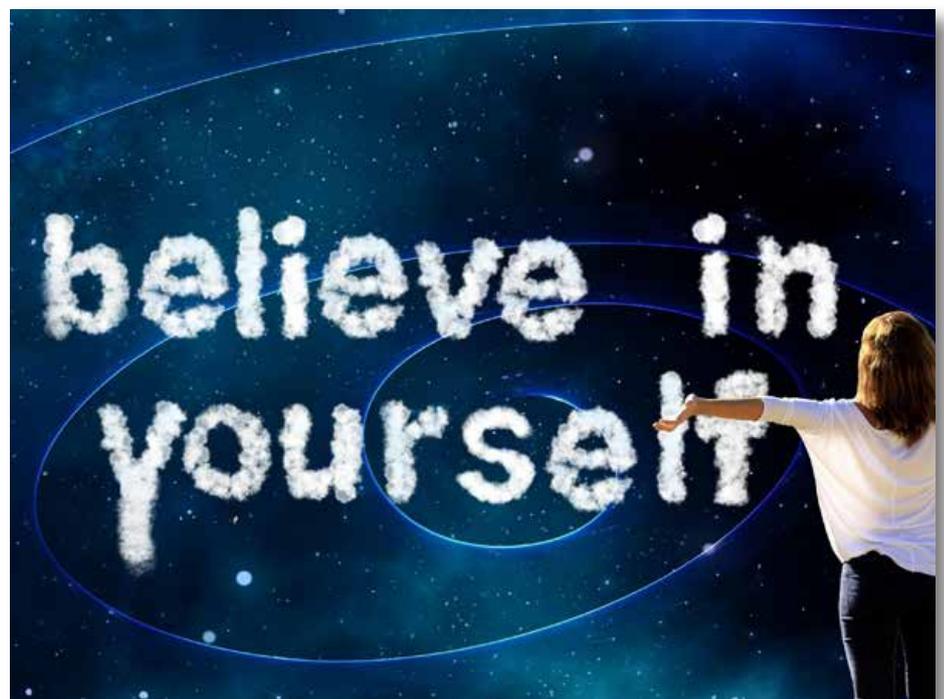


**Jennifers Worte an Euch: „ Jeder von euch ist wertvoll. Glaub an Euch.“**

Jennifer ist 27 Jahre alt und kommt aus der Nähe von Bamberg.

Bei Jennifer fing alles 2006 an, im Alter von 11 Jahren. Im Skiurlaub mit ihrer Familie wurde bemerkt, dass sie auf einmal schlechter Luft bekam. Da sich keiner erklären konnte, woher diese Luftnot kam, suchten ihre Eltern mit ihr einen Arzt auf. Nach einigen Tests gingen die Ärzte davon aus, dass Jennifer unter Asthma leiden würde.

Leider stellte sich diese Diagnose dann als falsch heraus und Jennifer kam in die Kinderklinik in Gießen. Hier hatte sie ihren ersten Herzkatheter und schnell stellte man fest, dass es sich nicht um Asthma, sondern um eine pul-



## Herzbericht 2021

# WAS IST WANN BEI SCHWERER HERZSCHWÄCHE NOTWENDIG?

**14. September 2022: Herzschwäche unter den 10 Haupttodesursachen. Herzmedizinische Fachgesellschaften setzen bei Therapie schwerer Form auf interdisziplinäre Erwachsene und Kinder mit schwerer Herzschwäche: Medikamente, Herzunterstützungssystem, Herztransplantation – was ist wann sinnvoll? Die Herzschwäche gehört zu den zehn häufigsten Todesursachen. Meist ist sie das Endstadium von Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Folge nicht-kardialer Ursachen (Covid-19, Entzündungskrankheiten, Krebstherapie). Daher erfordert die (schwere) Herzinsuffizienz interdisziplinäre Teamarbeit zwischen Kardiologie, Herzchirurgie und Kinderkardiologie sowie den Austausch über die herzmmedizinischen Disziplinen hinaus.**



© pixabay

Die Herzschwäche (Herzinsuffizienz) zählt zu den zehn häufigsten Todesursachen in Deutschland und ist ein Hauptfaktor für den plötzlichen Herztod mit über 65.000 Todesfällen pro Jahr. Während die Sterblichkeit durch Herzschwäche seit mehreren Jahren kontinuierlich abnimmt mit 34.855 Verstorbenen im Jahr 2020 (2018: 37.709), bewegt sich die Zahl der vollstationären Aufnahmen – wenn auch jüngst mit einem Rückgang – weiterhin auf hohem Niveau. Allein im Jahr 2020 gab es 429.104 Krankenhausaufnahmen (2018: 456.012, 2019: 487.247). „Die Herzinsuffizienz galt bereits vor Corona-Zeiten als ‚Epidemie unseres Jahrhunderts‘. Ihre erfolgreiche Eindämmung erfordert die gemeinsamen Anstrengungen aller an der medizinischen Versorgung von Herzschwäche-Patient\*innen

beteiligten Fachdisziplinen: allen voran der Kardiologie, Herzchirurgie, Kinderkardiologie und Herz-Kreislauf-Rehabilitation“, betont Prof. Dr. med. Thomas Voigtländer, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung anlässlich der Vorstellung des aktuellen Deutschen Herzberichts 2021. Dieser kann unter [www.herzstiftung.de/herzbericht](http://www.herzstiftung.de/herzbericht) kostenfrei angefordert werden. „Als Endstadium zahlreicher Herz- und Kreislauferkrankungen wie koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, Herzklappenerkrankungen, Rhythmusstörungen, aber auch angeborene Herzfehler, erfordert die Eindämmung der Herzschwäche und ihrer Grunderkrankungen den Austausch von kardiologischer und herzchirurgischer oder kinder-kardiologischer Expertise in der Patient\*innenversorgung, klinischen

Fragestellungen und in der Forschung.“

Bei der Herzinsuffizienz steigt die Zahl der vollstationären Aufnahmen bei Frauen und Männern besonders ab 65 Jahren steil an (12-mal mehr Krankenhausaufnahmen bei über 65-Jährigen gegenüber den 45- bis unter 65-Jährigen). Aufgrund der Altersentwicklung der Gesellschaft und dank heutiger innovativer Therapieverfahren der kardialen Grunderkrankungen der Herzschwäche ist mit einer stetigen Vergrößerung dieser Patientengruppe zu rechnen. Hinzu kommen Risikokrankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Adipositas, Infektionskrankheiten und neuerdings Covid-19, die direkt bzw. indirekt zu einer Schädigung des Herzmuskels (Myokarditis, Kardiomyopathie) und einer dauerhaften Herzmuskelschwäche führen können. Am Ende kann der Worst Case einer schweren Herzinsuffizienz und einer notwendigen Herztransplantation durch ein Spenderherz oder ein Herzersatz durch Herzkreislaufunterstützungssysteme stehen. „Unser Ziel muss daher sein, durch frühzeitige und gezielte Prävention das Risikoprofil von gesunden und bereits herzkranken Menschen so zu optimieren, dass es entweder gar nicht erst zur Herz- oder Gefäßerkrankung kommt beziehungsweise bei einer diagnostizierten Erkrankung durch konsequente Behandlung die Herzleistung und Lebensqualität der Patient\*innen zu verbessern oder zu erhalten, um es nicht zu einer Herzmuskelschwäche kommen zu lassen“, erklärt Prof. Dr. med.



© pixabay

Bernhard Schwaab, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR).

### Wie lassen sich Krankheitslast und Sterblichkeit durch Herzschwäche verringern?

Die häufigsten Ursachen der Herzschwäche sind vorangegangene Herzinfarkte, die dauerhafte Schäden am Herzmuskel hinterlassen haben, Bluthochdruck und Diabetes mellitus. Der Herzinsuffizienz kann daher nicht nur durch einen gesunden Lebensstil mit viel körperlicher Aktivität, Nikotinverzicht und gesunder Ernährung vorgebeugt werden, was gleichzeitig die Häufigkeit von Herzinfarkten und das Auftreten von Bluthochdruck verhindern kann. Auch das rechtzeitige und konsequente Behandeln von Bluthochdruck und Diabetes mellitus sowie von erhöhten Cholesterinwerten kann das Entstehen einer Herzinsuffizienz verhindern oder zumindest das Fortschreiten günstig beeinflussen.

Wissenschaftliche Studien der letzten Jahre haben allerdings auch eindrucksvoll die große Rolle sowohl von Herzklappenerkrankungen wie der Mitralklappeninsuffizienz und Aortenklappenstenose, sowie von Herzrhythmusstörungen, wie dem Vorhofflimmern, bei Entstehung und Fortschreiten der Herzinsuffizienz verdeutlicht. „Die Behandlung dieser Grunder-

krankungen durch Ausschöpfen der optimalen medikamentösen Optionen oder durch minimal-invasive Eingriffe wie die Katheterablation oder den invasiven Herzklappenersatz sind daher von enormer Wichtigkeit für Herzinsuffizienz-Patient\*innen“, betont Prof. Dr. med. Stephan Baldus, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK). „Seit Jahren sind erfreulich hohe Überlebensraten bei invasiven Eingriffen trotz des steigenden Lebensalters der Patient\*innen zu verzeichnen“, fügt Prof. Dr. Andreas Böning, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) hinzu. Die Präsidenten von DGTHG und DGK unterstreichen in diesem Kontext die Bedeutung einer konsequenten leitliniengerechten Diagnostik und Therapie von Herzkrankheiten.

### Effizientes Vorgehen erfordert auch Herzteams unter Einbeziehung der Patient\*innen

Die Herzinsuffizienz ist mit einer hohen Last durch Begleit- und Grunderkrankungen wie Bluthochdruck, Nierenschwäche, Diabetes und Übergewicht sowie koronare Herzkrankheit (KHK) und Vorhofflimmern verbunden. Das erfordert in der Behandlung die multidisziplinäre Abstimmung zwischen den herzmedizinischen Fachgebieten in Form von Herzteams, etwa bei KHK-Patient\*innen, oder auch den Austausch mit Kolleg\*innen weiterer Fachgebiete wie Nephrologie und Pneumologie (Niereninsuffizienz und COPD).

Dass bei den meisten Herzinsuffizienz-Patient\*innen die Begleit- und Grunderkrankungen auch in Kombination auftreten, unterstreicht noch einmal mehr, wie essenziell die enge Zusammenarbeit aller herzmedizinischen Fachgebiete ist. „Ob frühzeitige Erkennung von Risikofaktoren, die optimale medikamentöse Therapie durch die niederge-

lassenen Kardiolog\*innen oder die gemeinsam in interdisziplinären Herzteams in der Klinik diskutierten Implantationen von Herzschrittmachersystemen, Transplantationen – ohne alle Möglichkeiten der Herzmedizin zu nutzen, ist eine bestmögliche Therapie der Herzinsuffizienz nicht denkbar“, betont DGK-Präsident Baldus.

„Für die Patientensicherheit muss die Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung der Herzpatient\*innen im professionellen multidisziplinären Herzboard (MDH) als Team erfolgen“, ergänzt DGTHG-Präsident Böning

### Diagnose chronische Herzschwäche: Was leisten Medikamente?

Herzinsuffizienz ist nach wie vor nicht heilbar, sondern kann nur in ihrem Fortschreiten verlangsamt werden. „Das gelingt allerdings mit den uns zur Verfügung stehenden Medikamenten immer besser“, berichtet Kardiologe Baldus. Die aktuellen Behandlungsleitlinien aus dem Jahr 2021 empfehlen eine Strategie, die auf vier Säulen beruht. Dazu gehören folgende vier Wirkstoffgruppen: ACE-Hemmer/Sartane oder ARNI (Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitor), Beta-blocker, Mineralkortikoid-Rezeptorantagonisten und SGLT2-Hemmer. Bei Erkrankten, die unter Wassereinlagerungen leiden, kommen noch Diuretika hinzu. Zusätzlich müssen gegebenenfalls zugrundeliegende Erkrankungen wie eine KHK, Vorhofflimmern oder auch zu hohe Cholesterinwerte medikamentös behandelt werden. Durch die Herzinsuffizienz-Einheiten, die sog. Heart Failure Units (HFU), an deren Zertifizierung auch der Bundesverband Niedergelassener Kardiologen beteiligt ist, wird zudem die enge Verzahnung zwischen den einzelnen Sektoren im Gesundheitswesen verbessert. „Die Versorgung durch die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen spielt eine essenzielle Rolle für die Erkrank-

ten“, so Baldus. „Daher gilt es vor allem, die Kommunikation zwischen stationärer und ambulanter Patientenversorgung zu verbessern, wie es glücklicherweise durch die Heart Failure Units oft schon gelebt wird.“ In Deutschland gibt es rund 200 erstzertifizierte HFU-Zentren, -Kliniken und -Praxen.

Bringen medikamentöse Therapien keine ausreichende Verbesserung des klinischen Bildes, muss häufig ein sogenanntes CRT-System zur kardialen Resynchronisationstherapie eingesetzt werden. Dieses besondere Schrittmachersystem dient dazu, die Kontraktion der Herzkammer zu synchronisieren und damit die Pumpfähigkeit des Herzens zu verbessern. 2020 wurden insgesamt 12.632 Neuimplantationen von CRT-Geräten in Deutschland vorgenommen.

### **Herzschwäche stabilisieren: Grund- und Begleiterkrankungen behandeln!**

„Damit eine stabile Herzinsuffizienz sich nicht verschlechtert und es dauerhaft vermehrt zu einer Klinikweisung wegen Entgleisung der Symptome (Dekompensation) kommt, müssen im Fokus aller medizinischen Maßnahmen stets auch die Grund- und Begleiterkrankungen der Herzschwäche sein“, so der Kardiologe und Herzstiftungs-Vorsitzende Voigtländer. „Um das Therapieziel zu erreichen, müssen Arzt und Patient konsequent an einem Strang ziehen: durch Einhalten eines gesunden Lebensstils mit regelmäßiger Ausdauerbewegung, durch gesunde Ernährung, Rauchstopp, das Senken hohen Blutdrucks oder das Einstellen von LDL-Cholesterin und Blutzucker auf Normwerte.“ Konsequentes präventives und therapeutisches Vorgehen sei allerdings auch bei den Begleiterkrankungen von essenzieller Bedeutung. Im Fall der KHK – nach wie vor bei rund Zweidrittel aller Patient\*innen Hauptur-

sache der Herzinsuffizienz tragen insbesondere die Akutintervention bei Herzinfarkt durch Katheterverfahren wie die Herzgefäßaufdehnung mit einem Stent/Ballon (PCI) und die Notfallversorgung von Patienten mit akutem Koronarsyndrom (Herzinfarkt, instabile Angina pectoris) durch die bundesweiten Chest-Pain-Units wesentlich dazu bei, Herzschwäche-Fälle zu verhindern. Auch hat etwa die koronare Myokard-Revaskularisation durch die herzchirurgische aortokoronare Bypassoperation (ACB) wesentliches Potenzial, um die Herzschwäche zu verbessern und zumindest zu stabilisieren.

Insbesondere bei der schwer zu behandelnden Hauptstammstenose und/oder der sog. 3-Gefäßerkrankung ist die koronare Bypassoperation gemäß Leitlinien bzw. im Kontext patientenindividueller Faktoren (Alter, Komorbiditäten) vorzugsweise zu empfehlen, weil sie in dieser Konstellation gute Langzeitergebnisse erzielt. 2020 wurden bundesweit 29.444 isolierte aortokoronare Bypassoperationen (ACB) durchgeführt und weitere 8.540 ACB-Operationen erfolgten zumeist in Kombination mit Herzklappenoperationen; in Summe 37.984 Bypassoperationen. Rund 299.000 PCI wurden im Jahr 2020 durchgeführt.

Bei hochgradiger (altersbedingter) Aortenklappenstenose oder Mitralklappeninsuffizienz wird die Prognose der Herzinsuffizienz wiederum verbessert, wenn die invasive Herzklappenbehandlung nach Konsensfindung im interdisziplinären Herzteam rechtzeitig mit dem patientenindividuell festzulegenden Eingriff durchgeführt wird. 2020 erhielten 8.049 Patienten einen isolierten Aortenklappenersatz und 6.050 isolierte Mitralklappen-Operationen wurden durchgeführt (2019: 6.419); in 61,1 Prozent der Fälle konnte die Mitralklappe rekonstruiert werden.

Mit Sorge blickt die Deutsche Herzstiftung auf die Covid-bedingte Rückläufigkeit in der kardiologischen und herzchirurgischen Versorgung im Pandemiejahr 2020 insbesondere bei den sogenannten elektiven, d. h. planbaren Eingriffen. Von 2018 zu 2020 kam es zu einer deutlichen Abnahme bei herzchirurgischen und kardiologischen Eingriffen.

### **Therapie der schweren Herzinsuffizienz: Worauf kommt es an?**

Gerade bei den besonders schwer an Herzinsuffizienz erkrankten Patient\*innen „ist die Zusammenarbeit zwischen Kardiologie und Herzchirurgie von unschätzbarem Wert“, wie DGK-Präsident Prof. Dr. Stephan Baldus betont. In den von DGK und DGTHG gemeinsam zertifizierten Heart Failure Units, leben Kardiolog\*innen und Herzchirurg\*innen die enge Kooperation seit Jahren. Mit enormen Vorteilen für die Patient\*innen: Die bedarfsgerechte Patientenversorgung nach aktuellem Wissensstand, die das individuelle medizinische und soziale Umfeld der Erkrankten berücksichtigt, sei hier lückenlos gewährleistet. „Da es sich bei der Herzinsuffizienz um eine chronische und nicht heilbare Krankheit handelt, liegt hinter den Patient\*innen meist schon ein längerer Krankheitsweg, bevor die Entscheidung für ein Herzunterstützungssystem oder eine Herz-Transplantation getroffen werden muss“, so Baldus. „Die Begleitung dieses Weges wird dann erfolgreich, wenn sie interdisziplinär in den Zentren begangen wird.“

### **Schwere Herzinsuffizienz: Für wen eine Transplantation, für wen ein Herzunterstützungssystem?**

Für Patient\*innen mit schwerer Herzinsuffizienz im Endstadium ist die Herztransplantation eines Spenderorgans Goldstandard. Für das menschliche Herz gibt es aktuell keinen kompletten Kunstherzersatz. Die sogenannten Kunst-

herzen (Total Artificial Hearts, TAH) sind noch im Frühstadium ihres Einsatzes beim Menschen, daher sind weder mittelfristige Erkenntnisse noch Langzeitergebnisse verfügbar. Auch die Transplantation eines tierischen Herzens, die sogenannten Xenotransplantation, ist zurzeit keine Alternative. Erfreulicherweise leben ca. 60% der Patient\*innen 10 Jahre und länger nach einer Herztransplantation. Dank stetig weiterentwickelter und innovativer Medikamente, vor allem Immunsuppressiva, verbessert sich das Langzeitüberleben der Herztransplantierten kontinuierlich. Allerdings stehen in Deutschland derzeit 700 transplantablen Herzpatient\*innen nur rund 340 Herztransplantationen (2020: 339) pro Jahr gegenüber. Für diese Patient\*innen auf der Warteliste für ein Spenderherz gibt es bis zur Erholung des Herzmuskels oder zur Überbrückung bis zur Herztransplantation die Option eines Herzunterstützungssystems.

Am häufigsten kommt das Links-herzunterstützungssystem (LVAD) zum Einsatz, es sind jedoch auch ventrikuläre Assistssysteme für den rechten Ventrikel oder für beide Herzkammern (RVAD, BVAD) verfügbar. Ein LVAD kommt für Patient\*innen infrage:

- die medikamentös optimal, also leitliniengerecht, behandelt sind und dennoch mehr als dreimal im Jahr mit einer ausgeprägten Herzschwäche ins Krankenhaus zur Stabilisierung müssen, und
- bei denen bereits weitere Endorganschäden auftreten, etwa an den Nieren oder der Leber oder
- bei denen das Alter und Begleiterkrankungen gegen eine Transplantation sprechen.

„Die invasive Behandlung der schweren unumkehrlichen Herzschwäche durch eine sogenannte mechanische Herzunterstützung

ist eine zentrale herzchirurgische Aufgabe. Sind andere Therapien limitiert, ausgeschöpft oder erkrankungsbedingt nicht möglich, eröffnen Herzunterstützungssysteme die einzige Überlebenschance“, betont DGTHG-Präsident Böning. Die meisten der permanent implantierbaren Systeme, vorrangig LVAD, werden meist in herzchirurgischen Fachabteilungen implantiert, die auch gleichzeitig über ein Transplantationsprogramm verfügen (LVAD; 63,8%/21 Kliniken).

Die Versorgung mit permanenten Herzkammerunterstützungssystemen (VAD) bei unumkehrbarer Herzinsuffizienz, für Patient\*innen, bei denen die weiteren Therapiemöglichkeiten nicht mehr stabilisierend bzw. ausgeschöpft sind, bleibt seit Jahren stabil auf hohem Niveau bei insgesamt 843 (2019: 953), wobei die Links-/Rechtsherz-Unterstützungssysteme bei 97% der Patienten zum Einsatz kommen (827 L/R VAD; BVAD 12 und Kunstherzen, TAH, 4).

Ein Herzteam aus Kardiologen und Herzchirurgen kann Patient\*innen mit schwerer Herzschwäche frühzeitig mit einem Fahrplan auf die Frage vorbereiten, wann und in welchem Zentrum die Implantation eines Herzkreislaufunterstützungssystems oder die Transplantation erfolgt. Spätestens, wenn die Funktion der linken Herzkammer sich immer weiter verschlechtert und in Bereiche kommt, wo die Auswurfleistung (Ejektionsfraktion) unter 30-20 Prozent fällt, „ist ein Gespräch mit den Kolleg\*innen eines entsprechenden Zentrums sinnvoll, das sowohl Herzunterstützungssysteme als auch Transplantationen durchführt“, empfiehlt der Herzstiftungs-Vorsitzende Prof. Voigtländer. Diesen Kontakt sollten Kardiologen, die einen Patienten mit Herzschwäche betreuen, früher als bisher suchen, so seine Erfahrung.

Die Langzeitüberwachung und technische Überwachung der LVAD und die medikamentöse (immunsuppressive) Therapie und antikoagulatorische Therapie muss in den Zentren und unter der Beteiligung der Kardiologen stattfinden.

Für Patient\*innen mit schwerer Herzinsuffizienz ist nach einer LA-VD-Implantation eine KardReha besonders wichtig. „Die Patient\*innen müssen lernen, mit der neuen Technik umzugehen. Dazu zählt der Batteriewechsel so wie das Üben des täglichen Verbandwechsels unter Anleitung, damit sie zuhause möglichst selbstständig sind“, erklärt DGPR-Präsident Schwaab. „Auch hat die Krankheitsverarbeitung eine enorme Bedeutung: Den Lebensmut nicht verlieren, wieder Zutrauen zur Leistungsfähigkeit des eigenen Körpers fassen, mit Unterstützung der Pumpe wieder einen aktiven Lebensstil erlernen und die Angst verlieren – all das sind wichtige Aufgaben der psychosozialen Unterstützung in der KardReha.“ Durch regelmäßiges körperliches Training erfahren die Patienten zudem, wie sie mit anfänglichen Kreislaufproblemen nach VAD-Implantation oder nach Herztransplantation umgehen können.

### **Schwere Herzinsuffizienz bei Kindern und Jugendlichen: Welche Therapieoptionen stehen zur Verfügung?**

Hauptursachen für die Entwicklung einer schweren (terminalen) Herzinsuffizienz sind im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter (EMAH) ein Versagen des Herzmuskels im Endstadium (z. B. Zustand nach vorangegangener Herzmuskelentzündung, Kardiomyopathien) und komplexe angeborene Herzfehler im terminalen Herzkreislaufversagen (z. B. Herzversagen bei einem Einkammerherzen nach Herstellung einer sogenannten Fontanzirkulation, d. h. nach mehreren operativen und interventionellen Eingriffen).

Prof. Dr. med. Matthias Gorenflo, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler (DGPK), betont, dass hinsichtlich der Therapiemöglichkeiten der schweren Herzinsuffizienz aktuell noch keine ursächlich wirkenden Maßnahmen existieren. „Zwar hilft eine medikamentöse Behandlung in besserem Maß als früher, und mechanische Herzkreislaufersatzverfahren und insbesondere die Herztransplantation können das Leben dieser schwerkranken Patienten deutlich erleichtern und verlängern“, so Gorenflo. „Es ist jedoch weitere Forschung zu den Ursachen und zur Behebung von Herzversagen bei angeborenen und erworbenen Herzerkrankungen erforderlich.“

Ziel von Herzersatzverfahren ist auch bei jungen Patient\*innen mit angeborenem Herzfehler die Überbrückung bis zur Erholung des Herzmuskels oder zur Herztransplantation. Der Einsatz verschiedener Herzkreislaufunterstützungssysteme erfolgt je nach Grunderkrankung und Situation: z.B. die veno-arterielle extrakorporale Membranoxygenierung (va-ECMO) sowie ventrikuläre Assistenzsysteme für den rechten, linken oder beide Ventrikel (RVAD, LVAD, BVAD). Indikationen

zur weiterführenden Therapie mit einem mechanischen Herzkreislaufunterstützungssystem sind bei Patient\*innen mit angeborenem Herzfehler: therapieresistentes Herzversagen bei intakter Lungenfunktion (kardiogener Schock, zunehmende Verschlechterung trotz inotroper\* Therapie mit sekundärer Organbeteiligung). Ein frühzeitiger Kontakt mit einem auf Herzkreislaufersatzsysteme spezialisierten Zentrum ist dringend geboten.

Dies betrifft insbesondere Patient\*innen mit austherapiertem angeborenem Herzfehler und Herzinsuffizienz bzw. Herzmuskelproblemen (primäre und sekundäre Kardiomyopathien) auf der Warteliste für eine Herztransplantation. Die Überlebenschancen nach einer Herztransplantation sind bei mehrfach voroperiertem angeborenem Herzfehler schlechter als bei einer Kardiomyopathie mit Linksherzversagen und umso besser, je jünger das Kind ist.

### **Herzmedizinische Fachgesellschaften appellieren an die Bereitschaft der Deutschen zur Organspende**

Einige Patient\*innen sind ganz klar Kandidaten für eine Transplantation. „Gerade bei sehr jungen Menschen muss man mit allem Druck versuchen, das zu realisieren“,

betont Voigtländer. Die Lebenserwartung mit einem Spenderherz ist deutlich höher als mit einem LVAD. Bis zu 30 Prozent leben auch nach 20 Jahren noch mit ihrem neuen Herzen. LVAD-Träger können zwar inzwischen auch recht gut mit ihrem künstlichen Pumpsystem leben. Allerdings: Patient\*innen, bei denen beide Herzkammern geschädigt sind, kann nach wie vor nur eine Herztransplantation helfen. „Wir müssen als Vertreter der Herz-Kreislauf-Medizin und der Interessen von Herzpatient\*innen für die Organspende kämpfen und die Öffentlichkeit und die Politik immer wieder darauf hinweisen, dass wir einen Spenderorganmangel haben“, sagt der Herzstiftungsvorstandsvorsitzende Voigtländer. „Nur so können wir Patienten mit einem lebensbedrohlich schwer geschädigten Herzen eine optimale Perspektive geben. Auch wenn ein Linksherzunterstützungssystem lebensrettend ist: Die Lebensqualität nach einer Transplantation ist besser als mit einem LVAD-System.“ Die DGTHG hat im Kontext des Organspendemangels wiederholt eigene Kampagnen durchgeführt und zusätzlich einen Spendenlauf für Kinderherztransplantationen in Kooperation mit der DGPK initiiert, um auf den eklatanten Organspendemangel aufmerksam zu machen.

\*inotrop: die Schlagstärke bzw. die Kontraktionskraft des Herzens positiv beeinflussend

Der Deutsche Herzbericht wird von der Deutschen Herzstiftung zusammen mit den ärztlichen Fachgesellschaften, den Deutschen Gesellschaften für Kardiologie (DGK), für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) sowie für Kinderkardiologie und Angeborene Herzfehler (DGPK) alljährlich herausgegeben.

(wi)

Quelle: [www.deutschesgesundheitsportal.de](http://www.deutschesgesundheitsportal.de)

© pixabay



# ESC-Kongress: neue europäische Leitlinie zum Lungenhochdruck veröffentlicht

Dr. med. Thomas Kron

## Kernbotschaften

Die „European Society of Cardiology“ (ESC) und die „European Respiratory Society“ (ERS) haben die Leitlinie zur pulmonalen Hypertonie aktualisiert. Besonderes Gewicht legen die Autoren der Leitlinie unter anderem auf eine frühe Diagnose der Erkrankung und rechtzeitige Behandlung der Betroffenen und Risiko-Patienten. Die neuen Empfehlungen sind auf dem aktuellen Kongress der ESC in Barcelona vorgestellt worden und zeitgleich im „European Heart Journal“ und im „European Respiratory Journal“ erschienen.

## Oft erst spät erkannt

„Die Diagnose der pulmonalen Hypertonie und damit die Einleitung einer angemessenen Behandlung werden erheblich verzögert“, sagte der Vorsitzende der ESC-Leitliniengruppe Professor Stephan Rosenkranz von der Universitätsklinik Köln. „Bei jungen Patienten, häufig Frauen, sind die Verzögerungen oft darauf zurückzuführen, dass eine schwere Krankheit bei einem ansonsten gesund aussehenden jungen Menschen nicht erkannt wird. Bei älteren Patienten werden oft Begleiterkrankungen (wie Bluthochdruck, Adipositas oder kardiopulmonale Erkrankungen) für die Symptome verantwortlich gemacht; die pulmonale Hypertonie wird dann übersehen.“ Rosenkranz und seine Kollegen empfehlen daher, dass Patienten mit Atemnot, bei denen Hausarzt, Kardiologe oder Pulmologe keine eindeutige Ursache feststellen können, an ein spezialisiertes Zentrum für pulmonale Hypertonie überwiesen werden sollten.

## Rechtzeitige Therapie prognostisch relevant

Die pulmonale Hypertonie betrifft etwa ein Prozent der Weltbevölkerung und bis zu zehn Prozent der über 65-Jährigen. Lungenhochdruck ist eine schwere Erkrankung, die die Lebenserwartung erheblich verringert, wenn sie nicht erfolgreich behandelt wird. Neuere Studien haben gezeigt, dass selbst ein mäßig erhöhter pulmonaler Druck oder pulmonaler Gefäßwiderstand mit einer erhöhten Sterblichkeit verbunden ist. Aus diesem Grund mussten die hämodynamischen Definitionen aktualisiert werden.

Spezifische Symptome der pulmonalen Hypertonie gibt es nicht, aber die Patienten leiden in der Regel unter zunehmender Kurzatmigkeit bei Anstrengung und eingeschränkter Bewegungsfähigkeit. Viele Patienten leiden unter chronischer Müdigkeit, und als Folge der eingeschränkten Rechtsherzfunktion kann es zu Flüssigkeitsansammlungen kommen. Weitere Symptome sind Brustschmerzen und Schwindel, insbesondere bei fortgeschrittener Rechtsherzinsuffizienz.

Wie die Vorsitzende der ERS-Leitlinien-Taskforce, Professor Marion Delcroix von den Universitätskliniken in Leuven (Belgien), ebenfalls betonte, „hat die Diagnose der Erkrankung enorme psychologische, emotionale und soziale Auswirkungen auf die Patienten und ihre Familien“. Da die Patienten oft Depressionen und Angstzustände entwickelten, sollten sie auch eine psychosoziale Unterstützung erhalten.

Die pulmonale Hypertonie wird nach ihrer Ursache in fünf Hauptgruppen eingeteilt:

1. Pulmonale arterielle Hypertonie (PAH), eine eigenständige pulmonale Gefäßerkrankung
2. Pulmonale Hypertonie im Zusammenhang mit einer Linksherzerkrankung
3. Pulmonale Hypertonie im Zusammenhang mit einer chronischen Lungenerkrankung
4. Chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie (CTEPH) aufgrund wiederkehrender pulmonale Thromboembolien
5. Pulmonale Hypertonie mit unklaren und/oder multifaktoriellen Ursachen.

## Fokus auf PAH und CTEPH

Die Leitlinien decken das gesamte Spektrum ab, wobei der Schwerpunkt auf der Diagnose und Behandlung von PAH und CTEPH liegt.

Bei der PAH sind eine frühzeitige Diagnose und die Einleitung einer Behandlung auch daher von entscheidender Bedeutung, weil sich die therapeutischen Möglichkeiten in den letzten 15 Jahren verbessert haben. Wichtig außer der frühen Diagnose und Therapie ist die Impfung gegen COVID-19, Influenza und Pneumokokken. Bei Frauen mit PAH kann eine Schwangerschaft mit einem erheblichen Risiko für mütterliche Komplikationen oder sogar für den Tod der Mutter verbunden sein, insbesondere wenn die PAH mit einer medikamentösen Therapie nicht gut kontrolliert ist. Daher wird empfohlen, dass erkrankte Frauen im gebärfähigen Alter zum Zeit-

punkt der PAH-Diagnose über die Risiken und Unwägbarkeiten im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft aufgeklärt werden.

Die CTEPH ist ebenfalls eine potenziell lebensbedrohliche Erkrankung, bei der allerdings inzwischen auch eine Therapie möglich ist. Mit etwa fünf neuen Fällen pro Million Einwohner pro Jahr ist die CTEPH eine seltene Erkrankung, so dass die Gefahr groß ist, sie nicht rechtzeitig zu erkennen. Erschwert wird die Diagnose darüber hinaus dadurch, dass die klinischen Symptome in frühen Stadien unspezifisch sind oder fehlten. selbst in spezialisierten Kliniken oder Abteilungen vergingen im Median mehr als ein Jahr zwischen dem Auftreten der Symptome und der Diagnose, berichtete vor wenigen Monaten ein Team um Luca Valerio von der Universitätsklinik in Mainz im „European Heart Journal“. Es ist daher dringend erforderlich, die Früherkennung der CTEPH zu verbessern.

Für die Behandlung der CTEPH gibt es drei Optionen, die allein oder in Kombination eingesetzt werden können, und zwar die pulmonale Endarteriektomie, die pulmonale Ballonangioplastie und eine Pharmakotherapie.

Individuelle Behandlungsstrategien bei Patienten mit Lungenhochdruck sollten in Zentren mit hohem Patienten-Aufkommen mit multidisziplinären Teams besprochen werden. Der multidisziplinäre Beitrag ist von zentraler Bedeutung, da eine Vielzahl von unterschiedlichen Erkrankungen eine pulmonale Hypertonie verursachen können, wobei Linksherzerkrankungen und chronische Lungenerkrankungen die häufigsten Ursachen sind. Darüber hinaus können auch andere Erkrankungen wie Bindegewebserkrankungen, Lebererkrankungen, Infektionen mit HIV und angeborene Herzerkrankungen zu einer PAH führen.

Quelle: univadis.de

## WAS IST NEU BEI DER ESC/ERS-LEITLINIE PULMONALE HYPERTONIE?

**7. September 2022/ ESC 2022**  
**Im Rahmen der Kongresse der European Society of Cardiology (ESC) und der European Respiratory Society (ERS) wurde die aktualisierte Leitlinie der beiden Gesellschaften zu Diagnostik und Management des Lungenhochdrucks (Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension) präsentiert. Die Änderungen im Vergleich zum Vorgängerdokument beginnen bereits beim Schwellenwert für die Diagnose einer PH.**

Die neue Leitlinie zu Diagnostik und Management des Lungenhochdrucks unterstreicht, dass Lungenhochdruck keineswegs eine seltene Erkrankung ist. In der Gesamtbevölkerung liegt die Prävalenz in der Größenordnung von einem Prozent. Bei älteren Menschen sind es jedoch bereits zehn Prozent, wobei die mit Abstand häufigsten Formen Lungenhochdruck infolge von Erkrankungen des Herzens und Lungenhochdruck infolge von Erkrankungen der Lunge sind. In der Präambel der Leitlinie wird auch hervorgehoben, dass jede Form der PH zu einer verstärkten Belastung des rechten Herzens und damit zu einer erhöhten Mortalität führt.

Die Prävalenz dürfte mit dem neuen ESC/ERS-Dokument steigen, denn die Änderungen in der neuen Leitlinie beginnen bereits im Kern der Definition des Lungenhochdrucks, für den der Schwellenwert von 25mmHg auf 20mmHg gesenkt wurde. Weiters soll nun auch der pulmonale Gefäßwiderstand in die Diagnostik einbezogen werden, wobei mehr als zwei Wood Units für einen präkapillären oder kombiniert prä- und postkapillären Lungenhochdruck sprechen. Liegt der pulmonale Gefäßwiderstand bei maximal zwei Wood Units, so handelt es sich um eine isolierte postkapilläre PH. Bei der Erstellung der Guidelines wurde erstmals mit PICO-Fragen (Patient/Population, Intervention, Comparison, Outcome) sowie mit „Key-Questions“ gearbeitet, die nach der gewohnten ERS-Methodologie beantwortet wurden, so Prof. Dr. Jean-Luc Vachiery vom Hôpital Erasme – Cliniques Universitaires de Bruxelles.

Bericht: Reno Barth

© Yulia Sutyagina/iStock





## Vereinsinterne INFORMATIONEN

### Unsere Broschüren für Mitglieder

Wir haben an verschiedenen Broschüren des Klarigo-Verlags mitgearbeitet.

- 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.
- Auswirkungen der PAH auf das Leben der Patienten und



pflegenden Angehörigen / Ergebnisse einer internationalen Erhebung.

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.



### Bitte teilen Sie uns Ihre Mailadresse mit!

Liebe Mitglieder und Freunde des ph e.v., da Briefsendungen viel Papier und Portokosten erzeugen, bitten wir Sie, uns Ihre Mailadresse mitzuteilen. Sie erhalten dann alle Informationen, Einladungen und Links per Mail. Bitte teilen Sie uns auch mit, wenn sich Ihre Mailadresse ändert.

Natürlich versenden wir weiterhin parallel Briefpost für Mitglieder ohne Mailadresse!

### (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/Rente/Pflege 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 und Online-Chats: Wir sind für Sie da!

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

Werden Sie selbst aktiv! Suchen Sie ein passendes Restaurant oder Café und wählen Sie einen Termin. Wir veröffentlichen dies und laden unsere Mitglieder im Umkreis dazu ein. 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 bei der Technik, wenn Sie ein Online-Treffen über unsere Zoom-Plattform organisieren möchten und laden alle Teilnehmer ein!

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

## Spende an den ph e.v. über Amazon Smile

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

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

## Verstärkung gesucht!

Wir, Mitglieder und Ehrenamtliche des gemeinnützigen Selbsthilfevereins pulmonale hypertonie e.v. (ph e.v.) suchen Ehrenamtliche(n) Mitarbeiter(in/nen) 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 Organisationstalent?

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](mailto:info@phev.de), Tel. 07242-953 4141. 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.

## Ihr Schicksal interessiert uns!

Geben Sie anderen Betroffenen Einblick in Ihre PH-Geschichte! Egal ob Sie selbst von pulmonaler Hypertonie betroffen sind oder als Angehöriger Ihren Weg und den Umgang mit der Erkrankung Ihres/r Partners/in suchen oder gefunden haben – teilen Sie Ihre Erfahrungen!

Senden Sie uns Ihre Geschichte, wir veröffentlichen sie in unserem Rundbrief, gerne mit Bildern!

## Kündigung der Mitgliedschaft

(ph) Hin und wieder bekommen wir Kündigungen der Mitgliedschaft mit sofortiger Wirkung. Wir dürfen darauf hinweisen, dass laut Satzung die Kündigung im laufenden Jahr zum Jahresende einzureichen ist und der Mitgliedsbeitrag für das laufende Jahr voll fällig ist. 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 300 € gilt die Abbuchung auf dem Kontoauszug als Zuwendungsbestätigung.** In Einzelfällen kann eine Bestätigung bei uns angefordert werden.

# 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.

## 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 chronische Sauerstoffmangel ist, dass der sogenannte arterielle Sauerstoffpartialdruck (PaO<sub>2</sub>) 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 Stahlflaschen 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.

## 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**

Informationen im Internet:

- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin: **Leitlinie zur Sauerstoff-Langzeittherapie**
- Deutsche AtemwegsLiga e.V.: **Broschüre zur Langzeit-Sauerstofftherapie**
- Patientenorganisation COPD Deutschland e.V.: **Verschiedene Patientenratgeber (u.a. Sauerstoff - Der Stoff, der Leben möglich macht und Langzeit-Sauerstofftherapie...fördert die körperliche Belastbarkeit)**

Quelle: lungeninformationsdienst.de

# Info für Flüssigsauerstoff Patienten Mit einem Tank im Kofferraum zu mehr Mobilität

© pixabay

Um spontan als Sauerstoffpatient ein paar Tage verreisen zu können, gibt es die Möglichkeit, sich einen entsprechenden Auto Tank (z.B. 20 Liter) bei Ihrem Versorger zu mieten. Als Privatperson unterliegen Sie bei der Mitnahme von Sauerstofftanks bzw. Tragbaren Geräten oder Flüssigsauerstoff-Gasflaschen für den persönlichen Gebrauch, keinen Vorschriften nach dem Gefahrgutrecht. Aber es ist nicht ratsam, den gefüllten Tank bzw. andere gefüllte Geräte spazieren zu fahren, wenn diese für keinen der Autoinsassen benötigt werden. Kleine Besorgungen z.B. Einkaufen am Urlaubsort usw. sind davon ausgenommen.

## Welche Vorschriften müssen Sie zu Ihrer Sicherheit und zur Sicherheit anderer Verkehrsteilnehmer außerdem beachten:

- Wählen Sie einen Ihrer Fahrzeughöhe entsprechenden Tank, damit Sie Ihr tragbares Gerät noch bequem befüllen können (ausreichende Innenhöhe) um Ihr mobiles Gerät (bei Topfill - Geräten) gut laden zu können. Höhe: 21 Liter= 70cm. Die Größe des mobilen Gerätes muss noch dazugerechnet werden. Zur Not müssen Sie den Tank zum Aufladen herausheben. Während der Autofahrt, können Sie sich mit einer Schlauchverlängerung an den Tank direkt anschließen. Das ist vor allen von Vorteil bei langen Autofahrten und spart das ständige Aufladen.
- Sorgen Sie während der Fahrt, ebenso wenn das Fahrzeug mit dem gefüllten Tank längere Zeit steht, stets für ausreichende Belüftung des Fahrgastraumes



(Fenster leicht öffnen). Da der Tank immer, auch im geschlossenen Zustand Sauerstoff an die Umgebungsluft abgibt, reichert sich sonst der Innerraum ihres Fahrzeuges zu sehr an. Achtung, immer vor dem Verlassen des Fahrzeuges das Standgerät abschalten.

- Achtung, absolutes Rauchverbot und der Umgang mit offenem Feuer. Sauerstoff selbst ist nicht brennbar aber er kann in Verbindung mit Feuer in hoher Konzentration zur Verpuffung führen.

## Ladesicherung von „Flüssigsauerstoff im Fahrzeug“

- Es gibt die Möglichkeit seinen Tank im Auto (immer nur aufrecht, da sonst Sauerstoff ungehindert entweichen kann) mit einer eingebauten Halterung wie abgebildet zu sichern.

Wer so etwas nicht hat, kann den Tank auch hinter die Rückbank stellen und mit einem Spanngurt um die Rückenlehne befestigen. Wenn Sie ihn auf dem Sitz transportieren, dann unbedingt mit einem zusätzlichen Spanngurt um

die Rückenlehne sichern. Der Sicherheitsgurt ist nicht ausreichend. Wenn es zu einem Auffahrunfall oder einer Gefahrenbremsung kommt, ist es sonst lebensgefährlich, da der Tank ungebremst nach vorn geschleudert wird.

Achtung, den Tank ohne das Gestell mit den Rollen befestigen.

- Tragbare Sauerstoffgeräte sollten entweder mit dem Gurt an der Kopfstütze rücklings an den Autositz gehängt werden oder wenn vorhanden vom Beifahrer im Fußraum stehend sicher aufbewahrt werden. Diese Sicherheitsmaßnahme ist notwendig, da wenn das Gerät umfällt, es einen lauten Signalton abgibt (damit nicht unbemerkt Sauerstoff austritt) und der Fahrer sich dabei erschrecken und das Lenkrad verreißen kann. Das Gerät nur mit dem Sicherheitsgurt auf dem Beifahrersitz zu sichern ist bei einer Gefahrenbremsung nicht ausreichend.

- Gasdruckflaschen können am sichersten in einem Flaschenkasten transportiert werden. Dort

sind sie ausreichend vor dem Umfallen geschützt. Achtung, während des Transportes das Ventil entfernen und mit Deckel sicher verschließen. Wenn das Ventil durch einen Auffahrunfall abreißt, kann der Flasche sonst zu einer Gefahr werden (200 bar Überdruck)

### Wie lange kann ich mit diesem Tank verreisen?

Der 20- Liter- Tank beinhaltet ca. 17.000l gasförmigen Sauerstoff.

Wenn ein Patient rund um die Uhr 3l/min. verbraucht, kann der Patient knappe 4 Tage damit auskommen. Achtung, wenn Sie häufig Ihr mobiles Gerät befüllen, müssen Sie für das Abdampfen etwas Sauerstoff noch abrechnen.

Sollten Sie länger in Deutschland unterwegs sein, gibt es die Möglichkeit, sich bei ihrem Versorger über Tanklager in der Nähe Ihres Aufenthaltsortes zu erkundigen. Dort hätten Sie dann mit terminlicher Absprache jederzeit die Möglichkeit, Ihren Autotank wieder kostenlos befüllen zu lassen.

Durch den Auto Tank haben Sie die Möglichkeit auch über Nacht gut versorgt zu sein. Mit dem Rollgestell unter dem Tank können Sie diesen ganz bequem mit auf das Zimmer nehmen.

### Kann ich den Tank auch bei einer Busreise oder Schiffsreise mitnehmen?

Prinzipiell ist es möglich einen Auto Tank dafür mitzunehmen. Erkundigen Sie sich vorher bei Ihrem Reiseveranstalter, ob eine Mitnahme möglich ist. Im Kofferraum der Busse gibt es Möglichkeiten, den Tank mit Spanngurten zu sichern. Aber das letzte Wort hat der Veranstalter.

Kontakt:  
Annette Hendl  
Tel: 08071 7289511  
Mail: sauerstoffgruppemuehldorf@gmx.de

# INFORMATIONEN UND SELBSTBESTIMMT- RATGEBER FÜR PATIENTENRECHTE

Das Bundesministerium für Gesundheit hat diesen Patientenratgeber kostenlos herausgebracht.

Als Patient wollen Sie Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt partnerschaftlich begegnen und gemeinsam über die Behandlung entscheiden. Das ist ein wichtiger Faktor für eine erfolgreiche Therapie. Voraussetzung dafür ist der Zugang zu Informationen – über Erkrankungen und Therapiemöglichkeiten, über die Qualität der angebotenen Leistungen und nicht zuletzt auch über die Rechte und Pflichten der Beteiligten.

Mit dem 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtsgesetz wurden deshalb wichtige Patientenrechte ausdrücklich im Gesetz festgeschrieben. Damit Patienten wissen, was genau im Gesetz steht, wurden alle Rechte in dieser Broschüre kurz und übersichtlich zusammengefasst.

Zusätzlich finden Sie auf den letzten Seiten der Broschüre wichtige Ansprechpartner, die Ihnen bei weitergehenden Fragen gerne mit ihren Beratungsangeboten zur Seite stehen.

Bestellen kann man die Broschüre:

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 181009  
18132 Rostock  
E-Mail: publikation@bundesregierung.de  
Tel: 030/ 182722721

Außerdem steht ihnen die Broschüre: **Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung** unter:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)

zur Verfügung. Dieser Ratgeber kann ihnen unter anderem helfen, sich bei Zuzahlungen von Arzneimitteln im Gesundheitswesen besser zurechtzufinden.

Annette Hendl

© Musterbilder der Bundesregierung



# Sauerstoffgeräte: stationär oder mobil, gasförmig oder flüssig?

Manche Menschen mit einer schweren Atemwegs- und/oder Lungenerkrankung oder mit einer Erkrankung der **Atemmuskulatur** leiden unter einer chronischen Unterversorgung mit Sauerstoff, einer sogenannten **Hypoxie**. Dieser Sauerstoffmangel kann bereits in Ruhe nachweisbar sein, manchmal tritt er jedoch erst unter Belastung auf. Ein Sauerstoffpartialdruck (pO<sub>2</sub>) unter 55 mmHG zeigt einen Sauerstoffmangel an, der therapiebedürftig ist. Der pO<sub>2</sub> wird üblicherweise durch eine kapilläre Blutgasanalyse (meist aus dem Ohrläppchen) bestimmt. Der Nachweis eines derart erniedrigten pO<sub>2</sub> in Ruhe und/oder unter Belastung ist notwendig, um eine Sauerstofftherapie verordnen zu können.

Der Sauerstoffmangel wird meist mit einer **Langzeit-Sauerstofftherapie** (englisch: „long-term oxygen therapy“ oder abgekürzt LOT oder LTOT) behandelt. Darunter versteht man die dauerhafte Gabe von konzentriertem medizinischem Sauerstoff über mindestens 16 Stunden pro Tag. Empfohlen wird 24 Stunden pro Tag anzustreben, um eine möglichst erfolgreiche Behandlung zu erzielen.

## GUT ZU WISSEN:

Geräte mit „kontinuierlichem Flow“ geben durchgängig Sauerstoff an die Patienten ab. Damit ist sichergestellt, dass die Betroffenen auch im Schlaf mit ausreichend Sauerstoff versorgt werden. Entgegen diesem Prinzip steht die „Atemzugsteuerung“. Hier wird nur Sauerstoff ausgegeben, wenn durch die Nase eingeatmet wird. Dieses System ist sparsamer.

Auf dem Markt stehen verschiedene Systeme und Geräte zur Verfügung, die die durchgängige Versorgung der Patienten mit Sauerstoff gewährleisten können. Welches Versorgungssystem für die Betroffenen am besten geeignet ist, muss im Einzelfall, je nach Wohnsituation, familiärem und sozialem Umfeld und auch nach der Mobilität des Patienten entschieden werden.

Prinzipiell unterscheidet man zum einen zwischen **stationären und mobilen, also tragbaren Geräten**. Auf der anderen Seite gibt es zudem die Versorgung mit **gasförmigem Sauerstoff**, zum Beispiel über sogenannte Sauerstoffkonzentratoren, oder die Versorgung mit **flüssigem Sauerstoff**.

## Stationäre Sauerstoffgeräte

Stationäre Sauerstoffgeräte sichern vor allem die Versorgung der Betroffenen mit Sauerstoff zu Hause. Die Geräte sind meist relativ groß und schwer, wodurch sie nur eingeschränkt transportabel sind. Stationäre Sauerstoffgeräte bieten jedoch auch Vorteile:

- zuverlässig
- keinen Akku nötig
- andauernde Versorgung mit Sauerstoff durch „kontinuierlichen Flow“ auch bei Nacht

## Mobile Sauerstoffgeräte

Besonders wichtig für Betroffene ist es, trotz der Sauerstofftherapie weiterhin am täglichen Leben teilzuhaben, sich in ihrem sozialen Umfeld zu bewegen und so ihre Lebensqualität bestmöglich zu erhalten. Patienten mit einer Langzeit-Sauerstoff-Therapie wird dies durch mobile Sauerstoffge-

räte ermöglicht. Sie sind deutlich kleiner und leichter als die stationären Sauerstoffgeräte und somit in Umhängetaschen, Rucksäcken oder auf Rollwägen einfach zu transportieren.

## GUT ZU WISSEN:

Sogenannte Sparsysteme oder auch Demandsysteme können den Sauerstoffverbrauch verringern und so die Reichweite/Nutzungsdauer von mobilen Sauerstoffgeräten erhöhen. Das Atemventil des Systems erkennt, wenn der/die Betroffene einatmet und gibt nur dann eine gewisse Menge Sauerstoff ab.

## Nachteile mobiler Sauerstoffgeräte:

- Ihre Nutzungsdauer ist durch die Füllmenge oder die Akkulaufzeit auf nur einige Stunden begrenzt.
- Einige mobile Geräte verfügen nur über eine „Atemzugsteuerung“ und eignen sich deshalb nicht für den Betrieb in der Nacht/beim Schlaf, da eine durchgängige Versorgung mit Sauerstoff nicht garantiert werden kann.

Bei allen mobilen Sauerstoffgeräten müssen Lungenfachärzte zusammen mit den Patienten die richtige Stufeneinstellung am jeweiligen Gerät festlegen. Dies geschieht über eine Blutgasanalyse, bei der die Sauerstoffsättigung der Patienten in Ruhe und unter Belastung gemessen wird. Diese Untersuchung sollte einmal im Jahr wiederholt werden.

## Verschiedene Sauerstoff-Systeme

Bei der Versorgung mit Sauerstoff kommen nicht nur verschiedene

Geräte, sondern auch verschiedene Systeme zum Einsatz. Diese nutzen entweder gasförmigen oder flüssigen Sauerstoff.

### Sauerstoffkonzentratoren (gasförmiger Sauerstoff)

Sauerstoffkonzentratoren produzieren kontinuierlich reinen Sauerstoff aus der Umgebungsluft. Die Raumluft wird über einen Kompressor durch eine Art Filter, ein sogenanntes Molekularsieb, gepumpt. Im Molekularsieb bleiben relativ große Moleküle wie Stickstoff und Kohlendioxid hängen, die kleinen Sauerstoffmoleküle gelangen jedoch hindurch. So kann der aufgereinigte, gasförmige Sauerstoff im Konzentrator gesammelt und über eine sogenannte Nasenbrille abgegeben werden. Von Vorteil ist, dass diese Geräte den Sauerstoff aus der Umgebungsluft selbst herstellen. Dadurch ist ihr Unterhalt relativ günstig.

Sauerstoffkonzentratoren gibt es als stationäre und mobile, also tragbare Geräte.

**Stationäre Sauerstoffkonzentratoren** sind für die Sauerstoffversorgung zuhause gedacht. Sie besitzen keinen Akku, arbeiten deshalb sehr zuverlässig und garantieren eine andauernde Versorgung mit Sauerstoff, auch in der Nacht. Aufgrund ihrer Größe können sie jedoch nur schwer transportiert werden.

© pixabay



**Mobile und tragbare Sauerstoffkonzentratoren** sind sehr viel kleiner, leichter und handlicher als die stationären Sauerstoffkonzentratoren. Sie können leicht in einer Tragetasche, im Rucksack oder in einem Trolley transportiert und mitgenommen werden. So sind sie gut für Spaziergänge, den Einkauf oder Tagesreisen geeignet. Mobile Sauerstoffkonzentratoren können meist auch über Akkus oder den 12 Volt -Anschluss im Auto betrieben werden.

Da die meisten mobilen Geräte nur eine Atemzugsteuerung besitzen, kann eine durchgängige Versorgung mit Sauerstoff nicht garantiert werden. Deshalb sind diese Geräte nicht für den Schlaf geeignet. Auch für Menschen, die mehr als vier Liter pro Minute Sauerstoff benötigen, sind die mobilen Sauerstoffkonzentratoren meist ungeeignet, da sie durch ihre begrenzte Leistung oft keinen größeren Sauerstofffluss erzeugen können.

### Druckflaschen

Druckflaschen sind eine weitere mobile Möglichkeit, gasförmigen Sauerstoff mit sich zu führen. Die Flaschen können beim Fachhändler befüllt oder gegen volle Flaschen ausgetauscht werden. Es gibt aber auch sogenannte Sauerstoff-Füllstationen. An einen speziellen Sauerstoffkonzentratoren können Sauerstoffflaschen angeschlossen werden, wo sie die Patienten selbstständig befüllen.

In eine Sauerstoff-Druckflasche passen bis zu zwei Liter gasförmiger Sauerstoff. Je nach Verbrauch kann eine Flasche dann für zwei bis sechs Stunden reichen. Mit angeschlossener Atemzugsteuerung auch länger.

### Nachteile der Sauerstoff-Druckflaschen sind:

- begrenzte Mobilität durch Inhalt der Flaschen
- für einen längeren Ausflug müssen mehrere Flaschen mitgenommen werden
- Befüllung/Austausch beim Fachhändler relativ teuer

### Flüssigsauerstoff-Systeme

Systeme mit Flüssigsauerstoff, oder auch LOX (englisch: „liquid oxygen“), sind sehr patientenfreundlich. Die Basis bildet immer ein stationärer Flüssigsauerstoff-Tank zuhause. In diesem Tank wird der Sauerstoff in flüssigem Zustand bei minus 183 Grad Celsius gelagert. Im Gegensatz zu gasförmigem Sauerstoff kann bei diesem System sehr viel mehr Sauerstoff gelagert werden. Aus einem Liter Flüssigsauerstoff lassen sich etwa 850 Liter gasförmigen Sauerstoff gewinnen.

Die Befüllung des Vorratstanks durch die Sauerstofflieferanten muss deshalb meist nur alle ein bis drei Wochen erfolgen.

Für die mobile Versorgung steht den Betroffenen eine mobile und tragbare Einheit zur Verfügung. Diese können sie selbstständig und ohne großen Aufwand über den Vorratsbehälter auffüllen. Die mobilen Systeme sind unabhängig von der Stromversorgung und beinahe geräuschlos. Dies stellt einen weiteren Vorteil von mobilen Flüssigsauerstoffgeräten dar.

Quelle: lungeninformationsdienst.de

# Klinische Forschung

Neue Methoden werden erst dann für den Einsatz im Versorgungsalltag zugelassen, wenn klinische Studien ihre Wirksamkeit und Sicherheit wissenschaftlich nachgewiesen haben. (DLR Projektträger / BMBF)

**Bei der Aufnahme neuer Verfahren in die Versorgung spielt die klinische Forschung eine Schlüsselrolle. Ihr wichtigstes Instrument sind klinische Studien. Sie schlagen die Brücke von der biomedizinischen Grundlagenforschung zum Versorgungsalltag.**

Wie können Erkrankungen besser behandelt, besser erkannt oder vielleicht sogar verhindert werden? Erkenntnisse aus der Gesundheitsforschung beantworten diese Fragen. Laut Gesetzgeber müssen neue Therapie- und Diagnosemöglichkeiten jedoch wichtige Voraussetzungen erfüllen, bevor sie den medizinischen Versorgungsalltag erreichen. Klinische Studien müssen die Wirksamkeit und die Unbedenklichkeit neuer Verfahren wissenschaftlich belegen. Die klinische Forschung arbeitet dabei nicht – wie die präklinische Forschung – mit Zellkulturen, Tier- oder Computermodellen: sie forscht direkt an Patientinnen und Patienten.

Forschende Pharmaunternehmen initiieren die meisten klinischen Studien, um neue Arzneimittel auf den Markt bringen zu können. Es gibt aber auch davon unabhängige, von der Wissenschaft initiierte Studien. Solche Studien fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), wenn sie eine hohe Relevanz für das Gesundheitssystem haben und sie von höchster wissenschaftlicher Qualität sind.

## Qualität und Sicherheit: Klinische Studien erfüllen hohe Anforderungen

Bevor klinische Studien stattfinden können, müssen präklinische Studien wissenschaftlich belegen, dass die Teilnehmenden nur einem sehr geringen gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind. Die Sicherheit der

Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer hat höchste Priorität. Nur unter diesen Voraussetzungen ist es ethisch zu rechtfertigen, an Menschen zu forschen.

## Koordinierungszentren für Klinische Studien

Das BMBF initiierte an den Universitätskliniken den Aufbau von Zentren für Klinische Studien (ZKS) und Koordinierungszentren für Klinische Studien (KKS). Deren Aufgabe ist es, Forschende bei der Erfüllung der hohen Qualitätsstandards in der klinischen Forschung zu unterstützen. ZKS/KKS stellen den Forschungsgruppen dafür ausgebildetes Personal zur Verfügung oder bilden Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal für die Mitarbeit in klinischen Studien aus. So stärken diese Zentren die Forschungslandschaft in Deutschland und tragen dazu bei, die Versorgungspraxis durch Forschungserfolge schneller zu verbessern.

## Voraussetzungen für die Durchführung klinischer Studien

- **Labor- und Tierversuche sowie pharmakologisch-toxikologische Prüfungen müssen die Unbedenklichkeit einer neuen Behandlung belegen, bevor ihre Wirksamkeit auch am Menschen geprüft werden darf.**
- **Eine Bundesoberbehörde – das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte oder das Paul-Ehrlich-Institut – sowie eine unabhängige Ethikkommission müssen jede klinische Studie genehmigen. Dabei prüfen sie beispielsweise die Nutzen-Risiko-Abwägung, die Qualifikation des beteiligten medizinischen Personals und die umfassende Aufklärung der Probandinnen und Probanden.**



## Klinische Studien beantworten vielfältige Fragen

Die wichtigste Frage in der klinischen Forschung ist die nach der Wirksamkeit und der Sicherheit neuer Behandlungsmethoden. Das gilt für Arzneimittel ebenso wie für neue Operationsmethoden. Die Studien vergleichen beispielsweise die Häufigkeiten von Komplikationen bei unterschiedlichen Operationstechniken. Auch wenn neue diagnostische Verfahren eingeführt werden sollen, die schonender und effektiver als etablierte Methoden arbeiten, müssen klinische Studien dies erst einmal wissenschaftlich belegen.

Untersucht wird auch die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen.

- **Behörden und Ethikkommissionen – in einigen Fällen zudem ein für die jeweilige Studie eingerichtetes Überwachungskomitee – prüfen regelmäßig die Ergebnisse und die Sicherheit laufender Studien.**
- **Klinische Studien unterliegen einem engmaschigem Netz aus gesetzlichen Bestimmungen: Europäische Anforderungen setzten das deutsche Arzneimittelgesetz und die GCP („Good Clinical Practice“)-Verordnung auf nationaler Ebene um. „Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen“ hat der Weltärztebund in seiner Deklaration von Helsinki vorgegeben. Darüber hinaus sind weitere Gesetze zu beachten, beispielsweise die Datenschutzgrundverordnung.**

An solchen „nicht klassischen“ klinischen Studien nehmen gesunde Menschen teil, die sich beispielsweise auf eine bestimmte Art und Weise ernähren. Forscherinnen und Forscher können dann feststellen, ob eine bestimmte Ernährung Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselerkrankungen tatsächlich vorbeugen kann.

### Wo finden klinische Studien statt?

Klinische Studien finden in der Regel in Krankenhäusern, Krankenhausambulanzen und – in geringerem Umfang – in Arztpraxen statt. Viele größere klinische Studien, etwa zu Krebstherapien, finden an Zentren statt, die sich auf eine Erkrankung spezialisiert haben. Häufig sind das Universitätskliniken. Aber auch große, nicht-universitäre Krankenhäuser beteiligen sich an größeren Studien.

Viele Studien sind so umfangreich, dass ein einzelnes Krankenhaus sie gar nicht alleine durchführen kann. In diesen Fällen schließen sich mehrere – teilweise mehrere hundert Einrichtungen – zu einem krankheitsspezifischen Studiennetzwerk zusammen. Klinische Studien, an denen sich mehrere Einrichtungen beteiligen, heißen multizentrische Studien. Im Bereich der klinischen Arzneimittelforschung – oder auch bei der klinischen Erforschung Seltener Erkrankungen – ist das die Regel.

### Klinische Forschung in europäischer Kooperation

Bei vielen Fragestellungen ist es sinnvoll, dass internationale Teams gemeinsam klinisch forschen. Dafür müssen sie Regularien aus allen beteiligten Ländern berücksichtigen. Das europäische Netzwerk für klinische Studien, ECRIN (European Clinical Research Infrastructure Network), unterstützt die Forschenden dabei.

Das Ziel von ECRIN ist, die Qualität und Effizienz multinationaler klinischer Studien in Europa weiter zu verbessern. Für die Studien legt ECRIN internationale Qualitätsstandards an und trägt mit der anschließenden Studienbegleitung zur Qualitätssicherung in der europäischen Forschung bei. Zudem vernetzt

ECRIN auf europäischer Ebene vorhandene Studieninfrastrukturen. ECRIN unterstützt darüber hinaus die Planung und Durchführung mul-

tinationaler klinischer Studien durch Dienstleistungsangebote, beispielsweise die Beratung und Ausbildung von Forschenden und Sponsoren.

**Wie sicher sind klinische Studien? Um die medizinische Versorgung zu verbessern sind klinische Studien unverzichtbar. Wer an solchen Studien teilnimmt, hat die Chance, früher als andere mit innovativen Therapien behandelt zu werden. Regularien gewährleisten dabei die Sicherheit.**



Die Teilnahme an klinischen Studien ist freiwillig. Ihr geht ein ausführliches Informationsgespräch – auch über mögliche Risiken – voraus. (monkeybusinessimages/Thinkstock)

Die Sicherheit der Teilnehmenden steht in jeder klinischen Studie an erster Stelle. Deshalb dürfen nur Wirkstoffe am Menschen erforscht werden, die sich zuvor im Labor bewährt haben. Dennoch: Ein bestimmtes Restrisiko bleibt. Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer werden daher in jeder Prüfphase medizinisch sehr engmaschig kontrolliert. Wenn nötig – etwa bei unerwartet starken Nebenwirkungen – werden Behandlungen sofort abgebrochen.

Das Arzneimittelgesetz schreibt vor, dass jeder Auftraggeber klinischer Studien Patientenversicherungen abschließt. Für den seltenen Fall, dass die Gesundheit der Teilnehmenden trotz aller Vorsichtsmaßnahmen Schaden nimmt, leistet die Patientenversicherung Entschädigungszahlungen.

### Keine Studie ohne Einverständnis

Menschen, die an klinischen Studien teilnehmen, helfen die medizinische Versorgung weiter zu verbessern. Ihre Teilnahme ist stets freiwillig. Dokumentiert wird das

Einverständnis als „informierte Einwilligung“. Diese muss schriftlich nach einem ausführlichen Informationsgespräch erfolgen. Die Teilnehmenden einer Studie können im Verlauf der Studie jederzeit ihre Einwilligung zurückziehen, wenn sie sich nicht mehr beteiligen möchten.

### Die Rolle der Ethikkommissionen

Gesetzlich vorgeschrieben ist auch, dass eine Ethikkommission jeder kontrollierten Interventionsstudie zustimmen muss. Die Ethikkommission prüft, ob der Nutzen der Studie mögliche Risiken überwiegt. Ethikkommissionen begutachten auch die Auswahl der Kontrollgruppen und achten darauf, dass die Patientinnen und Patienten dieser Gruppen nach aktuellen Therapiestandards behandelt werden.

Ethikkommissionen sind interdisziplinäre Gremien, in denen nicht nur Medizinerinnen und Mediziner mitwirken, sondern beispielsweise auch Expertinnen und Experten aus den Bereichen Recht, Theologie und Ethik.

### Risiken früh erkennen

Während einer Studie gewährleisten Überwachungsgruppen die Sicherheit der Teilnehmenden. Sie analysieren die Daten schon vor dem offiziellen Ende der Studie im Hinblick auf Sicherheitsaspekte. Erkennen sie dabei zu hohe Risiken für die Teilnehmenden, brechen sie die Studie vorzeitig ab. Denkbar ist aber auch, dass eine neue Behandlung so wirkungsvoll ist, dass es unethisch wäre, sie der Kontrollgruppe vorzuenthalten. In solchen Fällen wird eine klinische Studie vorzeitig abgeschlossen, damit die neue Methode möglichst schnell zugelassen werden kann und allen Betroffenen zugutekommt.

Quelle: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de>

# Sauerstoffversorgung

## Praktisches zur Handhabung

Es gibt einige Tricks und Kniffe, mit denen Sie sich den Alltag mit der Sauerstofftherapie erleichtern können. Wir geben Ihnen Tipps gegen Nebenwirkungen, erklären Ihnen die notwendigen Hygienemaßnahmen und den sicheren Umgang mit Flüssigsauerstoff.

### Druckstellen und trockene Schleimhäute – Tipps bei Nebenwirkungen

Eine häufige Nebenwirkung bei der Sauerstofftherapie ist das **Austrocknen der Nasenschleimhäute**. Sie merken das durch Spannungsgefühle, Nasenbluten, Schmerzen oder eine verstopfte Nase. Bei diesem Problem können folgende Tipps helfen:

- Schalten Sie einen Befeuchter vor. Der Sauerstoff läuft dann durch einen Behälter mit sterilem Wasser und reichert die Atemluft so mit Feuchtigkeit an.
- Pflegen Sie Ihre Nasenschleimhäute gut. Geeignet sind spezielle Nasensprays oder Cremes. Aber auch Babyöl ist schon sehr hilfreich. Tragen Sie es einfach mit einem Wattestäbchen auf. Warten Sie 10 – 15 Minuten, bevor Sie wieder die Nasenbrille aufsetzen. Diese Zeit benötigt die Nasenschleimhaut, um das Medikament aufzunehmen.

Ein weiteres Problem können Druckstellen hinter den Ohren oder an der Nase sein. Hier gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- Nutzen Sie Schaumstoffhüllen für den Schlauch hinter dem Ohr oder legen Sie dünne Kompressen unter.
- Verwenden Sie die Nasenbrillen verschiedener Hersteller im Wechsel. Sie haben jeweils unterschiedliche Druckpunkte, sodass die Belastung an einer Stelle nicht so groß wird.

### Hygienemaßnahmen bei Inhalationsgerät und Zubehör

Um Sie vor Infektionen zu schützen, sind einige Hygienemaßnahmen wichtig:

1. Wechseln Sie die Nasenbrille mindestens einmal wöchentlich aus. Tauschen Sie sie früher, falls sie zu hart wird oder sichtbare Verschmutzungen erkennbar sind.
2. Schläuche aus Silikon kochen Sie alle 14 Tage aus. PVC-Schläuche werden nicht ausgekocht, müssen aber etwa zweimal im Jahr ausgetauscht werden.
3. Sollten sich Wassertropfen in den Schläuchen zeigen, pusten Sie sie mit Sauerstoff trocken, damit sich dort keine Keime vermehren bzw. damit diese den Sauerstofffluss nicht behindern.
4. Wechseln Sie bei Ihrem Befeuchter täglich das Wasser und reinigen Sie den Behälter (nicht nötig bei geschlossenen Systemen).
5. Reinigen Sie den Luftfilter am Konzentrator einmal pro Woche.
6. Gehäuse und Armaturen Ihres Sauerstoffgerätes können Sie mit einem einfachen Desinfektionsmittel abwischen.

**Tipp:** Lassen Sie sich die Pflege Ihres Gerätes bei der Lieferung zeigen. Sie bekommen außerdem eine Broschüre des Herstellers, in der die Reinigung genau erklärt wird.

### Vorsicht: Sicherer Umgang mit Flüssigsauerstoff

Sauerstoff selbst ist zwar kein Brandstoff, aber er fördert Brände. Je höher der Sauerstoffgehalt in der Luft ist, umso schneller können sich Brände ausbreiten. Aus Ihrem Gerät tritt immer etwas Sauerstoff aus, das lässt sich gar nicht vermeiden. Und vor allem vor Ihrem Gesicht ist die Sauerstoffkonzentration hoch. Beachten Sie deshalb diese Sicherheitsmaßnahmen:

- Halten Sie offenes Feuer unbedingt fern von Ihrem Gesicht und vom Sauerstoffgerät. In Ihrer Wohnung sollte auf keinen Fall geraucht werden.
- Auch Bügeleisen, Heizungen oder andere Hitzequellen sollten gebührenden Abstand zum Sauerstoffgerät haben.
- Im Kontakt mit Fetten und Ölen kann Sauerstoff explodieren. Halten Sie deshalb alle fetthaltigen Stoffe von der Sauerstoffflasche fern.
- Achten Sie darauf, den Sauerstoffbehälter nur aufrecht zu lagern und nicht abzudecken.
- Der Raum, in dem der Behälter steht, sollte gut belüftet sein, damit die Sauerstoffkonzentration nicht zu stark ansteigt. Lassen Sie die Türen in der Wohnung offen.
- Behälter für Flüssigsauerstoff gelten als Gefahrgut, Sie dürfen Sie jedoch trotzdem im Auto transportieren. Informieren Sie allerdings Ihre KFZ-Versicherung darüber und transportieren Sie die tragbaren Flüssigsauerstoffgeräte nur aufrecht. Sichern Sie sie im Auto mit Spanngurten oder in speziellen Containern, damit sie auch beim Bremsen oder in engen Kurven stabil stehen.

Nicht nur Feuer kann Verletzungsgefahren bergen, sondern auch Kälte: Flüssigsauerstoff hat minus 187°C, so dass Sie sich Kälteverbrennungen zuziehen können. Besonders beim Befüllen eines Transportgerätes sollten Sie deshalb vorsichtig sein. Berühren Sie die Füllanschlüsse nicht, denn diese werden extrem kalt und führen sogar zum Anfrieren der Haut binnen Sekunden. Sollte einmal Sauerstoff unkontrolliert aus dem Gerät austreten, vermeiden Sie Hautkontakt, öffnen Sie die Fenster und informieren Sie die Herstellerfirma. Versuchen Sie nie, Schäden selbst zu reparieren!

### Wichtiges Dokument: Ihr Sauerstoffpass

Zu Beginn Ihrer Sauerstofftherapie bekommen Sie häufig einen Sauerstoffpass. In diesem Dokument werden Ihre Blutgaswerte und die eingestellte Literzahl eingetragen.

# SCHWERER LUNGENHOCHDRUCK ERFOLGREICH MIT NABELSCHNUR-STAMMZELLEN BEHANDELT

Samstag, 18. Juni 2022

**Mit Nabelschnur-Stammzellen haben Ärzte einem dreijährigen Mädchen offenbar das Leben gerettet. Es litt an schwerem Lungen-Bluthochdruck. Laut Mitteilung soll es weltweit die erste erfolgreiche Stammzellbehandlung bei dieser Indikation gewesen sein.**



Therapie mit Nabelschnur-Stammzellen erstmals erfolgreich bei schwerem Lungenhochdruck – Foto: ©Paul Hakimata - Fotolia

Schwerer Lungenhochdruck, die sogenannte pulmonal arterielle Hypertonie (PAH), ist eine fortschreitende Erkrankung, die zumeist einen tödlichen Verlauf nimmt. Schuld für den Hochdruck sind verengte Lungengefäße, die dazu noch absterben können. Bei schwer geschädigten Lungenzellen können Medikamente nur noch wenig ausrichten.

Mit einem neuen Therapieansatz haben nun Ärzte der Medizinischen Hochschule Hannover einem dreijährigen Mädchen vermutlich das Leben retten können. Das Team um Prof. Georg Hansmann behandelte die kleine Patientin, die an einer schweren Form des Lungenhochdrucks litt, mit Nabelschnur-

Stammzellen. Die Behandlung erfolgte im Rahmen eines individuellen Heilversuchs innerhalb eines halben Jahres fünfmal.

## Fortschreitende Erkrankung erstmals gestoppt

Laut Medienmitteilung soll es den Ärzten damit weltweit zum ersten Mal gelungen sein, den zumeist tödlichen Krankheitsverlauf bei schwerem Lungenhochdruck zu stoppen. „Die Behandlung führte zu einer deutlichen Verbesserung des Wachstums, der Belastbarkeit und der klinischen Herz-Kreislauf-Variablen und verringerte im Blut die Anzahl der Plasmamarker, die bei Gefäßverengungen und -entzündungen nachgewiesen werden können“, sagt Georg Hansmann, Leiter der Arbeitsgruppe Translationale Kardiopulmonale Biomedizin. „Nach sechs Monaten zeigte sich nicht nur eine deutliche gesundheitliche Verbesserung, sondern es ergaben sich auch keine unerwünschten Nebenwirkungen.“

## Regeneration stimuliert

Wie Analysen der Mediziner zeigten, sorgten die verabreichten Stammzellen für eine Regeneration der geschädigten Blutgefäße und unterbanden Entzündungen. „Wir haben Hinweise, dass durch diese HUCMSC-Therapie im Herzen der Behandelten vor allem die energieliefernden Mitochondrien geschützt und in der Lunge vor allem Entzündung gehemmt und Regeneration stimuliert werden konnte“, erläutert Professor Hansmann. HUCMSC steht für „human umbilical cord mesenchymal stem cell“ und be-

zieht sich auf die Stammzellen der Nabelschnur von Neugeborenen.

Professor Hansmann kam auf den neuen Therapieansatz bei PAH unter anderem durch Vorversuche mit tierischen mesenchymalen Stammzellen - und letztendlich durch die Anfrage der Eltern. Dass die Stammzellbehandlung bei dem kleinen Mädchen nun so erfolgreich verlief, ist einer Kooperation mit vielen Wissenschaftlern zu verdanken, darunter auch der Charité. Schließlich gelang es Kollegen aus der MHH-Frauenklinik mit einer speziellen Technologie die mesenchymalen Stammzellen aus dem Nabelschnurgewebe zu isolieren und anschließend in der Zellkultur zu vermehren, sodass das Mädchen behandelt werden konnte.

## Therapie muss wohl regelmäßig wiederholt werden

Die Forschenden nehmen an, dass die Therapie in regelmäßigen Abständen wiederholt werden muss, um dauerhaft beim chronisch fortschreitenden, oft therapieresistenten Lungenhochdruck (PAH) erfolgreich zu sein. „Weitere Studien sind erforderlich, um den Nutzen dieser neuen Stammzelltherapie zu bestätigen und zu erforschen“, betont Professor Hansmann.

Die Studienergebnisse sind in der aktuellen Ausgabe des Fachblatts „Nature Cardiovascular Research“ erschienen.

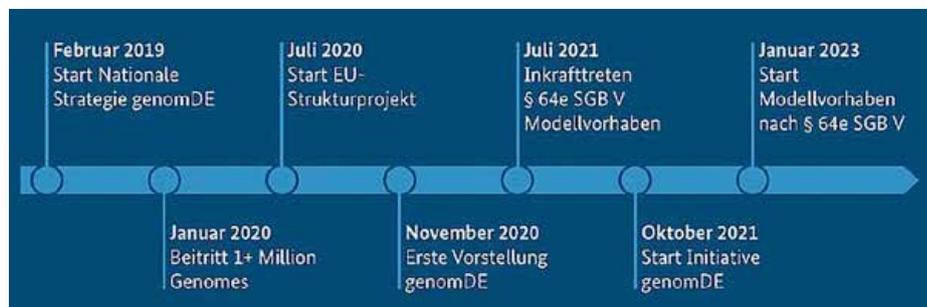
Autor: Beatrice Hamberger

Quelle: gesundheitsstadt-berlin.de

# genomDE- Nationale Strategie für Genommedizin

Die Genommedizin hat das Potential, die Prävention, Diagnose und Behandlung von bestimmten Krankheiten entscheidend zu verbessern. Die Strategie genomDE zielt darauf ab, allen Patientinnen und Patienten diese Vorteile langfristig zugänglich zu machen. Auf dem Weg dahin müssen zuerst ethische, regulatorische und sicherheitstechnische Fragen geklärt werden. Nach Schaffung der rechtlichen Grundlage in 2021 steht nun der Aufbau einer entsprechenden Dateninfrastruktur an.

Die grundsätzlichen Ziele und Herausforderungen der nationalen Strategie für Genommedizin genomDE standen zu Beginn - Anfang 2019 - fest. Seit der Sequenzierung des ersten vollständigen menschlichen Genoms im Jahr 2003 hat sich die Forschung rasant weiterentwickelt und gezeigt, dass bestimmte Patientinnen und Patienten erheblich von der Analyse ihrer Genomsequenzen profitieren können. Ärztinnen und Ärzte können dank der Genommedizin Krankheiten inzwischen immer besser diagnostizieren und behandeln sowie individuell angepasste Präventionsmaßnahmen einleiten. Diese personalisierte, auf das individuelle Erbgut eines Menschen angepasste Medizin bietet erhebliche Vorteile, die möglichst bald allen Bürgerinnen und Bürgern zu Verfügung stehen sollten. Allerdings sind Genomdaten auch sensible persönliche Daten, über die auch Aussagen über nahe Angehörige getroffen werden können. Datensicherheit sowie die Aufklärung und Zustimmung der Betroffenen sind daher unerlässlich und somit auch ein prägender Teil der Genom-Initiative.



© BMG

## Strategie genomDE im Überblick

Im Rahmen der Strategieentwicklung hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zunächst eine erste Recherche zur Klärung der Voraussetzungen, Ziele und einer möglichen Umsetzung in Deutschland initiiert. Im Dezember 2019 wurde hierzu ein Bericht „Recherche zu Gestaltung und Betrieb einer bundesweiten Plattform zur medizinischen Genomsequenzierung zur weiteren Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger (genomDE)“ mit ersten Ergebnissen und Handlungsempfehlungen vorgestellt.

Im Januar 2020 erfolgte dann der Beitritt Deutschlands als 21. EU-Mitgliedstaat in die EU-Genom-Initiative „1+ Million Genomes“, die sich zum Ziel gesetzt hat, über eine Million Genome zu sequenzieren und damit die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Gerade bei seltenen Erkrankungen reichen die regional oder national vorhandenen Patientenzahlen oft nicht für aussagekräftige wissenschaftliche Untersuchungen aus. Aber auch für andere Erkrankungen gilt: Je mehr Daten zur Verfügung stehen, desto besser und belastbarer sind die Erkenntnisse. Durch die europäische Initiative sollen deshalb Daten europaweit systematisch zusammengeführt werden – unter der strengen

Beachtung von Datenschutz und Datensicherheit.

Um die Entwicklung der nationalen Strategie weiter voranzutreiben, folgte im Juli 2020 der Start des Projekts „Structural Support for a National Genome Initiative of the Federal Ministry of Health (genomDE)“, das durch die Europäische Kommission im Rahmen des Strukturreformprogramms (GD REFORM) gefördert wurde. Die Aufgabe des Programms bestand darin, die Vorbereitung und Durchführung wachstumsfördernder Verwaltungs- und Strukturreformen durch die Mobilisierung von EU-Mitteln und technischem Fachwissen zu unterstützen. Bei der **digitalen Veranstaltung „Nationale und europäische Genom-Initiativen“** im November 2020 wurden die bis dahin erzielten Ergebnisse sowie die genomDE-Strategie das erste Mal öffentlich vorgestellt.

Die Ergebnisse dieser umfangreichen Vorarbeiten konzentrieren sich auf drei wesentliche Themenbereiche auf dem Weg hin zu einer Einführung in die Routine-Versorgung von Betroffenen. Neben der Aufklärung und Einbindung der Patientinnen und Patienten sowie dem Aufbau geeigneter Dateninfrastrukturen müssen vor allem auch die rechtlichen Voraussetzungen geklärt werden. Mit Inkrafttreten

des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung wurde im Juli 2021 in § 64e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) „Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung bei seltenen und bei onkologischen Erkrankungen, Verordnungsermächtigung“ zunächst eine rechtliche Grundlage geschaffen. Das Modellvorhaben ermöglicht in seiner mindestens fünfjährigen Laufzeit die Integration der Genommedizin in die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Bereits ab Januar 2023 soll das Modellvorhaben starten.

Die Konzipierung einer entsprechenden Dateninfrastruktur ist ein weiterer wichtiger Pfeiler. Diese komplexe Aufgabe übernimmt seit Oktober 2021 die vom BMG geförderte **Initiative zum Aufbau einer bundesweiten Plattform zur medizinischen Genomsequenzierung - genomDE**. Ein interdisziplinäres Konsortium aus 14 Mitgliedern befasst sich hier mit der Konzipierung und dem Aufbau einer bundesweiten Plattform, die im Zusammenspiel mit dem Modellvorhaben eine verstärkte klinische Anwendung von Genomsequenzierungen ermöglichen und so eine verbesserte Diagnostik und eine personalisierte Therapiefindung erlauben soll. Die Vorhabenziele umfassen darüber hinaus den Aufbau der Versorgungsstrukturen, Vernetzung von genommedizinischen Strukturen, die Etablierung von Standards in den Sequenzierungstechnologien und in der klinischen Nutzung dieser Daten sowie die Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals. Das Konsortium, zu dem auch Patientenvertretungen zählen, will darüber hinaus Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten von Anfang an mit einbinden, um die Akzeptanz zu erhöhen und Fragen zum Nutzen aber auch zu Risiken frühzeitig zu beantworten.

Quelle und weitere Informationen: bundesgesundheitsministerium.de

# MOBILITÄTSSERVICE BEI DER DEUTSCHEN BAHN

Zu einem Besuch in Dresden, entschloss ich mich mit der Deutschen Bahn zu fahren. Zwar hatte ich immer noch die beschwerliche Reise nach Hamburg in Erinnerung, aber ich dachte, auch die DB hätte eine zweite Chance verdient. Also buchte ich meine Fahrkarte und wollte diesmal den Mobilitätsservice der DB testen, welcher Hilfe beim Ein-, Um- und Aussteigen anbietet. Im Internet unter [www.bahn.de/barrierefrei](http://www.bahn.de/barrierefrei) fand ich dann das barrierefreie Anmeldeformular zur online Buchung. Wenn kein Internet zur Verfügung steht, kann diese Buchung auch per Telefon unter der Nummer 03065212888 durchgeführt werden. Dabei sollte man beachten, dass es im IC im Wagen 9 an allen Sitzplätzen Steckdosen gibt (vor allen Interessant für Personen mit Konzentrator), im ICE hingegen überall. Eine barrierefreie Toilette sowie breite Gänge mit einem unterfahrbaren Tisch gibt es unmittelbar neben dem Behindertenrollstuhlplatz. Wer weder Rollstuhl noch Rollator dabei hat, sollte unbedingt angeben, dass er mit Sauerstoffgerät reist und mehr Platz benötigt (direkt nach dem Rollstuhlplatz fragen). Mit einem Behindertenausweis ist die eigene Reservierung und mit Merkzeichen B die der Begleitung kostenlos. Ich bin in all den Jahren nie auf meinen Ausweis im Zug angesprochen worden. Weitere Informationen gibt in der Broschüre „Reisen für alle – Bahn fahren ohne Barrieren“.

Ich füllte mein Anmeldeformular aus, wobei beim Behindertenausweis nur das Merkzeichen G wichtig sind. Nach zwei Stunden bekam ich die Bestätigung der Bahn per Mail und per SMS, dass alle Um-, Ein- und

Aussteige Bahnhöfe informiert sind. Auf meiner Fahrt von Bayern nach Dresden musste ich drei Mal umsteigen. Es war beeindruckend, wie gut das die Bahn durchorganisiert hatte. Das Servicepersonal wartete am Bahnsteig vor meinem Abteil, in dem ich eine Platzreservierung hatte, half mir beim Ein- und Aussteigen und brachte mich z.B. in München mit einem Caddy zum nächsten Zug. Es wurde eine entspannte Reise. Leider hatte ich auf meiner Heimfahrt nicht so viel Glück. Ich kam mit fast 3 Stunden Verspätung daheim an, was aber nicht das Verschulden der Deutschen Bahn war. Nein im Gegenteil, wenn ich den Anschlusszug in München nach Rosenheim nicht bekommen hätte, hätte ich einen Taxischein bis nach Hause bekommen. Grund für die Zugausfälle war das weiße Katastrophepulver (Schnee) in Verbindung mit Eis, was den Leipziger Bahnhof fest im Griff hatte.

Fazit der Reise ist, dass mit Hilfe des Mobilitätsservice der Bahn eine entspannte Reise möglich ist. Aber nicht unbedingt in der kalten Jahreszeit.

Annette Hendl

© pixabay



# Krankentransport auf Rezept: Wann gesetzliche Krankenkassen zahlen

© pixabay



## Das Wichtigste in Kürze:

- Fahrten zu Arztpraxen oder Krankenhäusern können Kassenpatient:innen von der Kasse bezahlt bekommen.
- Dafür brauchen Sie ein Rezept, das Ärzte nur verordnen dürfen, wenn die Fahrt medizinisch notwendig ist.
- Für die Fahrt zu ambulanten oder stationären Reha-Maßnahmen gibt es keine Verordnung des Arztes. Fragen Sie dazu direkt bei Ihrer Krankenkasse nach.
- Patient:innen mit bestimmten Pflegegraden und Schwerbehinderungen können auch ohne vorherige Erlaubnis ihrer Krankenkasse ein Taxi nehmen und sich die Fahrkosten erstatten lassen.

## Transporte müssen ärztlich verordnet werden

Wer krank oder in seiner Mobilität eingeschränkt ist, benötigt oft eine Transportmöglichkeit für den Weg in die behandelnde Praxis, ins Krankenhaus oder zur Reha-Maßnahme. Bei den gesetzlichen Krankenkassen ist die Übernahme der Kosten

für eine Patientenbeförderung eng geregelt. Ärztinnen oder Ärzte dürfen Krankentransporte nur verordnen, wenn die Fahrt medizinisch notwendig ist.

Notwendig im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der Patientin oder des Patienten und der nächst gelegenen, geeigneten Behandlungsmöglichkeit. Der Aufenthaltsort kann die eigene Wohnung, ein Pflegeheim oder ein Unfallort sein. Außerdem muss es sich um eine medizinische Maßnahme handeln, die die Krankenkasse zahlt.

## Ambulante Behandlung

Die Krankenkassen übernehmen nur in wenigen Fällen die Kosten zum Arzt oder Zahnarzt. So zum Beispiel, wenn durch eine ambulante Operation ein stationärer Aufenthalt verkürzt oder vermieden werden kann. Auch übernommen werden Kosten für Patient:innen, die sich einer Dauerbehandlung – wie etwa einer Strahlentherapie, Chemotherapie oder Dialysebehand-

lung – unterziehen müssen. Für den Weg zu anderen therapeutischen Behandlungen – wie zum Beispiel zur Massage oder Physiotherapie – kommen die gesetzlichen Kassen nicht auf.

Voraussetzung für die Übernahme der Fahrkosten ist immer eine ärztliche Verordnung. Die sollte regulär vor der Beförderung ausgestellt werden. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann die Beförderung nachträglich verordnet werden. Von einem Notfall spricht man, wenn sich die Patientin oder der Patient in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erfolgt.

**Achtung:** In den meisten Fällen muss die Krankenkasse diese Fahrten vor Antritt noch genehmigen. Es gibt aber auch Ausnahmen.

## Erweiterung der Kostenübernahme ohne Genehmigung der Krankenkasse

Pflegebedürftige und andere in der Mobilität eingeschränkte Menschen können unter bestimmten Voraussetzungen auch ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse mit dem Taxi zum Arzt fahren. Wer über den Pflegegrad 4 und 5 oder eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen "aG", "BI" oder "H" verfügt, kann für medizinisch notwendige Fahrten zum Arzt oder Zahnarzt auch ohne vorherige Erlaubnis seiner gesetzlichen Krankenkasse ein Taxi nehmen, für das die Kasse anschließend die Kosten übernimmt. Auch Fahrten zu Psychotherapeuten fallen darunter. Diese Regelung gilt auch für Betroffene mit Pflegegrad 3, wenn sie zusätzlich mobilitätseingeschränkt sind.

Fahrten zum Abholen von Rezepten oder Erfragen von Befunden werden jedoch nicht erstattet. Dies gilt auch für Fahrten, um auf eigenen Wunsch ein Krankenhaus zu wechseln.

Die Erleichterung gilt auch für Versicherte ohne Schwerbehindertenausweis, die in ihrer Mobilität jedoch vergleichbar eingeschränkt sind und mindestens sechs Monate ambulant behandelt werden.

Zu dem Verfahren bei den Ärzten und Krankenkassen hat der gemeinsame Bundesausschuss nun eine Richtlinie erlassen. Laut der Richtlinie vom 1. Oktober 2020 ist die zwingende Notwendigkeit einer Verordnung der Fahrt und des Beförderungsmittel zu begründen.



Foto: Daniel Ernst / Fotolia

Eine Verordnung vom erstbehandelnden Arzt reicht für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse aus. Allerdings werden nur Krankenfahrten mit den öffentlichen Verkehrsmitteln, dem Privatfahrzeug, Taxi oder Mietwagen übernommen. Wer unsicher ist, in welchen Fällen dies gilt, sollte die Kostenübernahme mit der Krankenkasse vorab klären.

### Verordnung zur Krankenförderung

Es gibt spezielle Ordnungsformulare für die Krankenförderung von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Diese Verordnung ist vom Arzt auszufüllen. Der verordnende Arzt muss folgende Dinge auf den Verordnungen konkret benennen:

- Grund der Beförderung
- Genehmigungsfreie Fahrten

Die Fahrten sind von dem Versicherten immer zu quittieren. Hierzu enthält die Verordnung ein gesondertes Blatt.

### Art der Beförderung

Ob ambulante oder stationäre Behandlung – die Auswahl des Beförderungsmittels dorthin richtet sich stets nach dem individuellen Bedarf und Gesundheitszustand der Patient:innen. Allerdings ist auch die wirtschaftlich günstigste Alternative zu wählen. Ärztinnen und Ärzte sollten deshalb zunächst prüfen, ob Patient:innen eine Fahrt mit Bus und Bahn oder dem eigenen Auto bewältigen können. Wenn dies nicht in Frage kommt, können Sie als Patient:in Taxi oder Mietwagen nutzen. Zu den Mietwagen zählen z.B. auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern.

Gesetzliche Kassen bezahlen jedoch nur für die kürzeste Strecke und prüfen dies gegebenenfalls auch nach.

Übrigens: Transporte mit dem Krankentransporter fallen nicht unter diese Sonderregelung. Diese bleiben weiterhin genehmigungspflichtig, wenn sie zu einer ambulanten Behandlung fahren sollen.

### Stationäre Behandlung

Voraussetzung für die Übernahme der Fahrkosten zu einer Klinik ist immer, dass die Fahrt zu einer Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist und die Behandlung von der Kasse bezahlt wird. In einem solchen Fall dürfen behandelnde Ärzte für den Krankentransport ein Rezept ausstellen, das hinterher mit der gesetzlichen Kasse abgerechnet werden kann.

Patient:innen müssen diese Verordnung nicht vorab bei der Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen. Dies gilt auch für vor- und nachstationäre Behandlungen.

### Zuzahlung und Abrechnung

Versicherte müssen einen Teil der Beförderungskosten selbst schultern. Die Zuzahlung beträgt unabhängig von der Art des Fahrzeugs – auch für Kinder und Jugendliche – zehn Prozent der Fahrkosten, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro pro Fahrt. Diesen Betrag erhält der Fahrer sofort nach der Beförderung. Nur Versicherte, deren Zuzahlungen die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten haben, sind bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung der Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit. Wer diese Belastungsgrenze erreicht hat, bekommt auf Anfrage bei der Krankenkasse eine Befreiungskarte.

In einigen Fällen rechnet das Transportunternehmen mit der zuständigen Krankenkasse direkt ab. In anderen Fällen beantragt der Patient oder die Patientin die Übernahme der Fahrkosten bei der Krankenkasse schriftlich mit den Belegen (Taxiquittungen, Bahnfahrkarten oder Kilometernachweisen). Die Krankenkasse informiert auf Nachfrage, wie die Abrechnung abläuft.

Quelle: verbraucherzentrale.de

© pixabay



# Klarstellung: Krankentransport umfasst auch Fahrten zu Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungen



## Gemeinsamer Bundesausschuss

### Fachnews

**Berlin, 21. Oktober 2022** - Nach Hinweisen aus der Versorgungspraxis hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 20. Oktober 2022 eine Klarstellung in der Krankentransport-Richtlinie vorgenommen. Durch eine Ergänzung im § 8 der Richtlinie wird abgesichert, dass zu den von den gesetzlichen Krankenkassen übernommenen Fahrten von dauerhaft in ihrer Mobilität beeinträchtigten pflege-bedürftigen und schwerbehinderten Personen zu ambulanten Behandlungen aus zwingenden medizinischen Gründen ausdrücklich auch Fahrten zu

- Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene und Kinder gemäß den §§ 25 und 26 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sowie
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen einschließlich den organisierten Krebsfrüherkennungsprogrammen gemäß den §§ 25 und 25a SGB V gehören.

In der Vergangenheit kam es offenbar zu unterschiedlichen Auslegungen. Sie bestanden vor allem bei der Frage, ob auch Fahrten zu organisierten Krebsfrüherkennungsprogrammen verordnet werden können, wenn diese zum Beispiel durch eine zentrale Einladungsstelle organisiert und verein-

bart wurden. Mit der Klarstellung will der G-BA sichergehen, dass auch Versicherte mit einer dauerhaft eingeschränkten Mobilität - beispielsweise durch eine Behinderung oder Pflege-bedürftigkeit - einen Zugang zu Früherkennung-sangeboten erhalten.

Die Krankenfahrt zu einer Gesundheits- oder Krebsfrüherkennungsuntersuchung kann für Versicherte verordnet werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder einen Einstufungsbescheid gemäß Sozialgesetzbuch XI in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorlegen und bei einer Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen. Ferner sind die Verord-

nungsvoraussetzungen auch bei Versicherten erfüllt, die bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit 1. Januar 2017 mindestens den Pflegegrad 3 erhalten haben.

Das Einholen einer Genehmigung der Verordnung durch die Krankenkasse ist nicht erforderlich, wenn die Krankenfahrt beispielsweise mit einem Taxi oder Mietwagen verordnet wird. Ist während der Fahrt eine medizinisch-fachlichen Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung der Patientin oder des Patienten notwendig, muss für die Krankenfahrt mit dem Krankentransportwagen vorab eine Genehmigung eingeholt werden.

Beschluss des G-BA vom 20. Oktober 2022: Krankentransport-Richtlinie: Klarstellung zur Verordnungsmöglichkeit von Krankenfahrten nach § 8 der Krankentransport-Richtlinie zu Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Weitere Informationen zu Krankenförderung auf der Website des G-BA.

© pixabay



# TANZTHERAPIE HILFT BEI LONG-COVID UND ANDEREN HERZ- UND LUNGENERKRANKUNGEN

20.10.2022

**Janna von Greiffenstern  
Kommunikation  
SRH Hochschule Heidelberg**

Bei Atemproblemen zeigt Tanztherapie eine sehr positive Wirkung. Dies stellt Simone M. Engelhardt, Absolventin des Master-Studiengangs Tanz- und Bewegungstherapie an der SRH Hochschule Heidelberg, in einer Studie fest.

Tanztherapie bei Herz- und Lungenerkrankungen? Eine Studie, die im Rahmen der diesjährigen Masterthesen im Fach Tanz- und Bewegungstherapie an der Fakultät für Therapiewissenschaften der SRH Hochschule Heidelberg entstand, bringt neue Erkenntnisse zur Tanztherapie mit schwer körperlich erkrankten Menschen: Diese Therapieform wirkt positiv auf Körperwahrnehmung, das Stresslevel und die Befindlichkeit. Tanztherapie ist künstlerische und körperorientierte Psychotherapie. Sie beruht auf dem Prinzip der Einheit und Wechselwirkung körperlicher, emotio-

naler, psychischer, kognitiver und sozialer Prozesse (Berufsverband der Tanztherapeut:innen Deutschlands). In den meisten Fällen wird sie in psychosomatischen, psychiatrischen und neurorehabilitativen Kontexten eingesetzt.

Ziel der Masterthesis von Absolventin Simone M. Engelhardt war es, herauszufinden, wie sich tanztherapeutische Behandlung auf internistische Patient:innen und deren Körperwahrnehmung, Stresslevel und Befindlichkeit auswirkt. Hierzu führte sie eine mehrwöchige Mixed-Methods-Fallstudie mit Proband:innen in der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl durch. Die behandelten Störungsbilder Myokardinfarkt, Pulmonale Hypertonie und Long Covid finden sich bislang selten in wissenschaftlichen Publikationen der tanztherapeutischen Forschung, deshalb startete sie mit detaillierten Fallstudien. Bei der neuartigen Erkrankung Long-Covid ist dies eine der ersten Studien, die demnach Pionierarbeit leistet.

Neben der positiven Auswirkung auf Körperwahrnehmung und Stressempfinden konnte die Absolventin Engelhardt zeigen, dass einige Interventionen – wie beispielsweise Körperbildarbeit – mehr positive Effekte haben als andere.

Bei Interesse an weitergehenden Inhalten oder Rückfragen melden Sie sich gerne bei Prof. Dr. Sabine Koch, Professorin im Studiengang Tanz- und Bewegungstherapie der SRH Hochschule Heidelberg oder direkt bei Simone M. Engelhardt.

## Zur Studie:

Die Studie "Bewegter Atem - Tanztherapie bei Herz- und Lungenerkrankungen" basiert auf einer Masterthesis von Simone M. Engelhardt unter der Leitung von Prof. Dr. Sabine Koch.

- Erhebungszeitraum der vier Fallstudien: Februar/März 2022
- Alter der vier Proband:innen: 50 bis 60 Jahre, alle berufstätig
- Elf Therapieeinheiten
- Ergebnisse: bei drei von vier Proband:innen stieg die Zufriedenheit mit dem eigenen Körperzustand, das Stresslevel verringerte sich in acht von elf Therapieeinheiten signifikant, Zunahme der Entspannung

Wissenschaftliche Ansprechpartner:  
Prof. Dr. Sabine Koch: [skoch@srh.de](mailto:skoch@srh.de)  
Simone M. Engelhardt: [moneengel@gmx.net](mailto:moneengel@gmx.net)

Quelle: [idw-online.de](http://idw-online.de)

© pixabay



# Verpflichtender Beratungseinsatz für Pflegegeldempfänger

Pflegebedürftige Menschen, die nur Pflegegeld beziehen und keinen Pflegedienst in Anspruch nehmen, sind zwingend verpflichtet, regelmäßig einen Beratungseinsatz (Beratungsbesuch) abzurufen. Werden diese Beratungen nicht regelmäßig in Anspruch genommen, hat die Pflegekasse das Recht, das Pflegegeld zu kürzen oder gar zu streichen.

## Was ist ein Beratungseinsatz bei häuslicher Pflege?

Die Pflege eines Angehörigen wird manchmal etwas unterschätzt. Ist doch zum einen einiges Wissen in Bezug auf Pflegetechniken notwendig. Zum anderen müssen die Pflegepersonen informiert werden welche Möglichkeiten der Entlastung, wie zum Beispiel Verhinderungspflege, möglich sind.

## Termin für verpflichtenden Beratungseinsatz vereinbaren

Deshalb ist eine entsprechende Beratung bei Pflegebedürftigkeit vom Staat vorgesehen.

Der Beratungseinsatz – auch Beratungsbesuch genannt – ist eine verpflichtende Beratung für pflegende Angehörige. Es soll damit sichergestellt werden, dass die Pflegenden mit der Pflege nicht überfordert sind, dass ihnen Hilfestellungen aufgezeigt werden und ein Ansprechpartner bei Fragen vorhanden ist.

Obwohl der Beratungsbesuch verpflichtend ist, sollten Sie als pflegender Angehöriger diesen Beratungseinsatz als beratende Hilfe und Unterstützung bei der häuslichen Pflege sehen.

## Wer muss einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen?

Den Beratungseinsatz in der häuslichen Pflege nach § 37 SGB XI Absatz 3 müssen pflegebedürftige Menschen mit einem Pflegegrad

2 bis 5 abrufen, wenn sie NUR Pflegegeld beziehen. Dann ist der Beratungseinsatz verpflichtend.

Pflegebedürftige, die Kombipflege oder nur Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI in Anspruch nehmen, müssen keinen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

## Wie oft muss der Beratungsbesuch abgerufen werden?

Die Häufigkeit der Beratungseinsätze in den einzelnen Pflegegraden finden Sie hier:

## Beratungseinsatz bei Pflegegrad

Pflegegrad	Häufigkeit
Pflegegrad 1	nicht vorgeschrieben
Pflegegrad 2	1 x pro Halbjahr
Pflegegrad 3	1 x pro Halbjahr
Pflegegrad 4	1 x pro Vierteljahr
Pflegegrad 5	1 x pro Vierteljahr

## Kann der Beratungseinsatz auch freiwillig in Anspruch genommen werden?

Pflegende Angehörige, die durch einen ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen erhalten, sind nicht verpflichtet, eine Beratung in Anspruch zu nehmen. Andererseits können sie bei Pflegegrad 2 bis 5 jedoch freiwillig einmal pro Halbjahr eine Beratung in Anspruch nehmen. Auch wenn ein Pflegedienst regelmäßig zur Unterstützung kommt, benötigen doch viele Angehörige auch hier eine weiterführende Beratung zur Pflege.

Die Pflegedienstmitarbeiter/Beratungspersonen können Sie dann beraten und Sie auch entsprechend schulen. Die Kosten für den Beratungsbesuch trägt auch bei einer freiwilligen Inanspruchnahme des Beratungsbesuches die Pflegeversicherung.

Menschen mit Pflegegrad 1 haben prinzipiell 1 x pro Halbjahr einen freiwilligen (also nicht verpflichtenden) Anspruch auf einen Beratungseinsatz, müssen diesen aber NICHT in Anspruch nehmen.

## Warum ist der Beratungseinsatz verpflichtend?

Die Pflegeberatung nach § 37 SGB XI Absatz 3 soll zum einen den Pflegebedürftigen schützen und zum anderen die Pflegeperson unterstützen. Die Pflegekasse möchte sichergehen, dass die Qualität der Pflege gesichert ist und der Pflegebedürftige optimal versorgt und nicht vernachlässigt wird. Über einen Beratungsbesuch kann auch auf eventuelle Pflegefehler aufmerksam gemacht und diese behoben werden.

## Termin für verpflichtenden Beratungseinsatz vereinbaren

Wird bei einem Beratungseinsatz festgestellt, dass in der Pflege schwerwiegende Fehler begangen wurden oder der pflegebedürftige Mensch vernachlässigt wird, kann die Pflegekasse das Pflegegeld in eine Pflegesachleistung umwandeln.

## Welche Leistungen umfasst der Beratungseinsatz

Die Beratungseinsätze sollten individuell auf die häusliche Pflegesituation des Pflegebedürftigen abgestimmt sein. Dabei können folgende Themen besprochen und geklärt werden.



© von Monkey Business Images

- Information der Pflegepersonen über die Leistungen der Pflegekasse
- Vorstellung weiterer Möglichkeiten von Pflegeschulungen oder Pflegekursen.
- Abklärung, welche Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel für den pflegebedürftigen Menschen in Frage kommen. Evtl. Beantragung der Hilfsmittel.
- Prüfung, ob eine Höherstufung in einen anderen Pflegegrad notwendig ist.
- Durchsprache über vorhandene Pflegeprobleme und wie diese gelöst werden können.
- Information über die Entlastung der Pflegeperson (z.B. Umstellung auf Pflegesachleistungen oder Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege oder Verhinderungspflege).
- Schulung über die individuelle Pflege des Angehörigen.

### Wer führt den Beratungsbesuch durch?

Die Beratung in der eigenen Häuslichkeit wird durch anerkannte Beratungsstellen und zugelassene Pflegeeinrichtungen, wie zum Beispiel einem ambulanten Pflegedienst, durchgeführt. Aber auch durch anerkannte Pflegekräfte.

Es macht Sinn, wenn Sie für die Pflegeberatungsbesuche immer den gleichen Dienstleister beauftragen. Die Berater kennen dann bereits Ihre häusliche Pflegesituation. Der Pflegebedürftige oder die Pflegeperson kann selbst bestimmen, wer das Beratungsgespräch ausführen soll. Niemand ist daher für die Pflegeberatung an einen bestimmten Anbieter oder eine bestimmte Beratungsstelle gebunden.

### Termin für verpflichtenden Beratungseinsatz vereinbaren

Wo findet der Beratungseinsatz statt? Die Pflegeberatung nach § 37 SGB XI Absatz 3 findet bei der pflegebedürftigen Person zu Hause statt. Der Pflegeberater kann sich somit einen guten Überblick über die häusliche Pflegesituation machen und kann damit auch viel besser und zielgerichteter beraten und hilfreiche Empfehlungen aussprechen.

Erkennt der Pflegeberater zum Beispiel, dass für die häusliche Pflege nicht genügend oder nicht die optimalen Hilfsmittel zur Verfügung stehen, kann hier viel schneller und umfassender reagiert werden.

### Was kostet der Beratungseinsatz?

Die Kosten für den Beratungseinsatz sind für die Pflegenden sowie für die Pflegebedürftigen kostenlos. Die Kosten werden bei gesetzlich Versicherten von der Pflegekasse, bei privat Versicherten von der zuständigen Privaten Krankenversicherung und bei Beihilfeberechtigten von der zuständigen Beihilfestelle übernommen.

**Gesetzliche Krankenversicherung:** Die Kosten für den Beratungsbesuch werden von den Beratungsstellen direkt mit den Kostenträgern (Pflegeversicherung usw.) abgerechnet. Das bedeutet, dass Sie (mit Pflegegrad 1 bis 5) nicht in Vorleistung gehen müssen und Sie persönlich den Beratungsbesuch auch nicht in Rechnung gestellt bekommen.

**Private Krankenversicherung:** Wer privat krankenversichert ist, bekommt ein Protokoll und eine Rechnung. Diese müssen dann bei dem Versicherungsunternehmen eingereicht werden.

### Was passiert, wenn die verpflichtende Pflege-Beratung nicht in Anspruch genommen wird?

Wer verpflichtet ist, eine Pflegeberatung in Anspruch zu nehmen, sollte dies auch wirklich regelmäßig im vorgeschriebenen Turnus machen.

Im Bewilligungsbescheid für das Pflegegeld wird Ihnen mitgeteilt, wie häufig Sie verpflichtet sind, einen Beratungseinsatz in Anspruch zu nehmen.

### Bitte beachten:

Sie müssen sich selbst um den Beratungseinsatz kümmern. Wenn Sie den Beratungsbesuch nicht durchgeführt haben, werden Sie von der Kasse erinnert. Die Pflegekasse kann das Pflegegeld kürzen oder ganz streichen, wenn kein verpflichtender Beratungsbesuch durchgeführt wurde.

Sie müssen einen Beratungsbesuch organisieren? Kein Problem – Hier kostenlosen Beratungseinsatz beantragen.

Wenn sich der Pflegegrad erhöht hat und die Beratungspflichtbesuche häufiger durchgeführt werden müssen, müssen Sie aktiv werden und einen Termin für den Beratungsbesuch vereinbaren.

### Nachweis über die Durchführung eines Beratungseinsatzes

Wurde die Beratung durch einen anerkannten Pflegedienst oder einen Pflegeberater durchgeführt, muss die Durchführung der Beratung gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI nachgewiesen werden. Dies geschieht folgendermaßen:

**Gesetzliche Krankenkasse:** Der Pflegedienst oder die Beratungsstelle muss den Beratungseinsatz dokumentieren und leitet dann die Dokumentation an die Pflegekasse weiter.

**Private Krankenkasse:** Hier müssen die Versicherten den Nachweis selbst an die Krankenkasse schicken.

Quelle: [pflege-durch-angehoerige.de](http://pflege-durch-angehoerige.de)

# 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](mailto:muehldorf@sauerstoffliga.de), Tel: 08071/7289511, Tel.: 08651-762148, Internet: [www.selbsthilfe-lot.de](http://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](http://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](mailto:info@escales.de). In diesem Ratgeber finden Sie rollstuhlgeeignete Hotels, Pensionen, Ferienwohnungen, Apartments, Bauernhöfe und Jugendherbergen in Deutschland und in Europa/Übersee mit detaillierten Informationen für Rollstuhlfahrer.

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

In der Broschüre **ABC Rehabilitation** des BSK e.V. werden die Regelungen des Sozialgesetzbuches IX verständlich erläutert und, die gesetzlichen Möglichkeiten einzufordern und für Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fit zu machen. Auch Arbeitgeber finden hilfreiche Informationen über die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung, die Gestaltung eines barrierefreien Arbeitsplatzes und welche finanzielle Unterstützung es dafür gibt. Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V., Altkrautheimer Straße 20, 74238 Krautheim, BSK Onlineshop: <https://shop.bsk-ev.org/> Ratgeber\_1, E-Mail: [bestellung@bsk-ev.org](mailto:bestellung@bsk-ev.org)

**Broschüre zum EU-Parkausweis für behinderte Menschen (PDF-Datei)**, [file:///C:/Users/User/Downloads/2884D1310364883%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/2884D1310364883%20(1).pdf)  
Parkausweis für Personen mit Behinderungen in der Europäischen Union: Bedingungen in den Mitgliedstaaten  
Quelle: Europäische Kommission, Stand: 2009

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

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

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

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

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

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

**„Mein Kind soll leben!!!“** Hedwig Kleineheismann, Claudia Kleineheismann, Traumstunden-Verlag 2010, ISBN: 978-3-942514-00-2, E-Mail: [heddi@hedwigkleineheismann.de](mailto:heddi@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, Bannan 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

**Akrale Ischämiesyndrom: von Raynaud-Syndrom zur systematischen Sklerose**. Prof. Dr. Ulf Müller-Ladner, 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](http://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

Hoepfer 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](http://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 2023 „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 2023 auf dem Postweg

an Durian GmbH (s. unten) eingesandt werden. Die journalistischen Arbeiten müssen dem 1. September 2022 und dem 31. August 2023 veröffentlicht worden sein.

### Bewerbungsunterlagen

**Die Arbeiten sind in folgender Form einzureichen:**

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

### Eingereichte Beiträge werden nicht zurückgeschickt.

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

### Preisverleihung & Jury

Zur Jury gehören:

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

### Stiftung

pulmonale hypertension (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



# Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19  
Die Schutzmaßnahmen gelten vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023.

## Basisschutz und Stufenkonzept

Vorbehaltlich der Zustimmung durch den Bundesrat soll ab Oktober bundesweit Maskenpflicht im Fernverkehr, in Arztpraxen und den Praxen weiterer Heilberufler, sowie eine Masken- und Testpflicht in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gelten. Das sieht das „Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19“ vor.

Darüber hinaus werden Pflegeheime dabei unterstützt, Beauftragte einzusetzen, die sich um Impfung, Hygiene und Medikation bei der Pandemiebekämpfung kümmern. Zudem sollen die Länder die Möglichkeit erhalten, je nach Infektionslage in zwei Stufen auf die Pandemieentwicklung zu reagieren.

## Bundesweit geltende Basis-Schutzmaßnahmen

- FFP2-Maskenpflicht im öffentlichen Fernverkehr (medizinische Masken für 6-14-Jährige und Personal).
- FFP2-Maskenpflicht in Arztpraxen und Praxen aller Heilberufler
- Masken- und Testnachweispflicht für den Zutritt zu Krankenhäusern sowie voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen und vergleichbaren Einrichtungen sowie für Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten und vergleichbaren Dienstleistern während ihrer Tätigkeit.

Ausnahmen von der Testnachweispflicht sind vorgesehen für Personen, die in den jeweiligen Einrichtungen oder von den jeweiligen Dienstleistern behandelt, betreut oder gepflegt werden.

Ausnahmen von der Maskenpflicht sind vorgesehen, wenn die Behandlung dem Tragen einer Maske entgegensteht sowie für in den jeweiligen Einrichtungen behandelte oder gepflegte Personen in den für ihren persönlichen Aufenthalt bestimmten Räumlichkeiten.

Grundsätzlich ausgenommen von der Maskenpflicht sind ferner Kinder unter 6 Jahren, Personen, die aus medizinischen Gründen keine Maske tragen können sowie gehörlose und schwerhörige Menschen.

## Darüber hinaus können die Länder abgestuft nach Infektionslage auf das Pandemiegeschehen reagieren: Länderstufenkonzepte

In einer ersten Stufe können die Länder weitergehende Regelungen erlassen, um die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastruktur zu gewährleisten.

### 1. Stufe

- Die Maskenpflicht im öffentlichen Personennahverkehr.
- Die Maskenpflicht in öffentlich zugänglichen Innenräumen. Eine zwingende Ausnahme ist bei Freizeit-, Kultur- oder Sportveranstaltungen, in Freizeit- und Kulturinstitutionen sowie in gastronomischen Einrichtungen und bei der Sportausübung für Personen vorzusehen, die über einen Testnachweis verfügen.
- Die Länder können außerdem Ausnahmen für diejenigen erlauben, die genesen sind (Genesenennachweis: Es gilt die bisherige 90 Tage-Frist) oder die vollständig geimpft sind

und bei denen die letzte Impfung höchstens drei Monate zurückliegt. Unabhängig davon können Veranstalter weiterhin von ihrem Hausrecht Gebrauch machen und eigene Einlassregeln verhängen.

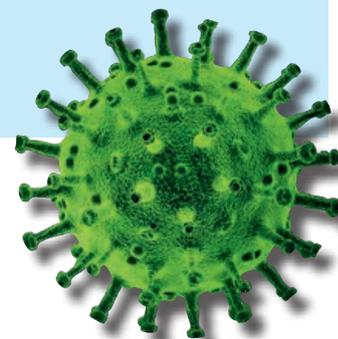
- Zudem ist eine Maskenpflicht in Schulen und sonstigen Ausbildungseinrichtungen für Beschäftigte sowie für Schülerinnen und Schüler ab dem fünften Schuljahr möglich, wenn dies zur Aufrechterhaltung eines geregelten Präsenz-Unterrichtsbetriebs erforderlich ist.
- Die Verpflichtung zur Testung in bestimmten Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Einrichtungen zur Unterbringung von Asylbewerbern, Hafteinrichtungen, Kinderheimen) sowie Schulen und Kindertageseinrichtungen.

### 2. Stufe

Sollte sich eine Corona-Welle trotzdem weiter aufbauen und stellt ein Landesparlament für das gesamte Bundesland oder eine konkrete Gebietskörperschaft anhand bestimmter, gesetzlich geregelter Indikatoren eine konkrete Gefahr für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen fest, können dort außerdem folgende Maßnahmen angeordnet werden:

- Die Maskenpflicht bei Veranstaltungen im Außenbereich, wenn ein Mindestabstand von 1,5 m nicht eingehalten werden kann, sowie bei Veranstaltungen in öffentlich zugänglichen Innenräumen.
- Verpflichtende Hygienekonzepte (Bereitstellung von Desinfektionsmitteln, Vermeidung unnötiger Kontakte, Lüftungskonzepte) für Betriebe, Einrichtungen, Gewerbe, Angebote und Veranstaltungen aus dem Freizeit-, Kultur- und Sportbereich für öffentlich zugängliche Innenräume, in denen sich mehrere Personen aufhalten.
- Die Anordnung eines Mindestabstands von 1,5 m im öffentlichen Raum.
- Die Festlegung von Personenobergrenzen für Veranstaltungen in öffentlich zugänglichen Innenräumen.

# ENTWICKLUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT WÄHREND DER COVID-19-PANDEMIE



**Das Robert Koch-Institut untersucht im Verlauf der COVID-19-Pandemie die Entwicklung verschiedener Merkmale psychischer Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Nun haben RKI-Forschende dazu neue Ergebnisse veröffentlicht. „Als nationales Public-Health-Institut erhebt das RKI vielfältige Daten, mit denen die Gesundheit der Bevölkerung umfassend eingeschätzt werden kann“, sagt Lothar H. Wieler, Präsident des RKI. Die Auswirkungen der Pandemie spielen dabei eine wichtige Rolle. „Durch die RKI-Daten lassen sich Trends frühzeitig erkennen und Handlungsbedarf für Forschung, Praxis und Politik identifizieren“, unterstreicht Wieler.**

Berichtet werden Ergebnisse zu drei Indikatoren: depressive Symptome, Angstsymptome und subjektive psychische Gesundheit. Depressive Symptome (Interessenverlust und Niedergeschlagenheit) gingen in der Zeit der ersten COVID-19-Welle und im Sommer 2020 gegenüber demselben Zeitraum in 2019 zunächst zurück, von Herbst 2020 bis Frühjahr 2021 und von Ende 2021 bis Frühjahr 2022 nahmen sie deutlich zu. Eine auffällige Symptombelastung über dem Schwellenwert lag im Zeitraum März-September 2019 bei 11 % der Bevölkerung vor. In den ersten Pandemienmonaten – zwischen März und September 2020 – sank er auf etwa 9 %. Der Anteil stieg auf 13 % im gleichen Zeitraum 2021 und auf 17 % im Zeitraum März bis Juni 2022. Auf eine Verschlechterung der psychi-

schon Gesundheit weisen auch Ergebnisse zu Angstsymptomen (Ängstlichkeit und unkontrollierbare Sorgen) und subjektiver psychischer Gesundheit hin. Im Zeitraum März-September 2021 gaben 7 % der Bevölkerung eine auffällige Belastung durch Angstsymptome an, im Zeitraum März-Juni 2022 waren es 11 %. Zeitgleich sank der Anteil derjenigen, die ihre allgemeine psychische Gesundheit als „sehr gut“ oder „ausgezeichnet“ einschätzen, von 44 % auf 40 %. Diese Entwicklungen zeigen den Bedarf nach weiterer Beobachtung, auch um eine mögliche Reversibilität der Trends einschätzen zu können.

Die Ergebnisse wurden in einem Preprint auf dem Dokumentenserver medrxiv (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.10.09.22280826v1>) veröffentlicht, sind also noch nicht von unabhängigen Gutachtern bewertet. Die Daten stammen aus Telefoninterviews mit monatlich ca. 1.000 Erwachsenen (2019-2021), aktuell mit monatlich ca. 3.000 Erwachsenen (2022). Die Interviews wurden im Rahmen der GEDA-Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ und der COVIMO-Studie durchgeführt. Neben einer Frage zur selbst eingeschätzten psychischen Gesundheit wurden Screening-Fragen eingesetzt, die ggf. auf einen Abklärungsbedarf psychischer Symptome hinweisen können. Es ist nicht möglich, damit die Häufigkeit psychischer Störungen zu bestimmen, da die Messinstrumente keine Diagnosestellung erlauben.

In der Studie werden diese Ergebnisse in den zeitlichen Kontext der Phasen der COVID-19-Pandemie gesetzt. Im Beobachtungszeitraum (April 2019 bis Juni 2022) ist mit dem Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine ein weiterer akuter Stressor auf Bevölkerungsebene hinzugekommen. Außerdem tragen möglicherweise komplexe Effekte weiterer kollektiver Krisen wie der Klimakrise sowie saisonale Schwankungen und langjährige Trends zu den Entwicklungen bei. Ob ein zeitlicher Zusammenhang zwischen diesen Stressoren und der Entwicklung der psychischen Gesundheit auch ursächlich zu verstehen ist, kann anhand der Studie nicht bewertet werden. Ziel der Analysen war es, Veränderungen im Sinne eines Frühwarnsystems über eine visuelle Darstellung zeitlicher Trends möglichst sensitiv zu entdecken. Diese Hinweise auf eine sich verschlechternde psychische Gesundheit konnten auch statistisch nachgewiesen werden.

Die aktuellen Ergebnisse sind neben dem Preprint auch in einem Faktenblatt auf der RKI-Internetseite zusammengefasst. Zukünftig sollen die Ergebnisse auch in einem Dashboard verfügbar sein.

## Weitere Informationen:

[www.rki.de/psychische-gesundheit](http://www.rki.de/psychische-gesundheit)

Quelle: Robert Koch-Institut RKI

# COVID-19: Nirmatrelvir/Ritonavir senkt bei Risikopatienten die Gefahr eines schweren Verlaufs

**04.10.2022: Wegen Kontraindikationen und Wechselwirkungen ist die Wirkstoff-Kombination jedoch nicht für alle besonders gefährdeten Patientinnen und Patienten geeignet.**



Bei ungeimpften COVID-19-Risikopatienten, die erst seit wenigen Tagen symptomatisch und noch nicht schwer erkrankt sind, hatte Paxlovid in der Studie eine vielversprechende Wirkung. Die Anwendbarkeit wird allerdings durch zahlreiche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten eingeschränkt, die gerade in dieser Zielgruppe häufig verordnet werden.

*IQWiG-Leiter Jürgen Windeler zur Paxlovid-Nutzenbewertung*  
10/2022

Die Kombination der Wirkstoffe Nirmatrelvir und Ritonavir ist seit Januar 2022 zugelassen zur Behandlung von COVID-19 bei Erwachsenen, die keine zusätzliche Sauerstoffzufuhr benötigen und ein erhöhtes Risiko haben, einen schweren COVID-19-Verlauf zu entwickeln. In einer frühen Nutzenbewertung hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nun untersucht, ob die als Paxlovid bekannte Substanz diesen besonders gefährdeten Patientinnen und Patienten einen Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie „Therapie nach ärztlicher Maßgabe“ bietet. Danach sinkt durch die Einnahme der Wirkstoff-Kombination das Risiko, einen schweren COVID-19-Verlauf zu entwickeln, intensivmedizinisch betreut zu werden oder sogar an COVID-19 zu versterben.

Da die relevante Studie allerdings ausschließlich mit ungeimpften Patientinnen und Patienten durchgeführt wurde und unklar ist, inwieweit die Effekte auf geimpfte übertragbar sind, sieht das IQWiG in der Gesamtschau nur einen „Anhaltspunkt“ für einen erheblichen Zusatznutzen von Nirmatrelvir/Ritonavir gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie. „Bei ungeimpften Risikopatienten, die erst seit wenigen Tagen symptomatisch und noch nicht schwer erkrankt sind, hatte Paxlovid in der betreffenden Studie eine vielversprechende

Wirkung“, betont IQWiG-Leiter Jürgen Windeler. „Bei der Anwendung können allerdings die zahlreichen Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, die gerade in dieser Zielgruppe häufig verordnet werden, einschränkend wirken.“

## Weniger schwere Verläufe mit Paxlovid®

Der Hersteller hat in seinem Dossier Daten aus der Studie EPIC-HR eingereicht. Eingeschlossen waren hier nicht hospitalisierte, symptomatische Patientinnen und Patienten in der Frühphase von COVID-19, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf hatten. Als Risikofaktoren dafür galten: Übergewicht, ein Alter von mehr als 60 Jahren, die Einnahme von immunschwächenden Medikamenten, Zigarettenkonsum oder das Vorliegen von spezifischen Vorerkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus (Typ 1 oder 2) oder chronische Lungenerkrankungen. Alle in die Studie eingeschlossenen Patientinnen und Patienten waren jedoch ungeimpft. Einschränkend weist das IQWiG zudem darauf hin, dass Patientinnen und Patienten mit komplexen Risikofaktoren in der EPIC-HR-Studie unterrepräsentiert waren. Die für die frühe Nutzenbewertung des IQWiG relevante Teilpopulation der EPIC-HR-Studie umfasste insgesamt 1908 Personen, von denen 944 mit Nirmatrelvir/Ritonavir und

964 mit Placebo behandelt wurden. Im Interventionsarm der Studie war 28 Tage nach Symptombeginn niemand verstorben, im Vergleichsarm gab es hingegen 15 Todesfälle (1,6 Prozent der Patientinnen und Patienten). Auch die Zahl der schweren COVID-19-Verläufe war bei Behandlung mit Nirmatrelvir/Ritonavir deutlich geringer: 10 (1,1 Prozent) schweren COVID-19-Verläufen im Interventionsarm stehen hier 60 (6,2 Prozent) im Vergleichsarm gegenüber. Intensivmedizinisch betreut werden musste in der Nirmatrelvir/Ritonavir-Gruppe keine Patientin bzw. kein Patient, in der Placebo-Gruppe waren es 9 (0,9 Prozent). Zu einer Linderung der Symptome kam es bei einer Therapie mit Nirmatrelvir/Ritonavir nach durchschnittlich 16 Tagen, ohne erst nach 20 Tagen. In der Gesamtschau sieht das IQWiG für Erwachsene mit COVID-19, die keine zusätzliche Sauerstoffzufuhr benötigen und ein erhöhtes Risiko haben, einen schweren COVID-19-Verlauf zu entwickeln, einen Anhaltspunkt für einen erheblichen Zusatznutzen von Nirmatrelvir/Ritonavir gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie „Therapie nach ärztlicher Maßgabe“.

## G-BA beschließt über Ausmaß des Zusatznutzens

Die Dossierbewertung ist Teil der frühen Nutzenbewertung gemäß Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), die der G-BA verantwortet. Nach Publikation der Dossierbewertung führt der G-BA ein Stellungnahmeverfahren durch und fasst einen abschließenden Beschluss über das Ausmaß des Zusatznutzens. Einen Überblick über die Ergebnisse der Nutzenbewertung des IQWiG gibt folgende Kurzfassung:

<https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/844/>

Auf der vom IQWiG herausgegebenen Website [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) finden Sie zudem allgemein verständliche Informationen.

Quelle: iqwig.de

# Sammlung von interessanten Links



## Deutsche Verbände

### Nationale Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen

[www.nakos.de](http://www.nakos.de)

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

[www.bag-selbsthilfe.de](http://www.bag-selbsthilfe.de)

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

[www.lagh-bw.de](http://www.lagh-bw.de)

**ALLIANZ CHRONISCHER SELTENER ERKRANKUNGEN – ACHSE**

[www.achse-online.de](http://www.achse-online.de)

**Deutsche Atemwegsliga e.V.**

[www.atemwegsliga.de](http://www.atemwegsliga.de)

**Kindernetzwerk**

[www.kindernetzwerk.de](http://www.kindernetzwerk.de)

**BDO Bundesverband der Organtransplantierten**

[www.bdo-ev.de](http://www.bdo-ev.de)

**Sklerodermie Selbsthilfe e.V.**

[www.sklerodermie-sh.de](http://www.sklerodermie-sh.de)

**Scleroderma Liga e.V.**

[www.scleroliga.de](http://www.scleroliga.de)

**Deutsche Sarkoidose Vereinigung gemeinnütziger e.V. - Bundesverband**

[www.sarkoidose.de](http://www.sarkoidose.de)

**Deutsche SauerstoffLiga LOT e.V.**

[www.sauerstoffliga.de](http://www.sauerstoffliga.de)

**Bundesverband behinderter Eltern e.V.**

[www.behinderte-eltern.com](http://www.behinderte-eltern.com)

**SEKIS – Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle**

[www.sekis-berlin.de](http://www.sekis-berlin.de)

**Deutsche Lungenstiftung e.V.**

[www.lungenstiftung.de](http://www.lungenstiftung.de)

**Herztransplantation Südwest e.V.**

[www.herztransplantation.de](http://www.herztransplantation.de)

**Lungeninformationsdienst, Helmholtz Zentrum München**

[www.lungeninformationsdienst.de](http://www.lungeninformationsdienst.de)

**Stiftung Kindness for Kids**

[www.kindness-for-kids.de](http://www.kindness-for-kids.de)

## Europäische Verbände

**PHA Europe**

[www.phaeurope.org](http://www.phaeurope.org)

**EURORDIS European Organisation for Rare Diseases**

[www.eurordis.org](http://www.eurordis.org)

## Verbände in den USA

**PHA Pulmonary Hypertension Association, USA**

[www.phassociation.org](http://www.phassociation.org)

**PHCentral, Pulmonary Hypertension**

[www.phcentral.org](http://www.phcentral.org)

Hier können Patienten ihre medizinischen Befunde durch ehrenamtlich tätige Medizinstudierende und Ärzte in eine leicht verständliche Sprache übersetzen lassen:

[www.washabich.de](http://www.washabich.de)

**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](http://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](http://www.vzbv.de) oder

[www.verbraucherzentrale.de](http://www.verbraucherzentrale.de)

**Sozialverband VdK Deutschland**

Internet: [www.vdk.de](http://www.vdk.de)

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

Privatpersonen werden deutschlandweit kostenfrei und neutral beraten: [www.barrierefrei-leben.de](http://www.barrierefrei-leben.de) und [www.online-wohn-beratung.de](http://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](mailto:info@reisebuero-am-marienplatz.de)

## Kostenfreie Unterstützung bei Ablehnung beantragter Leistungen:

[www.widerspruch.online](http://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](http://www.appcheck.de)

[www.digimeda.de](http://www.digimeda.de)

[www.healthon.de](http://www.healthon.de)

# Forschungspreis der René Baumgart-Stiftung 2023

## 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 2023 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 63. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. am 29.03.-01.04.2023 in Düsseldorf

Es wird gebeten, ein Originalmanuskript bzw. einen Sonderdruck in vierfacher Ausführung, einen Lebenslauf mit Foto sowie ein **deutschsprachiges Abstract bis zum 31. Dezember 2022 (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](mailto: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

# Sauerstoff immer und überall

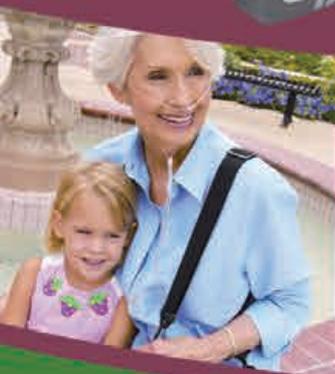
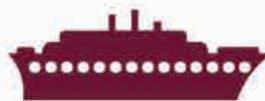
- ohne Notwendigkeit zum Nachfüllen
- betrieben mit verschiedenen Akkus
- egal ob Fahrrad, Auto, Flugzeug oder Schiff
- einfach zu laden über die Steckdose
- im Auto über die Bordsteckdose

Beratungstelefon

(0365) 20 57 18 18

Folgen Sie uns auf Facebook 

[www.air-be-c.de](http://www.air-be-c.de)



## air-be-c

Einfach gut betreut.

### Ihr Partner für alle mobilen Sauerstoffkonzentratoren

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



# Adventskalender

## SELBSTFÜRSORGE & ACHTSAMKEIT

1  
SETZE DIR EIN  
ZIEL FÜR DEN  
DEZEMBER

2  
GEHE 20MIN  
SPAZIEREN

3  
SCHREIBE EINEN  
WUNSCHZETTEL  
MIT DINGEN DIE  
MAN NICHT  
KAUFEN KANN

4  
BEGINNE DEN  
TAG MIT DEINEM  
LIEBLINGSTEE.

5  
NOTIERE DIR 5  
DINGE FÜR DIE DU  
HEUTE DANKBAR  
BIST

6  
SCHREIBE  
LIEBEVOLLE  
WEIHNACHTS-  
KARTEN AN 4  
PERSONEN

7  
FOTOGRAFIERE  
EINEN MOMENT  
DER DICH HEUTE  
GLÜCKLICH  
MACHT

8  
GEHE HEUTE  
LÄCHELND  
DURCH DEN TAG

9  
SCHAUE DIR EINEN  
WEIHNACHTS-  
KLASSIKER AN

10  
BACKE  
PLÄTZCHEN

11  
LESE EIN  
BUCH

12  
PACKE DIE  
LETZTEN  
GESCHENKE IN  
RUHE EIN

13  
MACHE  
BEWUSSTE  
ATEMÜBUNGEN

14  
ÜBERLEGE DIR 2 DINGE DIE  
DU HEUTE OHNE GROßEN  
AUFWAND ERLEDIGEN  
KANNST

15  
TUE HEUTE  
JEMANDEM ETWAS  
GUTES

16  
GEHE HEUTE  
FRÜHER INS  
BETT

17  
NIMM DIR EINEN  
TAG NUR FÜR  
DICH

18  
SAGE AUCH  
MAL 'NEIN'

19  
SIEH DIR DEINEN  
LIEBLINGS-  
WEIHNACHTSFILM AN

20  
GÖNNE DIR HEUTE  
SOVIEL RUHE  
WIE DU BRAUCHST

21  
SCHREIBE DEINEM  
LIEBLINGSMENSCHEN  
EINE SCHÖNE  
NACHRICHT

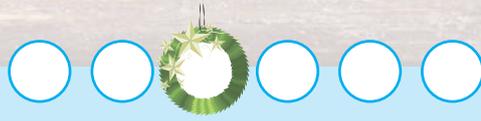
22  
ENTSPANNE ZU  
WEIHNACHTSMUSIK

23  
SETZE DIR ZIELE  
FÜR 2023

24  
GENIEßE DIE  
MOMENTE

25  
LASS  
DICH HEUTE NICHT  
STRESSEN





# WEIHNACHTLICHE REZEPTE

von Caro Thurmann



## Zimt- schnecken



### Für den Teig

- 250 g Milch
- ½ Würfel Hefe
- 80 g weiche Butter
- 80 g Zucker
- 500 g Mehl
- 1 Prise Salz

### Für die Füllung

- 80 g weiche Butter
- 6 EL brauner Zucker
- 3 EL Zimt

**Kleiner Tipp:** Wer mag, kann noch etwas Puderzucker mit Milch und Zitronensaft anrühren und drüber geben.

### Zubereitung

1. Milch, Hefe, Butter und Zucker in einem Topf erwärmen. (es sollte lauwarm sein)
2. Mehl und Salz in eine Schüssel geben und die erwärmte Mischung dazu geben
3. Den Teig nun mind. 30 min gehen lassen

4. Den Teig nun auf einer bemehlten Arbeitsfläche zu einem Rechteck ausrollen und mit weicher Butter bestreichen.
5. Zimt und Zucker in einer Schüssel vermengen und auf dem Teig verteilen.
6. Den Teig nun der Länge nach in ca. 5 cm dicke Streifen schneiden und aufrollen.
7. Die Rollen nun in eine Auflaufform mit etwas Abstand geben (sie gehen noch auf) und weitere 30 min gehen lassen.
8. Nun die Schnecken bei 180 Grad (Ober-/Unterhitze) für ca. 30 Minuten in den Ofen geben.
9. Sobald die Schnecken fertig sind, könnt ihr sie aus dem Ofen holen und genießen.



# Weihnachtliches Apfelgelee



## Zutaten

- ca. 1 kg geschälte Äpfel
- 1 Packung Gelierzucker 2:1
- etwas Zimt
- 2 Orangen

## Hilfsmittel

- Einweggläser

**Kleiner Tipp:** Mit Geschenkband und Zimtstangen verziert eignet es sich auch wunderbar als kleines Mitbringsel

## Zubereitung

1. Die Äpfel schälen, das Gehäuse entfernen und die Äpfel in kleine Stücke schneiden.
2. Die Orangen auspressen und die Schale einer Orange zur Hälfte abreiben.

3. Die Apfelstücke, den Orangensaft, die Orangenschale und Zimt (je nach Belieben) in einen Topf geben und den Gelierzucker dazu geben. Danach alles mind. 3 h durchziehen lassen.
4. Nach der Ziehzeit die Mischung erhitzen und zwischendurch den Geliertest machen. Die Mischung dann mit einem Pürierstab mixen, sodass noch kleine Stücke vom Apfel zu sehen sind.
5. Alles in die Einweggläser füllen, gut verschließen und auf den Kopf drehen.
6. Sobald alles abgekühlt ist könnt ihr die Marmelade einlagern. Lasst es euch schmecken.

# Gefüllte Plätzchen



## Zutaten

- 250 g Mehl
- 90 g Zucker
- 125 g weiche Butter
- 1 mittelgroßes Ei

## Hilfsmittel

- Plätzchenausstecher einer Form in 2 verschiedenen Größen

**Kleiner Tipp:** Um die Plätzchen frisch zu halten nach dem Auskühlen in einer gut verschlossenen Keksdose dunkel und kühl aufbewahren.

## Zubereitung

1. Mehl und Zucker in einer Schüssel vermischen und dann das Eis und die Butter hinzufügen und zu einem geschmeidigen Teig verkneten.
2. Den Teig in Frischhaltefolie einwickeln und für mind. 30 min kalt stellen.
3. Die Hälfte des Teiges nun auf einer bemehlten Fläche ausrollen und den großen Ausstecher zur Hand nehmen und die Form ausstechen. Ich zähle die Plätzchen meistens ab, da ich Ober- und Unterseite brauche. Den Ofen könnt ihr auf 175 Grad auf Ober- und Unterhitze aufheizen.

4. Nun nehmt ihr den kleineren Ausstecher und stecht aus der Hälfte der Plätzchen die Mitte aus. Gebt eure Plätzchen mit kleinem Abstand auf ein Backblech und backt sie bis sie leicht braun sind, das sollte nach ca. 10 min soweit sein. Wiederholt das Ganze bis ihr keinen Teig mehr habt.
5. Lasst die Plätzchen nun gut auskühlen.
6. Bestreicht nun die Unterseite der Plätzchen mit etwas Gelee ( ich nehme dafür immer das Apfelgelee aus dem vorherigen Rezept) und setzt dann ein Plätzchen mit Loch in der Mitte obendrauf. Die Plätzchen sind nun zum Verzehr bereit. Ich teile die Anzahl der Plätzchen meistens in 3 Teile auf, da ich dann einen Teil unverziert lasse und die beiden anderen Teile verziere ich pro Teil mit weißer bzw. dunkler Schokolade.

Hintergrundbild/Großes Bild:

[pixabay](#)

Rezeptbilder: [Canva](#)

# WAS BIETET UNSER VEREIN?



Die Mitgliedschaft in unserem Verein kostet etwas. Was hat er dafür zu bieten? Das fragt sich mancher, der mit dem Gedanken spielt, in den Verein ph e.v. einzutreten.

Da hätten wir zunächst einmal den **Bundesverband und die Regionalverbände**.

In der Geschäftsstelle des Bundesverbandes gibt es Informationen und Informationsmaterial. Bei allen Ihren Anliegen wird Ihnen dort geholfen oder entsprechend vermittelt.

Hier wird auch das jährliche mehrtägige Patiententreffen in Frankfurt organisiert (jährlich im Oktober). Das ist eine Veranstaltung auf höchstem Niveau mit Vorträgen von med. Kapazitäten und Workshops. Dieses Patiententreffen ist ziemlich einzigartig. Alle, die schon einmal daran teilgenommen haben, können das bestätigen.

Von den Landesverbänden werden kleinere Patiententreffen z.T. mehrmals im Jahr regional organisiert. Auf diesen Treffen finden Vorträge zu aktuellen Themen statt. Es kann aber auch sein, dass nur eine lockere Kennenlern- und Gesprächsrunde bei Kaffee und Kuchen angeboten wird oder ein Ausflug oder eine Besichtigung. Hier besteht die Möglichkeit, im Kreis Gleichgesinnter persönliche Kontakte zu knüpfen und evtl. Hilfe beim einen oder anderen Problem zu bekommen. Viele unserer Patienten haben schon

gesagt, wie wertvoll für sie diese Regionaltreffen sind. Alle Termine werden auf unserer Homepage veröffentlicht.

Unsere Mitglieder schätzen auch, dass sie, wenn gewünscht, über den ph e.v. Patienten mit demselben Krankheits-Hintergrund als **Gesprächspartner** vermittelt bekommen.

## Und darüber hinaus?

Da hätten wir unseren zweimal jährlich erscheinenden „**Rundbrief**“. Er ist ein umfangreiches Journal mit Berichten aus der Vereinsarbeit, Forschung, Medizin und anderen Informationen. Auch der Rundbrief wird von Patienten, Angehörigen, Ärzten und Pharmavertretern sehr geschätzt.

Auch **online** sind wir vertreten. Unsere **Homepage** ist für jeden einsehbar. Auch das öffentliche Forum und der Chat. Es gibt aber **innerhalb des Forums einen privaten Bereich** nur für Mitglieder, in dem „sensiblere“ Themen besprochen werden können.

Facebook und Instagram dürfen auch nicht fehlen. Da sind wir mit einer offiziellen Seite vertreten:



**Facebook: @pulmonalehypertonieev** (Lungenhochdruck Deutschland - pulmonale hypertonie e.v. - gemeinnütziger Selbsthilfeverein)



**Instagram:** pulmonalehypertonie\_ev

## Und sonst?

Zu den Zielen des Vereins gehört auch die **finanzielle Förderung wissenschaftlicher und medizinischer Forschung (Ursachenforschung) und Entwicklung von Therapien zur Bekämpfung und Behandlung der Pulmonalen Hypertonie**, schwerpunktmäßig der pulmonal arteriellen Hypertonie.

Zu diesem Zweck wurde vom Verein vor 20 Jahren die **René Baumgart-Stiftung** gegründet. Seitdem wird jährlich ein Forschungspreis ausgelobt für herausragende Forschungsergebnisse.

Wissen muss man auch, dass der Verein einen hochkarätig besetzten **Wissenschaftlichen Beirat** hat. Dadurch ist er immer auf dem aktuellsten Stand der medizinischen Entwicklungen - zum Nutzen der Mitglieder.

## Und dann noch jede Menge Engagement:

- Vermittlung ph-spezifischer Kliniken und Ärzte
- Kontakt zu wissenschaftlichen Zentren und Organisationen der PH-Selbsthilfe
- Unterstützung der Mitglieder, wenn es um deren Ansprüche im Bereich der medizinischen und sozialen Hilfsleistungen (Schwerbehinderung, Reha, Pflege, Erwerbsminderung) geht
- Vermittlung zu einem Rechtsanwalt für eine kostenlose Erstberatung bei Problemen in der Beantragung von Bedarfen im Sozialrecht.

- Initiieren von Projekten, die den Betroffenen helfen, wie PH-Assistenz, Atem- und Bewegungstherapie, Patienten-Informationsveranstaltungen, Familientreffen usw.
  - Aufklärungsarbeit bei Krankenkassen und Behörden
  - Mitarbeit bei Gesetzgebungsvorlagen zur Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen
  - Öffentlichkeitsarbeit in verschiedenen Medien, um das Thema PH bundesweit bekannt zu machen.
  - Jährliche Ausschreibung eines Journalistenpreises für Arbeiten und Beiträge zum Thema PH
  - Besuch von Kongressen und Tagungen
- Mitarbeit an der europäischen Vernetzung und in Dachorganisationen
  - Organisation bzw. Förderung besonderer Veranstaltungen, z.B. Benefiz-Veranstaltungen
  - Sicherung der Finanzierung bei öffentlichen und privaten Sponsoren

Ganz wichtig für unsere Betroffenen ist die persönliche Hilfestellung durch andere Betroffene oder Angehörige. Das lässt sich aber nicht anordnen oder erzwingen. Das kann nur kommen, wenn das Verständnis für Patient und Verein wächst. Wir wünschen uns, dass sich immer mehr Gleichgesinnte treffen, um dieses Ziel zu ver-

wirklichen und vielleicht auch mit persönlichem Einsatz den Verein stärken. Eine starke Gemeinschaft kann viel erreichen!

Der Beitrag für den ph e.v. dürfte gut angelegt sein. Man bekommt etwas für's Geld.

Vieles, was heute für PH-Patienten selbstverständlich ist, ist erst durch das Bemühen unseres Vereins ermöglicht worden.

Vorstand des  
pulmonale hypertension e.v.



## 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	<b>Bundesgeschäftsstelle</b> Hans-Dieter Kulla Rheinaustr. 94 <b>D-76287 Rheinstetten</b> Tel.: 0 7242-9 53 41 41 Fax: 0 7242-9 53 41 42 E-Mail: info@phev.de
Vorname	<b>Bankverbindung</b> 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

		<b>Partner/in</b>	<b>Bundesgeschäftsstelle</b> Hans-Dieter Kulla Rheinaustr. 94 <b>D-76287 Rheinstetten</b> Tel.: 0 7242-9 53 41 41 Fax: 0 7242-9 53 41 42 E-Mail: info@phev.de <b>Bankverbindung</b> Spar- und Kreditbank Rheinstetten eG IBAN: DE09 6606 1407 0008 0245 96 International BIC: GENODE61RH2
Nachname			
Vorname			
<b>Wer ist Patient?</b>			
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

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

Gläubiger-Identifikationsnummer DE83ZZZ00000172493

Mandatsreferenz-Nummer:

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

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

## SEPA-Lastschriftmandat

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

Hinweis:

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

.....  
Vorname und Name des Kontoinhabers

.....  
Name des Kreditinstituts

IBAN: DE\_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

.....  
Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

**Wird vom Verein ausgefüllt**

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nummer: \_\_\_\_\_

Beitrittsbestätigung \_\_\_\_\_

# ph e.v.

## Wissenschaftlicher Beirat im ph e.v.

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

Prof. Dr. Jürgen Behr, München,  
Prof. Dr. Ardeschir Ghofrani, Gießen,  
Prof. Dr. Ekkehard Grünig, Heidelberg,  
PD Dr. Matthias Held, Würzburg

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

## Spendenaufruf

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

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

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

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

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

### Noch ist die Krankheit nicht heilbar.

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

### Spendenkonto:

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



**Bruno Kopp** († 07.02.2012)

## Impressum:

### Redaktion

Manfred Weber  
Breslauerstr. 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,  
Frederike Reichel

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

### Druck/Design:

Fink GmbH – Druck und Verlag

### Auflage: 6000

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

# Pressespiegel PH IN DEN NACHRICHTEN

## Bad Oeynhausen

DONNERSTAG  
18. NOVEMBER

L202

### Ausstrich

■ Bad Oeynhausen: Laurentius der Kirchs Advent ei Diakonisch Schwesternhof zu seh Empathie" zahlreiche zu einem e einander t täglichem Ulen. Am k 19. Novem Michael Pfarrer au hof, im R immer Klatsch" ir che eine k die Ausste information bei Ingrid 0163-6127

### Verder!

■ Bad Oeynhausen: nächste N des SPD- findet am 1 vember, u dekerns H Themenar den das ak schehen at und Bund selbstversti den Maßn schutz 3G-Regel oder genes

### Bericht

■ Bad Oeynhausen: Geschäft nen" von jahn in de es eine N: März wird "Klosterche Angebot u vorwiegend erhalten b bet verabs jahn zum 40 Jahren den Ruhes

### Wald

■ Bad Oeynhausen: WDR HD, WDR HD bsn, Kanal 33 ZLPS

### Ihr Draht zur Neuen Westfälischen

**Aboservice:** (0521) 555-888  
**Anzeigenservice:** (0521) 555-333  
**Kartenvorverkauf:** (0521) 555-444  
**Medienberater:** (05731) 24 00 30  
**Fax Anzeigen:** (05731) 24 00 40  
**Lokalredaktion:** (05731) 24 00 50  
**Fax Redaktion:** (05731) 24 00 65

**E-Mail:**  
oeynhausener@nw.de

Thorsten Gädcker (tgg) 24 00 51  
Jörg Stuke (jst) 24 00 54  
Nicole Bliessen (nic) 24 00 53  
Heidi Froreich (fro) 24 00 52  
Nicole Sielermann (nisi) 24 00 55

**Geschäftsstelle:** Lenne-Karee,  
**Öffnungszeiten:** Mo.-Fr. 10 bis 17 Uhr u. 14 bis 17 Uhr, Sa. geschl.

# Ambulanz für Lungenhochdruck

Daniel Dumitrescu behandelt im HDZ Patienten mit einer seltenen, aber lebensbedrohlichen Erkrankung. Die Diagnose ist schwierig.

Heidi Froreich

■ Bad Oeynhausen. Tägliche Kontrolle – für Patienten mit Bluthochdruck dank kleiner mobiler Messgeräte für Handgelenk oder Oberarm kein Problem. Wer hingegen unter einem Hochdruck der Lunge leidet, bekommt seine Werte nur durch eine Herzkatheteruntersuchung in der Klinik. Nicht nur bei Diagnose und Behandlung, sondern auch bei den Risikofaktoren gibt es große Unterschiede zu der deutlich bekannteren Volkskrankheit, erklärt Daniel Dumitrescu. Der Kardiologe leitet die Spezialambulanz für Lungenhochdruck am Herz- und Diabeteszentrum NRW. Er weiß deshalb auch, welche Gefahren seinen Patienten drohen.

Herz und Blutgefäße versorgen alle Zellen des Körpers mit Nährstoffen und Sauerstoff. Und zwar mit zwei Kreisläufen. Mit dem großen Körperkreislauf werden Organe, Gewebe und Zellen durchblutet und mit Sauerstoff und anderen lebenswichtigen Substanzen versorgt. Im kleinen Lungenkreislauf gelangt der frische Sauerstoff, der mit der Atemluft in den Körper strömt, ins Blut. Während die linke Herzkammer das sauerstoffreiche Blut in den Körperkreislauf pumpt, wird der Lungenkreislauf durch die rechte Herzkammer versorgt. „Die kann hohen Druck nicht lange aushalten“, erläutert Dumitrescu.

Leistungseinschränkung, Müdigkeit, Schwindel, Wassereinlagerungen – es sind unspezifische Symptome, mit denen sich ein Lungenhochdruck bemerkbar macht. Deshalb fällt die Diagnose dieser seltenen Erkrankung schwer, viele Patienten bekommen erst nach mehreren Arztbesuchen einen klaren Befund. „Man braucht dazu ein vielfältiges Untersuchungsspektrum“, betont Dumitrescu, der schon seit mehr als zehn Jahren Patienten mit dieser Erkrankung behandelt und auch in der For-



Patient Stephan Mundry (45) macht den Belastungstest auf dem Ergometer. Der ist für die Diagnose eines Lungenhochdrucks unverzichtbar. Kontrolliert wird der Test von Daniel Dumitrescu und Kathrin Weibig (Funktionsdienst/Pflege).

Foto: M. Mompour, HDZ NRW, Bad Oeynhausen

scherung auf diesem Gebiet aktiv ist. Ultraschall des Herzens, EKG, Lungenfunktionskontrolle, Belastungstest auf dem Ergometer (die sogenannte „Spiroergometrie“) und eben die Druckmessung im Lungenkreislauf per Katheteruntersuchung – all das steht ihm in der von ihm geleiteten Spezialambulanz am HDZ zur Verfügung. „Anders als beim klassischen Bluthochdruck steigt das Erkrankungsrisiko nicht mit zunehmendem Alter. „Übergewicht, Rauchen, Bewegungsmangel spielen beim Lungenhochdruck auch keine Rolle“, zeigt er einen weiteren Unterschied auf. Der daher auch eine ernüchternde Konsequenz hat: „Für Lungenhochdruck gibt es bislang keine Vorbeugungsmaßnahmen“.

Verschiedene Ursachen können dazu führen, dass der Lungendruck krankhaft erhöht ist. „Fortschreitende Umbauvorgänge in den kleinen und mittleren Lungenarterien“ nennt Dumitrescu als erste. Dies wird auch als pulmonale arterielle Hypertonie (PAH) bezeichnet. Frauen zwischen 30 und 50 Jahren sind von dieser Form besonders häufig betroffen. Die durchschnittliche Überlebenszeit einer nicht behandelten Erkrankung wird auf etwa vier Jahre nach Diagnosesstellung beziffert. Für diese Patienten gab es früher nur eine Lungentransplantation als Behandlungsmöglichkeit, heute stehen spezielle Medikamente zur Auswahl, die die Krankheit zwar nicht heilen, aber wirkungsvoll behandeln können.

Eine weitere Form des Lungenhochdrucks geht auf chronische Blutgerinnsel in den Lungenarterien zurück, die bei manchen Patienten nach einer Lungenembolie zurückbleiben und sich nicht mehr auflösen lassen. Dies bezeichnet man als „Chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie (CTEPH). Während die Symptome nahezu gleich sind,

ist die Behandlung dieser Form des Lungenhochdrucks grundlegend verschieden. „Die Gerinnsel müssen herausoperiert werden, sofern das technisch machbar ist“, beschreibt Dumitrescu diese Behandlung, die zwar invasiv ist, aber in vielen Fällen die Erkrankungswahrscheinlichkeit beseitigen kann. Nur wenn nicht operiert werden kann, kommen ebenfalls spezielle Medikamente zum Einsatz.

Weitaus häufiger entsteht ein Lungenhochdruck jedoch als Folge einer chronischen Erkrankung des Herzens oder der Lunge. Bei diesen Formen gibt es derzeit keine spezifischen Behandlungsoptionen. Immerhin, so Dumitrescu, könne eine erfolgreiche Behandlung dieser Grunderkrankung aber häufig dazu führen, dass der Lungenhochdruck sich ebenfalls deutlich verbessert. Dumitrescu: „Auch das können wir unserer Spezialambulanz kontrollieren“. Das mobile Blutdruckgerät reicht

den. In einem shop der VHS) kön- und Schü- im 20. und wils von 10 wichtigsten men des onsproms Office jenen, die belungs- oder nisse hin- essionell- beiten in worden ha- worde bei der

### Basics für Schüler

■ Bad Oeynhausen. Auswertung von Bewerbungsunterlagen, klar im Vorteil, so EDV-Dozent Norbert Bruns. Als Bewerbungstrainer weiß er, wovon er spricht und kann aufgrund seiner langjährigen Erfahrung in der Zusammenarbeit mit größeren Unternehmen unterschiedlichste Anwendungsbeispiele aufzeigen, in denen Excel im späteren Berufsalltag eine wichtige und durchaus spannende Rolle spielt. Anmeldung unter Tel. (05731) 8 69 55 10 und im Internet unter [www.vhs-badoeynhaus.de](http://www.vhs-badoeynhaus.de).

### Golf-Event der Volksbank

■ Bad Oeynhausen. Eventgolf kommen die Teammitglieder garantiert miteinander ins Gespräch. Einlass zu der Veranstaltung ist ab 17.30 Uhr. Spielstart ist nach einer kurzen Zehnminutenpause am 18. November, zu veranstaltung Theater in. Interessenten können numinativen Netzwerk mit door-Minim unter den gebil- auten Golf- ensverfahren bei Ge- sich aus- orking-Pro- ränger: Beim

### Notdienst

23) 1 20 10.  
**Kinderärztlicher Notdienst**, ab 20.00 Kinderklinik im Klinikum Herford, Tel. (0 52 21) 94 25 44.  
88.  
Do, 9.00 er Str. 110, 2) 7 35 04, 228 33 oder

**Tierarzt**  
**Tierklinik Bielefeld**, 24-Stunden-Notdienst, (05 21) 26 03 70.  
**Sonstige Notdienste**  
**Coronavirus-Hotline des Kreises Minden-Lübbecke**, 9.00 bis 12.00, 14.00 bis 16.00, Tel. (05 71) 807 15 999.

**Störungen**  
**Westfalen Weser Netz GmbH**, Tel. (05251) 2 02 03 00.  
**Eintrittsrechtsdienst Erdgasversorgung**, Tel. (08 00) 7 99 99 60.  
**Stadwerke Bad Oeynhausen**, außerhalb der Dienstzeiten, Tel. (05 71) 8 38 70 Feuerwehr und Rettungsdienst Minden.

**Wasserversorgung**, Stadwerke Tel. (05732) 97 53 75.  
**Störungen im Kanalbetrieb**, Stadwerke Löhne, Tel. (05732) 97 55 75.

Zuletzt gilt: Anzeigenpreisliste Nr. 56b vom 1. Juni 2021.  
**Monatlicher Preisvergleich bei Trügeranstellung** (1,90 EUR, bei Postanzahlung 47,30 EUR; Papper 21,90 EUR, jeweils inkl. 7% MwSt. Bei Abonnement-Unterbrechung erfolgt eine Rückvergütung des Bezugspreises ab dem 7. Tag der Unterbrechung. Das Abonnement kann mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende gekündigt werden (Datum des Postempfangs). Abbestellungen sind schriftlich an den Verlag zu richten. Zusätzl. zahlens. Abbestellungen nicht erregbar. Bei Nichtbe- fertigung ohne Verschulden des Verlages, bei Abbestellung oder in Fällen höherer Gewalt kein Entschädigungsanspruch. Erfüllungsort und Gerichtsstand ist, soweit das Gesetz zwingend nichts anderes vorbestimmt, der Sitz des Verlages.  
In der Zeitung **NEUE WESTFÄLISCHE** er- scheinen Internetanzeigen und Anzeigen. Die Veran- staltungskosten ERWIN sowie an jedem Dienst- tag die Beilage „spira“ – Wochenmagazin zur Zeitung.  
Sofort ein Artikel dieser Zeitung in ihre inter- net elektronischen Pressepapier übernehmen, erhalten sie erforderliche Rechte unter [www.pressemanager.de](http://www.pressemanager.de) oder Tel. (030) 28 49 30, Pressemagazin GmbH.

**Geschäftsleitung:**  
Klaus Schrothofer  
**Herstellung:** Oppermann, Rodenberg  
Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Ost- westfälischer Zeitungsgewerkschaft.  
**Internet:** [www.nw.de](http://www.nw.de)  
**E-Mail:** [oeynhausener@nw.de](mailto:oeynhausener@nw.de)



Foto: Mirko Joerg Keller

### Gewinnaktion Zwei Karten für die Lesung

■ Bad Oeynhausen. Für die Lesung mit Suzanne Borsody verlost die NW zwei Karten. Die Hotline ist am Donnerstag, 18. November, von 6 bis 24 Uhr, geschaltet.

Ein Anruf kostet 50 Cent aus dem Festnetz der Dt. Telekom; ggf. abwe- chende Preise aus dem Mobilfunk. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

**RUFEN SIE AN: (0 13 78) 40 30 57**

karatig besitzen 1110 „AZU – bestehend aus dem argentinischen Gitarristen Anibal Civolotti, dem aus Venezuela stammenden Perkussionisten und Vibrafonisten Omar Plasencia León sowie dem deutschen Jazzmusiker Kurt Holz- kamper am Kontrabas. Ge- meinsam sorgen sie für atmo- sphärische Lateinamerika- Klänge zwischen Melancholie und Lebensfreude.

Der Einlass zur Veran- staltung erfolgt nur mit dem Nach- weis einer vollständigen Impfung, Genesung oder einem aktu- ellen, negativen Covid-19- Test. Tickets gibt es im Haus des Gastes, Im Kurpark, Tel. (05731) 13 00 oder bei der Neu- en Westfälischen, Herford- Straße 47-51, [www.stadtbad- oeynhaus.de](http://www.stadtbad- oeynhaus.de).

Die Neue Westfälische ist Partner der Redaktionsgemeinschaft der ostwestfälischen- bispischen Verlage: Geschäftsführung: Sandra Dalb. Chefredaktion: Thomas Seim (v.i.d.A.P.), Jörg Rime (Stv.) Leitung Redaktionsgemeinschaft: Jörg Rime, Martin Fölsch (Stv.), Christian Land (Stv.) Politik, Nachrichten: Dirk Müller, Zwischen Weiser und Rhein: Sigrun Müller-Gerbes, Wirtschaft: Martin Fölsch, Kultur/Moder- Stefan Brams, Sport: Torsten Ziegler, Reporter: Matthias Bausgrotz, Büro Düsseldorf: Ingo Kalisch

Redaktionsgemeinschaft der ostwestfälischen- bispischen Verlage GmbH & Co. KG Niederstr. 21-27, 33602 Bielefeld

Veröffentlichungen in Print- oder elektroni- schen Medien sowie Vertriebswegen, auch auszugswise, nur mit schriftlicher Genehmi- gung des Verlages. Für Rücksendung unange- fordert eingesandter Manuskripte, Bücher, Zeitschriften und Bilder übernimmt die Red- aktion keine Verantwortung.

Verantwortlicher Anzeigenleiter: Michael Joachim Appelt

Anschrift für Redaktion und Verlag: Zeitungsgewerks NEUE WESTFÄLISCHE GmbH & Co. KG, 33602 Bielefeld, Niederstraße 21-27, Postfach 10 02 25, 33602 Bielefeld, Telefon 05 21 53 51, Telefax 5 25 1 48 und 5 49, Lokalanzeigen: 32545 Bad Oeynhausen, Herforder Str. 47-51 / Väterstr. 1-5, Telefon 0 57 30 24 00 (Geschäftsstelle).



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

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

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

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

### Voraussetzung

ist die Verordnung durch den behandelnden Arzt (Kopie), eine glaubhafte Bestätigung der Urlaubsreise (z. B. Buchungsbestätigung) und die Mitgliedschaft im Verein. Die Informationen sollten 30 Tage vor Reisebeginn vorliegen, sonst wird eine Servicepauschale vom Anbieter erhoben. 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.



Bild: pixabay



### Wir bedanken uns herzlich für die freundliche Unterstützung durch unsere Fördermitglieder

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

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

E-Mail: [info@phev.de](mailto:info@phev.de)  
Internet: [www.phev.de](http://www.phev.de)