

LEBENS LINIEN



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

1/2016



Editorial	1
Hirntod im Fokus	2
Irreversibler Hirnfunktionsausfall (Hirntod)	2
Hirntod und Organspende aus Sicht der Kirchen	3
25 x 25 geschenkte Jahre	4

Transplantationsmedizin

Richtlinienänderung für die alkoholinduzierte Leberzirrhose in Kraft	5
Neufassung der Richtlinien zur Organtransplantation	6
Leberlebendspende – Einige Informationen und Gedanken	8
Konservierung der Leber – „HOPE for livers“	9
Aktuelle Konzepte zur Immunsuppression bei Lebertransplantation (Ltx)	11
Leseprobe: Inka Nisinbaum, Ich bin noch da	12
Mediziner diskutierten neue Wege der Transplantationsmedizin	13
19. Symposium des Arbeitskreises Transplantationspflege (AKTX Pflege e.V.)	14

Aus Wissenschaft und Forschung

Verbreitung von Lebererkrankungen und Folgeerscheinungen · Neue Therapieansätze gegen cholestatische Erkrankungen · Ltx bei Kindern	15
Ltx-Wartelisten-Management · Kritische Aspekte bei Lebendspende-Lebertransplantation	16
Diagnose und Behandlung von Leberkrebs (HCC = Hepatozelluläres Karzinom) · Risiko des Wiederauftretens von HCC nach Ltx	17

Hepatology

Eine Umleitung in der Leber – Transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Shunt (TIPS)	18
EASL-2015-Update Autoimmune Lebererkrankungen	19
Hinweis: 4. Deutscher Patiententag Lebertransplantation	20
Refraktärer Aszites – Eine therapeutische Herausforderung	21
Neue Therapieansätze beim hepatozellulären Karzinom	22
70. Jahrestagung der DGVS	24
Virushepatitis: Auch für Transplantierte immer ein Thema ...	25
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V.	26

Aus den Zentren

Rostock: Gruppentreffen Lebertransplantierte und Patienten auf der Warteliste	27
Uniklinikum München: 30 Jahre Lebertransplantation	27
Würzburg: Sommerfest der Organspende 2015	29
Regensburg: 20 Jahre Transplantationszentrum	29
Mainz: Informationsveranstaltung Lebertransplantation in der Unimedizin	30
Heidelberg: 13. Transplantationssymposium	30
Heidelberg: Über 160 Betroffene informieren sich beim Regionaltreffen	31
Essen: Universitätsklinikum eröffnet Klinik für Infektiologie	32

Transplantationsgesetz · Organspende

2015: Organspendezahlen Januar–September kurzfristig besser, trotz schlechtem September	33
DSO-Jahreskongress 2015	33
Neues Computersystem und Standarddokumentation für Eurotransplant	34
Ablauf einer Organspende aus Sicht des DSO-Koordinators ..	35
Allokationssystem: Dinglichkeit vs. Erfolg	37
Deutscher Evangelischer Kirchentag 2015 in Stuttgart	38
Juni-Aktionen des Essener Bündnisses Organspende	38
Ich will's wissen – Neue Medien für Schulveranstaltungen in Baden-Württemberg	39
Einladung zum Curriculum „Organspende“ der DSO-Region Bayern	40
Ethik – Zweifelhafte Wege zur Organspende	40
Pressespiegel	41
Organspendeausweise	41
366 Tage Leben	42
Flashmob zum Tag der Organspende in Regensburg	43
Verleihung des Bayerischen Organspendepreises 2015	43

Gesundheit

Der Schlaganfall	44
Nicht nur im Sommer – An den Sonnenschutz denken!	45
Wie die Ernährung die Demenz beeinflusst	45
Sie fragen – Wir antworten	46

Recht · Soziales

Erwerbsunfähigkeitsrente nach Lebertransplantation?	47
Neues bei Arbeitsunfähigkeit und Krankschreibung: Krankengeldlücke wurde nun geschlossen	47

Geist · Körper · Seele

World Transplant Games 2015	48
„HCV ins Licht gerückt“ – Ein Kunstprojekt für HCV-Betroffene	49
Buchbesprechung: Die Kunst der Einfachheit	49
„Pilgern fürs Leben“	50
„Selbstsorge“ statt „Nachsorge“	51
Gedenken	53

Ernährung

Winterzeit = Suppenzeit	54
-------------------------------	----

Vereinsgeschehen

Eine Schifffahrt, die gute Laune brachte	56
Angehörige von Betroffenen	56
Neue Ansprechpartner	57

Vermischtes

Adresse Verein – Vorstand	58
Dank an Sponsoren – Impressum – Beitrittserklärung	59
Termine – Beitrittserklärung	60
Ansprechpartner/Kontaktgruppen – Koordinatoren	61
Fachbeiräte	64
Medizin mit dem gesunden Menschenverstand	U3



Das Davor und das Danach – Ganz neues Lebergefühl

Gaby Winter, Vorstandsmitglied unseres Vereins, hat an einem speziellen Malworkshop für Virushepatitis-Betroffene teilgenommen. Das Bild zeigt eindrücklich, wie viel Düsteres, Krankes von der zerstörten Leber ausging, aber auch wie nach erfolgreicher Transplantation und anschließender Medikamententherapie die Farbigkeit und Freude wieder Oberhand gewinnen. Wir danken für die Möglichkeit des kostenlosen Abdrucks.



Liebe Leserinnen und Leser,

das Vertrauen in die Organspende und Transplantationsmedizin wurde in den letzten drei Jahren bei der Bevölkerung wie auch beim medizinischen Personal erschüttert. Das zeigte sich auch im Rückgang der Spendermeldungen der Krankenhäuser und somit in den rückläufigen Organspenderzahlen.

Die Überwachungs- und Prüfungskommission, in gemeinsamer Trägerschaft von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband, hat seit Ende 2012 in 46 Transplantationszentren 126 Transplantationsprogramme kontinuierlich geprüft und nun ihren Abschlussbericht vorgelegt.

Bis in den November 2015 gab es Presseberichte über Manipulationen bei der Herzwarteliste. Was wenig beachtet wird: Diese Manipulationen fanden, wie seinerzeit die bei der Leberwarteliste, im Zeitraum zwischen 2010 und 2012 statt. Alle Manipulationen, auch die zurückliegenden, sind nicht akzeptabel, aber es muss klar sein, dass es sich hier nicht um neue Manipulationen von „Unbelehrbaren“ handelt. Zunächst waren beginnend Ende 2012 alle Leber-, dann Nieren- und schließlich Herz- und Lungentransplantations-Programme überprüft worden. Da die Herzprogramme den Abschluss der Visitationsrunde bildeten, wurden die Manipulationen an den 5 Herzzentren auch erst 2015 entdeckt.

Laut Abschlussbericht gab es systematische Manipulationen in 4 Leberzentren, keine bei den Nieren-/Pankreasprogrammen, jedoch in 5 Herzzentren sowie 2 Lungenzentren. Nicht als Manipulationen wurden kleine Dokumentationsfehler, Übertragungsfehler etc. gewertet. Auch die Manipulationen bei den Lungenwartepatienten sind evtl. zu relativieren, da zu dieser Zeit ein neuer Lungen-Score eingeführt worden war und sich einige Zentren wohl noch in der Umstellungsphase befanden.

Die gute Nachricht heißt also: In den meisten Zentren wurde regelgerecht gearbeitet! In vielen Zentren wird auch der Fokus nun noch stärker auf die Erfüllung der bindenden Richtlinien gelegt. Die überraschenden Prüfungen der Zentren werden auch nach dieser ersten Runde weitergehen.

Das gesamte, 2012 eingeführte Maßnahmenbündel und die Visitationen sollen eine Vertrauensbildung und somit einen Anstieg der Organspenderzahlen und Meldungen seitens der Spenderkrankenhäuser bewirken. Voraussetzung ist aber die Auseinandersetzung mit der Thematik über die Schlagzeilen der Presse hinaus.

Weiterhin müssen die Transplantationsbeauftragten dringend in der Erfüllung ihrer Tätigkeit durch flächendeckende Umsetzung des Transplantationsgesetzes und direkt an ihrer Arbeitsstelle unterstützt werden.

Trotz erster, zaghafter, positiver Entwicklungen der Spenderzahlen ist es sicher noch ein weiter Weg bis zur annähernd ausreichenden Versorgung aller bedürftigen Wartepatienten mit lebensrettenden Spenderorganen!

Ich wünsche Freude am Lesen der neuen Ausgabe der „Lebenslinien“ und uns allen nicht nachlassende Kräfte, uns für die Förderung der Organspende einzusetzen.

Ihre Jutta Riemer

Hirntod im Fokus

Jutta Riemer

Das Thema „Hirntod“ begegnete uns im Jahr 2015 in verschiedenen Zusammenhängen: So nahm der Deutsche Ethikrat Stellung zur Einordnung als Voraussetzung für die Organspende und zur Einordnung bezüglich des Lebensendes. Auch wurde die aktuell überarbeitete Richtlinie zur Feststellung des Hirntods seitens der Bundesärztekammer vorgestellt. Lesen Sie hierzu im Folgenden die Ausführungen von Dr. Rainer Hess. Erläuterungen zur aktuellen Stellungnahme der Deutschen Bischofskonferenz lesen Sie im Beitrag von Pater Klaus Schäfer

(s. S. 3). Weiterhin wird derzeit in Fachkreisen diskutiert, den Begriff „Feststellung des Hirntods“ zu ersetzen durch „Feststellung des nicht behebbaren Ausfalls aller Hirnfunktionen“. Die Begrifflichkeit ändert nichts an den Richtlinien oder medizinischen Tatsachen. Es würde aber nicht der Eindruck erweckt, dass durch die Bezeichnung „Hirntod“ die Grenze zwischen Leben und Tod an eine andere Stelle rückt, es verschiedene Stufen des Todes gibt und eine Art Tod endgültiger ist als eine andere. Der „Hirntod“ würde dann – unabhängig vom Thema Organspende – korrekt eingereiht in die Reihe weiterer, sicherer Todeszeichen, wie z. B. Leichenfleck, Totenstarre, irreversibler

Herzstillstand. Mit der Feststellung des Gesamtgehirnausfalls würde dann der Tod festgestellt und nicht ein besonderer Tod (Herztod, Hirntod, Totenstarretod ...). Derzeit stehen beide Begriffe noch nebeneinander und dürfen sicher synonym gebraucht werden, weil sie beide für die **irreversibel**, also unumkehrbar, **erloschene Gesamtfunktion des Gehirns** (Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm) stehen.

Ein Faltblatt zum Thema „Hirntod“ kann gegen Einsendung eines ausreichend frankierten Rückumschlags bezogen werden bei:
Lebertransplantierte Deutschland e.V.,
Bebbsdorf 21, 58454 Witten

Irreversibler Hirnfunktionsausfall (Hirntod)



Foto: privat

Dr. Rainer Hess

Die Diskussion um die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls als wissenschaftlich anerkannter Beleg für den Eintritt des Todes (häufig als „Hirntod“ bezeichnet) wird in keinem anderen Land so emotional geführt wie in Deutschland. Das löst in der Bevölkerung Ängste aus, die mit dazu beitragen, dass unabhängig von dem Rückgang an Organspenden als Folge von aufgedeckten Wartelistenmanipulationen das Niveau der Spenderbereitschaft schon immer unter dem vergleichbarer Industrieländer lag. Zwei in 2015 zum Abschluss gebrachte, mehrjährige Entscheidungsprozesse könnten zumindest zu einer Versachlichung dieser Diskussion beitragen.

1. Der vom Präsidenten des Deutschen Bundestages eingesetzte, hälftig mit von Bundesrat und Bundestag vorgeschlagenen, nicht parlamentarischen Mitgliedern besetzte Deutsche Ethikrat hat nach einer dreijährigen Diskussion am 24. Februar 2015 seine Stellungnahme zur Einordnung des Hirntods zur Todesfeststellung und zur Entscheidung zur Organspende vorgelegt. Abgesehen davon, dass die unterschiedlichen Meinungen zur Beweiskraft des vollständigen, irreversiblen Hirnfunktionsausfalls als Beleg für

den eingetretenen Tod sich auch in dem entsprechend differenziert zusammengesetzten Ethikrat nur als Mehrheitsvotum für diesen Nachweis niedergeschlagen haben, gibt es aber einheitliche Voten, die auch in der öffentlichen Diskussion herausgestellt werden sollten:

„a. Einstimmig ist der Deutsche Ethikrat der Auffassung, dass am Hirntod als Voraussetzung für eine postmortale Organentnahme festzuhalten ist!

b. Eine Erklärung, mit der der mögliche Spender zu Lebzeiten persönlich und wirksam in eine postmortale Organspende eingewilligt hat, ist auch wirksam, wenn er sie in der Überzeugung abgegeben hat, dass sein Hirntod noch nicht sein Tod ist.

c. Die Bundesärztekammer sollte die Methoden der Hirntoddiagnostik dem Erkenntnisfortschritt der Wissenschaft kontinuierlich anpassen. Ihre Anwendung in der Praxis ist sicherzustellen.“

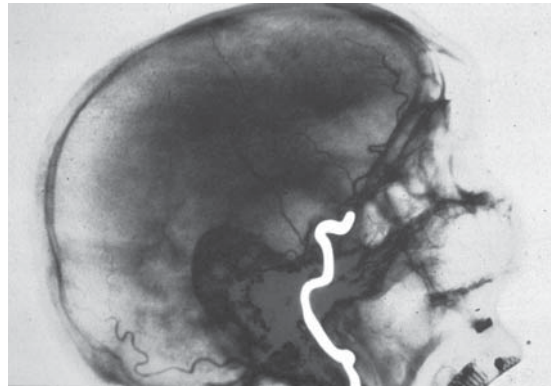
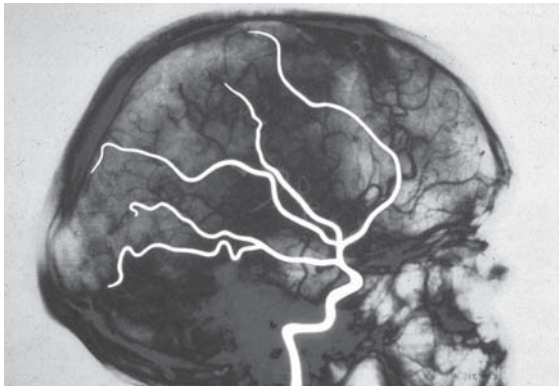
Mit der zuletzt genannten Empfehlung gesteht der Deutsche Ethikrat trotz immer wieder erhobener verfassungsrechtlicher Bedenken der Bundesärztekammer die Verantwortung für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Methoden zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (sog. Hirntoddiagnostik) entsprechend dem Erkenntnisfortschritt der Wissenschaft zu.

2. Die Bundesärztekammer ist dieser Verantwortung durch die auf Empfehlung ihres wissenschaftlichen Beirats nach einer zweijährigen Überarbeitung mit Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum 30.3.2015 neu gefasste Richtlinie nach § 16 Transplan-

tationsgesetz (TPG) zur Feststellung des Todes und zum Verfahren zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nachgekommen. Dabei sind diese Richtlinien zwar wegen ihrer gesetzlichen Verankerung in § 16 des TPG rechtlich eng mit diesem verbunden. Zu Recht betont die Bundesärztekammer aber im Vorwort der deswegen auch von ihrem wissenschaftlichen Beirat und nicht von der nach § 16 Abs. 2 TPG für die Erarbeitung transplantationsspezifischer Richtlinien zuständigen StÄKO bearbeiteten Richtlinie,

DER AUTOR

Dr. Rainer Hess war 2013 als Interimsvorsitzender der DSO bestellt, um die private Stiftung in ihrer Organisationsstruktur und Aufgabenwahrnehmung stärker öffentlich-rechtlich auszurichten. Vor dieser Tätigkeit war er von 2004 bis 2012 unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, der als oberstes Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung in Deutschland eine nahezu alle Leistungsbereiche der GKV umfassende Richtlinienkompetenz hat. Seine beruflichen Erfahrungen hat Dr. Hess über 35 Jahre in den Selbstverwaltungsorganisationen der Ärzteschaft gesammelt, und zwar als Justitiar der gemeinsamen Rechtsabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung und ab 1988 als Hauptgeschäftsführer der KBV. Wir freuen uns, dass Dr. Rainer Hess seit 2015 unseren Fachbeirat verstärkt.



Aufnahmen eines Schädels mit normaler Durchblutung (links) und ohne Durchblutung (rechts) des Gehirns.

dass „die Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls ein für die Intensivmedizin unverzichtbares Instrument der Prognoseeinschätzung für weitere Therapieentscheidungen darstellt“, und zwar „unabhängig von der Frage einer Organ- oder Gewebespende“. Nur etwa jede zweite Diagnostik sei im Kontext einer solchen postmortalen Spende erfolgt. Das Sondervotum von Frank Emmerich, Leo Latasch und Eckhard Nagel zur Stellungnahme des Deutschen Ethikrates findet hier seine Bestätigung.

Zu Recht wird deswegen klargestellt, dass es begrifflich nicht isoliert um die Feststellung des Hirntods geht, sondern dass die Feststellung des irreversiblen Ausfalls der Hirnfunktion den sicheren Nachweis des Todes beinhaltet.

Die vom Deutschen Ethikrat erhobene Forderung einer Sicherstellung der Einhaltung dieser weiterentwickelten Richtlinie

in der Praxis ist wichtig. Dazu enthält die weiterentwickelte Richtlinie eindeutige Vorgaben für die Qualifikation der beiden Ärzte, die den irreversiblen Ausfall der Hirnfunktion und damit den Eintritt des Todes vor Beginn einer Organentnahme festzustellen haben. So müssen beide Ärzte Fachärzte sein, die neben bereits bisher erforderlicher mehrjähriger Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit akuten schweren Hirnschädigungen über inhaltlich konkretisierte Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen, die für die Beurteilung eines Patienten mit schwerer Hirnschädigung und möglicherweise vorliegendem irreversiblen Hirnfunktionsausfall von besonderer Bedeutung sind. Des Weiteren muss einer von ihnen Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie sein und bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr muss ein Arzt Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sein, wobei nur bei

seiner Qualifikation als Neuropädiater auf die Zuziehung eines Neurologen oder Neurochirurgen verzichtet werden kann. Durch die Verpflichtung, im Protokoll die richtliniengemäße Qualifikation zu bestätigen und die untersuchenden Ärzte namentlich aufzunehmen, ist sichergestellt, dass nur entsprechend der Richtlinie qualifizierte Ärzte den irreversiblen Hirnfunktionsausfall feststellen.

Zu Recht enthält sich die nicht auf die Transplantationsmedizin beschränkte Richtlinie der Bundesärztekammer einer Aussage zur Stellung der an den Entnahme-Krankenhäusern tätigen Transplantationsbeauftragten. Auch für diese gilt die Einschränkung, dass an der Untersuchung des irreversiblen Ausfalls der Hirnfunktion ein Arzt nicht beteiligt sein darf, der an der Entnahme oder der Übertragung des Spenderorgans beteiligt oder Weisungen eines anderen Arztes unterstellt ist, der an diesen Maßnahmen beteiligt ist.

Hirntod und Organspende aus Sicht der Kirchen

Eine Bekräftigung – Jubiläum der gemeinsamen Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz (DBK) und der Evangelischen Kirche Deutschland (EKD) von 1990

Klaus Schäfer

Im April 2015 verabschiedete die Glaubenskommission der DBK die Orientierungshilfe „Hirntod und Organspende“. Veröffentlicht wurde sie im Sommer 2015. In Fußnote 1 schlägt sie die Brücke zu der Schrift „Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland.“ Gemeinsame Texte Nr. 1 (Bonn/Hannover 1990).

Die DBK verfolgt mit dieser Orientierungshilfe mehrere Ziele:

a) das verlorengegangene Vertrauen in die Transplantationsmedizin soll zurückgewonnen werden

- b) die Zweifel am Hirntodkonzept ausräumen
- c) die Position der katholischen Kirche zur Organtransplantation verdeutlichen.

Um das verlorengegangene Vertrauen wieder zurück zu gewinnen, ist nach Meinung der DBK „ein hohes Maß an Transparenz erforderlich“ (S. 7). Des Weiteren dürfe „eine ganze Reihe gewichtiger ethischer Fragen ... nicht verdrängt werden ...“, wenn das notwendige Systemvertrauen in diesen Zweig der modernen Medizin nicht dauerhaft und irreparabel beschädigt werden soll“ (S. 9).

Bereits im Geleitwort wird deutlich zum Hirntod Position bezogen: „Nach jetzigem Stand der Wissenschaft stellt das Hirntod-Kriterium im Sinne des Ganzhirn-



todes ... das beste und sicherste Kriterium für die Feststellung des Todes eines Menschen dar, so dass potenzielle Organspender zu Recht davon ausgehen können, dass sie zum Zeitpunkt der Organentnahme wirklich tot und nicht nur sterbend sind (S. 6).

Zur Verdeutlichung betont die DBK: „Bezugspunkt der Bestimmung von Leben und Tod des Menschen ist also der Mensch als Ganzer und nicht irgendeine organismische Teilfunktion ...“ (S. 14). Der Mensch ist nicht der lebende Körper, sondern ist die Einheit von Körper und

Geist, von Leib und Seele. Diese Einheit ist mit dem Hirntod zerbrochen. Sie kann nicht wieder hergestellt werden. So schreiben die DBK und der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) im Jahr 1990 über den Hirntod: „Mit dem Hirntod fehlt dem Menschen die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt. Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden. Ein hirntoter Mensch kann nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten und beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen und äußern, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgendetwas entscheiden. ... Hirntod bedeutet also etwas entscheidend anderes als nur eine bleibende Bewusstlosigkeit, die allein noch nicht den Tod des Menschen ausmacht“ (S. 10f).

Da der Hirntod ein unsichtbarer Tod ist, den nur die Hirntoddiagnostik ans Licht bringt, gibt es eine Reihe irritierender Phänomene, die den Eindruck machen, dass Hirntote noch leben werden. Hierauf geht die DBK mit ihrer Orientierungshilfe ein. Das Herz von Hirntoten schlägt noch. Damit haben sie Puls und Blutdruck. Damit arbeiten die Organe, der Körper ist warm, er verdaut und scheidet aus. So können aus schwangeren Hirntoten lebende Kinder geboren werden. – Alles dies interpretieren Kritiker des Hirntod-Konzepts als Lebenszeichen und fordern damit die Aufgabe der so-

genannten „Dead Donor Rule“, d.h. dass nur Hirntote als Organspender in Frage kommen. Diesen kritischen Stimmen erteilt die DBK eine deutliche Absage, weil „davon auszugehen (ist), dass das Hirntod-Kriterium ... nach jetzigem Stand der Wissenschaft das beste und sicherste Kriterium für die Feststellung des Todes eines Menschen darstellt“ (S. 19).

Im Geleitwort wird die Organspende als „einen großherzigen Akt der Nächstenliebe“ (S. 6) bezeichnet. Dennoch „besteht weder eine rechtliche noch eine moralische Pflicht zur Organspende noch besitzen Kranke einen Rechtsanspruch auf die Organe fremder verstorbener Menschen“ (S. 20). Damit die Menschen eine für sie tragfähige Entscheidung zur Frage der Organspende fällen können, fordert die DBK „eine umfassende Aufklärung des Spenders“ (S. 20).

Als zukünftige Rechtsfortbildung sieht die DBK „die sog. Enge Zustimmungslösung“ (S. 21). Diese Aussage stößt bei Transplantierten wie auch bei Patienten, die auf der Warteliste für eine Organtransplantation stehen, und deren Familien auf Ablehnung. Hierzu wurden bereits erste Stimmen laut. Sie hätten gerne die Widerspruchsregelung, wie es z.B. in Österreich gehandhabt wird. Damit ist jeder Organspender, der sich nicht ausdrücklich dagegen ausgesprochen hat. Auf diese Weise bleibt für jeden Menschen das Selbstbestimmungsrecht erhalten.

Zur umfassenden Aufklärung gehört für die DBK der gesamte Ablauf der Organspende, d.h. von der Zustimmung

über den Ablauf der Organtransplantation bis hin zur Abschiednahme der Hinterbliebenen. Dabei soll deutlich aufgezeigt werden, welche Konsequenzen eine Zustimmung zur Organspende nach sich zieht.¹ Wichtig ist der DBK auch die Möglichkeiten der Abschiednahme der Familie.

Auf dem Hintergrund des christlichen Glaubens ergibt sich für die DBK, „dass die Organspende eine Möglichkeit darstellen kann, wie jemand das empfangene Geschenk des Lebens und die erfahrene Zuwendung Gottes anderen weiterschicken kann. Organspende ist für den Christen eine Erscheinungsform der Nächstenliebe, die auch im eigenen Tod noch Lebensmöglichkeiten für einen Mitmenschen eröffnet“ (S. 28). Das bedeutet, dass wir als Beschenkte unser Geschenk weiterschicken sollen, wenn wir es nicht mehr benötigen.

Die Schrift der DBK endet mit einem Gedanken an die Patienten: „Die christliche Botschaft kann auch für denjenigen, der kein Spenderorgan bekommen kann und vergeblich wartet, eine Hilfe sein, nicht daran zu verzweifeln, sondern seine Hoffnung auf das von Gott geschenkte ewige Leben zu richten“ (S. 29).

Damit stellt diese Schrift der DBK eine wahre Orientierungshilfe dar, die es verdient, gelesen zu werden.

¹ Da durchschnittlich aus einem Organspender 3,5 Organe entnommen werden, retten zwei Organspender sieben Menschen das Leben. (Anmerkung des Verfassers)

25 × 25 geschenkte Jahre

25 Transplantierte berichten über die mindestens 25 Jahre ihres 2. Lebens

Klaus Schäfer ist Pallottinerpater und hat langjährige Erfahrungen in der Klinikseelsorge sammeln dürfen. So kam er sowohl mit Familien von Organspendern als auch mit Patienten auf der Warteliste und Organtransplantierten in Kontakt und durfte auch das große Glück erleben, das Menschen durch die Organtransplantation und das damit verbundene „neue Leben“ erfahren. 25 Transplantierte berichten von ihrer Erkrankung und ihrem Leben seit ihrer Transplantation (Tx), die nunmehr über 25 Jahre zurückliegt. Einige unserer Mitglieder sind ebenfalls mit ihren Beiträgen vertreten. Klaus Schäfer wollte mit dieser Sammlung

1. zeigen, dass eine Organspende ein langes, erfülltes Leben mit guter Lebensqualität bieten kann. In den Geschichten wird klar, dass die Transplantierten in der Regel, trotz schwieriger Lebensphasen,



meist wieder voll im Leben stehen, Sport treiben, ja sogar bei Deutschen und Weltmeisterschaften für Transplantierte enorme Leistungen zeigen können. Er will damit den Organspendekritikern entgegenhalten, die immer wieder behaupten

transplantierte Menschen würden ein eher kurzes und schlechteres Leben führen;

2. auf die vor 25 Jahren erste gemeinsam herausgebrachte Schrift von evangelischer und katholischer Kirche in Deutschland mit dem Titel: „Organtransplantationen“ aufmerksam machen;

3. frisch Transplantierten Mut machen, die momentan schwere Situation durchzustehen, denn auch andere Transplantierte haben nach der Tx Schweres durchgemacht. Denn auch über diese Phasen ist in dem Buch ebenso zu lesen. Botschaft: Durchhalten lohnt sich!

Das Taschenbuch umfasst 132 Seiten und ist erschienen im Verlag Books on Demand (1. Aufl. 2015)

ISBN-10: 373485332

ISBN-13: 978-3734785337,

Preis: 6,90 EUR

Richtlinienänderung für die alkoholinduzierte Leberzirrhose in Kraft



Am 8.8.2015 traten wichtige Änderungen der Richtlinie zur Wartelistenführung für Patienten mit alkoholinduzierter Lebererkrankung in Kraft. Die alkoholische Lebererkrankung und der Leberkrebs sind sehr häufige Gründe für eine Lebertransplantation, wobei sich der Leberkrebs auch auf Basis einer alkoholischen Zirrhose entwickeln kann, so dass sicher einige der Krebspatienten auch unter den Begriff der alkoholischen Lebererkrankung gefasst werden müssen. Auch bei den nicht näher definierten Fibrosen und Zirrhosen ist das wahrscheinlich (DSO-Jahresbericht 2014: bei 1.336 Neuanmeldungen zur Warteliste: 365 Fibrosen und Zirrhosen, 301 alkoholische Lebererkrankungen, 223 bösartige Tumoren der Leber und Gallengänge). Aufgrund der Häufigkeit der Indikation soll im Folgenden näher auf die neue Richtlinie der Bundesärztekammer eingegangen werden.

Unter III.2 der Richtlinien werden alle Einschränkungen der Aufnahme auf die Warteliste erläutert, unter III 2.1 dann die speziell für die alkoholinduzierte Leberzirrhose gültigen. III.9 erläutert die Funktion, Zusammensetzung und Arbeitsweise der Sachverständigenkommission, die bei der Beurteilung von Ausnahmefällen von den Transplantationszentren angefragt werden kann (s. auch III.2.1, letzter Absatz). Im Folgenden ist ein Auszug aus den Richtlinien im Originaltext abgedruckt und eine Aufarbeitung der Entstehung und Hintergründe für die jetzige Formulierung von zwei ausgewiesenen Spezialisten, die auch bei der Erstellung der Richtlinien involviert waren. Auch eine Vertreterin von Lebertransplantierte Deutschland hat an der Novellierung der Richtlinien mitgewirkt.

Die Redaktion

Auszüge aus der Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation

III.2 Einschränkungen der Aufnahme in die Warteliste III.2.1 Alkoholinduzierte Zirrhose

Bei Patienten mit alkoholinduzierter Zirrhose, die auch in Kombination mit anderen Lebererkrankungen (z.B. Hepatozelluläres Karzinom, HCC) oder als Bestandteil von anderen Lebererkrankungen (z.B. HCV, HBV) vorliegen kann, erfolgt die Aufnahme in die Warteliste erst dann, wenn der Patient anamnestisch für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hat.

Als Laborparameter zur Beurteilung des Alkoholkonsums wird Ethylglucuronid im Urin (uEthG) bei jeder ambulanten Vorstellung des Patienten bestimmt. Zusätzlich können Ethylglucuronid im Haar (hEthG) und Carbohydrate-Deficient Transferrin (CDT) zur Beurteilung herangezogen werden.

Zur Beurteilung eines möglichen Suchtverhaltens (schädlichen Gebrauchs) und der Bereitschaft und der Fähigkeit des Patienten, sich an Behandlungsabsprachen zu halten, wird eine Stellungnahme (Transplantationspsychologie, Psychosomatik oder Psychiatrie) unter Berücksichtigung der vorgenannten Laborparameter eingeholt.

Diese Stellungnahme enthält auch Vorschläge zur weiteren suchttherapeutischen Betreuung oder Behandlung.

Während der Zeit auf der Warteliste erfolgen regelmäßige Laborkontrollen, welche die vorgenannten Laborparameter einschließen. Urin-Ethylglucuronid, eventuell in Kombination mit anderen Alkoholmarkern, wird mindestens alle 3 Monate im Rahmen einer ambulanten Vorstellung des Patienten bestimmt.

Bei Hinweis auf fortgesetzten Alkoholkonsum ist der Patient „nicht transplantabel“ (NT) zu melden und erneut zu evaluieren. Dieses beinhaltet eine erneute transplantationsbezogene psychologische Diagnostik und ggf. therapeutische Intervention.

Bestehen in begründeten Ausnahmefällen, die insbesondere vorliegen bei akut dekompensierter alkoholischer Lebererkrankung, Notwendigkeit und Erfolgsaussicht für die Transplantation, kann die interdisziplinäre Transplantationskonferenz entscheiden, von der Regel abzuweichen, dass der Patient anamnestisch für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hat. Voraussetzung ist, dass die Sachverständigengruppe gemäß Kapitel III.9 dieser Richtlinie dazu Stellung genommen hat.

...

III.9 Zusammensetzung der Sachverständigengruppe und Verfahren

Die Sachverständigengruppe besteht aus drei in der Lebertransplantation erfahrenen Ärzten (ein Transplantationschirurg, ein Internist/Gastroenterologe, ein Psychosomatiker/Psychotherapeut/Psychiater) aus verschiedenen Zentren im Bereich der Vermittlungsstelle, nicht jedoch aus dem anmeldenden Zentrum. Die Mitglieder der Sachverständigengruppe werden von der Ständigen Kommission Organtransplantation benannt und von der Vermittlungsstelle zur Beurteilung von Ausnahmefällen herangezogen (s. Abschnitt III.2.1). Damit die Vermittlungsstelle tätig werden kann, muss der Patient der Vermittlungsstelle gemeldet werden. Er erhält zu diesem Zweck bis zur endgültigen Listungsentscheidung den Status „nicht transplantabel“ (NT). Die gutachterliche Stellungnahme der Sachverständigengruppe erfolgt unverzüglich, wird durch die Vermittlungsstelle dokumentiert und von dieser der Ständigen Kommission Organtransplantation zugeleitet. Die Sachverständigengruppe berichtet der Ständigen Kommission Organtransplantation regelmäßig über die von ihr begutachteten Ausnahmefälle. Basierend darauf werden Vorschläge zur Weiterentwicklung dieser Richtlinie erarbeitet. Den gesamten Text der Richtlinie finden Sie unter: www.bundesaerztekammer.de § Richtlinien § Transplantationsmedizin § Richtlinien für die Wartelistenführung und die Organvermittlung § Richtlinien zur Lebertransplantation

Neufassung der Richtlinien zur Organtransplantation

Fotos: privat



△ Prof. Dr. med. Björn Nashan

▷ Prof. Dr. med. Christian Straßburg

Klinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantation, Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf

Medizinische Klinik und Poliklinik I, Universitätsklinikum Bonn

Angesichts knapper Spender Ressourcen hat eine sorgfältige und umfassende Abklärung jedes einzelnen Patienten vor Aufnahme auf die Warteliste zur Lebertransplantation zu erfolgen. Dies ist die Aufgabe erfahrener Transplantationsmediziner, einer Berufsgruppe, die sich gerade erst in ihrer Bildung befindet. Bis zum heutigen Tage gibt es keine spezialisierte Ausbildung wie von der DTG gefordert. 2013 wurde die Zusatzweiterbildung eingereicht¹ und in intensiven Gesprächen mit der Bundesärztekammer (BÄK) nun auf den Weg gebracht.

Die bisherigen Prüfungen nicht nur der Lebertransplantationszentren haben ein sehr heterogenes Verständnis der Richtlinien² ergeben. Ziel der seit 2012 im Aufbau befindlichen Strukturen ist eine breite Diskussion der Richtlinien vor deren Verabschiedung, innerhalb der Fachgesellschaft und der Gremien. Die vorliegende Richtlinie ist die erste, die diesen Weg, wie er im Statut³ der Ständigen Kommission Organtransplantation (StäKO) festgelegt wurde, beschrieben hat und eine breite Beteiligung über die Kommission Leber der DTG hatte, in der sie zwei Mal vorgestellt wurde. Diese wurde umfassend innerhalb der Arbeitsgruppe Leber der StäKO diskutiert, in der 1. Lesung der StäKO besprochen, anschließend auf der Webseite der BÄK für 4 Wochen online gestellt und in der 2. Lesung der StäKO verabschiedet. Nach Verabschiedung der Richtlinie durch den Vorstand der BÄK wurde sie dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Genehmigung vorgelegt. Durch dieses wurde eine zusätzliche Überprüfung durch das Dezeranat Verfassung im Bundesministerium für Justiz (BMJ) veranlasst. Nach Bestätigung der Verfassungsmäßigkeit der Richtlinie durch das BMJ erfolgte die Genehmigung durch das BMG am 30.6.2015, die an-

schließende Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt (DÄ) am 3.8.2015 mit anschließendem Inkrafttreten.

Das Thema der **alkoholischen Leberzirrhose** ist sowohl in Laien- als auch in Fachkreisen ein häufig diskutiertes und nicht selten emotional beladenes Thema. Alkoholkonsum und seine Folgeschäden sind unbestritten ein gesundheitspolitisches und damit auch gesellschaftspolitisches Thema, das in alle Bevölkerungskreise hineinreicht. Der pro-Kopf-Verbrauch pro Jahr beträgt in Deutschland 9,6 Liter reinen Alkohol, „Alkohol in gesundheitlich riskantem Ausmaß konsumieren hierzu-lande 9,5 Millionen Menschen. Gemäß den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) gelten etwa 1,77 Millionen Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren als alkoholabhängig, ein Alkoholmissbrauch liegt bei etwa 1,61 Millionen Menschen vor“.⁴ Jedes Jahr sterben in Deutschland mindestens 74.000 Menschen an den Folgen eines Alkoholmissbrauchs.

Bereits zwei Drinks/Tag (Wodka, Gin, Whiskey) bei Männern und ein Drink/Tag bei Frauen zeichnen diese als „moderate Alkoholiker“ aus, ohne etwas über körperliche Schäden im Vergleich zu abstinenter Individuen auszusagen. Ein täglicher Genuss oberhalb dieser Mengen kann bereits zu körperlichen, persönlichen und gesellschaftlichen Problemen führen. In dieser Definition ist nicht das mittlerweile weit verbreitete „Binge drinking“ (bewusstes Rauschtrinken, Alkoholexzess) einbezogen, was gerade bei Jüngeren zunehmend beobachtet wird und sich deutlich vom chronischen Alkoholiker unterscheidet.⁵

Umgerechnet in Alkohol führen mehr als 20 g Ethanol/Tag bei Frauen und 60–80 g Ethanol/Tag bei Männern über einen Zeitraum von 10 Jahren zur Entwicklung einer Leberzirrhose in 6–41%.⁶ Was sind 20 oder 60–80 mg/d übertragen in einen täglichen Alkoholkonsum? Wein mit ca. 10–14% Alkoholgehalt würde beim regelmäßigen Genuss von 200 ml/Tag zwischen 20 und 28 mg Alkohol mit sich bringen (2 Gläser à 0,1 l), bei Bier mit 3–5% würde eine Maß bayrischen Bieres mit 30 mg ebenfalls die Qualifikation erbringen. Schneller würde es mit Wodka, Whiskey oder Gin gehen, wo bereits mit einem „Gin Tonic“ mit 50 ml Gin oder mit einem „Wodka Martini“ mit 60 ml Wodka schon 21–25 mg Alkohol aufgenommen würden.

Erfahrungsgemäß gibt es eine hohe inter- und intraindividuelle Bandbreite der Reaktion auf Alkohol, die es erforderlich macht, jeden Patienten individuell zu be-

GLOSSAR

Adhärenz: Adhärenz (engl. adherence für Befolgen, Festhalten) bedeutet in der Medizin die Einhaltung der gemeinsam vom Patienten und dem medizinischen Fachpersonal (Ärzte, Pflegekräfte) gesetzten Absprachen zur Therapie (Medikamente, Arztbesuche, Lebensstil, Übungen etc.)

Evaluation: Bewertung und Beurteilung (z.B. von zu erwartendem Erfolg einer Maßnahme)

6-Monats-Regel: Die Richtlinie zur Aufnahme auf die Warteliste zur Lebertransplantation besagt: „Bei Patienten mit alkoholinduzierter Zirrhose, die auch in Kombination mit anderen Lebererkrankungen (z.B. Hepatozelluläres Karzinom, HCC) oder als Bestandteil von anderen Lebererkrankungen (z.B. HCV, HBV) vorliegen kann, erfolgt die Aufnahme in die Warteliste erst dann, wenn der Patient anamnestisch für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hat. ...“

Fremdanamnese: Bei der Fremdanamnese wird nicht der Patient selbst befragt, sondern z.B. Angehörige, Bekannte.

ICD-10_GM: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision)

A I.4, A I.5, A II.2.1, A III.9, ... Hier handelt es sich um Verweise auf konkrete Abschnitte/Textstellen in der Richtlinie, die teilweise nicht im abgedruckten Ausschnitt der Richtlinie zu sehen sind. Die komplette Richtlinie finden Sie auf der Homepage der Bundesärztekammer www.bundesaerztekammer.de unter „Richtlinien ▶ Organtransplantation ▶ Lebertransplantation“

trachten und auch zu diagnostizieren. Unbestritten allerdings ist, dass der regelmäßige Konsum über einen längeren Zeitraum zur Lebererkrankung führt und psychische und Verhaltensstörungen hervorrufen kann. Gerade die Kombination aus körperlicher und psychischer Erkrankung machen die Diagnose und Therapie der Alkoholerkrankung komplex und sind nur im interdisziplinären Ansatz anzugehen.^{5,6,7}

In der ICD-10-GM-Version von 2015 unterscheidet man zwischen akuter Intoxikation (F10.0), schädlichem Gebrauch (F10.1) und Abhängigkeitssyndrom (F10.2). Alle

diese Formen können bereits somatische Krankheitsbilder der Leber in Form einer alkoholischen Fettleber (K70.0), alkoholischen Hepatitis (K70.1), alkoholischen Fibrose und Sklerose der Leber (K70.2) bzw. alkoholischen Zirrhose (K70.3) verursachen. Neben diesen chronischen Erkrankungsformen kann es jederzeit, vor allem nach massivem Genuss von Alkohol zum alkoholischen Leberversagen (K70.4) in akuter oder subakuter Form mit und ohne Coma hepaticum in jedem Stadium der o.g. Lebererkrankungen kommen.⁸

Die nun überarbeitete Richtlinie⁹ bezieht sich ausschließlich auf die alkoholische Leberzirrhose im Sinne K70.3 in Verbindung mit F10.1 und F10.2. Hier bestand Regelungsbedarf:

1. zur Präzisierung der Diagnostik durch Einführung mittlerweile entwickelter Tests, die im Übrigen auch beim Verlust des Führerscheins und dessen Wiedererlangung im Straßenverkehrsrecht Anwendung finden,
2. einer Beurteilung eines möglichen Suchtverhaltens einhergehend mit der Bereitschaft des Patienten, sich an Behandlungsabsprachen zu halten, die durch Transplantationspsychologen, Psychosomatiker oder Psychiater eingeholt werden müssen und
3. therapeutische Konsequenzen im Sinn einer möglichen suchtherapeutischen Betreuung oder Behandlung. Damit folgt die überarbeitete Richtlinie der Erkenntnis, dass es sich bei einer alkoholisch bedingten Leberzirrhose nicht nur um eine rein somatische, sondern auch psychische Erkrankung handelt, die einer Therapieunterstützung aus beiden Fachrichtungen bedarf. Die sogenannte 6-Monats-Regel ist beim Patienten mit chronischer Leberzirrhose auf dem Boden schädlichen Alkoholkonsums der klinischen und therapeutischen Notwendigkeit einer sorgfältigen Evaluation geschuldet sowie der Überprüfung der vereinbarten Adhärenz. Sollte in dieser Phase eine Verschlechterung eintreten, die ein dringliches Handeln erfordert, kann die interdisziplinäre Transplantationskonferenz dieses beschließen und nach III.9 der neugefassten Richtlinie von der Sachverständigengruppe ein Konsilium einholen. Diesem kann, aber muss nicht gefolgt werden unter Niederlegung der fachlichen Gründe auf dem Boden des medizinischen Erkenntnisstandes.² Damit ist die 6-Monats-Regel faktisch relativiert, die Entscheidung liegt in den Händen der interdisziplinären Transplantationskonferenz.

Als Konsequenz folgt hieraus, dass Patienten mit dem Verdacht auf eine alkoholische Lebererkrankung frühzeitig durch die behandelnden Ärzte identifiziert wer-

den müssen und ihnen auch frühzeitig mit Entstehung einer Leberzirrhose die Vorstellung in einem Transplantationszentrum ermöglicht werden muss (TPG §12, S3 und §13, S3), um sicherzustellen, dass eine frühzeitige, dem Krankheitsstadium Rechnung tragende therapeutische Intervention einsetzen kann. Zum einen empfiehlt sich dies im Hinblick auf die Überwachung der Entstehung von Leberkrebs, zum anderen, um eine weitere schädliche Einwirkung von Alkohol zu vermeiden und damit das Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten.⁹

Aus zwei Gründen empfiehlt es sich auch, Patienten mit anderen führenden Diagnosen anamnestisch (die Krankengeschichte betreffend) auf den schädlichen Gebrauch von Alkohol hinzuweisen und medizinisch abzuklären. Zum einen, um nicht zu übersehen, dass die Ursache der Leberzirrhose durch eine virale Lebererkrankung (HBV, HCV) in Verbindung mit Alkohol ausgelöst wurde und zum anderen, um bereits erkrankte Patienten auf die Vermeidung einer zusätzlichen schädlichen Wirkung von Alkohol hinzuweisen. Im Rahmen der ärztlichen Sorgfaltspflicht hat diese Diagnose bereits beim Erstkontakt und auch im weiteren Verlauf regelmäßig anamnestisch und ggf. diagnostisch zu erlangen.

Was bedeutet diese Richtlinie nun für den Patienten, der sich auf dem Boden einer alkoholischen Fettleber in ein akutes Leberversagen trinkt (z.B. „Binge Drinking“) oder dem Patienten, der seit Jahren trinkt, dies leugnet und auch entsprechend der Definition dieses Verhaltens seine Umgebung mit einbezieht und in der Folge eines Alkoholexzesses in ein sogenanntes akutes chronisches Leberversagen kommt oder sich seit Jahren bewusst einer medizinischen Intervention entzieht. Für beide Erscheinungsformen der alkoholischen Lebererkrankung gilt nicht A II.2.1 der Richtlinie, sondern es gilt A III.3

Gründe für die Ablehnung einer Aufnahme in die Warteliste⁹:

1. Der allgemeine Teil der Richtlinie unter A I.4 stellt fest: „Kontraindikationen einer Organtransplantation können sich anhaltend oder vorübergehend aus allen Befunden, Erkrankungen oder Umständen ergeben, die das Operationsrisiko erheblich erhöhen oder den längerfristigen Erfolg der Transplantation in Frage stellen. ... Auch die unzureichende oder sogar fehlende Mitarbeit des Patienten (Compliance) kann zu einer Kontraindikation werden. Compliance eines potenziellen Organempfängers bedeutet über seine Zustimmung zur Transplantation hinaus seine Bereitschaft und Fähigkeit, an den erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen und -behandlungen mitzuwirken.“

2. Die interdisziplinäre Transplantationskonferenz entscheidet nach A I.5 über die Listung des Patienten. Hierbei ist eine sorgfältige Abklärung aller Umstände (medizinisch, psychologisch etc.) durchzuführen und schriftlich niederzulegen. „Bestehen in begründeten Ausnahmefällen nach A III.2.1., die insbesondere vorliegen bei akut dekompensierter alkoholischer Lebererkrankung, Notwendigkeit und Erfolgsaussicht für die Transplantation, kann die interdisziplinäre Transplantationskonferenz entscheiden, von der Regel abzuweichen, dass der Patient anamnestisch für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hat. Voraussetzung ist, dass die Sachverständigengruppe gemäß Kapitel A III.9 dieser Richtlinie dazu Stellung genommen hat.“

Die Sachverständigengruppe nach A III.9 soll sicherstellen, dass der Transplantationskonferenz unklare Fälle vorgestellt und durch ein unabhängiges Gremium beraten werden. Das Votum wird der zuständigen Transplantationskonferenz anschließend übermittelt. Es steht im Benehmen dieser dem Votum zu folgen oder davon unter niederzulegenden Gründen abzuweichen. Gleichzeitig werden die Anfragen gesammelt, um in der AG Leber der StäKO besprochen, bewertet und für eine künftige Richtlinienanpassung als Grundlage herangezogen werden zu können.

Eine ausführliche Begründung der Änderung dieser Richtlinie ist im Teil B als Begründung der Änderung aufgeführt. Diese setzt sich intensiv mit dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur auseinander.

Im Gegensatz zu autoimmunen Formen der Lebererkrankung, angeborenen genetischen oder metabolischen Defekten sowie primärem Leberkrebs, handelt es sich bei der alkoholischen Lebererkrankung um eine Erkrankung, die auf vielen Ebenen durch angemessene medizinische und/oder psychologische Intervention sowie die Mitarbeit des Patienten beeinflussbar ist, so dass eine Lebertransplantation nicht die ultima ratio ist. Sowohl der Patient ist hier in der Pflicht, sein Verhalten zu ändern, als auch die Ärzte und Psychomediziner, durch frühe Intervention zu helfen und zu stützen und dabei auch den Rat erfahrener Transplantationsmediziner frühzeitig einzuholen.

Referenzen:

Die zahlreichen Referenzen erhalten Sie auf Anfrage per E-Mail: redaktion@lebertransplantation.de
Der Beitrag mit Referenzen wird auch auf unserer Homepage eingestellt: www.lebertransplantation.de
-> Transplantation -> Vor der Transplantation



Leberlebenspende – Einige Informationen und Gedanken

Jutta Riemer

Extremer Organmangel, schlechter werdender Gesundheitszustand und lange Wartezeiten auf postmortal (nach dem Tode) gespendete Organe, zunehmender Spenderaltersdurchschnitt und entsprechend nicht immer optimale Organqualität lassen das Thema Leberlebenspende (LLtx) als Lösung des Problems diskutieren.

So wird die LLtx in den Familien der Betroffenen und in den Arzt-Patienten-Gesprächen immer wieder als Möglichkeit der Lebensrettung schwer leberkranker Patienten auf der Warteliste diskutiert.

Bei der LLtx wird ein Teil der Leber eines lebenden Spenders auf den kranken Empfänger transplantiert. Dessen kranke Leber wird entfernt. Beide Leberteilchen (der verbliebene beim Spender und der gespendete beim Empfänger) wachsen in den darauffolgenden Wochen nach.

Wer darf spenden?

Nur 7 von 24 Lebertransplantationszentren haben in Deutschland im Jahr 2014 fünf oder mehr LLtx durchgeführt. Dies ist sicher vernünftig, da es besonderer Kenntnisse und Erfahrungen in der Spender- und Empfängerbeurteilung wie auch chirurgischer Expertise für diese Operation bedarf.

Laut Gesetz kommen für die LLtx nur nahe stehende, blutsverwandte Personen als Spender in Frage oder solche, die mit dem Empfänger in besonderer emotionaler Beziehung stehen. Also auch die beste Freundin, der Lebenspartner oder der langjährige Kollege können einen Teil ihrer Leber spenden, wenn alle weiteren Voraussetzungen erfüllt sind. Hier sind die medizinischen Gegebenheiten ebenso zu prüfen wie die psychischen und ethischen. Es müssen die gesundheitlichen Voraussetzungen des möglichen Spenders, die Blutgruppenkompatibilität und die anatomischen Daten der Leber auf Eignung untersucht werden. Letztendlich überprüft noch eine vom Lebertransplantationszentrum unabhängige Ethikkommission die Freiwilligkeit, also die Abwesenheit von möglichen finanziellen und anderen Abhängigkeiten zwischen Spender und Empfänger.

Im Jahr 2014 wurden in Deutschland 6,2% (n=58) aller Lebertransplantationen als Leberlebenspende durchgeführt. Bei der Niere sind inzwischen ca. 1/3 aller Nierentransplantationen Lebendspenden (LNTx). Da der Mensch paarige Nieren hat, aber nur eine Leber, kann bei der LNTx ein komplettes Organ entfernt werden, die Leber jedoch muss in einer aufwändigeren und risikoreicheren Operation in zwei Teile getrennt werden.

Die Sorge um den Spender

Häufige Bedenken der Empfänger beziehen sich auf Komplikationen für den

Spender durch die Entnahmeoperation. Handelt es sich bei den Lebendorganspendern doch um völlig gesunde Menschen, die sich eigentlich nicht operieren lassen müssten. Auch ist es sicher schwierig, das Thema von Seiten des potenziellen Empfängers in die eigene Familie ohne Erwartungshaltungen hineinzutragen. So sollte der Vorschlag für eine LLtx, um emotionalen Druck zu vermeiden, idealerweise vom potenziellen Spender ausgehen, weil dieser sich vielleicht schon selbst über Lebensrettungsmöglichkeiten informiert hatte. Reift die Entscheidung zur LLtx, müssen Spender wie Empfänger – neben der medizinischen Abklärung – eine ausführliche, ehrliche Aufklärung über Chancen und Risiken der Lebendspende erhalten. Eine psychologische Beratung beider Seiten, auch einzeln, ist notwendig. Dabei wird auch besprochen, wie und ob beide Seiten damit zurechtkommen, wenn es auf Spender- oder Empfängerseite zu Problemen kommt, z.B. postoperative Komplikationen beim Spender, Nichtfunktion des gespendeten Leberteilchens etc. Bei auftretenden Ängsten und Unsicherheiten sollte dem potenziellen Spender eine unkomplizierte Rückzugsmöglichkeit gewährt werden.

Vor- und Nachteile

Die Vorteile der LLtx sind die Planbarkeit des Eingriffs, die gute Organqualität des Spender-Leberteilchens und der Wegfall einer Wartezeit mit der Unsicherheit, ob überhaupt ein Organ zur Verfügung stehen wird und ggf. eine Festigung der Beziehung zwischen Spender und Empfänger. Nachteilig sind die Ängste und Sorgen des Empfängers um den Spender, basierend auf dem zwar niedrigen, aber dennoch vorhandenen Komplikationsrisiko bis hin zum Sterberisiko des Spenders. Dazu kommt, dass aus rein medizinischer Sicht nicht alle Spendewilligen letztendlich für eine Spende in Frage kommen, so dass Hoffnungen auf beiden Seiten evtl. auch zerstört werden. In Einzelfällen können sich nach der Spende ungewollte Abhängigkeiten ergeben, z.B. eine übermäßigen Sorge des Empfängers um den Spender oder andersherum.

Wie bei einer Spende nach dem Tode muss auch die LLtx auf altruistischer Basis geschehen. Bei der LLtx kann sich dennoch ein gewisser Nutzen für den Spender ergeben. Denn durch die emotionale Nähe zwischen Spender und Empfänger ist ein Ziel des Spenders sicher häufig, dass er – auch zum eigenen „Nutzen“ – das Leben des anderen bewahren möchte. Das Zitat einer Ehefrau (Spenderin) ist mir immer noch sehr präsent: „Ich habe ein Stück meiner Leber auch aus ganz egoistischen Gründen gespendet. Denn was wäre gewesen, wenn ich es nicht getan hätte? Mein Mann wäre gestorben und ich eine trauernde Witwe. So geht es uns derzeit gut und wir dürfen

das Leben wieder gemeinsam genießen.“ Die häufigsten Fälle der LLtx finden zwischen Elternteil und Kind statt. Hier ist die bedingungslose Freiwilligkeit sicher nicht anzuzweifeln. Sind beide Elternteile medizinisch geeignet, gilt es evtl. die Entscheidungsfindung der Eltern zu stützen.

Erfolgsaussicht

Eine wichtige Frage ist bei der LLtx natürlich der mögliche Erfolg im Vergleich zur Verpflanzung eines postmortal gespendeten Organs. Heute ist davon auszugehen, dass die Überlebensraten der Empfänger nach Lebendspende eines Leberteilchens denen nach postmortaler Spende einer kompletten Leber entspricht. Hier scheinen sich die Folgen der derzeitigen Probleme der postmortalen Spende (Organmangel, Organqualität) auszugleichen mit der besseren Organqualität, aber den eher etwas größeren Komplikationsraten nach LLtx durch die Leberteilung. Dass die Erfolgsraten bei der LLtx und der Ltx nach postmortaler Spende ungefähr gleich sind, zeigten Forscher in Toronto. Bei insgesamt 26 schwerkranken Patienten mit einem MELD-Score von 37 und höher erhielten 7 eine LLtx. Sowohl die Komplikationsrate nach der OP, das Kurz- und das Langzeitüberleben beider Gruppen wiesen keine signifikanten Unterschiede auf.

Die soziale Absicherung des Spenders

Die Kosten im Rahmen der Spende werden von der Krankenkasse des Empfängers getragen. Das sind die Kosten für die ambulante und stationäre Behandlung, die Untersuchungen vor der Spende, die Nachbetreuung, Rehabilitation und die Fahrtkosten. Der Spender hat Anspruch auf bis zu sechs Wochen Lohnfortzahlung während der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Spende. Der Arbeitgeber macht diese Kosten gegenüber der Empfängerkrankenkasse geltend. Ist der Spender auch nach 6 Wochen noch nicht arbeitsfähig, erhält er Krankengeld. Entstehen im Rahmen der Spende Gesundheitsschäden für den Spender, sind diese über den Unfallversicherungsträger abgesichert und werden behandelt wie ein Arbeitsunfall. Es sind auch Spätschäden durch die Lebendspende erfasst. Hierbei gibt es Beweiserleichterungen für den Organspender.

Quellen: Ärztezeitung vom 9.4.2015 und DSO-Jahresbericht 2014, MR Dr. H. Neft, Sozialrechtliche Absicherung der Organlebenspenden, Lebenslinien 2/2013

Ein Faltblatt zum Thema „Leberlebenspende“ kann gegen Einsendung eines ausreichend frankierten Rückumschlags bezogen werden bei: Lebertransplantierte Deutschland e.V., Bebbelsdorf 21, 58454 Witten

Konservierung der Leber – „HOPE for livers“

Fotos: privat



△ Dr. med. A. Schlegel
▷ Prof. Dr. med. P. Dutkowski
Department für Viszeralchirurgie und
Transplantation
Universitätsspital Zürich

Einleitung

Der Erfolg auf dem Gebiet der Lebertransplantation (Ltx) hat zu einem weltweiten Anstieg der Transplantationszahlen geführt und damit zur Listung von weit mehr Kandidaten als Spenderorgane vorhanden sind.¹ Diese Evolution hat zwangsläufig auch dazu geführt, Selektionsprozesse einzuführen, damit die vorhandenen Organe denjenigen Empfängern zugeteilt werden, die sie am dringendsten benötigen. Der große Unterschied zwischen Organangebot und Nachfrage hat gleichzeitig ein großes wissenschaftliches Interesse stimuliert bezüglich der Ausweitung der Grenzen, innerhalb derer Organe noch für die Transplantation akzeptiert werden können. Zudem werden neue Strategien zur Organoptimierung vor Implantation entwickelt, zu denen insbesondere dynamische Konservierungsverfahren (maschinelle Organperfusion) zählen.

Mechanismus des Reperfusionsschadens

Der Wiederanschluss jedes Organs im Empfänger führt zu einem sogenannten Reperfusionsschaden. Aktuelle Untersuchungen weisen darauf hin, dass Sauerstoffradikale initial in Mitochondrien (= Zellorganelle zur Energiegewinnung durch Oxidation) entstehen,²⁻⁴ sobald körperlarmes oxyniertes Blut nach kalter

oder warmer Ischämie in die Leber gelangt. Diese „Initialzündung“ setzt offensichtlich eine komplexe Kaskade in Gang.^{2,5} Nach mitochondrialer Sauerstoffradikalfreisetzung kommt es zu Schädigungen beispielsweise des Zellkerns (nukleärer Schaden) und des endoplasmatischen Retikulums (= „Kanalsystem“ in den Zellen) mit Freisetzung von sogenannten DAMP-Molekülen („danger associated molecular patterns“),⁵⁻¹¹ die wiederum Kupferzellen (hepatische Makrophagen), Endothelzellen (Gefäßzellen), Blutplättchen und diverse Immunzellen (antigenpräsentierende Zellen, T-Zellen) aktivieren.^{6,9,10} Dadurch entsteht ein Entzündungs-Milieu, in dem alle beteiligten Leber- und Blutzellen vermehrt Botenstoffe ausschütten und sich gegenseitig noch weiter aktivieren. Je größer der initiale Vorschaden im Organ, desto mehr Sauerstoffradikale und Botenstoffe mit multiplen destruktiven Effekten werden bei Wiederanschluss im Empfänger freigesetzt.

Der Einfluss von diversen Wirkstoffen und Antikörpern auf den Reperfusionsschaden wurde in den vergangenen Jahrzehnten in zahlreichen experimentellen Studien untersucht. Die meisten der beschriebenen Agentien (beispielsweise Steroide, Nitrit-Oxide (NO), Kohlenstoffmonoxid-freisetzende Moleküle, volatile Anästhetika) wirken jedoch peripher von der initialen Schädigung der Mitochondrien. Beispielsweise induzieren diese Stoffe eine Dilatation (= Erweiterung) der Gefäße oder verhindern die Thrombozytenaggregation oder regulieren zellinterne Verteidigungsmechanismen hoch.^{5,12,13} Sobald jedoch die Kaskade des Reperfusionsschadens einmal in Gang gekommen ist, kann der Schaden am Organ kaum mehr aufgehalten werden. Effektivstes Hauptziel wäre daher derzeit die Verringerung der initial in Mitochondrien freigesetzten Sauerstoffradikale.

Dynamische Konservierungskonzepte erlauben eine Adressierung des mitochondrialen Funktionszustands vor Reperfusion.

Beispielsweise bieten alle gängigen Verfahren (normotherme, subnormotherme und hypotherme Perfusion) im Gegensatz zur bisherigen kalten Lagerung eine deutliche Verbesserung der zellulären „Energy charge“ (= Energieladung). Klinisch interessant sind jedoch Leberperfu-sionsverfahren erst, wenn sie leicht anwendbar sind und gleichzeitig einen hohen Effekt auf die derzeitige häufigste Komplikation nach Lebertransplantation zeigen, den Gallengangskomplikationen.

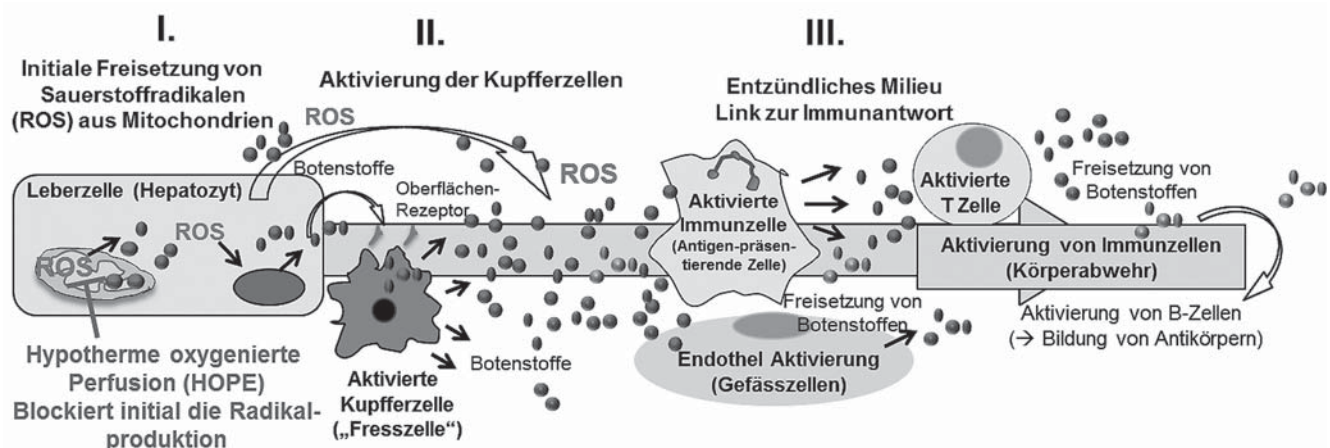
Machinenperfusion

Die Maschinenperfusion bringt zahlreiche Vorteile für die Organe. Durch solche dynamischen Konzepte der Organkonservierung kann möglicherweise eine Verbesserung der Qualität erreicht sowie die spätere Funktion im Empfänger vorhergesagt werden.¹⁴ Im Vergleich zur Lungen- oder Nierenperfusion ist die Datenlage zur Perfusion und anschließender Transplantation von menschlichen Lebern noch gering.^{15,16} Es gibt unterschiedliche Ansätze bezüglich der Perfusionstechnik. Beispielsweise werden Temperatur, Perfusionsfluss und -druck sowie die Perfu-sionsdauer in verschiedenen Zentren für Lebertransplantation international unterschiedlich gehandhabt und untersucht.

Normotherme in-situ-Perfusion

Die *normotherme in-situ*-Perfusion (normothermic regional perfusion = NRP) wurde erstmals in Spanien durchgeführt bei Organspendern nach Herztod (Maast-richt II, **uncontrolled** DCD Spender; DCD = Donation after Cardiac death; Organspende nach Herztod) mit dem Ziel, vorgeschädigte Lebern bereits vor der Entnahme zu verbessern.¹⁷ Es wurden damals lediglich 12 % (n=42) der perfundierten Lebern transplantiert nach einer durchschnittlichen Perfusionszeit von 3 Stunden mit einem 1-Jahres-Überleben der Empfänger von 73 Prozent. Trotz dieses ersten Pionierergebnisses ist bisher der weit verbreitete Einsatz dieser Perfusionstechnik ausgeblieben. Normo-

Abb. 1: Einfluss der hypothermen Perfusion auf den Reperfusionsschaden



therme in-situ-Perfusion bei **kontrollierten** DCD-Spendern (Maastricht III)¹⁸ war hingegen erfolgreicher. Die Hälfte der Lebern konnte nach einer durchschnittlichen normothermen Perfusionszeit von 2 Stunden auch implantiert werden (n=11/21).¹⁹ Bei einer medianen Beobachtungszeit von 10 Monaten wurden bisher keine Komplikationen der Gallenwege in der Leber berichtet.

Normotherme ex-situ-Leberperfusion

Die *normotherme Perfusion* außerhalb des Spenders, also nach Organentnahme (**ex-situ**), wird ebenfalls untersucht. Hierbei werden die Lebern nach Entnahme und kurzer kalter Lagerung warm, bei 37 Grad Celsius, durch die Pfortader und die Leberarterie (dual) gespült. Ein erster Bericht der Gruppe von Peter Friend in Oxford zeigte 16 erfolgreiche Perfusionen von Standardlebern nach Hirntod (DBD = Donation after Brain death; Organspende nach Hirntod) und 4 Lebern nach Herztod (DCD) mit nachfolgender Transplantation (Friend P. et al, ILTS Kongress London 2014). Geringere Transaminasen (Leberenzyme) im Blut der Empfänger wurden beschrieben nach dieser normothermen *ex-situ*-Perfusion im Vergleich zu Lebern, die konventionell kalt gelagert und implantiert wurden. Diese Perfusionstechnik wurde bisher stets direkt im Anschluss an die Organentnahme und einer kurzen kalten Lagerung durchgeführt. Die Perfusionszeit lag bei 4–18 Stunden (Median 9,3 Stunden). In Anbetracht der langen Perfusiondauer wird allerdings der logistische Aufwand dieser Technik offensichtlich, da bei solchen Perfusionen immer ein transportfähiges und zuverlässiges Perfusionsgerät eingesetzt werden muss. Bei Geräteausfall kommt es bei dieser normothermen Technik zur warmen Ischämie.

Im „COPE-Konsortium“ haben sich verschiedene Experten zusammengeschlossen und testen die normotherme Leberperfusion im Vergleich zur kalten Lagerung bei Transplantation von Standardlebern (<http://cope-eu.com/>).

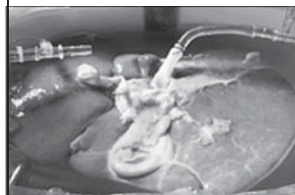
Subnormotherme Perfusion

Die subnormotherme Leberperfusion via Pfortader und Leberarterie wurde ebenfalls untersucht. Die Gruppe aus Boston hat diesbezüglich nicht zur Transplantation eingesetzte Lebern bei subnormothermen Temperaturen von 20 Grad für 3 Stunden perfundiert. Das Perfusat enthielt keine roten Blutzellen (Erythrozyten = natürliche Sauerstoffträger).²⁰ In zusätzlichen Untersuchungen wurden verschiedene Techniken mit Zugabe von künstlich hergestellten Sauerstoffträgern experimentell verglichen.

Andere Forschungsgruppen haben beispielsweise Schweinelebern subnormotherm perfundiert und transplantiert, beziehungsweise die Transplantation mittels *ex-situ*-Reperfusion mit Blut simuliert.^{21,22} Insgesamt sind Daten von Lebertransplantationen beim Menschen nach subnormothermer Perfusion noch ausstehend.

Abb. 2: Hypotherme oxygenierte Perfusion (HOPE) bei Mensch und Rattenleber

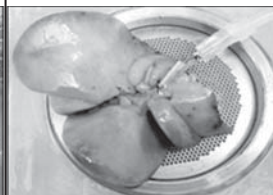
HOPE: 53 Jahre alte Leber,
39 min totale warme Ischämie,
40% Makrosteatose,
30–40% Mikrosteatose



HOPE: 77 Jahre alte Leber,
35 min totale warme Ischämie,
15–20% Mikrosteatose
geringe Fibrose



HOPE: BN, Rattenleber,
60% Makrosteatose,
(nach MCD-Diät)



Hypotherme Perfusion

Die hypotherme Leberperfusion wird an mehreren Zentren weltweit untersucht. Im Jahre 2010 wurden kalt gespülte Standardlebern (DBD) erstmals durch die Gruppe von James Guarrera in New York auch transplantiert.²³ Nach einer etwa 4-stündigen, kalten Lagerung erfolgte eine kalte Perfusion für weitere 4 Stunden. So behandelte Lebern zeigten nach Reperfusion im Empfänger eine bessere Funktion und einen kürzeren Krankenhausaufenthalt. In neueren Untersuchungen zeigte dieselbe Gruppe kürzlich einen hohen präventiven Einfluss der hypothermen Perfusion auch bei sogenannten „extended criteria“-Lebern auf Gallenwegskomplikationen.²⁴

Parallel zu diesen Arbeiten beschäftigt sich unsere Forschungsgruppe am Universitätsspital Zürich unter der Leitung von Philipp Dutkowski und Pierre-Alain Clavien seit mehr als 15 Jahren mit einer kalten oxygenierten Perfusion direkt vor Implantation im Anschluss an kalte Lagerung und Organtransport. Bei dieser **hypothermen oxygenierten Perfusion (HOPE)** gibt es zwei wichtige Unterschiede zur Methode von James Guarrera.

Zum einen wird ausschließlich über die Pfortader für nur 1–2 Stunden gepumpt, zweitens wird die Perfusionslösung aktiv mit Sauerstoff angereichert (> 80 kPa).^{25–27} Diese Technik wurde bisher vor allem bei vorgeschädigten Organen mit beispielsweise signifikanter warmer Ischämie (DCD) eingesetzt. Dutkowski et al. haben kürzlich ihre Resultate von 25 hypotherm perfundierten DCD-Lebern nach Transplantation mit kalt gelagerten DCD-Lebern verglichen und konnten einen signifikanten Schutz gegen intrahepatische Gallenwegskomplikationen aufzeigen.²⁷ Interessanterweise zeigt sich hierbei, dass eine kurze, 1–2-stündige Perfusion bei 10 Grad mit hoher Sauerstoffkonzentration nur über die Pfortader ausreichend ist, damit alle Zellen der Leber, einschließlich Gallengänge mit Epithelzellen erreicht und geschützt werden.^{27,28} Ebenso wichtig ist die hypotherme Perfusion für die Konservierung von DBD-Lebern, insbesondere bei extended-criteria-Organen. Randomisierte Untersuchungen werden momentan durchgeführt mit Beteiligung von mehreren europäischen Zentren (www.hope-liver.com). Im Gegensatz zur normothermen Perfusion kann die hypotherme oxygenierte

Perfusion bereits vor Implantation den mitochondrialen Elektronentransport umschalten und verlangsamen und dadurch die spätere Freisetzung von mitochondrialen Sauerstoffradikalen in der Reperfusion verhindern.⁷

Nachfolgend reduzieren sich alle sekundären Ereignisse wie die Ausschüttung von nukleären Faktoren (DAMPs und andere) sowie die Aktivierung von Makrophagen, Endothelzellen und Immunzellen.²⁹ Auch deshalb ist diese Perfusionstechnik nicht nur einfach, sondern auch höchst effektiv.³⁰ Zudem kann eine Messung der Leberenzyme in der hypothermen Perfusionslösung recht genau die Leberfunktion im Empfänger vorhersagen.²⁴ Weitere Anwendungen bei steatotischer Leber (= Fettleber) sind experimentell bereits mit gutem Erfolg untersucht (Abb. 2).

Korrelierend zu diesen Ergebnissen hat die Gruppe von T. Minor und A. Paul (Essen) nach zahlreichen experimentellen Studien eine gasförmige, kalte Sauerstoffapplikation direkt vor der Lebertransplantation beim Menschen untersucht (Oxygen Persufflation) mit ebenfalls protektivem Effekt. Ein weiterer, der HOPE-Technik ähnlicher Ansatz, ist die kontrollierte Erwärmung der Perfusionslösung (COR, controlled oxygenated rewarming). Dabei wird eine etwa 90-minütige Leberperfusion durchgeführt direkt vor Implantation und die Perfusionslösung wird schrittweise erwärmt von 10 Grad (wie bei HOPE) bis auf 20 Grad (wie bei der subnormothermen Perfusion). Auch diese Technik wird momentan in der Lebertransplantation beim Menschen untersucht.³²

Angeichts des akuten Spenderorganmangels kommt der Organkonservierung eine herausragende Bedeutung zu. Somit ist die Suche nach der optimalen Perfusionsmethode von höchster Priorität. Wir glauben, mit der hier beschriebenen HOPE einen wichtigen Schritt vorwärts gemacht zu haben. Alle Perfusionskonzepte sollten in randomisierten Multicenter-Studien verglichen werden bezüglich Effektivität, Praktikabilität und Kosten.

Referenzen:

Die zahlreichen Referenzen erhalten Sie auf Anfrage per E-Mail: redaktion@lebertransplantation.de. Der Beitrag mit Referenzen wird auch auf unserer Homepage eingestellt: www.lebertransplantation.de -> Transplantation -> Vor der Transplantation

Aktuelle Konzepte zur Immunsuppression bei Lebertransplantation (Ltx)

Fotos: privat



△ Dr. med. M. Linecker

▷ Prof. Dr. med. P. Dutkowski

Klinik für Viszeralchirurgie und Transplantation
Universitätsspital Zürich

Abkürzungen:

CNI Calcineurin-Inhibitoren

Ltx Lebertransplantation

UNOS United Network for Organ Sharing

MELD Model for end stage liver disease

Einleitung

Die Langzeit-Überlebensraten nach Ltx liegen heutzutage bei etwa 61% nach 10 Jahren und 43% nach 20 Jahren.^{1,2} Hauptursache von Organverlusten ist dabei nicht mehr eine chronische Transplantatabstoßung, sondern vielmehr ein Rezidiv der zugrundeliegenden Lebererkrankung (beispielsweise virale Hepatitis, Hepatozelluläres Karzinom) oder auch diverse Nebenwirkungen der notwendigen Immunsuppression.² Im Vergleich zu anderen transplantierten Organen, wie z. B. Niere, Herz oder Lunge, ist die Leber daher ein äußerst immuntolerantes Organ mit einer vergleichsweise niedrigen Rate an therapie relevanten Abstoßungen. In einigen Publikationen wird sogar ein komplettes Absetzen der Immunsuppression ohne Abstoßungsreaktion zehn oder mehr Jahre nach Lebertransplantation dokumentiert.³⁻⁷ Die zugrundeliegenden Toleranz-begleitenden Vorgänge sind jedoch weitgehend unklar.

Heutzutage gibt es insgesamt nach Lebertransplantation einen Trend zur Reduktion der Immunsuppression mit dem Ziel, potenzielle Langzeitnebenwirkungen zu vermeiden. Auch wurde in den vergangenen Jahren der Zusammenhang zwischen Reperfusionsschaden und nachfolgender Immunantwort nach Organtransplantation aufgezeigt (Abb. 1). Aus diesem Grund sind neue Methoden der Organkonservierung im Zusammenhang mit der Reduktion der Immunsuppression interessant und vielversprechend (s. dazu den Artikel über Organkonservierung S. 9).

Reduktion der Calcineurin-Inhibitoren (CNI)

Eine der häufigsten und schwerwiegendsten Nebenwirkungen der CNI wie beispielsweise Tacrolimus und Ciclosporin sind Nierenschäden (Nephrotoxizität).

Die Häufigkeit von schweren Nierenfunktionsstörungen liegt bei etwa 18% nach 13 Jahren der Behandlung mit diesen Medikamenten.⁸ Neuere Studien⁹ haben gezeigt, dass bei Einsatz von CNI-basierten Immunsuppressionsschemen der Tacrolimus-Spiegel fünf Jahre nach Ltx auf unter 5 µg/l und der Ciclosporin-t0-Spiegel auf unter 50 µg/l reduziert werden kann.⁹ In welchem Bereich der CNI-Spiegel in den ersten 3 Monaten nach Ltx einzustellen ist, scheint jedoch aktuell noch nicht vereinheitlicht zu sein. Eine kürzlich durchgeführte Studie aus Großbritannien schlägt einen Tacrolimus-Talspiegel von etwa 7 µg/l vor in den ersten zwei Wochen nach Ltx.¹⁰ Eine Kombination mit Mycophenolat Mofetil (MMF) ermöglicht eine weitere Reduktion des Spiegels.¹¹ Die randomisierte „ReSPECT“-Studie zeigt, dass ein verzögerter Beginn von niedriger dosiertem Tacrolimus in Kombination mit MMF zu einer Verbesserung der Nierenfunktion bei lebertransplantierten Patienten geführt hat.^{12,13}

Induktionstherapie

In der Lebertransplantation wird die Induktionstherapie beispielsweise im Vergleich zur Nierentransplantation viel seltener eingesetzt. Insgesamt besteht jedoch eine Zunahme von 15% im Jahr 2000 auf 25% im Jahre 2009.¹⁴ Am häufigsten verwendet werden Antikörper wie Thymoglobulin, welches T-Lymphozyten attackiert. Andere Antikörper, wie Basiliximab und Daclizumab, binden an den IL-2-Rezeptor, was ebenfalls zum Untergang der T-Zellenpopulation führt.¹⁴ Nach der anfänglich unterschätzten Wirkung der Induktionstherapie bei Ltx zeigte eine Analyse des United Network for Organ Sharing (UNOS) inzwischen ein verbessertes Transplantatüberleben nach 3 Monaten (92% vs. 89%), 1 Jahr (85% vs. 81%) und 5 Jahren (68% vs. 64%).¹⁵

Rolle von mTOR-Inhibitoren

Eine Alternative zur CNI-basierten Immunsuppression stellen mTOR (mammalian target of rapamycin)-Inhibitoren dar. In einer randomisierten, kontrollierten Studie wurde Everolimus bei mehr als 1.000 Lebertransplantationen untersucht.¹⁶ Die Ergebnisse zeigten, dass ein frühzeitiger Beginn mit Everolimus (bereits einen Monat nach Transplantation) in Kombination mit einer reduzierten Tacrolimusdosis zu einer signifikant besseren Nierenfunktion führt. Ebenso waren Abstoßungsreaktionen gering.

Wenige Daten liegen bisher vor bezüglich der Wirkung von Everolimus auf das Wachstum oder die Rezidiv-Rate von Lebertumoren oder sonstigen Tumoren im Menschen. Eine kürzlich durchgeführte Pilotstudie hat gezeigt, dass lebertransplantierte Patienten mit HCC, die mit ei-

ner Kombination von Sorafenib und Everolimus behandelt wurden, eine bessere 1-Jahres-Überlebensrate und ein verzögertes Fortschreiten der Krankheit hatten im Vergleich zu Patienten, die mit Sorafenib alleine oder Sorafenib in Kombination mit CNI therapiert wurden.¹⁷ Zurzeit werden Daten zur Anwendung von Everolimus nach Ltx im internationalen Registry „Everoliver“ (www.everoliver.org) erfasst.

Immunsuppression nach Ltx von Hochrisiko-Spendern und Empfängern

Hochrisiko-Lebertransplantationen, wie beispielsweise bei Empfängern von Organen mit erheblichem Fettgehalt (Makrosteatose ≥ 30%) oder auch Empfängern von Organen, die einer langen warmen Ischämie (≥ 30 min funktioneller warmer Ischämie, MAP < 50 mm Hg) oder kalten Lagerung (≥ 12 h)¹⁸ ausgesetzt waren, sind deutlich anfälliger für Komplikationen nach der Transplantation.¹⁹⁻²² Diese stehen in engem Zusammenhang mit dem Reperfusionsschaden, der nach dem Wiederanschluss der Leber an den Blutkreislauf entsteht (Implantation der Leber). Dabei werden vermehrt Sauerstoffradikale freigesetzt und eine komplexe Schädigungs-Kaskade wird eingeleitet mit multiplen Effekten an allen Leberzellen. Am Ende dieser Kaskade steht auch die Provokation einer verstärkten Immunantwort (Abb. 1), die im schlechtesten Fall bei ungenügender Immunsuppression zur Abstoßung führen kann.²³ Ein hohe Immunsuppression andererseits bei sehr kranken Empfängern (hoher MELD) hat ein hohes Infektionsrisiko. Die Kombination von sogenannten marginalen Spenderorganen und Hochrisikoempfängern wird daher in vielen Transplantationszentren vermieden.

In der klinischen Praxis werden für diese Entscheidungsfindung verschiedene Schlüsselfaktoren von Spender und Empfänger in Punktwerte umgewandelt nach unterschiedlichen Algorithmen (Risk-scores). Einige dieser Scores beinhalten ausschließlich Spender (DRI = Donor risk index)- oder nur Empfängervariablen.²⁴ Manche Scores können die Sterbewahrscheinlichkeit nach Ltx bei erhöhtem Risiko besser vorhersagen (BAR-Score = Balance of Risk Score; SOFT = Survival Outcomes Following Liver Transplantation) als andere (D-MELD = Produkt aus Spenderalter und MELD). An unserem Zentrum wurde der sogenannte „Balance of Risk (BAR)-Score“ entwickelt. Mathematisch ist dieser Score eine Summation von sechs unterschiedlich gewichteten Faktoren, wie Spender- und Empfängeralter, MELD-Score, Dauer der kalten Lagerung und Retransplantation sowie invasive Beatmung vor der Transplantation. Liegt dieser Wert in der Summe bei mehr als 18 Punkten, ist von einer sehr hohen

erhöhten Mortalität des Empfängers nach der Transplantation auszugehen.^{25,26} Wie der Name bereits sagt, kann die Summe der Risikofaktoren jedoch bis zu einem BAR-Score von 18 „ausbalanciert“ werden mit einer konstanten 1-Jahres-Mortalität unter 20%. Zusätzlich zur Berechnung von Risikoscores bieten neue Techniken wie die maschinelle Leberperfusion Vorteile hinsichtlich eines geringeren Reperfusionsschadens. Zudem kann bei Patienten mit deutlich eingeschränkter Nierenfunktion oder schon Dialysenotwendigkeit vor Transplantation eine Immuninduktion entweder mit IL-2-Blockern oder auch Thymoglobulin von Vorteil sein, da dann offensichtlich eine verzögerte immunsuppressive Behandlung mit CNI besser toleriert wird.^{27–29} Ein allgemeiner

Konsens in Bezug auf die „beste“ immunsuppressive Therapie in dieser Patienten-Gruppe existiert jedoch aktuell nicht.

Ausblick

Insgesamt steht derzeit eine Minimierung der Immunsuppression nach Ltx im Vordergrund. Ein vollständiger Verzicht kann derzeit nicht empfohlen werden, auch wenn in einigen Fallserien bis zu 20% der Leberempfänger keine immunsuppressive Behandlung mehr hatten ohne relevante Abstoßungsreaktionen.¹³ Insbesondere ältere Empfänger, ein langes posttransplantäres Intervall (> 10 Jahre) sowie ein langsames „Weaning“ (= Gewöhnung) sind vermutlich wichtige Faktoren zur Erreichung einer sogenannten „operational“ Toleranz nach Ltx. Im

Langzeitverlauf (> 10 Jahre) wird eine CNI-Monotherapie mit sehr niedrigen Talspiegeln (Tacrolimus bei 3–5 µg/l, Ciclosporin C0 50–70 µg/l) häufig gut toleriert. Die individualisierte Immuntherapie mit verlässlicher Bestimmung von Biomarkern sowie der prätransplantären Erstellung von genetischen Profilen ist in dieser Hinsicht von zunehmender Bedeutung.¹³

Referenzen:

Die zahlreichen Referenzen erhalten Sie auf Anfrage per E-Mail: redaktion@lebertransplantation.de. Der Beitrag mit Referenzen wird auch auf unserer Homepage eingestellt: www.lebertransplantation.de → Transplantation → Nach der Transplantation



Leseprobe: Inka Nisinbaum, Ich bin noch da, Seite 99–101

28. Dezember 2002, 8.24 Uhr

Guten Morgen meine Liebe. Bin in der MHH, mit dem Flugzeug! Zu 99% geht's um 9 Uhr los. Bitte ruf niemanden von uns an. Kuss Inka.

Und dann, um Punkt 9 Uhr, kam der Lungen-Transplantations-Arzt und es ging tatsächlich los. Mit dem Bett wurde ich durch das halbe Krankenhaus geschoben, meine Schwester und meine Mutter im Schlepptau, bis wir den Vorbereitungsraum für die OP erreichten. Und hier musste ich mich nun verabschieden.

Ich weiß noch, dass meine Mutter Tränen in den Augen hatte, als sie mich drückte und mir alles Gute wünschte und ich sie dann nach draußen schickte. Ich wollte nicht in ihren Augen die Frage sehen, ob wir uns je wiedersehen würden. Ich wollte kein Drama, keine herzzerreißende Abschiedsszene. Ich wollte einfach nur für mich sein, mich auf meine Gefühle und auf die kommende OP konzentrieren. Kein was wenn? Und kein Vorausschauen. Immer nur einen Schritt nach dem anderen.

Meine Schwester blieb dagegen noch einen Moment länger bei mir. Sie war nicht so emotional wie meine Mutter oder sie konnte es ganz einfach nur besser verbergen. Sie war eher so wie ich, immer noch einen dummen Spruch auf den Lippen. Doch als auch sie gehen musste, drückten wir uns noch einmal und dann sagte sie: „Bis später.“

Ich weiß noch, wie ich mich damals innerlich über diesen Ausspruch amüsierte. Sicher, ich wollte kein Drama, aber „bis später“ hörte sich so an, als ob ich nur eine Warzen-OP vor mir hätte. Meine Schwester ...

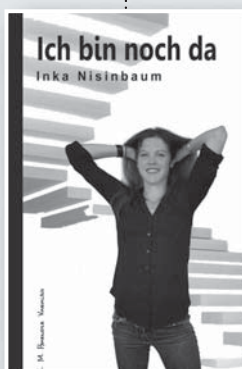
Doch ich antwortete ebenfalls mit „bis später“ und freute mich gleichzeitig darüber, dass meine Schwester ganz offensichtlich von dem Erfolg meiner OP überzeugt war. Es tat in diesem Moment gut, alles ein wenig herunterzuspielen. Dass

sich meine Mutter und meine Schwester draußen weinend in den Armen lagen, große Angst hatten, mich zum letzten Mal gesehen zu haben, wusste ich damals ja nicht. Auch dachte ich damals nicht darüber nach, wie es meiner Familie jetzt wohl ging. Mein Fokus war nur noch auf die Transplantation gerichtet. Alles andere war ausgeblendet.

Sobald meine Schwester den Vorbereitungsraum verlassen hatte, ging der Trubel erst richtig los. Zunächst einmal musste ich von meinem Bett rüber auf die OP-Liege wechseln. Erst wollte man mich rüberheben, doch das lehnte ich ab. Noch konnte ich selbst von einer Liege auf die andere klettern. Das erklärte ich auch dem Anästhesisten, der noch viel erstaunter darüber war, dass ich kein Beruhigungsmittel vor der OP eingenommen hatte. Vor so einer großen OP wie einer Transplantation nahmen offensichtlich die meisten nur allzu gerne ein Beruhigungsmittel ein.

Als ich dann auf der OP-Liege lag, wurden alle um mich herum geschäftig. Wer das Glück hat, noch nie für eine OP vorbereitet worden zu sein, dem sei gesagt, es geht zu wie auf einem Bahnhof. Man sieht aus den Augenwinkeln immer nur blaue oder grüne Kittel vorbeihuschen. Ab und an stellt sich eine Schwester vor, der Anästhesist, jemand streicht einem beruhigend über den Kopf, doch ansonsten fühlt man sich fast überflüssig.

Ich bekam ein Häubchen über die Haare gestülpt, Blutdruckmanschette um den Arm gewickelt, Sauerstoff unter die Nase geklemmt, Elektroden auf die Brust geklebt und konnte kurz darauf meinen etwas erhöhten Herzschlag im Hintergrund piepen hören. Ich fing an, mich auf meine Atmung zu konzentrieren, versuchte, meinen Herzschlag wieder zu beruhigen, und sah den vielen grünen Kitteln um mich herum zu, wie sie hin und her huschten. Und dann setzte sich der Anästhesist neben meinem Kopfende auf einen Stuhl und ließ mich wissen, dass er nun den Zugang legen und ich dann meine Narkose bekommen würde.



Inka Nisinbaum ist heute 36 Jahre alt und seit Dezember 2002 lungen- und lebertransplantiert. Dies wurde notwendig durch die erbliche Erkrankung Mukoviszidose. Sie schreibt über ihre 15-monatige Wartezeit auf die Organe, die Geschehnisse rund um die Transplantation und das harte Jahr danach. Die kommenden Jahre werden eher im Zeitraffer dargestellt und als „Sahnehäubchen“ ihres bisherigen Schicksals schreibt sie über ihre Schwangerschaft und die Geburt des gesunden Sohnes im Dezember 2013.

Es ist ein Buch, das Hoffnung machen soll. Inka Nisinbaum zeigt auf, dass trotz der schlechtesten Grundvoraussetzungen – fast – alles möglich ist und es sich stets lohnt zu kämpfen und an seinen Träumen festzuhalten.

C. M. Brendle Verlag, 254 Seiten, ISBN 978-3-942796-12-5, 15,50 EUR

Mediziner diskutierten neue Wege der Transplantationsmedizin

Jutta Riemer

Die Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) fand vom 22.–24. Oktober 2015 in Dresden im Jahr des 20-jährigen Bestehens des Transplantationszentrums Dresden statt.

Trotz des großen Erfolgs und der weitreichenden Fortschritte der Transplantationsmedizin in den letzten zwei Jahrzehnten bleiben zahlreiche Herausforderungen nicht nur in der Medizin, sondern auch gesellschaftlicher und ethischer Natur und ungelöste Probleme. Diese wurden bei der Jahrestagung ausführlich und interdisziplinär diskutiert.

Viele nationale und internationale Transplantationsexperten stellten ihre wissenschaftlichen und klinischen Schwerpunkte dar und tauschten sich untereinander und mit den ca. 800 Teilnehmern bei Vorträgen, Postersitzungen, wissenschaftlichen Sitzungen und DTG-internen Kommissionsitzungen aus. Auch wurden die bedeutendsten Forschungspreise der deutschen Transplantationsmedizin verliehen, z.B. der Rudolf-Pichlmayr-Preis.

Lebertransplantierte Deutschland e.V. war mit einem Informationsstand vertreten. Wir hielten Informationsmaterial rund um die Lebertransplantation vor. Darüber hinaus präsentierten wir das Thema Organspende, insbesondere die Plakat-Aktion „Dank an die Spenderkrankenhäuser“ (s. LL 2/2015) und nahmen an Sitzungen und Vorträgen teil.

Verschiedene Schwerpunkte wurden bei der Pressekonferenz durch den Vorstand der DTG präsentiert: So z.B. die politische und gesellschaftliche Situation in der Transplantationsmedizin, die Schwerpunkte des Dresdener Transplantationsprogramms und die aktuelle Situation der Nierenlebendspende, die aktuelle Spendersituation, die Richtlinienrevisionen im Bereich Lebertransplantation sowie die Organentnahmerichtlinien.

Die Ethikkommission der DTG stellte u.a. ihre Analyse zu den Richtlinienverstößen vor, die durch die Prüf- und Überwachungskommission öffentlich wurden. Es lag in keinem Fall Organhandel vor. Die meisten der Richtlinienverstöße bezogen sich auf bewusste Falschangaben zu Patientendaten oder Falschinterpretation der komplexen Regelungen – jeweils mit dem Ziel, eine baldige Transplantation zu ermöglichen. Auch nachträgliches Anführen von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen sei nicht hinzunehmen. Jedoch bemängelt auch die Ethikkommission, dass die Umsetzung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in Richtlinien einen sehr langen Weg in Anspruch nehmen muss. Bewusste Regelverstöße bewertet die Kommission auch als schwerwiegende Verstöße

gegen den Ehrenkodex der Fachgesellschaft (DTG).

Das größte Problem für Ärzte und Patienten ist nach wie vor der drastische Organmangel. Die Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stellte Kampagnen und Maßnahmen der BZgA vor, die eine Verbesserung der Situation bewirken sollen. Im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung bedankten sich die Ärzte der Transplantationszentren in Deutschland bei den Organspendern und ihren Angehörigen. Bewegende Lebensgeschichten von Eltern, die ihre Kinder verloren und die ihre Einwilligung zur Organspende gegeben hatten, berührten alle und machten deutlich, dass die Transplantationsmedizin einen besonderen Stellenwert nicht nur für die transplantierten Patienten hat. Die Organspende wurde gewürdigt als das ultimative Geschenk und Zeichen der Nächstenliebe ohne soziokulturelle Grenzen. Dieser Stellenwert wurde bestätigt, als in der Abschlussveranstaltung hochrangige Vertreter der katholischen und evangelischen Kirche sowie jeweils vom Zentralrat der Muslime und der Juden in Deutschland sich weitgehend einig waren über eine positive Bewertung der Transplantation und der Organspende aus Nächstenliebe.

Quelle: Kongresszeitung und Pressemitteilungen der DTG zur Jahrestagung

Update und Kongressnachlese – Leber

Am Ende der DTG-Jahrestagung fasste Prof. Dr. Daniel Gotthardt, Transplantationsmedizin Heidelberg, wesentliche Themen rund um die Lebertransplantation zusammen. Einige Aspekte dazu finden Sie nachfolgend in einer kurzen Zusammenfassung:

Zunächst eine positive Zahl: Es wurde eine retrospektive Datenauswertung (UNOS) vorgestellt. Demnach wurden in den letzten 25 Jahren 1,4 Millionen Lebensjahre für schwerstkranken Personen durch eine Transplantation ermöglicht.

Wissenschaftler beschäftigt nach wie vor die optimale Immunsuppression mit bester Wirkung und möglichst geringen Nebenwirkungen in Ausprägung und Anzahl. Daten zum Vergleich zwischen Tacrolimus (2 × täglich) und der retardierten Form (1 × täglich) zeigten, dass

- eine Umstellung auf die retardierte Form sicher ist,
- bei gleicher Dosis sich niedrigere Serumspiegel zeigen,
- sich weniger Infektionskomplikationen einstellen,
- sich ein signifikant besseres Organüberleben zeigt (8% – dieser Effekt nimmt ab, je später die Umstellung auf das retardierte Präparat geschieht).



Auch Ergebnisse für die Umstellung auf Everolimus (mTOR-Inhibitor) – mit und ohne zusätzliche Einnahme von Tacrolimus – wurden vorgestellt. Unter Everolimus hatten vor allen Dingen Patienten Vorteile, die an einem HCC oder anderen Malignomen litten oder schon eine wesentlich eingeschränkte Nierenfunktion aufwiesen. Unter Everolimus – unabhängig, ob mit Tacrolimus oder ohne – zeigte sich eine deutliche Verbesserung der Nierenfunktion (GFR-Rate).

Vergleicht man die Strategie der immunsuppressiven Behandlung im Vergleich der Jahre ab 1984–1994 und dem Zeitraum von 1998 und 2006 wird deutlich, dass im ersten Zeitraum fast ausschließlich Calcineurin-Inhibitoren (CNI), also Ciclosporin und später Tacrolimus, eingesetzt wurden; in den folgenden Jahren zwar immer noch CNI-basiert, jedoch ergänzt durch weitere Immunsuppressiva behandelt wurde. Die CNI-Zielspiegel werden zu heutiger Zeit auch niedriger angesetzt als in den Anfängen der Lebertransplantation. Zunehmend kommen wir in die Zeiten individualisierter Immunsuppression, bei der der behandelnde Arzt das größer werdende Spektrum an Wirkstoffen anwenden und kombinieren kann, je nach individueller Situation des Patienten und dessen Grunderkrankung. Vorge stellt wurden auch die Ergebnisse einer kleinen Studie, die untersucht hat, ob Patienten Vorteile haben, die von Anfang an nach Ltx keine CNI, sondern andere Immunsuppressiva (MMF, Steroide, Basiliximab bzw. Sirolimus bei Nierenfunktionsstörung) erhalten. Mit einem 1-Jahres-Überleben von 93% ein interessanter Ansatz, auch wenn 44% der Teilnehmer letztendlich auf CNI eingestellt wurden. Interessant ist der Vorteil bezüglich der sich unter dem CNI-freien Regime verbessern Nierenwerte.

Die zunehmende Komplexität der immunsuppressiven Therapie zeigt uns deutlich, dass das Regime für den einzelnen Patienten in die Hände erfahrener Ärzte in den Transplantationszentren gehört. Für Umstellungen/Neueinstellungen gilt die Zentrumsbindung umso mehr.

Eine weitere Studie untersucht den Zusammenhang zwischen immunologischen – erblich bedingten – Varianten beim Menschen und dem Auftreten invasiver Pilzinfektion nach Ltx. Es zeigt sich, dass verschiedene erbliche Faktoren bewirken, dass der Mensch besser oder eben auch schlechter mit der Abwehr der Pilzsporen zurecht kommen kann. In der Anwendung könnte das für die Zukunft bedeuten, dass solche Patienten schon im Vorfeld erkannt und entsprechend prophylaktisch behandelt werden können und so die Schwere der Erkrankung reduziert oder diese gar verhindert werden kann.

19. Symposium des Arbeitskreises Transplantationspflege (AKTX Pflege e.V.)

Mariele Höhn

Am 23.10.2015 fand in Dresden, im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft, das AKTX-Pflegesymposium statt.

Die Pflege von Transplantierten nimmt auch in Zukunft einen hohen Stellenwert ein. Deshalb sind auch eine Weiterbildung und ein Austausch auf diesem Gebiet sehr wichtig.

Frau **Anne Rebafka**, Uniklinikum Freiburg, berichtete über die Adhärenz (Befolgen des Behandlungsplans) von Nierentransplantierten. Diese hätten damit mehr Probleme als andere Organempfänger und deshalb sei auch die Abstoßungsrate signifikant höher. Die Ursache sei weitgehend unbekannt, aber z.T. liege es z.B. an unbeabsichtigter Vergesslichkeit, der allgemeinen Einstellung der Medikamenteneinnahme oder persönliche Einstellungen.

Herr **C. Meßer** vom Herz- und Diabeteszentrum Bad Oeynhausen erläuterte das DRG-System. DRG (Diagnosis Related Groups) sind Patientenklassifikationssysteme und wurden bereits Mitte der 1970er Jahre in den USA entwickelt. In DRG-Systemen werden stationäre Patienten Fallgruppen zugeordnet.

Was soll mit diesem System erreicht werden?

- Transparenz
- Verkürzung der Liegezeiten
- Spezialisierung von Einrichtungen
- Optimierung von Handlungsabläufen
- Prozessausrichtung der Abläufe von Patienten

Lt. seiner Ausführung ist dieses System noch verbesserungsfähig.

Die Pflege sollte als gleichberechtigter Partner mit einbezogen werden in die Weiterentwicklung des Systems. Das Geld ginge nicht direkt zur Pflege, sondern der Träger des Krankenhauses würde darüber entscheiden. Herr Meßer forderte, dass die Pflege als Einnahmequelle erkannt und von der Politik mehr honoriert werden müsse.

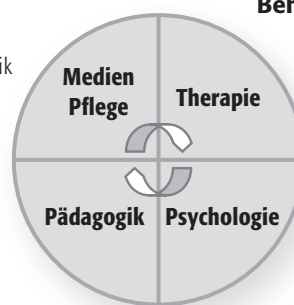
Dipl.-Psychologin K. Tigges-Limmer stellte erste Ergebnisse der Studie SARAH (Specific Active Refinement of Adherence of Heart) vor. Hierbei geht es um den Umgang mit Patienten und Angehörigen.

Jede Transplantation stelle eine veränderte Situation für die ganze Familie dar. Für die Angehörigen sei die psychische Belastung oft sehr groß. Es entstehen:

- Angst vor Trennung und Verlust
- Ungewissheit (Zukunftsängste)
- Kummer, den Kranken leiden zu sehen
- Unsicherheit gegenüber dem Patienten (Was darf ich sagen, zumuten?)
- Berührungsängste (Ekel, Scheu, Angst)

- Untersuchung/Diagnostik
- Pflege
- Compliance

- Gemeinsame Aktionen in der Natur
- Familie



Behandlungskonzept

- Körperwahrnehmung
- Leistungsfähigkeit

- Krankheitsbewältigung
- Akzeptanz

- Plötzlich veränderte Rollen (Annahme der Rolle des Patienten)
- Emotionaler Rückzug (schauspielerisch verbergen)

Auch die Anforderungen der Angehörigen an das Pflegepersonal seien enorm:

- Gewissheit optimaler Versorgung
- Offene, ehrliche Antworten
- Einfache, verständliche Sprache
- Wertschätzung als Angehöriger
- Nicht ohne Angaben von Gründen aus dem Zimmer geschickt werden
- In die Pflege eingebunden werden
- Ehrliches Mitgefühl

Auf der anderen Seite dürfe man aber auch die Belastungen des Pflegepersonals nicht vergessen. Sie hätten einen hohen Verantwortungsgrad, stünden unter starken psychischen Anspannungen (Ängste, Traurigkeit, Überforderung, fehlender Austausch, Zeitmangel), würden ständig mit den Patienten und Angehörigen konfrontiert und manchmal sei der Anspruch der Angehörigen auch sehr hoch, z.B. an Heilung, Professionalität, Information. Problematisch seien auch oft Konflikte innerhalb der Klinikstrukturen. Außerdem würde ein Viertel der Lebertransplantierten nicht sozial (Familie) unterstützt. Das führe oft zu psychischen Störungen.

Bei den Herz-Lungen-Transplantierten wurde Folgendes beobachtet:

- Ehefrauen befürchten eine Änderung des Charakters des Partners nach HTX; dies führt zu Konflikten
- Veränderung der Eigenständigkeit in der Partnerschaft
- Probleme in der Sexualität
- Angst vor Abstoßungen und Infektionen (evtl. Überpflegung)

Frau Tigges-Limmer empfahl den Pflegekräften zum Schluss, sich Hilfe zu holen, wenn es eng werden würde; z.B. Seelsorger mit einbeziehen, Selbsthilfegruppen, Entlastung durch „closed-door-teams“ und ab und an eine Erholung.

Sehr interessant war der Vortrag von **Frau Pardela**, deutsche Transplantationsnurse am „Kings College“ in London – einem der größten Zentren Europas. In Großbritannien gibt es 7 Ltx-Zentren und 3 davon für Kinder. 40–50 Kinder werden jährlich am Kings College transplantiert.

Das „Department of Health“ ist in Großbritannien verantwortlich für eine zuverlässige Optimierung für Blut- und Organverteilung. Das ODT – „Organ Duty Office“ – registriert Spender und Empfänger.

Großbritannien ist in 12 Regionen eingeteilt, in Deutschland sind es 7. Diese Regionen entscheiden eigenständig, wer ein Organ bekommt und die Zuteilung erfolgt nicht, wie hier in Deutschland, national.

Der oder die Koordinator/in der SN-OD (Special Nurse in Organ Donation) spreche mit der Familie über eine potenzielle Spende und begleite die Familie während des ganzen Prozesses. Die transplantierten Kinder und auch die Angehörigen würden sehr intensiv betreut, z.B. Begleitung der Kinder mit der Familie zum OP, täglicher Besuch auf der ITS und später auf der Normalstation sowie die anschließende Anleitung nach der Transplantation. Der Koordinator halte die Kinder auch an, sich sportlich zu betätigen. Das Angebot dafür sei sehr vielfältig.

Irland habe keine Transplantationszentren für Kinder, sie gingen dann meist ins „Kings“ nach London, bekämen aber Organe von Irland.

Frau Etzelsberger aus Österreich stellte allen Teilnehmern das Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche, den Ederhof in Osttirol vor. Dieses Zentrum wurde von Prof. Pichlmayr ins Leben gerufen. Folgende Kinder und Jugendliche werden dort aufgenommen:

- Patienten mit Organerkrankungen vor Transplantation
- Kinder und Jugendliche nach Organtransplantation
- Dialysepflichtige Kinder und Jugendliche
- Angehörige, Familienmitglieder organtransplantierten Kinder im Sinne einer familienorientierten Rehabilitation

Diese langfristigen REHA-Ziele sollen hier erreicht werden:

- Deutliche Reduktion der Folgeerkrankungen und frühzeitiger Organverlust durch Schulung
- Möglichkeiten aufzeigen für eine spätere Erwerbstätigkeit
- Möglichst hohen Grad an sozialer Integration und Teilhabe zu erreichen.

Von Ulrich R. W. Thumm

Verbreitung von Lebererkrankungen und Folgeerscheinungen

Weltweit könnten bis zu zwei Milliarden Menschen an Lebererkrankungen leiden; in Deutschland wird die Zahl auf sechs bis sieben Millionen geschätzt. In ärmeren Ländern sind chronische Infektionen mit Parasiten sowie Viren (Hepatitis-B und -C-Viren) die Hauptverursacher. In reichen Ländern wie Deutschland sind Lebererkrankungen in zunehmendem Maße mit einer **Fettleber** (NAFLD = non-alcoholic fatty liver disease) assoziiert infolge von Übergewicht. Diese Entwicklung ist gut in China zu beobachten, wo sich mit zunehmendem Lebensstandard

die Lebensgewohnheiten (life style) wandeln hin zu einem „westlichen“ Lebensstil (hoher Kalorienverbrauch, Bewegungsarmut). Damit verbunden ist ein dramatischer Anstieg der Inzidenz von Fettleber.¹ Die Fettleber führt in 30 bis 40 Prozent der Fälle zu einer **Leberentzündung** (NASH = non-alcoholic steatohepatitis) sowie weiter zu Zirrhose, Leberversagen und Leberkrebs und somit zur Indikation für eine Ltx.² Die Fettleber wird am besten als eine systemische Krankheit (multisystem disease) verstanden, die auch andere Organe und Regulierungssysteme

außerhalb der Leber in Mitleidenschaft zieht und Erkrankungen verursacht, insbesondere Diabetes 2 sowie Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen. NAFLD ist auf einer Trendlinie, die sie in Zukunft zur häufigsten Indikation für eine Ltx machen könnte.³ Eine Änderung der Lebensgewohnheiten, die zur Reduzierung des Gewichts führt, ist ein sehr wirksames Mittel, um gegen das metabolische Syndrom bzw. gegen NAFLD und NASH und ihre Folgen vorzugehen.⁴

Neue Therapieansätze gegen cholestatische Erkrankungen

Gallenstau (Cholestase) in Form zu geringen oder fehlenden Abflusses von Galle in den Darm kann **extrahepatisch** etwa durch Gallensteine oder Tumoren oder **intrahepatisch** (Stau in den Leberzellen oder im Bereich der Gallenwege bei PBC und PSC) verursacht sein. Die am besten etablierte Behandlungsmethode für intrahepatische Cholestase ist die Gabe von natürlicher Gallensäure in Form von Ursodesoxycholsäure (= Ursodesoxycholic Acid, UDCA; Ursfolk®). Die Behandlung mit UDCA ist bei PBC (= Primär Biliäre Cholangitis) wirksam, nicht dagegen bei PSC (= Primär Sklerosierende Cholangitis);

eine sehr hohe Dosierung (30 mg/kg) kann bei PSC sogar schädlich sein⁵ und sollte vermieden werden. Obwohl PBC und PSC relativ selten sind, wird intensiv an Alternativen zur UDCA-Therapie geforscht. Eine Übersicht über die verschiedenen zellbiologischen Ansätze bietet ein Artikel von einem Team um Ulrich Beuers.⁶ Während der Wirkungsmechanismus von UDCA „post-transcriptional“ ist, sind die Alternativen sämtlich „transcriptional“, d.h. sie sind direkt auf die Zielzellen ausgerichtet und gehen nicht den Weg über eine nicht unbedingt zielgenaue RNA-Modifizierung. Am meistversprechenden

scheint der Ansatz mit **Norursodeoxycholic acid** zu sein, einer Modifizierung von UDCA, die eine bessere Absorption in den Gallengangszellen erlaubt. Die besten Ergebnisse werden wohl mit einer Kombinationstherapie aus UDCA und NorUDCA erzielt. Für weitere Studien hat die European Medicines Agency „orphan designation“ (Förderung trotz geringer Patientenzahlen; Vermeidung stiefmütterlicher/Waisen-Behandlung) gegeben an eine pharmazeutische Firma, die seit langem auf diesem Gebiet forscht und ein UDCA-Medikament auf dem Markt hat.

Ltx bei Kindern

Mit Fortschritten in der Operationstechnik, Organbeschaffung und Immunsuppression werden häufiger Ltx im Kindesalter (0 bis 15 Jahre) durchgeführt.⁷ Gallengangsatresie (Verschluss der Gallengänge), neonatale Hämochromatose (Eisenstoffwechselerkrankung), Stoffwechselstörungen und Gallenstau sind zwar selten, aber häufige Ursachen für pädiatrische Ltx (Gallengangsatresie in ca. 50 Prozent der Fälle). In den USA entfallen ca. 12,5 Prozent aller Ltx auf Kinder, im Eurotransplant-Verbund nur ca. elf Prozent. Ein großer Teil der pädiatrischen Ltx (ca. 70 Prozent) basiert auf Lebendspenden. In den USA sind die Ein-Jahres-Überlebensraten von 35 Prozent im Jahre 1982 auf über 90 Prozent angestiegen; auch die Fünf-Jahres-Überlebensraten liegen bei über 90 Prozent. Dieser Erfolg ist insbesondere auf Fortschritte bei der Immunsuppression zurückzuführen. Bei erfolgreicher Ltx im Kindesalter stehen dann aber die Langzeitwirkungen im Vordergrund des

Interesses.⁸ Die Langzeitwirkungen sind insbesondere durch negative Nebenwirkungen von Immunsuppressiva wie Nierenschädigung, Diabetes 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteopenie u.ä. gekennzeichnet. Wegen dieser Nebenwirkungen bemüht man sich um **Minimierung der Immunsuppression** bzw. sogar totales Absetzen von Immunsuppressiva (Erreichen von Immuntoleranz). Es wird geschätzt, dass 20 bis 25 Prozent der Ltx-Empfänger im Kindesalter immuntolerant sind; in einer beschränkten multizentrischen Studie wurden sogar 12 von 20 Kindern 8 1/2 Jahre nach Ltx als immuntolerant klassifiziert. Allerdings ist es eher realistisch, auf eine Minimierung der Immunsuppression zur Reduzierung der Morbidität als auf Toleranz zu zielen.⁹ Abnormale biochemische Leberparameter werden im Langzeitverlauf sehr häufig (40 bis 50 Prozent der Patienten) festgestellt; desgleichen Transplantat-Abstoßungen, die durch Spender-Antikörper

hervorgerufen werden. Beides bedarf der Beobachtung und weiterer Erforschung. **Non-Adherence** (= Nicht-Einnehmen der Immunsuppressiva) ist ebenfalls ein häufiges Problem (30–50 Prozent) bei Jugendlichen und beim Übergang vom Kinderarzt zur Normalversorgung. Darauf sind ca. 15 Prozent der späten Organabstoßungen zurückzuführen. Optimales Langzeitmanagement der pädiatrischen Ltx-Patienten ist eine große Herausforderung, um das Potenzial einer Ltx voll auszuschöpfen. Im Falle von **Lebendspenden** sind außerdem ganz besonders psychosoziale Beziehungen und Probleme zwischen Organempfänger und -spender zu beachten, häufig innerhalb des Familienverbunds. Bei den heranwachsenden Empfängern werden oft Angstzustände bis hin zu Depressionen beobachtet sowie Schuldgefühle und Erwartungsdruck hinsichtlich einer „guten“ Lebensführung. Eine professionelle Begleitung der Familien ist in vielen Fällen angesagt.¹⁰

Ltx-Wartelisten-Management

Was unter dieser banalen Überschrift im Folgenden diskutiert wird, ist in Wirklichkeit ein schwerwiegendes **ethisches Problem** bei der Priorisierung von Wartelistenpatienten: medizinische Dringlichkeit vs. Lebenserwartung nach Ltx. In Heft 1/2014 der „Lebenslinien“ haben wir das Thema der Allokation von postmortalen Spenderlebern aufgegriffen und argumentiert, dass angesichts des akuten Organmangels eine stärkere Berücksichtigung des erwarteten Ltx-Ergebnisses notwendig wäre gegenüber dem jetzigen, MELD-basierten System, das medizinische Dringlichkeit als wichtigstes Kriterium vorsieht.¹¹ Allerdings wird durch Deckelung bei MELD = 40 in gewisser Weise die Aussichtslosigkeit einer Ltx berücksichtigt. Ein Ärzte-Team vom Mount Sinai Medical Center in New York widmet sich diesem Thema und schlägt eine prononciert pragmatische Kompromiss-Position vor: einen cut-off point von 50 Prozent geschätzter Fünf-Jahres-Überlebens-Wahrscheinlichkeit nach Ltx;¹² Patienten mit geringerer Überlebenserwartung sollten nicht auf die Warteliste gesetzt werden. Die Autoren gehen bei ihren Überlegungen von einem konkreten Fall an ihrem Tx-Zentrum aus – einem Mann, der sich im Endstadium einer Lebererkrankung befindet nach Reaktivierung einer Hepatitis-B-Virus-Infektion und dessen Überlebenswahrscheinlichkeit von einer Vielzahl von Experten auf 50 Prozent geschätzt wurde. Soll dieser Mann auf die Ltx-Warteliste aufgenommen werden oder nicht? Der Fall wurde positiv entschieden, und der Mann wurde kurz darauf transplantiert. Die Autoren betonen, dass ein **Allokationssystem** absolutes **Vertrauen** in der Öffentlichkeit voraussetzt und dafür **objektiv** und **transparent** sein sowie als **gerecht**

und effektiv/**nützlich** für Individuum und Gesellschaft empfunden werden müsse. Diesen Ansprüchen solle mit strikter Evidenzbasierung genügt werden unter Zuhilfenahme der kumulativen Ergebnisse (CUSUM = cumulative sum) des Scientific Registry of Transplant Recipients (SRTR = wissenschaftliches Register aller Transplantatempfänger). Auf diese Weise sollen Hochrisikopatienten identifiziert und von einer Organzuteilung ausgeschlossen werden. Während die Datenlage in den USA gut ist und derartige Überlegungen objektiv zu stützen vermag, ist die Entscheidung für einen 50-Prozent-cut-off ziemlich willkürlich. Außerdem lässt diese Vorgehensweise andere Faktoren außer Betracht, die entscheidenden Einfluss auf das Ltx-Ergebnis haben, insbesondere die Qualität des Spenderorgans (abhängig von Spenderalter bzw. DRI = Donor Risk Index, Ischämiezeit, Organkonservierung). Verschiedene Methoden zur Kombination von Spender- und Empfängerereigenschaften wurden im Laufe der Zeit entwickelt. Das beste System ist wohl der in der Schweiz entwickelte BAR-Score (BAR = Balance of Risk), der eine ziemlich klare Grenze ermittelt, nach der die Sterbewahrscheinlichkeit nach Ltx steil ansteigt.¹³ Bei Überschreiten dieser Grenze gäbe es wenig Rechtfertigung für die Aufnahme auf die Ltx-Warteliste (s. dazu auch den Artikel von Linecker und Dutkowski in diesem Heft S. 11).

Für die Rechtfertigung der gegenwärtigen Praxis, den MELD-Dringlichkeits-Score mit Ausnahmepunkten (z.B. für HCC, PSC) zu modifizieren, gibt es zu wenig statistische Evidenz. In einer Studie in den USA wird am Beispiel der **HCC-Ausnahmepunkte** nachgewiesen, dass Nicht-HCC-Patienten stark benachteiligt werden und

signifikant längere Wartezeiten bzw. höhere Wartelistensterblichkeit erleiden.¹⁴ Diese Ausnahmepunkte sind nicht nur unzulänglich untersucht, sie genügen auch kaum den ethischen Standards für verantwortliches Wartelistenmanagement. Verschiedene, in jüngerer Zeit veröffentlichte Studien weisen nach, dass eine längere Wartezeit für HCC-Patienten gerechtfertigt wäre, um – überraschenderweise – trotz späterer Ltx bessere Ergebnisse zu erzielen¹⁵ und somit die Diskriminierung von Nicht-HCC Patienten zu eliminieren.¹⁶ Ein Team um Michael Marvin kalkuliert einen MELD equivalent score (MELD-EQ); hierfür wird die Drei-Monats-Todes-Wahrscheinlichkeit auf der Warteliste (drop-out from waiting list) für HCC- und Nicht-HCC-Patienten gleich gesetzt. Es zeigt sich, dass die meisten HCC-Patienten mit MELD-EQ < 15 ohne besonderes Risiko längere Wartezeiten hinnehmen könnten, so dass die Diskriminierung der Nicht-HCC Patienten reduziert würde.¹⁷

Neuberger und Mulligan nehmen eine pragmatische, geradezu provokative Position ein. Sie bezweifeln, dass es je ein streng wissenschaftliches, Evidenz-basiertes System geben könnte, das allen ethischen Standards Genüge täte. Sie plädieren dafür, dass sich die Bemühungen besser auf eine Steigerung akzeptabler Spenderorgane (Qualitätssicherung) und auf die Entwicklung von Therapien konzentrieren sollten, die Ltx überflüssig machen würden.¹⁸

NB: Die meisten analytischen Ansätze sind auf US-Daten basiert, die teilweise deutlich von europäischen bzw. deutschen Daten abweichen. So mit unser Aufruf, verstärkt an einem Ltx-Register zu arbeiten und die US-Modelle mit europäischen/deutschen Daten neu zu schätzen.

Kritische Aspekte bei Lebendspende-Lebertransplantation

Trotz akuten Mangels an postmortalen Spenderorganen erfolgen im Gebiet von Eurotransplant nur knapp sieben Prozent der Ltx aufgrund von Lebendspenden; dabei entfällt der größte Teil (ca. 67 Prozent) auf Empfänger im Kindesalter (0–15 Jahre). Insgesamt sind die Ltx-Ergebnisse (Transplantat- und Patienten-überleben) nach postmortaler Spende und Lebendspende gut, bei Lebendspende sogar etwas besser. Bei der Lebendspende-Ltx muss sowohl beim Spender als auch beim Empfänger eine Regeneration der Leber stattfinden bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung einer adäquaten Leberfunktion. In einer multizentrischen Studie in den USA wurden an Hand von 334 Lebendspendern mit einem medianen Alter von 38 Jahren und 308 Empfängern mit einem medianen Alter von 52 Jahren die Leberregeneration drei Mo-

nate nach Ltx sowie die für das Wachstum kritischen Parameter untersucht.¹⁹ Bei den Spendern wurde nach drei Monaten eine Regeneration von 80 Prozent (+/– 13 Prozent) gemessen, bei den Empfängern eine solche von 93 Prozent (+/– 18 Prozent). Das Wachstum war bei Spendern signifikant mit dem Körpergewicht, dem Lebervolumen und dem Spendenanteil (bzw. dem verbleibenden Anteil) verbunden; bei Empfängern waren Körpergewicht und Größe des Transplantats entscheidend. Bei den Spendern des rechten Leberlappens (mit entsprechend geringerem verbleibenden Lebervolumen) war das Wachstum stärker als bei Spendern des linken Leberlappens. Bei den Empfängern war das relative Wachstum ungefähr gleich, unabhängig vom gespendeten Lappen. Eine wichtige Frage ist, wie groß eine Lebendspende sein

kann, ohne den Spender zu gefährden. Üblicherweise werden 25–35 Prozent als verbleibendes Lebervolumen angegeben. Obwohl man festgestellt hat, dass bei kleinerem verbleibendem Lebervolumen die Regeneration am schnellsten erfolgt, stellt man gleichzeitig bei zu kleinem Restvolumen eine Beeinträchtigung der Leberfunktion fest. Um ein zu kleines Restvolumen zu vermeiden und so den Spender nicht zu gefährden, ist man zunehmend dazu übergegangen, den linken Leberlappen für Lebendspende zu verwenden. Die Forscher schließen die Untersuchung ab mit der Feststellung, dass die gegenwärtige Praxis innerhalb der Grenzen für eine sichere Regeneration der Leber bei Spender und Empfänger sei. Es sei aber wichtig, die Gewebequalität, die entscheidend für die Leberfunktion sei, sowie die Restleber des Spenders

und das Transplantat beim Empfänger besser im Hinblick auf die Regeneration zu untersuchen und eventuelle biologische Interventionen zu entwickeln, die Leberwachstum und -funktion verbessern könnten. Um die Ltx-Ergebnisse nach Lebendspende noch weiter zu verbessern, haben sich Forscher an der University of Pennsylvania bemüht, einen „Living Do-

nor Risk Index“ zu entwickeln, in dem Variable auf der Spenderseite (Alter, Gewicht, rechter oder linker Leberlappen) und der Empfängerseite (Alter, Gewicht, Albumin, Art der Lebererkrankung) kombiniert werden.²⁰ Angesichts der beschränkten Auswahl von Lebendspendern (insbesondere nach deutscher Gesetzgebung) ist dieser (statistische) Versuch

von sehr begrenzter praktischer Bedeutung. Eine individuelle Beurteilung der Eignung von Spender und Empfänger ist unerlässlich. So ist dann sogar eine sehr ungewöhnliche, aber erfolgreiche Lebendspende-Ltx bei Siebzيجährigen vorstellbar.²¹

Diagnose und Behandlung von Leberkrebs (HCC = Hepatozelluläres Karzinom)

HCC (einschließlich Gallengangskrebs) ist weltweit der fünfthäufigste bösartige Tumor und die zweithäufigste tumorbedingte Todesursache. Die HCC-Häufigkeit nimmt deutlich zu: in Deutschland hat sie sich in den letzten 30 Jahren verdoppelt, in den USA sogar verdreifacht. In beiden Ländern wird die Inzidenz auf 8–10 pro 100.000 geschätzt, in manchen Ländern in Südostasien und Afrika sogar auf 30–150. Als Ursachen sind die Zunahme von Leberzirrhose zu nennen, HCV-Infektionen (bis in die 80er Jahre) sowie Fettleibigkeit und Diabetes 2.²² Bei der **Therapie** gibt es **verschiedene Ansätze** je nach Tumorstadium und individueller Diagnose: Radiofrequenzablation (= Entfernung des Tumors mit Hilfe von Hitze einwirkung); Chemoembolisation (TACE = transarterial chemoembolization) zur Schrumpfung der Tumoren, häufig gefolgt von Resektion oder Ltx, wenn die Tumoren klein genug sind; medikamentöse/systemische Behandlung mit Sorafenib (vorwiegend bei fortgeschrittenem Stadium des Krebses und sogar bei Streuung außerhalb der Leber); schließlich Transplantation (Ltx), vorausgesetzt, die Tumoren sind innerhalb der sog. Milan-Kriterien (ein Tumor < 5 cm; drei Tumoren, je < 3 cm; keine extrahepatische Manifestation; keine vaskuläre Invasion). Sofern die Lebererkrankung noch nicht so weit fortgeschritten und die Leberfunktion noch aufrechterhalten ist, sind die erstgenannten Optionen erfolgversprechend. Falls aber schon eine dekompensierte Leberzirrhose vorliegt und die Überlebens-Prognose

sehr schlecht ist, ist eine Ltx die einzige Option.²³ Für die Wahl der adäquaten Therapie und die Erfolgsaussichten ist (natürlich) eine **korrekte Diagnose des Tumorstadiums** entscheidend. Großer Fortschritt wurde bei bildgebenden Diagnosemethoden (Sonographie, Computertomographie (CT) und Kernspin (MRT)) erzielt, wobei die Wahl der Kontrastmittel zur Steigerung der Effektivität entscheidend sein kann. Über einen guten Erfolg zur **Entdeckung sehr kleiner Tumoren mit Hilfe von MRT und Verwendung von Gadoxetic Acid (= Primovist®) als Kontrastmittel** berichtet ein Team um Hyung-Don Kim.²⁴ Unter 700 Patienten, die bereits mit dynamischer CT untersucht worden waren, wurden bei 16 Prozent mit Hilfe von gadoxetic acid-unterstützter MRT zusätzliche HCC-Tumoren gefunden, die dann adäquat (Ablation, Resektion bzw. Ltx) behandelt werden konnten. Weitere Studien sind allerdings erforderlich, um den Vorteil dieses Kontrastmittels zu etablieren.

Eine systemische Behandlung stellt die **Sorafenib**-Therapie dar (Handelsname in Deutschland: Nexavar®). Sorafenib ist ein Multikinaseinhibitor (Eingriff in die Regulierung der Zellteilung und der Gefäßneubildung), der das Wachstum der Krebszellen verlangsamt, indem er die Blutversorgung unterbindet. Das Medikament wird zur Behandlung von nicht-resezierbarem HCC eingesetzt, hat aber schwerwiegende unerwünschte systemische Nebenwirkungen und nur begrenzte Wirkung im Hinblick auf die Überlebens-

wahrscheinlichkeit. Versuche mit anderen Medikamenten wie Linifanib, Sunitinib, Brivanib u.ä. waren bislang nicht erfolgreich, haben aber zusätzliche Erkenntnisse gebracht (Heterogenität des Tumorgewebes; unterschiedliche Muster des Tumorwachstums) hinsichtlich der weiteren Forschungsrichtung.²⁵ In einer koreanischen Studie an 254 HCC-Patienten mit Sorafenib wird von einem medianen Überleben von 9,6 Monaten berichtet, obwohl der Krebs schon außerhalb der Leber gestreut hatte (extrahepatic spread).²⁶ Dies ist ein beachtlicher Erfolg der Sorafenib-Therapie.

Chirurgische Verfahren (Resektion, Ltx) werden weiterhin als Goldstandard in der Therapie von HCC betrachtet. Dabei wird die Entscheidung in der Regel von der Tumorgroße abhängig gemacht. Dies ist jedoch eher ein untergeordneter Aspekt. In einer französischen Retrospektivstudie von 313 Patienten mit Leberresektion zwischen 3/1989 und 9/2010 wird herausgearbeitet, dass das OP-Ergebnis (5-Jahres-Überleben; Wiederkehr von Tumoren) signifikant auch von der Tumorbilologie (Tumormarker Alphafetoprotein (AFP) > 200; microvascular invasion; Metastasierung) und dem Zustand des Lebergewebes (Fibrose; Zirrhose) abhängt und somit bei der OP-Entscheidung (einschließlich der Entscheidung über eine etwaige Ltx) wesentlich stärker in Betracht gezogen werden sollte.²⁷ Desgleichen ist Pfortaderhochdruck als ein signifikanter Risikofaktor zu beachten.²⁸

Risiko des Wiederauftretens von HCC nach Ltx

In einer Retrospektivstudie von 391 Patienten von zwei Tx-Zentren in den USA, die eine Ltx wegen HCC bekommen haben, wurde nachgewiesen, dass die **Länge der Ischämiezeit** (kalt oder warm) ein entscheidender unabhängiger Risikofaktor ist für das Ltx-Ergebnis (definiert als Wiederauftreten von HCC). Dieser Risikofaktor bezieht sich auf den Organspende- und

Transplantationsprozess, also auf die Zeit zwischen Entnahme und Implantation des Spenderorgans und somit auf seine Qualität. Neben diesem Risiko gibt es die Empfänger-spezifischen Risiken, also Risiken beim HCC-Patienten selbst, insbesondere den Befall des Lymphsystems mit Krebszellen (vascular invasion), schlechte Zelldifferenzierung (poor differentiation),

Tumormarker AFT > 200 ng/mL und Überschreiten der Milan-Kriterien. Aufgrund des Studienergebnisses empfiehlt das Forscherteam alles zu tun, um die Ischämiezeit zu verkürzen, insbesondere für HCC/Ltx-Patienten mit den obigen Risikofaktoren.²⁹

Referenzen:

Die zahlreichen Referenzen und den gesamten Artikel finden Sie auf unserer Homepage www.lebertransplantation.de → Transplantation → Aus Wissenschaft und Forschung. Bei Interesse erhalten sie die Referenzenliste auch per E-Mail: redaktion@lebertransplantation.de

Eine Umleitung in der Leber

Transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Shunt (TIPS)

Ulrich Kraus, LD eV, Dr. med. Sandra Blomeyer; unter fachlicher Beratung von Prof. Dr. med. Guido Gerken, Essen

Der TIPS (medizinisch: transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Shunt) ist eine künstliche Gefäßumleitung zwischen der Pfortader und den Lebervenen. Bei fortgeschrittenen Lebererkrankungen entsteht ein Pfortaderhochdruck. Durch den TIPS wird der Pfortaderhochdruck mit seinen zum Teil lebensbedrohlichen Komplikationen behandelt. In manchen Fällen ist der TIPS nur eine kurzfristige Übergangslösung, manchmal kann er aber die Zeit bis zur Notwendigkeit einer Lebertransplantation (Ltx) um Jahre verlängern.

Wie kommt es zum Hochdruck in der Pfortader?

Bei vielen chronischen Lebererkrankungen kommt es zu einer Schädigung und zum Absterben von Leberzellen. Bei anhaltender Schädigung kann trotz der Regenerationsfähigkeit der Leber abgestorbenes Gewebe nicht mehr erneuert werden, es entsteht Bindegewebe und die Leber vernarbt zunehmend. Diese Vernarbung führt zu einer Leberzirrhose.

Bei einer gesunden Leber fließt das Blut aus dem Bauchraum über die Pfortader in die Leber, gelangt dort über kleinste Lebergefäße zu den Leberzellen und wird über die Lebervenen wieder zum Herzen abgeleitet. Durch die Vernarbungen in der Leber bei einer Leberzirrhose sind die Blutgefäße verengt und das Blut kann nicht mehr ungehindert durch die Leber fließen. Das Blut staut sich auf der Zuflussseite in der Pfortader auf, dieses wird Pfortaderhochdruck (medizinisch: portale Hypertension) genannt.

Ein Pfortaderhochdruck kann außerdem durch das Budd-Chiari-Syndrom entstehen. Bei dieser seltenen Krankheit kommt es durch eine Blutgerinnungsstörung zu einer Gerinnselbildung mit nachfolgendem Verschluss der Lebervenen. Auch dies führt dazu, dass weniger Blut durch die Leber fließen kann und ein Pfortaderhochdruck entsteht.

Welche Folgen hat eine portale Hypertension?

Der Blutstau vor der Leber bei dem Pfortaderhochdruck führt dazu, dass sich das Blut andere Gefäße als „Umgehungsstraßen“ zum Herzen sucht. Dabei werden Gefäße benutzt, die bislang nur sehr

klein waren, da sie wenig Blut transportieren mussten, aber nun viel weiter werden, um das aufgestaute Blut aufnehmen zu können. Diese „Umgehungsstraßen“ sind z.B. Gefäße in der Speiseröhre, die zu Krampfaden wachsen. In solchen Umgehungsgefäßen kann es zu plötzlichen, lebensgefährlichen Blutungen kommen.

Aufgrund einer Regulationsstörung kann der Pfortaderhochdruck auch dazu führen, dass die Nieren Wasser und Kochsalz nicht mehr richtig ausscheiden. Das zurückgehaltene Wasser sammelt sich dann im Gewebe (z.B. Ödeme in den Beinen) und vor allem auch in der Bauchhöhle an. Diese Bauchwassersucht (Aszites) ist für den Patienten sehr unangenehm und kann bei einer Infektion in der Bauchhöhle lebensgefährlich werden.

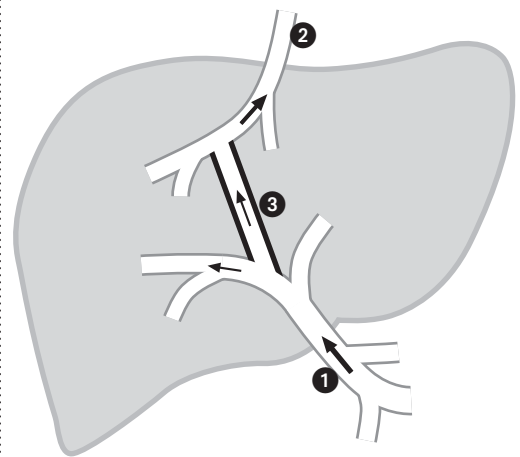
Der TIPS als Ausweg

Werden die Folgen des Pfortaderhochdrucks für den Patienten gefährlich, stellt sich die Frage nach möglichen Therapien. Durch eine Lebertransplantation kann die krankhaft veränderte Leber als Ursache des Pfortaderhochdrucks ersetzt werden. Eine Transplantation ist jedoch eine schwere Operation mit Risiken und daher letzte Möglichkeit. Auch der Mangel an Spenderorganen macht eine erforderliche Ltx nicht immer sogleich möglich. Bei manchen Begleiterkrankungen ist eine Transplantation aufgrund erheblicher Risiken auch nicht möglich. Man sucht daher nach anderen Wegen, den Pfortaderhochdruck mit seinen zum Teil lebensbedrohlichen Komplikationen zu behandeln. Ein solcher Ausweg kann die Anlage eines TIPS sein.

Wie funktioniert ein TIPS?

Durch den TIPS wird eine künstliche Verbindung (Shunt) zwischen der Pfortader und den ableitenden Lebervenen geschaffen. Für den Eingriff erhält der Patient ein Schmerz- und Beruhigungsmittel, so dass der Eingriff nicht als belastend empfunden wird, aber die Mitarbeit des Patienten möglich ist, wie z.B. kurz den Atem anhalten. Bei dem Verfahren wird eine Sonde (medizinisch: Katheter) an der rechten Seite des Halses in eine Vene eingeführt und am Schlüsselbein vorbei Richtung Leber geschoben. Dieser Katheter dient dem Einführen aller notwendigen Geräte für die Anlage des TIPS. Von der rechten Lebervene aus wird innerhalb der Leber mit einer Punktionsnadel eine Verbindung zur Pfortader gestochen. An einem eingelegten

Führungsdraht entlang wird dann diese Öffnung mit einem Ballon geweitet und dann ein sogenannter Stent eingeschoben, das ist eine Art Röhre aus Metallmaschen, die den neu geschaffenen Abfluss offen halten wird. Nun wird mehrmals der Druck im Pfortadersystem gemessen. Während dieser Messungen muss der Patient jeweils kurz die Luft anhalten. Der Stent wird zwischen den Messergebnissen vorsichtig gedehnt. Das Ziel ist, einen Durchmesser einzustellen, bei dem genau die für den Patienten richtige Blutmenge durch den Shunt abfließt, bei der kein Stau mehr entsteht, aber auch noch möglichst viel Blut durch die Leber fließen und dort entgiftet werden kann. Die behandelnden Ärzte orientieren sich während der Prozedur anhand von Röntgenbildern und Ultraschall; so sind keine großen Schnitte notwendig, sondern nur der Stich am rechten Hals.



Schematische Darstellung eines TIPS. ① Pfortadersystem; ② ableitende Lebervene; ③ TIPS. Die Pfeile zeigen die Flussrichtung des Blutes.

Ist die Implantation belastend?

Während der Anlage des TIPS bewirken die Medikamente, dass der Patient keine Schmerzen empfinden muss. Das Arbeiten in den Blutgefäßen und der Leber kann sich als unangenehmes Druckgefühl bemerkbar machen, das aber erträglich ist. Eine TIPS-Implantation erfolgt stets in der Klinik. Man sollte mit einigen Tagen stationärem Aufenthalt rechnen. In der Folgezeit muss regelmäßig kontrolliert werden, ob der Shunt weiterhin ordnungsgemäß durchblutet ist. Dies geschieht durch eine spezielle Ultraschalluntersuchung, ist also nicht mit einer Belastung verbunden.

Welche Probleme können nach einer TIPS-Anlage auftreten?

Ist ein TIPS eingesetzt, so kann es vorkommen, dass sich mit der Zeit die Durchblutung wieder verschlechtert. Manchmal kommt es z.B. zu Verengungen von ableitenden Lebervenen. Manchmal setzen sich auch an der Wand des Stent Ablagerungen fest, die den Durchfluss behindern. In solchen Fällen muss eine Neueinstellung des TIPS vorgenommen werden.

Wichtigste Nebenwirkung eines TIPS ist das Neuauftreten oder die Verschlech-

terung einer hepatischen Enzephalopathie. Dies ist eine Funktionsverschlechterung des Gehirns durch giftige Stoffe im Blut. Im normalen Stoffwechsel werden diese Stoffe von der Leber aus dem Kreislauf entfernt. Der TIPS führt nun aber gerade dazu, dass ein Teil des Blutes nicht mehr durch die Leber fließt, sondern umgeleitet wird. Die Entgiftungsfunktion der Leber wird dadurch verschlechtert. Anzeichen einer hepatischen Enzephalopathie sind Störungen in Bewegungs-, Konzentrations- und Denkvermögen. Im Endstadium kann auch diese Komplikation tödlich

sein. (Zur hepatischen Enzephalopathie gibt es ein eigenes Faltblatt in dieser Reihe des Verbands.)

Bei der Frage, ob ein TIPS implantiert werden soll, müssen die Ärzte deshalb die gesundheitliche Situation des Patienten genau einschätzen und abwägen, ob Komplikationen des Pfortaderhochdrucks wie die Blutung aus der Speiseröhre oder Bauchwassersucht den Zustand des Patienten stärker bedrohen als die Nebenwirkungen durch einen TIPS.

EASL*-2015-Update Autoimmune Lebererkrankungen

Dieser Beitrag fasst einige interessante Daten bezüglich autoimmuner Lebererkrankung zusammen, die beim EASL-Kongress 2015 in Wien vorgestellt wurden.



Foto: privat

Prof. Dr. med. Gabriele Kirchner

Primär sklerosierende Cholangitis (PSC)

Einfluss einer Dickdarmentfernung auf die Entstehung eines Gallengangskarzinoms bei Patienten mit einer PSC mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED)

In der Studie der Mayo-Klinik wurde untersucht, ob eine Entfernung des Dickdarms bei erwachsenen Patienten ($n=404$), die sowohl eine PSC als auch eine CED haben, einen Einfluss auf die Entstehung eines Gallengangskarzinoms (CC) hat. Das mittlere Alter bei Diagnose der CED betrug 29 Jahre, bei der PSC 40 Jahre und beim CC 57 Jahre. Bei 115 (28%) Patienten war eine Dickdarmentfernung notwendig gewesen. Der Grund für die Dickdarmentfernung war entweder ein Dickdarmkrebs oder eine durch Medikamente nicht behandelbare, schwere Dickdarmentzündung. Das Risiko für die Entstehung eines Gallengangskarzinoms stieg bei den Dickdarm-entfernten PSC-CED-Patienten auf beinahe das 2-Fache an. Jedoch hatte das Vorliegen eines Dickdarmkrebses oder einer durch Medikamente nicht behandelbaren schweren

Dickdarmentzündung keinen Einfluss auf die Häufigkeit einer Gallengangskarzinom-Entstehung (Gulamhusein A et al., Abstrakt 1172).

Zusammenfassung: PSC-Patienten mit einer CED, bei denen der Dickdarm komplett entfernt werden musste, haben ein beinahe 2-fach erhöhtes Risiko, einen Gallengangskrebs zu entwickeln.

Azathioprin-Therapie erhöht das Malignitätsrisiko bei PSC-Patienten nicht

Bei Patienten mit PSC ist das Risiko für die Entstehung eines Gallengangskarzinoms, Gallenblasenkarzinoms und eines Dickdarmkarzinoms erhöht. Viele Patienten mit einer PSC und einer gleichzeitig bestehenden CED werden wegen der CED mit Azathioprin behandelt. Unter einer Therapie mit Azathioprin (Immunsuppressivum) ist die Gefahr einer Krebsentstehung generell etwas erhöht. In einer retrospektiven (= zurückblickenden) Multicenter-Studie (Einbindung mehrerer Kliniken) wurde eine Risikokalkulation bezüglich der Entwicklung von Karzinomen durchgeführt, welche nach der PSC-Diagnose und einer der folgenden Endpunkte beobachtet wurde: Entstehung eines Karzinoms, Lebertransplantation, Tod oder fehlende Nachkontrollen. 683 Patienten (472 Männer) wurden in die Studie eingeschlossen. 484 der 683 (71%) Patienten hatten zusätzlich zur PSC eine CED. Die mediane Nachbeobachtungszeit lag bei 9,4 Jahren. 41 von 683 Patienten (6%) entwickelten ein Gallengangskarzinom (CC). Es konnte gezeigt werden, dass das Risiko für die Entstehung eines Leber-/Gallengangskarzinoms oder eines

Dickdarm-Karzinoms unter einer Therapie mit Azathioprin im Vergleich zu Patienten ohne Azathioprin-Therapie nicht erhöht war (Zenouzi et al., Abstrakt 1200).

Zusammenfassung: Unter einer Azathioprin-Therapie bei Patienten mit einer PSC mit einer CED besteht kein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Gallengangskarzinoms oder eines Dickdarmkrebses.

Primär biliäre Cholangitis (PBC)

Obeticholsäure effektiv in der Therapie der PBC

Obeticholsäure (OCA) ist eine modifizierte Gallensäure und ein Farnesoid-Rezeptor (FXR)-Agonist, welche in Phase-2- und -3-Studien zur Behandlung der PBC untersucht wurde. Die Ergebnisse von zwei Phase-2- und einer Phase-3-Studie wurden zusammengeführt. Insgesamt erhielten 201 Patienten OCA und 134 Patienten Placebo (= Tabletten ohne Medikament). Die Ausgangsbedingungen waren in beiden Gruppen vergleichbar. Vor Beginn der Therapie war die Alkalische Phosphatase höher bei den Patienten, die eine Monotherapie mit OCA erhielten im Vergleich zu den Patienten, die eine Kombinationstherapie mit OCA und Ursodesoxycholsäure (UDCA) erhielten. Unter der OCA-Therapie sanken die Laborwerte Alkalische Phosphatase, gammaGT, GOT und GPT signifikant ab im Vergleich zur Placebogruppe. Obwohl die Patienten in der Monotherapiegruppe höhere Ausgangswerte der Alkalischen Phosphatase hatten als die Therapiegruppe mit OCA plus UDCA, erreichten beide

Gruppen ähnliche Werte der Alkalischen Phosphatase am Ende der doppelblinden Periode. Juckreiz war die Hauptnebenwirkung von OCA und der Effekt war Dosis-abhängig. In der gepoolten Analyse zeigte sich, dass die Patienten mit einer OCA-Monotherapie und die Patienten mit OCA plus UDCA ein signifikant besseres Therapieansprechen hatten als die Patienten in der Placebogruppe (Invernizzi P et al., Abstrakt 1137).

Zusammenfassung: In der Studie konnte gezeigt werden, dass OCA bei PBC-Patienten zu einer signifikanten Verbesserung der Leberwerte führt. Die Hauptnebenwirkung der OCA war der Juckreiz, welcher jedoch Dosis-abhängig war.

Die Alkalische Phosphatase und das Bilirubin sind Biomarker für das Überleben ohne Lebertransplantation bei PBC-Patienten

Die Alkalische Phosphatase (AP) und das Bilirubin sind charakteristischerweise bei der PBC erhöht und ein Abfallen dieser Werte ist mit einer verbesserten Prognose vergesellschaftet. An zwei sehr großen PBC-Kollektiven [UK National PBC Group (n=4022 Patienten) und International Global PBC Study Group (n=4845 Patienten)] wurde gezeigt, **dass PBC-Patienten, deren Alkalische Phosphatase um weniger als das 1,67-Fache des Normwertes erhöht ist und deren Bilirubin normal ist, seltener eine Lebertransplantation benötigen bzw. seltener an der Lebererkrankung verstarben als PBC-Patienten, bei denen die Laborwerte höher lagen.**

Langzeitgabe von Ursodesoxycholsäure verhindert ein Wiederauftreten der PBC nach der Lebertransplantation (Ltx)

Ursodesoxycholsäure (UDCA) ist ein wirksames Medikament zur Therapie der Primär biliären Cholangitis (PBC). Bei Patienten, die wegen einer PBC eine Ltx erhalten, kann die PBC-Erkrankung auch wieder in der „neuen“ Leber entstehen (= PBC-Rezidiv). In der Studie wurde untersucht, ob UDCA einen Einfluss auf die PBC-Rezidivrate nach einer Ltx hat. Die Daten wurden retrospektiv bei 90 PBC-Patienten (86% Frauen) nach der Ltx erhoben. Das PBC-Rezidiv wurde mittels einer Leberpunktion gesichert. Es wurden 1, 5, 10, 15 und 20 Jahre nach einer Ltx in klar definierten Zeitabständen Leberpunktionen durchgeführt. In einem der fünf Zentren erhielten alle Patienten nach der Ltx UDCA (13–15 mg/kg Körpergewicht/Tag) und in den anderen vier Zentren nur, wenn in der Leberpunktion ein PBC-Rezidiv gesichert worden war. Ein PBC-Rezidiv wurde bei 48 (53%) Patienten diagnostiziert. Das Rezidiv trat meist 6 Jahre nach der Ltx auf. Weder Empfänger- noch Spendercharakteristika noch die Gabe von Calcineurin-Inhibitoren (z.B. Ciclosporin oder Tacrolimus) hatten einen Einfluss auf die PBC-Rezidivrate. In der multivariaten Analyse (statistische Auswertung) zeigte nur die routinemäßige UDCA-Gabe nach einer Ltx einen Schutz vor einem PBC-Rezidiv nach der Ltx (Bosch A et al, Abstrakt 1148).

Zusammenfassung: Bei Patienten, die wegen einer PBC eine Ltx erhielten, stellte die Gabe von Ursodesoxycholsäure nach einer Ltx einen Schutz für ein PBC-Rezidiv dar.

Autoimmunhepatitis (AIH)

Mycophenolat Mofetil (MMF) ist geeignet als Erstlinientherapie der Autoimmunhepatitis

Kürzlich konnte gezeigt werden, dass das Immunsuppressivum Mycophenolat Mofetil (MMF) als Erstlinien-Therapie zur Behandlung einer AIH statt der Standardtherapie mit Kortikosteroiden plus Azathioprin geeignet ist. Es führte zu hohen Therapieerfolgen bei geringeren Nebenwirkungen. In der aktuellen Studie wurden der Langzeitverlauf unter einer MMF-Therapie und die Rückfallrate nach Absetzen der Therapie untersucht. 105 Patienten erhielten Prednisolon 1 mg/kg Körpergewicht/Tag plus MMF 1,5–2 g/Tag. Ein Absetzen der Therapie erfolgte frühestens nach 4 Jahren und nur bei komplettem Ansprechen seit mindestens 2 Jahren. 99/105 (94%) der Patienten sprachen auf die Therapie an und die Transaminasen und die gGT normalisierten sich im Mittel innerhalb von 2 Monaten. 77/99 (73,3%) hatten ein komplettes Ansprechen und hatten auch unter Ausschleichen des Kortisons normale Leberwerte. 22/99 (21%) hatten ein Rückfall unter Ausschleichen des Kortisons und 6/105 (6%) hatten nur ein teilweises Ansprechen auf die Therapie. Bei den 31 Patienten, bei denen die Therapie bei gutem Ansprechen gestoppt werden konnte, blieben 23/31 (74%) in Remission (ohne Rückfall) und 8/31 (26%) Patienten hatten einen Rückfall innerhalb von 3,5 Monaten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass MMF eine effektive und sichere Erstlinientherapie bei AIH ist und die geringsten Rückfall-Raten nach Absetzen der Therapie hat (Zachou K et al., Abstrakt 1138).

* 50. Jahreskongress der Europäischen Vereinigung zum Studium der Leber – „Der Internationale Leber-Kongress“



Lebertransplantierte Deutschland e.V. und
das Transplantationszentrum des UKE Hamburg
laden Sie jetzt schon herzlich ein zum



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

4. Deutschen Patiententag Lebertransplantation Hamburg – 1. Oktober 2016

Es erwarten Sie Vorträge, Workshops und Gelegenheit zum Austausch mit Betroffenen und Experten.

Freuen Sie sich auch auf ein Rahmenprogramm am 30. September und 2. Oktober 2016.

Infos unter www.lebertransplantation.de (Veranstaltungskalender) oder unter: 0 23 02/179 89 91

Refraktärer Aszites – Eine therapeutische Herausforderung



Foto: privat

Dr. med. Marc Nguyen-Tat
 Cirrhose Centrum Mainz (CCM)
 I. Medizinische Klinik und Poliklinik

Die fortgeschrittene Leberzirrhose ist eine systemische Erkrankung, die Auswirkungen auf fast alle Organe haben kann. Zahlreichen Komplikationen liegt dabei die Entwicklung eines Pfortaderhochdrucks (portale Hypertension) zugrunde. Die Pfortader führt das aus dem Magen-Darm-Trakt gesammelte venöse Blut der Leber zur Verstoffwechselung und Entgiftung zu. Bei Patienten mit Leberzirrhose entsteht ein Pfortaderhochdruck als Folge des bindegewebigen Leberumbaus. In der Folge kommt es u.a. zu einem vermehrten Flüssigkeitsaustritt aus dem Gefäßsystem in die freie Bauchhöhle, es bildet sich Aszites aus, die sog. Bauchwasser sucht.

Ausgeprägter Aszites äußert sich in einer durch die Wassereinlagerung bedingten Zunahme des Körpergewichts, einer Bauchumfangszunahme sowie Symptomen wie Luftnot, abdominalen Schmerzen und Appetitlosigkeit.

Aszites ist die häufigste Ursache von stationären Krankenhausaufnahmen bei Patienten mit Leberzirrhose. Häufig entstehen auf dem Boden einer ausgeprägten Aszitesbildung weitere sekundäre, potenziell lebensbedrohliche Komplikationen wie das sog. hepatorenale Syndrom (HRS), ein nur bei Patienten mit Pfortaderhochdruck auftretendes, funktionelles Nierenversagen, oder eine spontane bakterielle Peritonitis (SBP), eine bakterielle Infektion des Aszites in Folge einer Keimdurchwanderung durch die Darmwände.

Basisbestandteil der Aszites-Therapie ist die medikamentöse Therapie mit harntreibenden Medikamenten, sogenannten Diuretika. Bei immerhin ca. 80–90% der Patienten lässt sich dadurch eine zufriedenstellende Kontrolle des Aszites erreichen. In den verbliebenen Fällen, in denen mit einer medikamentösen Therapie keine ausreichende Aszitesrückbildung erreicht werden kann, spricht man von einem therapierefraktären Aszites.

Therapierefraktärer Aszites stellt ein besonderes therapeutisches Problem dar. Etabliert ist in diesen Fällen eine bedarfsweise oder regelmäßige Aszitespunktion (Parazentese), bei der nach steriler Punktion der Bauchhöhle mehrere Liter Aszites über ein Drainagesystem abgelassen werden. Obwohl die Methode seit Jahrzehnten etabliert ist und als sehr sicher gelten darf, sind Nebenwirkungen und Komplikationen möglich. Neben dem Risiko einer Blutung oder Keimverschleppung kann die rasche Volumenverschiebung eine Kreislaufdysfunktion auslösen, die von Abgeschlagenheit und Blutdruckabfall bis hin zu einem Nierenversagen reichen kann. Zudem sind die Auswirkungen auf die Lebensqualität sehr ungünstig. In der Phase zwischen den Punktionen leiden Patienten unter der wieder zunehmenden Bauchwasser-Ansammlung, sind häufig appetitlos und in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt.

Die Anlage eines transjugulären intrahepatischen portosystemischen Shunts (TIPS) ist bei Patienten mit refraktärem Aszites eine weitere gute therapeutische Option. Hierbei handelt es sich um die Anlage eines künstlichen Umgehungskreislaufs (Shunt) zwischen der Pfortader und den Lebervenen, der das Blut aus der Leber abführt. Durch die Anlage dieses Umgehungskreislaufs sinkt der Blutdruck in der Pfortader, der für die Entstehung von Aszites wesentlich ist. Mittels TIPS lässt sich in vielen Fällen eine gute Kontrolle des Aszites erreichen, zudem sinkt das Risiko für andere Komplikationen, die auf dem Boden des Pfortaderhochdrucks entstehen können, wie Ösophagusvarizen-Blutungen, SBP und HRS.

Eine TIPS-Anlage ist allerdings nicht für alle Patienten geeignet. Eine relevante TIPS-Komplikation ist die Entwicklung einer hepatischen Enzephalopathie (HE), so dass Patienten mit einer entsprechenden Vorgeschichte nicht für eine TIPS-Anlage in Frage kommen. Zudem ist eine TIPS-Anlage u.a. bei sehr fortgeschrittener Leberzirrhose, bei hohen Bilirubin-Werten, bei Patienten mit Leberzellkrebs sowie bei Pfortaderthrombose nicht oder nur bedingt geeignet.

Ein weiteres modernes Verfahren zur Therapie des refraktären Aszites ist eine Aszites-Dauerpumpen-Therapie (Alfapump-System). Hierbei wird im Rahmen eines kurzen operativen Eingriffs eine etwa handtellergroße Pumpe ins Subkutangewebe implantiert, ähnlich einem Herzschrittmacher. Die Pumpe pumpt über einen in die Bauchhöhle eingebrachten Kunststoff-Katheter kontinuierlich Aszites,

der über einen zweiten Katheter in die Harnblase abgeleitet wird und vom Patienten mit dem Urin beim Wasserlassen mit ausgeschieden wird. Die Pumpe wird täglich über ein auf die Haut aufgelegtes Ladegerät geladen. Die täglich zu fördernde Menge kann über dieses Lade- und Programmiergerät an die individuelle Aszitesbildung angepasst werden.

In einer 2013 publizierten Studie konnte gezeigt werden, dass sich durch eine Aszites-Dauerpumpen-Therapie die Anzahl der Aszitespunktionen drastisch senken lässt. In vielen Fällen sind gar keine Parazentesen mehr erforderlich. Die kontinuierliche Entfernung von Aszites aus der Bauchhöhle ist schonender und wird typischerweise besser vertragen als die mit regelmäßigen Aszitespunktionen einhergehenden, starken Flüssigkeitsschwankungen. Eine 2015 veröffentlichte Untersuchung ergab zudem Hinweise auf eine deutliche Verbesserung des Ernährungszustandes unter Aszites-Dauerpumpen-Therapie. Das bei einer einmaligen Aszitespunktion zwar geringe, bei wiederkehrenden Punktionen aber kumulierende Punktionsrisiko, z.B. einer Einblutung in die freie Bauchhöhle, wird umgangen.

Risiken des Verfahrens liegen zum einen in der Notwendigkeit eines operativen Eingriffs für die Implantation des Systems. Diesbezüglich haben wir in unserem Zentrum gute Erfahrungen mit einer Implantation in Lokalanästhesie gemacht, dadurch kann das bei Patienten mit Leberzirrhose erhöhte Narkoserisiko umgangen werden. Zum anderen prädisponieren alle in den menschlichen Körper eingebrachten Fremdmaterialien für eine bakterielle Besiedelung mit der Möglichkeit einer Infektion. Daher müssen Patienten mit einem Alfapump-System ähnlich denjenigen Patienten, die bereits eine spontane bakterielle Peritonitis durchgemacht haben, eine dauerhafte antibiotische Prophylaxe einnehmen.

Patienten mit Leberzirrhose und therapierefraktärem Aszites stellen auch heute noch eine therapeutische Herausforderung dar. Die Grunderkrankung kann dabei nur durch eine Lebertransplantation geheilt werden. Nichtsdestotrotz ist in den letzten Jahren das therapeutische Arsenal durch den zunehmenden Einsatz von TIPS sowie die Entwicklung der Aszites-Dauerpumpen-Therapie deutlich erweitert worden. Die Auswahl, welches Verfahren für welchen Patienten am geeignetsten ist, sollte dabei interdisziplinär in einem mit den o.g. Methoden erfahrenen Leber- und Transplantationszentrum erfolgen.

Neue Therapieansätze beim hepatozellulären Karzinom

Fotos: privat



△ Dr. med. P. Kron

▷ Prof. Dr. med. P. Dutkowski

▷▷ Prof. Dr. med. P.-A. Clavien

Klinik für Viszeralchirurgie
und Transplantation
Universitätsspital Zürich

Einleitung

Das hepatozelluläre Karzinom (HCC) ist der häufigste bösartige Tumor der Leber. Jedes Jahr treten etwa 8.800 neue Fälle in Deutschland auf.¹ Ohne entsprechende Behandlung des HCC liegt die 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit bei nur 10%.² Das geeignete Therapieverfahren wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst. Tumorgöße und Anzahl spielen dabei eine erhebliche Rolle. Die Funktion der Leber und das Vorliegen einer Lebererkrankung wie beispielsweise Leberzirrhose mit Hochdruck im Pfortadersystem sowie generelle Begleiterkrankungen sind ebenfalls von großer Bedeutung. Zu den verfügbaren kurativen Therapieoptionen des HCC gehören die chirurgische Resektion bei sonst weitgehend gesunder Leber und die Lebertransplantation (Ltx). Zudem gibt es diverse lokale Behandlungsverfahren, womit man Zeit für den Patienten gewinnen kann, da die Tumoren durch eine Art Verödung und damit Unterbrechung der Blutzufuhr am weiteren Wachstum gehindert werden können. Dabei handelt es sich beispielsweise um die transarterielle Chemoembolisation (TACE), Radiofrequenzthermoablation (RFTA), SIRT. Solche Therapien stellen eine Übergangslösung bis zu einer möglichen Ltx dar. Systemischen Verfahren wie beispielsweise Chemotherapie kommt bisher eine eher untergeordnete Rolle zu.

Therapieoptionen

Bei den kurativen Therapieoptionen stellen die Leberteilektomie und die Ltx den Goldstandard dar.

Die maßgeschneiderte chirurgische Therapie richtet sich vor allem nach der Lokalisation, Größe und Ausdehnung des Tumors und reicht von minimal-invasiven Eingriffen bis hin zur erweiterten Hemihepatektomie, wobei bis zu zwei Drittel des Organs entfernt werden können. Leider ist eine chirurgische Resektion nur in etwa 20–30% der Fälle sinnvoll möglich.³ In den letzten Jahren haben vor allem Fortschritte in der Diagnostik, Bildgebung, Anästhesie und der operativen

Technik dazu beigetragen, dass sich das Ergebnis nach HCC-Resektion verbessert hat. Bei der Auswahl der Patienten zur kurativen Therapie spielen patientenspezifische, tumorspezifische als auch leberspezifische Faktoren eine Rolle, diese Kriterien werden in der Child-Pugh-Klassifikation zusammenge-

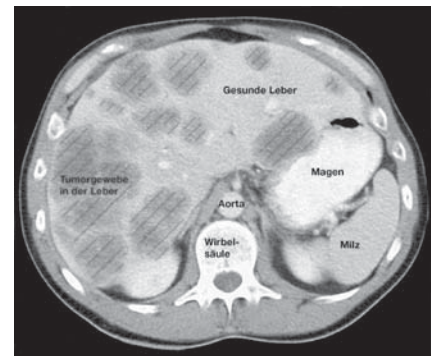
fasst.⁴ Bei der Entscheidung, ob ein Patient einer chirurgischen Behandlung zugeführt werden kann, muss vorher zwischen Patienten mit einem zirrhotischen Umbau der Leber und Patienten mit gesunder Leber unterschieden werden. Solche Patienten haben in der Regel eine „normale“ Leberfunktion und können eine Leberteilektomie gut überstehen ohne Komplikationen. Besonders wichtig ist die Messung des gesamten Lebervolumens sowie des nach Teilentfernung (und damit Tumorentfernung) verbleibenden Leberrestvolumens (future liver remnant, FLR). Dieses Verfahren heißt Volumetrie und es wird der zukünftige, tumorfreie Anteil der Leber ermittelt. Für eine postoperative ausreichende Funktion sollte dieser verbleibende Rest nicht unter 25% betragen.⁵

Bei Patienten mit bereits bestehender Leberzirrhose spielt das Vorhandensein einer portalen Hypertension (Pfortaderhochdruck) bzw. die vorhandene Leberrestfunktion eine essentielle Rolle.⁵

Neben der chirurgischen Resektion des Tumors stellt beim HCC die Ltx eine weitere wichtige Therapieoption dar. Die Transplantation hat den Vorteil, sowohl den Tumor selbst als auch die erkrankte Leber zu entfernen. Allerdings ist diese Therapieoption nur einer geringen Anzahl an Patienten vorbehalten. Das liegt an den strengen Kriterien, die für eine Transplantation erfüllt werden müssen sowie an der begrenzten Verfügbarkeit der Spenderorgane.^{7–9} Damit ein Patient mit einem HCC für eine mögliche Lebertransplantation zugelassen und gelistet werden kann, sollte das HCC nach den Mailand- oder UCSF (San Francisco)-Kriterien klassifizierbar sein. Diese Kriterien besagen, dass es sich entweder um einen Tumor handelt mit einem maximalen Durchmesser von 5 cm (UCSF 6,5 cm) oder um mehrere (bis 3) Tumore mit einer jeweiligen Größe von bis zu 3 cm.⁷ Diese Grenzen werden anhand der erfolgten Bildgebung ausgemessen. Wenn ein Patient mehrere große HCC-Tumorherde beispielsweise in beiden Lappen bei zusätz-

licher Leber vorweist, sind leider öfters weder die Kriterien für eine Resektion noch für eine Transplantation erfüllt (Abb. 1). In diesen Fällen kommen entweder embolisierende bzw. verödende Verfahren, wie beispielsweise TACE, RFTA oder SIRT, zum Einsatz oder neuartige Therapiekonzepte oder Kombinationen mit verschiedenen Chemotherapeutika.

Abb. 1: Ausgedehnter Befall der Leber in beiden Lappen bei einem Patienten, der dadurch nicht für eine chirurgische Therapie qualifiziert ist.



ITPP – Neuer antiproliferativer Ansatz

Bei vielen Tumorerkrankungen ist die Versorgung des Tumorgewebes mit Sauerstoff und Nährstoffen eingeschränkt. In den mit Sauerstoff unterversorgten Arealen des Tumors verändern sich der Zellmetabolismus und auch die Aggressivität des Tumors. So sind Veränderungen von epithelialen, lokal wachsenden Tumoren hin zu mesenchymalen (Mesenchym = embryonales Bindegewebe), verdrängend wachsenden und metastasenbildenden Erscheinungsformen zu beobachten. Diese adaptiven Mechanismen sorgen dafür, dass Tumoren, in denen Hypoxie (= verminderter Sauerstoffdruck) überwiegt, ein aggressiveres und invasiveres Wachstum zeigen. Zusätzlich verschlechtert vermutlich eine durch Hypoxie ausgelöste, vermehrte Gefäßbildung im Tumorgebiet die Prognose. Am Universitätsspital Zürich wurde daher eine neue interdisziplinäre Studie unter der Leitung von Prof. Pierre-Alain Clavien etabliert. Mit Einsatz des Wirkstoffs Myo-Inositol-Tris-pyrophosphat (ITPP) soll die Sauerstoff-Zufuhr und -Verteilung im Tumorgewebe gefördert und somit ein Tumorwachstum verhindert werden (Abb. 2).

Myo-Inositol-Trispyrophosphat (ITPP) ist ein nicht-toxisches, anti-hypoxisches Molekül, welches durch die Bindung an Hämoglobin die Sauerstoffabgabe an das umliegende hypoxische Gewebe fördert. Das Medikament wurde von einer Forschungsgruppe des Nobelpreisträgers für Chemie, Prof. Jean-Marie Lehn, an der

Abb. 2: Modell einer Leber mit Metastase eines Tumors. Links: „normale“ Tumorpathophysiologie, rechts: Veränderung der Pathophysiologie unter der Therapie mit ITPP.

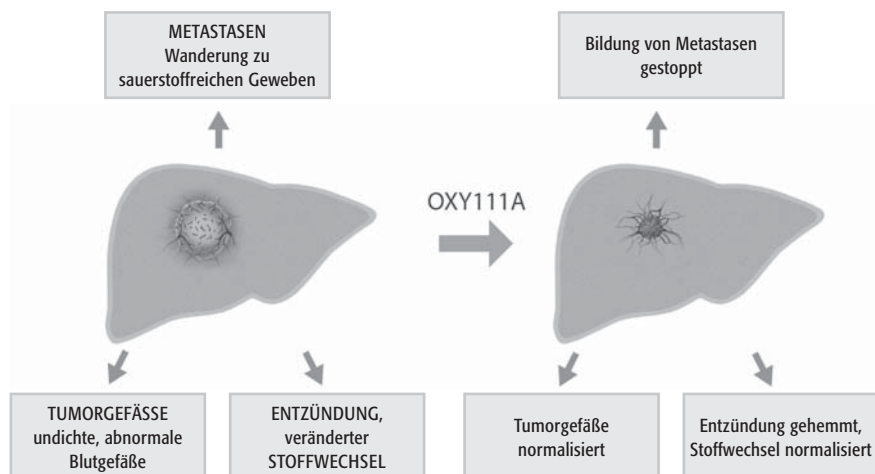


Abb. 3: Die Abbildung zeigt die Wirkung von ITPP und die vielseitigen damit verbundenen Effekte.

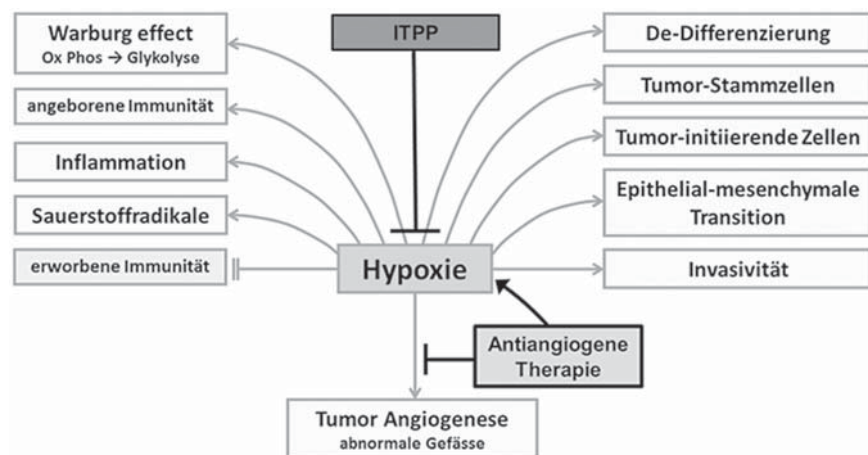
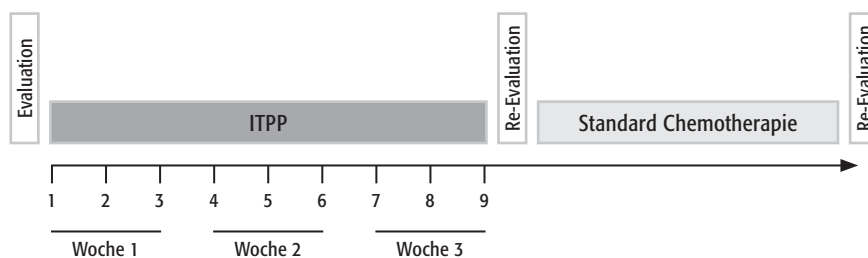


Abb. 4: Die Abbildung zeigt das Applikationsschema der OXY 1A Studie



Universität Straßburg entdeckt, in enger Zusammenarbeit mit dem Biologen Prof. Claude Nicolau. Die Wirkung dieser Substanz wurde bereits an Tumormodellen im Kleintier untersucht. In diesem Zusammenhang wurde erforscht, ob eine anti-hypoxische Therapie dem Tumorstadium entgegenwirken kann. Diese vielversprechenden Ergebnisse in der Grundlagenforschung haben die anti-hypoxische Wirkung von ITPP bestätigt und konnten zudem ein verbessertes Überleben der Tiere aufzeigen. Die besten Ergebnisse wurden nach Kombination von ITPP mit

herkömmlicher Chemotherapie erzielt. Abbildung 3 zeigt die vielseitigen Wirkungsmechanismen dieses neuen Wirkstoffs.

Aufgrund dieser Daten wurde im Januar 2015 neue Studie am Universitätsspital Zürich initiiert (offizieller Name: OXY1A Studie).

Einschlusskriterien für Patienten, die an dieser Studie teilnehmen können, sind: nicht operativ zu entfernende Tumoren der Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse bei ordentlichem Allgemeinbefinden, welches mittels ECOG Performance

Score (Eastern Cooperative Oncology Group score) ermittelt wird. In der ersten Phase dieser Studie, wird mit Hilfe eines Dosis-Eskalationsschemas die Sicherheit und Verträglichkeit des Medikaments ermittelt. Anschließend werden 21 Patienten in einem weiteren Studienarm mit der ermittelten Dosis behandelt, um die Wirksamkeit zu untersuchen. Im Anschluss an die Behandlung werden Tumorgewebe und Blutserum zur Analyse gewonnen. Die Studienperiode und damit Abgabe von ITPP erstreckt sich über 3 Wochen mit insgesamt 9 Applikationen (Abb. 4). Vor Beginn der Therapie mit ITPP sowie nach den 9 Applikationen erfolgt eine Evaluation bzw. Re-Evaluation zur Beurteilung des Tumorverhaltens und Evaluation des Progresses der Erkrankung. Anschließend wird nach einem Zeitfenster von bis zu 10 Tagen eine Standard-Chemotherapie angeschlossen, die je nach Erkrankung unterschiedlich lange dauert. Nach Abschluss der Chemotherapie erfolgt eine erneute Bildgebung und Blutuntersuchung im Hinblick auf das Verhalten des Tumors.

Für weitere Informationen bezüglich der Studie wenden Sie sich bitte an:
http://www.hpb-center.ch/content_d.php?content=contact

Referenzen:

- 1 Krebsregisterdaten. R-K-IZf, www.krebsdaten.de; 23.09.2015.
- 2 Llovet JM, Bustamante J, Castells A, Vilana R, Ayuso Mdel C, Sala M, et al. Natural history of untreated nonsurgical hepatocellular carcinoma: rationale for the design and evaluation of therapeutic trials. *Hepatology*. 1999;29(1):62-7.
- 3 Melloul E, Lesurtel M, Carr BI, Clavien PA. Developments in liver transplantation for hepatocellular carcinoma. *Semin Oncol*. 2012;39(4):510-21.
- 4 Child CG, Turcotte JG. Surgery and portal hypertension. *Major Probl Clin Surg*. 1964;1:1-85.
- 5 Clavien PA, Petrowsky H, DeOliveira ML, Graf R. Strategies for safer liver surgery and partial liver transplantation. *N Engl J Med*. 2007;356(15):1545-59.
- 6 Clavien P-A, Petrowsky H, De Oliveira ML, Graf R. Strategies for safer liver surgery and partial liver transplantation. *N Engl J Med* 2007; 356, 1545-1559.
- 7 Mazzaferro V, Regalia E, Doci R, Andreola S, Pulvirenti A, Bozzetti F, et al. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. *N Engl J Med*. 1996;334(11):693-9.
- 8 Cillo U, Vitale A, Bassanello M, Boccagni P, Brolese A, Zanusi G, et al. Liver transplantation for the treatment of moderately or well-differentiated hepatocellular carcinoma. *Ann Surg*. 2004;239(2):150-9.
- 9 Yao FY, Ferrell L, Bass NM, Watson JJ, Bacchetti P, Venook A, et al. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: expansion of the tumor size limits does not adversely impact survival. *Hepatology*. 2001;33(6):1394-403.

70. Jahrestagung der DGVS

Elke Hammes, Jutta Riemer

Erstmalig hat sich unser Verband auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, die vom 16.9. bis 19.9.2015 in Leipzig stattfand, mit einem Informationsstand beteiligt. Unsere Aktiven Hans-Jürgen Frost, Elke Hammes, Jutta Riemer und Egbert Trowe präsentierten – auch den niedergelassenen Ärzten – unsere Angebote für Patienten, informierten über neue Entwicklungen und knüpften Kontakte zu Autoren für unsere Medien.

Bei **Hepatitis C** bestätigen sich die erhofften Heilungsraten mit den neuen, seit Mitte 2014 auf dem Markt befindlichen Medikamenten. Hier gibt es eine Vielzahl an Medikamenten von verschiedenen Herstellern. Aus allen Satellitensymposien konnte über hohe Erfolgsraten von über 90% berichtet werden, bei einer durchschnittlichen Therapiedauer von 12 Wochen. Bei einer Viruslast < 6 Mio. und ohne Zirrhose scheint eine Therapiedauer von 8 Wochen ausreichend. Bei ungünstigeren Genotypen (z.B. Genotyp 3) kann auch eine Therapiedauer von 24 Wochen notwendig sein. Bei transplantierten Hepatitis-C-Patienten werden die gleichen Therapien angewendet mit ebenfalls hohen Erfolgsraten. An Wechselwirkungen sollte gedacht werden. Ist ein Patient bereits auf der Warteliste, wird bei einem MELD von 20 keine Therapieempfehlung gegeben.

Bei **PSC** sind bislang noch keine größeren Therapielerfolge erzielt worden. Aufgrund fehlender Unterstützung durch die Industrie ist man bei der Erforschung dieser Erkrankung noch nicht wesentlich weitergekommen. Es gibt eine Weiterentwicklung von UDCA zu norUDCA. Obeticholsäure bietet neue, vielversprechende Therapieansätze bei Cholangiopathien und NASH. Bei Allokation und Listung zur Transplantation zeigen sich bei PSC-Patienten die Schwächen des MELD-Score. So ist der Survival „Benefit“ (Überlebenszeit nach Ltx) nicht berücksichtigt. Das Serum-Kreatinin ist hier kein guter Marker und Komplikationen wie hepatische Enzephalopathie werden nicht ausreichend berücksichtigt.

Auch in anderen Beiträgen wurden die Probleme im klinischen Alltag mit den Allokationsrichtlinien geschildert. Bei **Leberzellkarzinom** zeigt sich, dass Patienten mit einem MELD > 10 von einer Lebertransplantation profitieren, Patienten mit einem MELD < 10 von einer Resektion. Der Einsatz einer Pumpe bei Aszites scheint patientenspezifisch sinnvoll zu sein. Chronische Lebererkrankungen gehen häufig mit einem Vitamin-D-Mangel einher. Die Einnahme von Vitamin D kann bei chronischen Lebererkrankungen die zunehmende Lebersteifigkeit positiv beeinflussen.

Im Rahmen des internationalen Tages der Patientensicherheit wurde eine Vortragsreihe diesem Thema gewidmet. Hier berichtete eine Gruppe aus Greifswald, dass 50% aller Fehler in der Medizin im Bereich der Operationen und anderer

Eingriffe geschehen. Der Wert von Checklisten bei OP und Endoskopie wurde betont. Meist wird eine an die speziellen Bedürfnisse angelehnte Abwandlung der offiziellen WHO*-Liste verwendet. In vielen Kliniken gehört die Checkliste inzwischen zum Alltag. Wichtig ist, dass die Handhabung dieser Listen regelmäßig, z.B. intern, kontrolliert wird, um das Einschleichen von Nachlässigkeiten zu verhindern. Konsequenterweise angewandte Checklisten verkürzen den Klinikaufenthalt und senken das Sterblichkeitsrisiko, „denn das vergessene Klammerchen fällt beim Nachzählen auf!“

Unter das Thema **Patientensicherheit** wurde auch die Eindämmung der zunehmenden Antibiotika-Resistenzen eingeordnet. Nach wie vor sind die strikte Beachtung von Hygieneregeln und die frühzeitige Erkennung von multiresistenten Keimen wichtige Maßnahmen. Ein Vortrag aus Mannheim wies aber vor allen Dingen auch auf den dringlichen Handlungsbedarf beim Umdenken in der Antibiotikatherapie hin. Unter dem Motto „Weniger ist mehr“ wurde der gezielte und eher kurzfristige Einsatz propagiert. Zudem sollte gut überlegt werden, ob beim jeweils vorliegenden Erkrankungsbild das Antibiotikum wirklich das Mittel der Wahl ist. Auch bei Antibiotikagaben in der Tierhaltung seien Verbesserungen wünschenswert. In Mannheim nimmt sich eine spezielle Arbeitsgruppe dieses komplexen Themas an. Im nächsten Heft erfahren Sie hierzu mehr.

* World Health Organisation



Egbert Trowe, Stv. Vorsitzender von LD eV (li) und Hans-Jürgen Frost, Vorstandsmitglied und Koordinator für die Region Süd-Ost

Foto: privat

Virushepatitis: Auch für Transplantierte immer ein Thema*

Manche Transplantationen werden notwendig, weil eine Virusinfektion die Leber zerstört hat. Aber auch Patienten auf der Warteliste und Transplantierte mit anderen Grunderkrankungen sollten sich über Viruserkrankungen der Leber informieren. Denn mit Infektionen kann der immunsupprimierte Patient weniger gut umgehen als der immunkompetente. Kann ich mich impfen lassen? Wie kann ich einer Infektion vorbeugen? ... sind also wichtige Fragen für uns alle.

Die Redaktion

Fünf Viren greifen an

Vielfach unterschätzt, aber extrem häufig, ist die Beeinträchtigung der Leberfunktion durch eine virale Entzündung. Die akute Virushepatitis ist weltweit die häufigste Ursache von Gelbsucht und Leberversagen. Ausgelöst wird sie durch mindestens fünf verschiedene Viren: die Hepatitisviren A, B, C, D und E. Hepatitis A und E werden über verunreinigte Nahrungsmittel und Schmierinfektionen übertragen – sie heilen in der Regel ohne Behandlung wieder aus. Ausnahme ist die Hepatitis E bei Immunsupprimierten.

Die Hepatitisviren B, C und D werden durch direkten Kontakt mit Blut und anderen Körperflüssigkeiten übertragen, wenn diese die Haut oder Schleimhaut durchdringen. Dies kann bei sexuellen Kontakten oder intravenösem Drogenmissbrauch geschehen. Eine Ursache können auch Blutübertragungen sein, die vor 1992 erfolgten. Aktuell wird jedes Blutprodukt direkt auf Hepatitisviren getestet, womit praktisch keine Übertragung von Hepatitisviren durch Blutprodukte in Deutschland möglich ist.

Hepatitis A

Die Hepatitis A ist eine Virusinfektion der Leber, die durch das Hepatitis-A-Virus hervorgerufen wird. Das Virus wird oralfäkal übertragen, d.h. entweder über direkten Kontakt mit Infizierten oder über verunreinigte Nahrungsmittel. Die Infektion mit dem Hepatitis-A-Virus kann eine akute Hepatitis hervorrufen, die nur in äußerst seltenen Fällen zu einem akuten Leberversagen führen kann. Dies wird dann oft bei älteren Menschen beobachtet. Die Erkrankung heilt in der Regel von selbst aus. Eine spezielle Behandlung ist nicht notwendig.

Die Hepatitis A gilt als Reisekrankheit und die Gefahr einer Infektion besteht besonders in Ländern mit geringen Hygienestandards. Für Menschen, die eine Reise in diese Gebiete planen, die in medizinischen Berufen arbeiten oder aus anderen Gründen ein höheres Risiko haben, sich mit Hepatitis A anzustecken, besteht die Möglichkeit einer Impfung. Diese hat praktisch keine Nebenwirkungen und bietet einen lebenslangen Schutz gegen eine Infektion mit dem Hepatitis-A-Virus.

Hepatitis B

Weltweit gibt es rund 300 Millionen

Träger des Hepatitis-B-Virus (HBV). In Deutschland tragen wahrscheinlich bis zu 500.000 Menschen das Hepatitis-B-Virus in sich, jährlich werden mehrere tausend Neuinfektionen gemeldet. Eine akute HBV-Infektion kann klinisch ausheilen, das heißt, es bilden sich Antikörper. Geschieht dies nicht, kann sich eine chronische Hepatitis B entwickeln, die zu Leberzirrhose oder Leberzellkrebs führen kann. Die Ansteckungsgefahr bei der HBV-Infektion ist sehr hoch, doch es steht eine effektive Impfung zur Verfügung.



Die Behandlung der chronischen Hepatitis B hat zuletzt sehr große Fortschritte gemacht. Eingesetzt werden auf der einen Seite Interferone, die das Immunsystem beeinflussen und die Virusvermehrung hemmen. Hiermit kann man bei einigen Patienten eine teilweise „Immunkontrolle“ erreichen. Auf der anderen Seite sind in den letzten 15 Jahren mehrere Medikamente in Tablettenform entwickelt worden, die die Virusvermehrung sehr effektiv eindämmen. Mit der Einnahme einer Tablette täglich kann der Patient ganz gut leben, da diese Medikamente so gut wie keine Nebenwirkungen haben und praktisch immer wirken. Allerdings ist eine regelmäßige Tabletteneinnahme unbedingt erforderlich, weil sonst das Virus „resistent“ werden kann, d.h. dass die Medikamente nicht mehr wirken. Eine bisher ungeklärte Frage ist, wie lange die Medikamente eingenommen werden müssen. Denn die Medikamente bewirken nur eine Hemmung der Virusvermehrung, nicht

aber eine Ausheilung. Grundsätzlich ist die Entwicklung von Medikamenten gegen das Hepatitis-B-Virus aber einer der größten Erfolge in der Bekämpfung von Lebererkrankungen überhaupt. Während Ende der 1990er Jahre die meisten Patienten mit fortgeschrittener Hepatitis B verstorben sind, können heute fast alle Patienten erfolgreich behandelt werden. Dadurch ist der Anteil der Hepatitis-B-Patienten bei der Ltx in den letzten Jahren stark zurückgegangen.

Besonders gefährdet, an Hepatitis B zu erkranken, sind Neugeborene von Müttern mit einer Hepatitis-B-Virusinfektion, Migranten, Homosexuelle, Geschlechtspartner von Personen mit einer Hepatitis-B-Virusinfektion und Drogenabhängige. Beim ungeschützten Geschlechtsverkehr ist das Hepatitis-B-Virus extrem infektiös. Die Hepatitis B ist somit auch als sexuell übertragbare Erkrankung oder „Geschlechtskrankheit“ anzusehen. Nicht geimpfte Menschen sollten daher Kondome beim Geschlechtsverkehr benutzen, um eine Infektion zu vermeiden. Insgesamt hatten schon rund zwei Milliarden Menschen, also ein erheblicher Teil der Weltbevölkerung, Kontakt mit Hepatitis B.

Hepatitis C

Mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) sind weltweit etwa 100 Millionen Menschen infiziert; allein in Deutschland sind etwa 500.000 Menschen betroffen. Gegen HCV existiert keine Impfung, ein Impfstoff ist in absehbarer Zeit auch nicht zu erwarten.

Die chronische Hepatitis C führt bei vielen Patienten zu einer Leberzirrhose und dann zu Leberzellkrebs.

Eine Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus heilt nur in etwa 20 bis 50 Prozent der Fälle von selbst aus, also ohne eine spezielle Behandlung. In 50 bis 80 Prozent kommt es hingegen zu einer chronischen, dauerhaften Infektion.

Erste Versuche, die HCV-Infektion zu behandeln, gab es bereits Mitte der 1980er Jahre – damals noch gegen die Non-A-Non-B-Hepatitis. Nach der Entdeckung des Hepatitis-C-Virus 1988/1989 stellte man fest, dass Interferone zur Behandlung geeignet sind. Bei einer akuten Infektion können hiermit sehr hohe Heilungsraten von über 90 Prozent erreicht werden. Ist aber bereits eine chronische Infektion eingetreten, führt eine alleinige Therapie mit Interferon alpha nur noch in

5 bis 15 Prozent der Fälle zu einer Ausheilung. In den folgenden Jahren wurde zusätzlich der Wirkstoff Ribavirin gegeben und das Interferon so verändert, dass eine wöchentliche Gabe ausreichte. Damit konnte die Ausheilungsrate chronischer Infektionen auf 40 bis 90 Prozent der behandelten Patienten gesteigert werden.

Diese unterschiedlichen Ansprechraten hängen vom Genotyp des Hepatitis-C-Virus ab. Die niedrigsten Heilungsraten (ca. 40 bis 50 Prozent) wurden beim Genotyp 1 erzielt, der allerdings unglücklicherweise in Europa und in den USA der häufigste Typ ist. Durch genaue Erforschung des Aufbaus und der Eigenschaften des Virus ist es gelungen, mögliche Angriffstellen zur Virushemmung zu finden. Mit Hilfe dieser Forschungsergebnisse konnten in der Folge immer neue Wirkstoffe gegen das Virus entwickelt werden.

Problematisch an der Therapie mit Interferon und Ribavirin waren die zum Teil ausgeprägten Nebenwirkungen. Hier sind vor allem grippeartige Symptome, Blutbildveränderungen und psychiatrische Nebenwirkungen zu nennen. Wegen dieser Nebenwirkungen konnten etwa 30 bis 50 Prozent der Erkrankten nicht behandelt werden.

Daher ist die Entwicklung von neuen, Interferon-freien Therapien eine wichtige Errungenschaft. In den letzten eineinhalb Jahren wurden mehrere neue Medikamente zugelassen. Durch Kombination dieser direkt antiviralen Medikamente können jetzt mehr als 90 Prozent der Patienten geheilt werden. Mit den Medikamenten können auch Patienten behandelt werden, für die eine Therapie bisher nicht möglich war, da die Therapie kaum Nebenwirkungen hat.

Grundsätzlich ist es fast einmalig in der Medizin, dass mit einer Therapie eine chronische Virusinfektion wirklich ausgeheilt wird. Medikamente gegen viele andere Viren, wie HBV, HIV oder Herpes-Viren, können zwar die Virusvermehrung hemmen, führen aber zu keiner Heilung.

An Hepatitis C Erkrankte haben bisweilen mit Stigmatisierung zu kämpfen. Gerade der Hepatitis C haftet das Vorurteil an, jeder Patient habe eine Drogenvergangenheit. Dabei wurde eine große Gruppe von Betroffenen vor 1990 über Blutkonserven infiziert.

Der weitaus größte Teil der Patienten kann sich nicht mehr an die Ursache erinnern. War es die Blutsbrüderschaft zu Schulzeiten, die Tätowierung im Urlaub, eine Operation? Natürlich leiden auch Drogenbenutzer an Hepatitis C. Hepatitis C ist im Alltag kaum ansteckend, wenige Vorsichtsmaßnahmen gegen Blutkontakte reichen aus, um eine Übertragung zu verhindern. Beim ungeschützten Geschlechtsverkehr gibt es fast keine Übertragung des Virus. Dennoch ist ein Schutz durch Kondome sinnvoll.

Hepatitis delta

Die folgenschwerste aller Virushepatitis-Formen ist die chronische Hepatitis delta (HDV), da die Entwicklung einer Leberzirrhose viel schneller ist als bei den anderen Virusinfektionen. Mit dem Virus sind weltweit rund zehn Millionen Menschen infiziert, in Deutschland rechnet man mit ca. 30.000 Betroffenen. Eine HDV-Infektion kommt nur zusammen mit einer HBV-Infektion vor, da das Virus das Hepatitis-B-Virus zur Vermehrung braucht. Die Behandlung der Hepatitis delta ist sehr schwierig. Medikamente

gegen Hepatitis B wirken nicht gegen Hepatitis D. Mit Interferonen kann nur etwa ein Viertel der Patienten geheilt werden. Die weltweit größte Studie zur Behandlung der Hepatitis delta wurde im HepNet Study-House der Deutschen Leberstiftung durchgeführt. Damit wurde eine weltweite Standardtherapie der Hepatitis delta etabliert.

Hepatitis E

Die Hepatitis E ist hauptsächlich eine Reisekrankheit. Bestimmte Hepatitis-E-Virustypen kommen aber auch bei Tieren, wie zum Beispiel Schweinen oder Katzen, vor und können auf den Menschen übertragen werden – auch in Deutschland. Man spricht dann von einer Zoonose. Dieser Übertragungsweg ist besonders für Menschen mit einem eingeschränkten Immunsystem ein Problem. Bei ihnen kann die Hepatitis E chronisch verlaufen. Das ist wichtig für Patienten nach Organtransplantation oder mit HIV. Im HepNet Study-House der Deutschen Leberstiftung wird aktuell ein Register zur chronischen Hepatitis E durchgeführt, um weitere Daten zur Erkrankung zu erfassen. Mit diesen Erkenntnissen kann die chronische Hepatitis E zukünftig besser behandelt werden.

** Aus: „Das Leber-Buch“ der Deutschen Leberstiftung informiert umfassend und allgemeinverständlich über die Leber, Lebererkrankungen, ihre Diagnosen und Therapien – jetzt in zweiter, aktualisierter Auflage! „Das Leber-Buch“ ist im Buchhandel erhältlich: ISBN 978-3-89993-642-1, EUR 16,95*

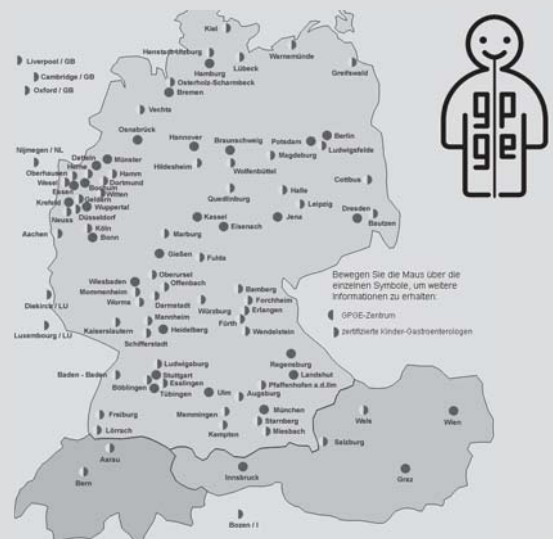
Wir danken für die Möglichkeit des kostenfreien Abdrucks.

Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V.

In der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung sind Kinder- und Jugendärzte, die sich speziell mit diagnostischen und therapeutischen Fragestellungen der Erkrankungen im Magen- und Darmtrakt, der Leber und Bauchspeicheldrüse sowie der Ernährung von Kindern und Jugendlichen beschäftigen. Sie sind dafür speziell ausgebildet.

Es handelt sich vor allem um Krankheiten wie chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), Lebererkrankungen, Lebertransplantationen, Hepatitis, Fettleber, Bauchspeicheldrüsenentzündungen, Cystische Fibrose, Zöliakie, chronische Durchfälle, chronische Bauchschmerzen, Magenschleimhautentzündung, Gastroösophagealer Reflux usw.

Auf der Startseite der Homepage und auch unter der Elternseite ist eine Landkarte eingestellt, auf der jeder Interessierte spezialisierte Ärztinnen und Ärzte finden kann. Am besten in Zusammenarbeit mit dem Kinderarzt können sich Eltern mit diesen in Verbindung setzen. <http://www.gpge.de/index.html>



Rostock: Gruppentreffen Lebertransplantierte und Patienten auf der Warteliste

Prof. Dr. Ernst Klar
Dr. Steven Dralle

Das diesjährige Treffen der Rostocker Kontaktgruppe von Lebertransplantierte Deutschland e.V. fand am 12. März 2015 in dem neu gestalteten Hörsaal der Chirurgischen Universitätsklinik statt. Das Treffen wurde – wie bereits in den Vorjahren – mit vereinten Kräften der chirurgischen Universitätsklinik und der Rostocker Kontaktgruppe gemeinsam organisiert. Knapp 35 Teilnehmer, bestehend aus Patienten, die bereits transplantiert worden sind, als auch aus Patienten, die noch auf ein Organ warten. Ferner fanden sich Angehörige und Interessierte mit ein.

Nach der Begrüßung durch den Direktor der Abteilung für Allgemeine, Thorax-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, Herrn Professor Klar, und Herrn Trowe als Stellvertretendem Vorsitzenden des Verbands Lebertransplantierte Deutschland e.V. wurden den Zuhörern durch interessante Referate Entwicklungen auf dem Gebiet der Lebertransplantation nahe gebracht. So berichtete Herr Trowe über die Entwicklung und Schwerpunkte des Verbands. Im Anschluss referierte Oberärztin PD Dr. M. Witte aus der Rostocker Klinik über bestimmte Verhaltensweisen auf der Warteliste und insbesondere Faktoren, die die Wartezeit auf die Transplantation bestimmen. Dieses Thema zeigte



von links nach rechts: Frau Heiden, Frau Prof. Rau, Herr Prof. Klar, Herr Prof. Lamprecht, Frau PD Dr. Witte, Frau Reiche, Herr Trowe

sich als sehr interessant für die Zuhörer, was durch viele Fragen erkennbar wurde. Von Professor Klar konnte anschaulich die Struktur des Transplantationszentrums in Rostock mit seinen Ansprechpartnern dargestellt werden. Nach einer Kaffeepause berichtete Professor Tsui über die Langzeitnachsorge nach einer Transplantation. Dieses war insbesondere deswegen von großem Interesse, weil er aus einem sehr großen Erfahrungsschatz berichten konnte, den er in einem der sicherlich größten Transplantationszentren in Deutschland (Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf) gesammelt hat. Erst vor kurzem konnte er für die Universitätsmedizin Rostock gewonnen werden und leitet das Rostocker Transplantationsteam seit Juli 2014. Der letzte Vortrag aus internistischer Sicht rundete den Tag ab, indem Professor Lamprecht, der Direktor der Abteilung



von links nach rechts: Herr Prof. Tsui, Herr und Frau Reiche

Gastroenterologie und Endokrinologie des Klinikums, über das sehr wichtige und auch heiß diskutierte Thema der Ernährung vor und nach Organtransplantation referierte.

Rundum war dieser Nachmittag eine abermals gelungene Veranstaltung und stellte einen guten Austausch dar. Er zeigte zudem, dass die Regelmäßigkeit des Zusammenkommens offensichtlich notwendig ist, da neueste Themen rund um die Transplantation unseren Patienten vermittelt werden müssen. Besonders wichtig dabei ist uns die Pflege des persönlichen Kontaktes im direkten Gespräch außerhalb der Klinikroutine. Wir danken abschließend Frau Reiche sehr für die Führung der Regionalgruppe Rostock mit tatkräftiger Unterstützung ihres Ehemanns.

Fotos: Uniklinik Rostock

Uniklinikum München: 30 Jahre Lebertransplantation

Matthias Lanwehr

Im Mai 2015 feierte das Transplantationszentrum München zusammen mit Lebertransplantierte Deutschland e.V. 30 Jahre Lebertransplantation am Klinikum der Universität mit einem Festsymposium. Seit der ersten Lebertransplantation (Ltx) im August 1985 wurden im Klinikum der Universität München mehr als 1.000 Lebern verpflanzt. Mit 61 Lebertransplantationen in 2014 gehört das Lebertransplantationsprogramm am Klinikum der Universität München zu den fünf größten in Deutschland.

Die erste Ltx im Klinikum Großhadern und damit auch in Bayern wurde 1985 durchgeführt. Die Grunderkrankung war ein hepatozelluläres Karzinom, der Patient konnte mit der transplantierten Leber noch weitere 27 Jahre bei guter Gesundheit leben. Weitere Meilensteine waren 1997 die erste Herz-Lungen-Lebertransplantation in Deutschland, 2001 die erste

Leberlebenspende, 2005 die erste Ltx einer schwangeren Patientin und 2007 die erste Dominotransplantation.

Bereits die ersten Statistiken des Zentrums sorgten für internationale Beachtung: 70 Prozent der Transplantierten überlebten mehr als fünf Jahre. Zunehmender Organmangel führte in den folgenden Jahren auch international zur Notwendigkeit, Spenderorgane nicht optimaler Qualität verwenden zu müssen. Professor Dr. Alexander Gerbes, Leiter des Lebertransplantationsprogramms und derzeit Direktor der Medizinischen Klinik 2, rief daher ein Forschungsprogramm zur Prävention von Ischämie-Reperfusionsschäden ins Leben. Diese von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) 2001 bis 2008 geförderte Forschergruppe entwickelte neue Verfahren zum Schutz von Spenderlebern, die insbesondere durch Unterbindung und Wiederaufnahme der Blutzirkulation geschädigt werden.

Neben der Transplantation von postmortalen Spenderorganen sind die Teil-

lebertransplantation nach Lebenspende und die Kindertransplantation am Klinikum etabliert. Seit vielen Jahren belegt die Lebertransplantation einen Spitzenplatz im deutschlandweiten AQUA-Qualitätsvergleich.

Während am Klinikum im Durchschnitt 84 Prozent der operierten Patienten das erste Jahr überleben, liegt die Überlebensrate im Bundesdurchschnitt nur bei 65 Prozent. „Neben der Auswahl von Patienten, die von einer Lebertransplantation profitieren können, ist vor allem ein starkes, interdisziplinäres Team für den Erfolg von schwierigen Operationen wie einer Lebertransplantation entscheidend“, so Professor Dr. Markus Guba, Chirurgischer Leiter des Lebertransplantationsprogramms.

„Ergänzend zur fortschrittlichen chirurgischen Technik sind es vor allem die bessere Narkoseführung und die Möglichkeiten der Intensivmedizin, die zu einer Verbesserung der Überlebensrate beigetragen haben“, ergänzt Dr. Michael



Fotos: Klinikum der Universität München

Kaspar, Anästhesiologischer Leiter des Lebertransplantationsprogramms. Zudem haben die psychiatrische und suchtherapeutische Mitbetreuung von Patienten einen wesentlichen Stellenwert für den langfristigen Erfolg der Lebertransplantation.

„Durch das Angebot einer regelmäßigen psychosozialen Betreuung können die vielfältigen psychischen Belastungen im Transplantationsverlauf frühzeitig erkannt und reduziert werden. Dies kann zur Verbesserung der Lebensqualität der Patienten wesentlich beitragen“, so PD Dr. Daniela Eser-Valeri, Psychiatrische Leiterin des Lebertransplantationsprogramms.

Durch die enge Verzahnung von Anästhesie, Chirurgie, Hepatologie und Psychiatrie können auch kombinierte Transplantationen wie Herz-Leber oder Lunge-Leber durchgeführt werden, die in anderen Kliniken nicht möglich sind. „Durch neue Behandlungsmethoden, vor allem der Hepatitis C, können mittlerweile auch Transplantation vermieden und Patienten nach einer Ltx vor der erneuten Infektion mit Hepatitis C und von Lebertumoren geschützt werden“, unterstreicht Professor Gerbes.

Mit Kooperationen zur umfassenden Absicherung

Auch in Kooperation mit anderen Kliniken garantiert das Transplantationszentrum eine hohe Qualität. Dies zeigt sich unter anderem durch die seit Juni 2013 bestehende Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Erlangen, die eine gegenseitige, unabhängige Qualitätskontrolle gewährleistet.

Jeder einzelne Fall wird von Transplantationsteams an beiden Standorten besprochen, fallbezogene Daten werden ausgetauscht. Zusätzlich ermöglicht die offene Zusammenarbeit gegenseitige Ärzte-Hospitationen, gemeinsame experimentelle Forschung und Forschungsanträge. Hierdurch gelingt es, die im Rahmen des „Transplantationsskandals“ anderweitig beanstandeten Fehler zu vermeiden und eine hervorragende Ergebnisqualität zu erzielen.

Seit der Neustrukturierung der Lebertransplantation in Bayern im Sommer 2013

wird in Kooperation mit dem Klinikum rechts der Isar die Behandlung leberkranker Patienten im Endstadium sichergestellt. Diese Vereinbarung setzt seit Bestehen deutschlandweit beispielhafte Standards, die für mehr Transparenz, Effizienz und Sicherheit bei Transplantationen sorgen.

Für sogenannte 4plus4-Konferenzen stellt sowohl das Klinikum der Universität München als auch das Klinikum rechts der Isar jeweils vier Experten aus unter anderem der Chirurgie, Hepatologie und Anästhesie. In den Konferenzen werden nach den Richtlinien der Bundesärztekammer sämtliche transplantationsrelevanten Entscheidungen getroffen und über die Aufnahme auf die Warteliste entschieden. Die Ärzte des Klinikums rechts der Isar werden in den gesamten Behandlungsprozess eingebunden und sind direkt an Transplantationen beteiligt.

Weiterentwicklung der Transplantationsmedizin

Die aktuelle Forschung des Transplantationszentrums befasst sich mit der Frage, wie man die wenigen Organspenden möglichst sinnvoll zum Wohle aller Patienten einsetzen kann. Dabei spielt ebenfalls die Frage eine Rolle, wie Organe von schlechterer Qualität, die meist von älteren Organspendern kommen, vorbehandelt und mit Erfolg transplantiert werden können und wie sich ein erneutes Auftreten von Tumoren nach einer Transplantation verhindern lässt.

Ein besonderes Problemfeld stellen dabei Ischämie-Reperfusionsschäden dar: Die Leber ist davon aufgrund der hohen Durchblutung besonders betroffen. Um einem massiven Blutverlust vorzubeugen, wird vor der Entnahme der Blutfluss in Pfortader und Leberarterie unterbunden, wodurch das Gewebe geschädigt wird. Ebenso kommt es bei Wiederherstellung der Durchblutung zu Beeinträchtigungen durch freigesetzte Sauerstoffradikale.

Zudem fließt die immer größer werdende Rolle der Telemedizin in die Forschungsarbeiten ein. Mit dem in Planung befindlichen DaHome-Projekt möchte das Klinikum Patienten in ihrer Wartezeit eine

App-gestützte Mitbetreuung von zu Hause ermöglichen.

Um dem hohen psychosozialen Betreuungsbedarf gerecht zu werden, der mit der erhöhten Prävalenz psychischer Störungen bei Transplantationspatienten verbunden ist, wurde am Klinikum ein modular strukturiertes Gruppentherapieprogramm entwickelt. Dieses wird derzeit wissenschaftlich untersucht. Dabei soll ermittelt werden, welchen Einfluss das Programm auf psychische und posttraumatische Symptome und die psychische Dimension der Lebensqualität von Spendenempfängern hat.

Das Leberzentrum München (LCM)

Die interdisziplinäre Expertise am Klinikum der Universität wurde mit der Gründung des Leberzentrums München 2008 gebündelt. Der Leitgedanke des Zentrums ist eine übergreifende Versorgung von Patienten, die unter anderem aktuelle Forschungsergebnisse, Diagnose und Therapie von allen Formen akuter und chronischer Lebererkrankungen sowie interdisziplinärer Spezialsprechstunden einschließt.

Das Leberzentrum München hat überregionale Bedeutung und ist in Aufklärung und Prophylaxe aktiv. Darüber hinaus stellt es die praxisrelevante Fortbildung von niedergelassenen Ärzten und hepatologisch interessierten Kollegen sicher und fördert einen Verbund klinisch orientierter Leberforschung.

Das Transplantationszentrum München (TxM)

Das TxM ist das erste seiner Art in Deutschland. Es umfasst alle Organe (Niere, Leber, Herz, Lunge, Herz-Lunge, Pankreas, Inselzellen, Dünndarm, Multiorgantransplantationen) und bietet eine kompetente Betreuung von Patienten mit Organerkrankungen im Endstadium und von bereits transplantierten Patienten an – sowohl bei Erwachsenen als auch im Kindesalter.

Der Beitrag ist erschienen im Ditra-Journal 2-2015. Wir danken für die Möglichkeit des kostenfreien Abdrucks.

Würzburg: Sommerfest der Organspende 2015

Christina Wiedenhofer

Am Samstag, dem 11. Juli 2015, lud das Universitätsklinikum Würzburg (UKW) zum „Sommerfest der Organspende 2015“. Ziel war es, den eingeladenen Betroffenen und Interessierten, das neu gegründete Transplantationszentrum vorzustellen und diese über den aktuellen Stand der Transplantationsmedizin in Würzburg zu informieren. Das Zentrum möchte, als Zusammenschluss aller betroffenen Institute des UKW auf diesem Gebiet, eine bessere Vernetzung erreichen und die Patienten auf ihrem Weg rund um eine mögliche Transplantation begleiten.

Nach einer kurzen Begrüßung durch Prof. Dr. Ertl informierte zunächst Frau Dr. Greser von der Deutschen Stiftung Organspende (DSO) über den aktuellen Stand der Organspende in Deutschland, bei dem zwar ein leichter Aufwärtstrend zu verzeichnen sei, die Zahlen aber dennoch erschreckend niedrig seien. Anschließend stellte Frau Dr. Herzog, als Leiterin des Transplantationszentrums dieses näher vor, bevor die Experten der involvierten Bereiche, des Nieren-, Leber- und Herztransplantationszentrums ihre Arbeit erklärten.



Das Lebertransplantationszentrum des UKW ist eines von drei Zentren in Bayern, in denen aktuell Lebern transplantiert werden. Seit 1992 wurden hier 111 Organe erfolgreich verpflanzt, etwa 40 Patienten stehen aktuell auf der Warteliste. Die Arbeit des Zentrums erläuterten die beiden Leiter Prof. Dr. Klein (hepatobiliäre und Transplantationschirurgie) und Prof. Dr. Geier (Hepatology). Zum Schluss blieb noch Zeit für Fragen, für deren Beantwortung sich die anwesenden Ärzte gerne Zeit nahmen.

mit ein paar Lebertransplantierten ins Gespräch, die sich für unsere Arbeit und ein kommendes Kontaktgruppentreffen sehr interessierten. Diesen Austausch konnten wir schließlich beim organisierten Grillfest weiterführen, auf dem die Klinik ein tolles Angebot gezaubert hatte.

Wir hoffen, dass es auch in Zukunft wieder eine derartige Veranstaltung geben wird und freuen uns auf eine weiterhin gute Zusammenarbeit zwischen dem Transplantationszentrum und den Lebertransplantierten Deutschland e.V.

Vor dem Hörsaal konnten Wolfgang Scheuplein, Hermann Diez und Christina Wiedenhofer an einem Stand, dank des vielfältigen Materials aus Faltblättern und der Vereinszeitschrift „Lebenslinien“, Interessierten Informationen zum Verein und der Transplantationsmedizin allgemein geben und Fragen zu diesem Thema beantworten. Auch wenn unserem Gefühl nach v.a. Dialysepatienten bzw. Nierentransplantierte anwesend waren, kamen wir doch

Foto: privat

Regensburg: 20 Jahre Transplantationszentrum

Das Universitätsklinikum Regensburg (UKR) hat bereits mehr als 4.200 Menschen in Ostbayern durch Organ- und Stammzelltransplantation ein neues Leben ermöglicht. Am 17. Juli 2015 feierte das Zentrum in einem Festakt sein 20-jähriges Bestehen.

Im Bereich der Organtransplantation von Herz, Niere, Leber und Bauchspeicheldrüse sowie der Stammzelltransplantation bei Erwachsenen und Kindern stellt das Transplantationszentrum des UKR die vollständige Versorgung der Bevölkerung in der Region Oberpfalz und Niederbayern sicher, als einziges Kinderlebertransplantationszentrum in Bayern auch weit über die Region hinaus.

Nach einem erheblichen Rückgang der Organspenden in ganz Deutschland, aber auch in Bayern, werden im Transplantationszentrum Regensburg pro Jahr aktuell etwa 50 Nieren-, 40 Leber-, 10 Herz- und 5 Bauchspeicheldrüsen-Transplantationen durchgeführt. 600 Patienten des UKR stehen derzeit auf der Eurotransplant-Warteliste für ein neues Organ, deutschlandweit sind es etwa 11.000. Die mittlere Wartezeit auf eine neue Niere beträgt derzeit zwischen acht und zehn Jahren. Für



acht Prozent der Wartelisten-Patienten des UKR waren solche Wartezeiten 2014 zu lang – sie mussten ohne Transplantation wieder abgemeldet werden. Entweder verstarben sie während des Wartens auf ein neues Organ oder ihr Gesundheitszustand verschlechterte sich zwischenzeitlich so sehr, dass eine Transplantation nicht mehr möglich war. Deutschlandweit stirbt so alle vier Stunden ein Wartelistenpatient vor Organtransplantation.

„Ich bin unendlich dankbar, dass ich das noch erleben darf“, freut sich Peter

Schlauderer, als er sein erstes Enkelkind in den Arm nimmt. Möglich ist dies für den fünffachen Vater und frischgebackenen Großvater nur aufgrund von drei Organtransplantationen. Als Kind an Diabetes Typ 1 erkrankt, war er mit 33 Jahren auf zwei Spenderorgane (Niere und Bauchspeicheldrüse) angewiesen. Sechs Jahre später wurde eine Lebertransplantation notwendig, weil sich der Zustand der Leber durch einen angeborenen Schaden drastisch verschlechterte. Nach einhalb Jahren fand dann auch noch die

Foto: privat

Lebertransplantation statt. Peter Schlauderer ist sehr dankbar für das geschenkte Leben und seit einigen Jahren ehrenamtlich aktiv als Ansprechpartner für Lebertransplantierte Deutschland e.V.

Der Oberbürgermeister der Stadt Regensburg, Joachim Wolbergs, und die Me-

dizinische Direktorin von Eurotransplant, Dr. Undine Samuel, waren prominente Gastredner. Unter den Besuchern fanden sich Mediziner, Vertreter von Selbsthilfegruppen, bereits transplantierte sowie noch auf ein Organ wartende Patienten und deren Angehörige. Auch unser Ver-

band präsentierte sich mit einem Informationsstand, wünschte dem Zentrum alles Gute und weiterhin Erfolg für die wissenschaftliche Arbeit und im Sinne der Patienten.

Quelle: PM des UKR vom 17.7.2015

Mainz: Informationsveranstaltung Lebertransplantation in der Unimedizin

Mariele Höhn

Diese Veranstaltung am 10.9.2015 bot sehr interessante Vorträge wie z.B. „Notwendige Voraussetzungen für die Aufnahme auf die Warteliste“, „Die komplikationsträchtige Wartezeit auf ein Organ“ und „Neue Behandlungsmöglichkeiten der Hepatitis C“. Ca. 130–170 Millionen Menschen sind weltweit mit diesem Virus infiziert. In Deutschland sind es ungefähr 350.000. Durch neue Medikamente ist die Heilungsrate bei Hepatitis C mittlerweile sehr hoch.

Interessant war auch der Vortrag von Frau Dr. Greif-Higer „Alkoholische Lebererkrankung und ethische Aspekte der Transplantationsmedizin: Organvergabe in Zeiten des Organmangels“.



9,5 Millionen Menschen konsumieren in Deutschland Alkohol, davon durchschnittlich pro Kopf jährlich 10 l reinen Alkohol. 1,3 Millionen Menschen sind abhängig und jedes Jahr sterben 74.000 Menschen an den Folgen des Missbrauchs.

Die Problematik wird in unserer Gesellschaft z.T. immer noch heruntergespielt

und verharmlost. Schwierig wird es bei der Organvergabe an alkoholabhängige Menschen. Lt. Beschluss der StäKO (Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer) vom 23.4.2015 ist eine Alkoholkarenz von 6 Monaten notwendig, auch bei Erkrankungen, bei der Alkoholkonsum eine Teilursache ist. Außerdem muss festgestellt werden, dass die Mitarbeit des Patienten dauerhaft sicher ist (Adhärenz).

Die Diagnostik sollte durch einen Psychosomatiker, Psychiater oder durch einen Transplantationspsychologen erfolgen. Die Abstinenzabsicherung muss durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen erfolgen. Je nach Einzelfall gibt es spezielle Richtlinien, die mit einer ausführlichen Erklärung bei Eurotransplant beantragt werden müssen.

Foto: Mariele Höhn

Heidelberg: 13. Transplantationssymposium

Jutta Riemer

Am 2.10.2015 hatte das Transplantationszentrum Heidelberg (Chirurgische Universitätsklinik, Klinik für Innere Medizin IV und das Nierenzentrum) zum 13. Heidelberger Transplantationssymposium eingeladen. Experten aus Heidelberg und Freiburg stellten aktuelle Entwicklungen und neue Herausforderungen der Transplantationsmedizin vor und informierten über den Stand der Organspende in Deutschland. Ehrengast war Professor Dr. Mats Brännström, Chefarzt an der Universitätsklinik Göteborg, Schweden, Pionier der mittlerweile sehr erfolgreich praktizierten Gebärmutter-Transplantation. Seit 2014 haben mehrere Frauen dank dieses Eingriffs gesunde Kinder zur Welt gebracht. In Deutschland wird diese unter Experten kontrovers diskutierte Transplantation bislang noch nicht angeboten.

Schwerpunktthema des diesjährigen Symposiums waren Faktoren, die den Langzeiterfolg wesentlich beeinflussen. Ein großer Fortschritt im Bereich der Le-

bertransplantation ist die nun erstmals mögliche Therapie der chronischen Hepatitis C: Seit 2014 ist die Viruserkrankung, in deren Verlauf die Leber irreparabel zerstört wird, bei rund 95 Prozent der Patienten heilbar. Zuvor war die Lebertransplantation bei dieser Patientengruppe lediglich ein Spiel auf Zeit. Da die Viren trotz Entnahme der befallenen Leber im Körper verblieben, wurde das Spenderorgan ebenfalls infiziert und langsam zerstört. Ein spürbarer Rückgang der Hepatitis-C-Patientenzahlen auf der Warteliste sei allerdings (noch) nicht spürbar, zumal die Erkrankung oft (zu) spät erkannt werde.

Eine in ihrer Bedeutung zunehmende Herausforderung für die Transplantationsmedizin ist der anhaltende Trend zum Übergewicht. Für Transplantationsmediziner und Patienten ist das in zweierlei Hinsicht relevant: Zum einen wächst die Anzahl von Patienten mit Fettlebern und einem in der Folge erhöhten Risiko für Leberversagen. Diese Patienten leiden auch häufiger unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes. Diese Erkrankungen können das

Risiko für Komplikationen erhöhen und den Langzeiterfolg einer Transplantation gefährden.

Darüber hinaus wurde das zentral drängende Problem der Transplantationsmedizin diskutiert: Strategien mit dem Umgang des weiterhin bestehenden Organmangels. Können die Ausweitung des Organpools durch vermehrte Lebendspende sowie die Verwendung von Spenderorganen mit kleinen „Mängeln“ wie Fetteinlagerungen Abhilfe schaffen? Auch über Alternativen zur Organtransplantation wie der Einsatz von Kunstherzen oder Zelltransplantationen bei bestimmten Stoffwechselerkrankungen wurde informiert.

Unser Verband war mit einem Informationsstand vertreten. Hier konnten sich Ärzte und Pflegepersonal informieren, welches Informationsmaterial wir für Wartelistenpatienten und Transplantierte bereit halten.

Quelle: PM des Universitätsklinikums Heidelberg v. 4.10.2015

Heidelberg: Über 160 Betroffene informieren sich beim Regionaltreffen

Jutta Riemer

Traditionsgemäß hatten das Transplantationszentrum der Uniklinik Heidelberg und Lebertransplantierte Deutschland zu einer gemeinsamen Veranstaltung am 31.10.2015 eingeladen.

Prof. Peter Schemmer (Stv. Ärztlicher Direktor Chirurgische Klinik, Uni Heidelberg) zeigte die Folgen von Übergewicht im Allgemeinen und in Zusammenhang mit chirurgischen Eingriffen auf. Bei insgesamt zunehmendem BMI (Body Mass Index: Gewicht in kg/Körpergröße × Körpergröße in cm) nehmen auch die Folgen zu. Das schädliche Übergewicht beginne bei einem BMI ab ca. 30. Hier beobachtet man eine deutliche Zunahme der Risiken fürs Überleben, die Entwicklung von Bluthochdruck, Diabetes, Gefäßschäden. Die günstigsten Voraussetzungen sind Normalgewicht oder leichtes Übergewicht, Untergewicht ist ebenso problematisch wie starkes Übergewicht (Adipositas, Fettleibigkeit). Bei Operationen verstärkt die Adipositas die Narkoserisiken und -komplikationen. Nach einer Operation treten hier auch verstärkt Wundinfektionen, Venenthrombosen und weitere Komplikationen auf. Schaut man auf das Überleben nach einer Transplantation ist auch hier die Adipositas ein Risiko und verringert die Überlebenschancen nach Tx. Noch schwieriger für das Überleben nach Tx ist Untergewicht BMI < 18,5.

Prof. Daniel Gotthardt (Sektionsleitung Lebertransplantation, Innere Medizin, Uni Heidelberg) erläuterte die Bedeutung des metabolischen Syndroms nach Lebertransplantation (PTMS) und die sich daraus ergebenden Besonderheiten der Immunsuppression nach Lebertransplantation. Das metabolische Syndrom zeigt sich durch Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Diabetes und Fettsucht und erhöht das Sterberisiko z.B. durch Herzinfarkt und Schlaganfall. Auch in der Normalbevölkerung ist dieses Syndrom zunehmend zu beobachten. Bei Transplantierten ist die Gefahr erhöht, ein PTMS zu entwickeln. Risikofaktoren, die schon vor Ltx bestehen und das Auftreten eines PTMS wahrscheinlicher machen, sind z.B. bestimmte Grunderkrankungen, familiärer Diabetes, Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen. Nach der Ltx werden eben diese Voraussetzungen für ein PTMS durch Faktoren verstärkt, die der Patient nicht beeinflussen kann: z.B. Einnahme von Kortikosteroiden, weiteren Immunsuppressiva. Gott-

hardt weist auf die Bedeutung des frühzeitigen und regelmäßigen Screenings der PTMS-Faktoren und die konsequente Behandlung bzw. individuelle Einstellung der Immunsuppression hin. Patienten sollten in Eigenverantwortung auf ausreichend Bewegung und das Anstreben des Normalgewichts achten, wobei auch geringere Gewichtsabnahmen schon einen positiven Effekt haben.

PD Dr. Vogelmann, (Leitender OA Medizinische Klinik II, Uni Mannheim) sprach über Antibiotikatherapie vor und nach der Transplantation und stellte die häufigsten Infektionen und deren Behandlungsmethoden dar. Ein größeres Problem sind die Resistenzentwicklungen. Deshalb sollten Antibiotika (AB) gezielt, nicht bei virusbedingten Erkrankungen und erregerspezifisch eingesetzt werden. Breit wirkende AB sollten möglichst vermieden werden. Die Botschaft für eine gute Antibiotikatherapie lässt sich zusammenfassen: So viel wie nötig, so wenig wie möglich, so kurz wie möglich. Über dieses Thema werden wir im nächsten Heft der „Lebenslinien“ ausführlicher berichten.

Peter Hellriegel, Ansprechpartner unseres Verbandes für die Region Karlsruhe und Umgebung sowie stellvertretender Vorsitzender von TransDia – ein Sportverein für Transplantierte, stellte Vorteile von sportlicher Betätigung speziell für transplantierte Patienten dar: Bewegung kurbelt den Stoffwechsel an, trainiert und kräftigt die Muskulatur, Ausdauersport wirkt Arterienverkalkungen entgegen, Bewegung festigt die Knochen – und Sport wirkt nicht nur auf den Körper, sondern auch auf den Geist! Er erläuterte, dass es nicht der ganz große Leistungssport sein muss, sondern auch das flotte Spazierengehen, der Hometrainer, Gehen statt Bushfahren (eine Station früher aussteigen!)

regelmäßig zeigen schon positive Wirkung. Er empfahl, mit sich selbst einen „Vertrag“ abzuschließen und sich dabei realisierbare Ziele zu setzen. Er berichtete von den Weltspielen für Transplantierte und wies auch auf die Teilnahmemöglichkeiten bei sportlichen Wettkämpfen unter Transplantierten „für Jedermann“ hin.

Jutta Riemer stellte den Teilnehmern die Aktion „Dank an Spenderkrankenhäuser“ vor (s. LL 2/2015). Es gab ausreichend Plakate zum Mitnehmen, die die Teilnehmer dann an ihre wohnortnahen Krankenhäuser abgeben können. Die Aktion soll dazu beitragen, dass die Ärzte und das Pflegepersonal in den Entnahmekliniken den Erfolg ihrer Arbeit sehen und so motiviert werden, sich (auch weiterhin) um die Erkennung von potenziellen Organspendern zu bemühen. Drei Plakate wurden an Frau **Nadja Komm**, leitende Transplantationsbeauftragte am Uniklinikum Heidelberg, überreicht mit der Bitte, diese an die Stationen weiterzugeben, in denen Organentnahmen stattfinden.

Beeindruckend war ein Gruppenfoto der 160 Teilnehmer. Transplantierte Patienten machten auf die Anzahl der durch Organspende geschenkten Lebensjahre aufmerksam. Die Angehörigen zeigten mit einem Herz, dass Sie dankbar sind, dass sie durch die Organspende und Transplantation weiterhin gemeinsam mit dem nahestehenden, transplantierten Menschen zusammenleben dürfen. Die Teilnehmer an der Heidelberger Veranstaltung brachten es auf über 500 geschenkte Lebensjahre und lieferten hier ein starkes Votum für die Organspende.

Das Organisationsteam von LD e.V., Andrea Sebastian, Wolfgang Weber und Gaby Winter, bedankte sich bei allen Referenten und Mitarbeitern der Klinik, die diese Veranstaltung ermöglicht haben.



Fotos: privat



Essen: Universitätsklinikum eröffnet Klinik für Infektiologie

Unter einer Infektion (lat. *inficere* „anstecken“, „vergiften“; wörtlich „hineintun“) versteht man das Eindringen und die anschließende Vermehrung von potenziell krankmachenden Molekülen, Bakterien oder Viren in einen Organismus. „... Bei einem geschwächten Immunsystem kann eine Infektion schnell zu einer akuten Bedrohung werden: Die körpereigene Abwehr ist dann nicht mehr in der Lage, die Eindringlinge zu bekämpfen – der Organismus wird von den Erregern regelrecht überschwemmt und es kommt zur Erkrankung“, so Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Ärztlicher Direktor des UK Essen. Deshalb ist diese in Essen installierte, fachübergreifende Versorgung von Patienten mit speziellen Infektionen für transplantierte Patienten von besonderer Bedeutung.

Ein Schwerpunkt der 2015 neu gegründeten Klinik liegt auf der Prävention, Diagnostik und Therapie von Infektionskrankheiten bei Patienten mit Immunschwäche, z.B. nach einer Organtransplantation oder Tumorerkrankungen, aber auch HIV, Infektionen bei transplantierten Patienten sowie bei schweren internistischen Begleiterkrankungen und im Isolationsbereich auch Infektionen mit TBC, MRSA, VRE und Tropenerkrankungen. Ziel ist es, die klinische Versorgung von Patientinnen und Patienten als auch die Forschung und die Lehre im Bereich der Infektiologie zu optimieren.



Gaben die Eröffnung der Klinik für Infektiologie am UK Essen bekannt: Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel (Ärztlicher Direktor), Prof. Dr. Ulf Dittmer (Direktor des Instituts für Virologie), Prof. Dr. Oliver Witzke (Direktor der Klinik für Infektiologie), Prof. Dr. Jan Buer (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen und Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie), alle UK Essen, und Prof. Dr. Gerd Fätkenheuer, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie.

Gemeinsam mit einem Team aus neun Ärztinnen und Ärzten sowie 32 Pflegenden wird Prof. Oliver Witzke, Direktor der Klinik für Infektiologie, in über 30 Betten Patienten mit den verschiedensten Infektionskrankheiten behandeln. Prof. Witzke berät mit seinem Team auch die anderen Kliniken des UK Essen und arbeitet mit verschiedenen Fachrichtungen zusammen

(mit: Mikrobiologen, Virologen und Immunologen, den organspezifischen Internisten, Pädiatern, Dermatologen). Für die Zukunft sollen Prävention und Fortbildung für die Bevölkerung, aber auch bei den Klinikmitarbeitern weitere Schwerpunkte bilden.

Quelle: PM der Universitätsklinikums Essen v. 17.8.2015

Foto: UK Essen



GRÄFLICHE KLINIKEN

DIE QUELLE DER REHAKOMPETENZ



CASPAR HEINRICH KLINIK
BAD DRIBURG

Rehabilitations-Fachklinik für Innere Medizin und Orthopädie
Schwerpunktklinik für Anschlussrehabilitation

Georg-Nave-Straße 26 • 33014 Bad Driburg
Tel.: 052 53.95 40 • info@caspar-heinrich-klinik.de

Die Caspar Heinrich Klinik ist auf die Fachbereiche Kardiologie, Gastroenterologie und Orthopädie spezialisiert. Eine Besonderheit der Klinik ist die über 30-jährige Erfahrung in der Anschlussheilbehandlung von lebertransplantierten Patienten, die in der Caspar Heinrich Klinik von einem ganzheitlichen Gesamtteam eines multiprofessionellen Klinikteams profitieren können.

SCHWERPUNKTE:

- Engmaschige klinische, laborchemische und sonographische Kontrollen (Beurteilung der Leber- und Nierenfunktion, Erkennung einer Komplikation v.a. Abstoßung und Infektion)
- Wundmanagement
- Intensive physiotherapeutische/ergotherapeutische Behandlung bei meist ausgeprägten muskulären Defiziten
- Ernährungsschulung, insbesondere bezüglich keimarmer und „gesunder“ Ernährung
- Psychologische Betreuung
- Klärung sozialrechtlicher Fragen
- Schulung bezüglich eines krankheitsadäquaten Verhaltens (medikamentöse Compliance) und Nebenwirkungen der immunsuppressiven Therapie
- Anleitung zur Selbstkontrolle
- Monatliche Besuche durch ein Mitglied des Vereins Lebertransplantierte Deutschland e.V. mit Beratung und Austausch

WWW.GRAEFLICHE-KLINIKEN.DE

2015: Organspendezahlen Januar–September kurzfristig besser, trotz schlechtem September

Dennis Phillips

Die Zahl der Organspender in Deutschland von Januar bis September 2015 erreichte 672; das bedeutet **3,5 Prozent mehr** Spender als im gleichen Zeitraum 2014. Ein starker Rückgang von 74 auf 63 Spender hat sich erst im September 2015 abgezeichnet, d.h. **14,9 Prozent weniger** als vor einem Jahr.

Drei Regionen – DSO Mitte, Nordost und Nordrhein-Westfalen – haben im September mehr Organspender gehabt.

Für den gesamten Zeitraum haben zwei DSO-Regionen weniger Organspender gehabt: Nordwest (–18,1%) und Nord (–11,3%). Im Vergleich ist die Gesamtzahl der Organspender nur gestiegen wegen der sehr niedrigen Zahl in 2014. Langfristig sind es **32,5% weniger** Organspender im Vergleich mit dem September 2010.

Die Zahl von 672 Organspendern liegt niedriger als in allen Jahren vor 2014. Der höchste Stand von 961 wurde im Januar–September 2010 erreicht.

Mit immer weniger Organspendern in Deutschland wird der Import von Organen aus anderen Eurotransplant-Ländern immer wichtiger. Obwohl 3,5% mehr Organspender (672) von Januar–September 2015 gezählt wurden, war das Resultat **1,9% weniger Organe** (2.243 vs. 2.286 gespendete Organe im Jahr 2014). Rückwirkend betrachtet sieht dieser Abwärtstrend viel schlechter aus: **–28,5%** im Vergleich mit dem Höhepunkt 2010, als 3.135 Organe gespendet wurden.

Quelle: DSO, Oktober 2015

Gespendete Organe* (September)

DSO Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nord	45	82	51	38	48	23
Nordost	34	49	46	25	37	41
Ost	31	20	43	26	30	11
Bayern	43	49	49	28	52	32
Baden-Württemberg	39	25	14	28	32	15
Mitte	63	52	48	32	10	44
Nordrhein-Westfalen	60	61	39	69	38	52
Deutschland	315	338	290	246	247	218

Gespendete Organe* (Januar–September)

DSO Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nord	510	496	434	385	407	321
Nordost	363	310	312	277	278	237
Ost	343	349	312	264	279	319
Bayern	459	482	430	306	321	369
Baden-Württemberg	313	281	296	254	250	278
Mitte	554	389	368	356	293	275
Nordrhein-Westfalen	593	625	625	521	458	444
Deutschland	3.135	2.912	2.777	2.363	2.286	2.243

Organspender* (September)

DSO Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nord	15	22	13	11	12	8
Nordost	9	13	11	8	12	14
Ost	11	7	14	10	10	4
Bayern	13	16	15	7	15	8
Baden-Württemberg	11	8	6	9	9	4
Mitte	18	17	13	10	3	11
Nordrhein-Westfalen	16	19	11	16	13	14
Deutschland	93	102	83	71	74	63

Organspender* (Januar–September)

DSO Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nord	150	149	125	107	106	94
Nordost	117	94	92	79	83	68
Ost	111	118	100	82	85	103
Bayern	142	140	128	90	94	108
Baden-Württemberg	100	87	95	78	72	82
Mitte	156	122	105	96	81	84
Nordrhein-Westfalen	185	190	184	143	128	133
Deutschland	961	900	829	675	649	672

* ohne Lebendspende, vorläufige Zahlen für 2015

DSO-Jahreskongress 2015

Organspende und Transplantation – Wo wollen wir hin?

So lautete der Titel einer der zahlreichen Fachvorträge, kann aber als den Kongress umspannend betrachtet werden. Denn aus verschiedenen Blickwinkeln wurden Perspektiven aufgezeigt und diskutiert. Der 11. DSO-Jahreskongress fand vom 5.–6.11.2015 in Frankfurt statt. Er stand unter dem Motto „Forum für Wissens- und Informationsaustausch zur Organspende und Transplantation.“

Dennis Phillips, Egbert Trowe

Zu Beginn unterrichtete der Medizinische Vorstand **Dr. Axel Rahmel** über die aktuelle Situation bei der Organspende. Im Zeitraum 1–10/2015 waren es 736 Organspender. Er stellte fest, dass sich die Organspender-Zahlen auf einem stabilen, aber immer noch niedrigen Niveau befänden.

Man muss bedenken, dass die meisten der ca. 900.000 Verstorbenen im Jahr nicht auf der Intensivstation mit irreversiblen Hirnfunktionsausfall versterben. Es sind weniger als 6%, die mit irreversibel erloschener Hirnfunktion gemeldet werden. Hierbei gab es nur bei 1.221 Fällen Beratung wegen möglicher Organspende. Zustimmung lag dann nur für 876 Verstorbene vor. Das bedeutet, dass nur 0,1% der insgesamt Verstorbenen zu Organspen-

dern werden. Ein Problem für die Transplantation sei auch das steigende Spenderalter. Der Durchschnitt liegt hier inzwischen bei 56 Jahren.

Thomas Biet, Kaufmännischer Vorstand der DSO, berichtete, dass insgesamt 1.600 Transplantationsbeauftragte Interesse an einer Fortbildung haben oder schon absolviert haben. Die Regelung, welche Mittel für die Transplantationsbeauftragten (TxB) in Deutschland zur Ver-

fügung stehen, gibt es bereits. Es mangelt aber an der Transparenz, in welcher Höhe – und ob überhaupt – die Gelder an die einzelnen TxB für ihre zusätzlich geleistete Arbeit gelangen.

In den Diskussionen zeigte sich, dass noch ein Informationsbedarf bei den Transplantationsbeauftragten besteht. Das Ziel der DSO ist es, in optimaler Zusammenarbeit mit den Spenderkrankenhäusern den Willen der Verstorbenen umzusetzen.

Dr. Rahmel berichtete über eine Befragung der TxB in Hessen. Bei guter Rückläuferquote (87 von 99) gaben 78 an, dass sie für ihre Tätigkeit keine zusätzliche Entlohnung erhielten. Nur 6% hatten sich um diese Funktion selbst beworben, 46% wurden gefragt mit der Möglichkeit abzusagen, aber immerhin 34% wurden ohne Alternative delegiert, was nicht unbedingt beste Voraussetzung für hohe Motivation in dieser Funktion ist.

Aus Patientensicht müssen wir besonders kritisch anmerken, dass die Umsetzung des novellierten Transplantationsgesetzes auf Länderebene in Bezug auf die Transplantationsbeauftragten (TxB) bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Hessen, Bayern) noch nicht erfolgt ist.

Prof. Dr. Björn Nashan, DTG-Präsident und Stiftungsratsvorsitzender der DSO, sprach zum Thema Organspende und Transplantation – Wo wollen wir?

Er beschäftigte sich mit den vorhandenen Strukturen, der Qualifikation und Ausbildung sowie der Finanzierung. Die strukturellen Voraussetzungen seien primär gut: Die Kirchen sehen das Thema positiv, die Mehrheit der Bevölkerung ebenso.



Birgit Blome, DSO Öffentlichkeitsarbeit, Dr. A. Rahmel, Medizinischer Vorstand, T. Biet, Kaufmännischer Vorstand (v.l.)

Defizite gebe es noch in klaren Regelungen in den Krankenhäusern und umfassender Information. So geben ca. 40% der befragten Klinikmitarbeiter an, nicht ausreichend informiert zu sein. Positiv werden die neuen Verfahrensanweisungen der DSO beurteilt (s. S. 5). Notwendig ist eine interne und externe Qualitätsbeurteilung. Die entscheidende „Klammer“ hierfür sei aber das geplante Transplantationsregister. Prof. Nashan fordert in allen Bundesländern strukturierte Ausbildung der TxB und weist auf die für 2016 geplante Einführung des Ausbildungsgangs zum Transplantationsmediziner hin.

Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp referierte über die Einbindung der Intensivmedizin – explizit auch der Fachgesellschaft der Intensivmediziner (DIVI), die das Thema künftig verstärkt aufgreifen will. Wird hierdurch das Interesse der Intensivmediziner stärker auf die Spendererkennung und Spende gelenkt, so wäre das eine zusätzliche Hoffnung für alle Patienten, die dringend auf ein Organ warten.

Was die Organspende auch mit allen menschlichen Kontakten und Gesprächen

für die Spenderfamilien bedeutet, wurde in der von **Anne-Bärbel Blaes** geführten Gesprächsrunde mit zwei Spenderfamilien deutlich.

Ein für uns ebenso eindrücklicher Teil der Veranstaltung war der Vortrag von Frau **Stefanie Deppe**. Sie erläuterte den Ablauf einer Organspende aus Sicht der Pflege. In der Asklepios-Klinik in Hamburg-Altona werden überdurchschnittlich viele Organspenden realisiert (jährlich ca. 14). Sie machte deutlich, dass viel Erfahrung und Routine wichtig seien, Abläufe klar definiert sein müssten und auf Stärken, Schwächen und Wünsche der Kollegen/innen gerade in diesem Bereich der Organspende Rücksicht genommen werden müsse. Sie betonte aber, dass eine Organspende nie Normalität, sondern immer ein emotional besonderes Ereignis bleiben wird und auch bleiben soll. Sie bedauert es, dass es nach einer Organspende nicht genügend Zeit für eine gemeinsame Aufarbeitung im Sinne einer Supervision gibt.

Diesen Vortrag nahm unsere Vorsitzende **Jutta Riemer** zum Anlass, sich bei den Teilnehmern (TxB, Pflegepersonal und weitere Ärzte) für die geschenkten Lebensjahre zu bedanken und bat darum, diesen Dank mitzunehmen an die Stationen dieser Krankenhäuser. Denn ohne deren Einsatz für die Organspende hätten viele Transplantierte kein Spenderorgan bekommen. Am Rande der Tagung überreichten wir unser Dankesplakat (s. LL 2/2015) stellvertretend an den Transplantationsbeauftragten des Uniklinikums Tübingen, Dr. Peter Petersen, um im Namen aller Transplantierten Danke zu sagen.

Neues Computersystem und Standarddokumentation für Eurotransplant

Eurotransplant-Meeting, Leiden, Oktober 2015

Dennis Phillips
Übersetzt von **Andrea Royl**

Der Vorstand der Stiftung Eurotransplant gab die Ernennung von Dr. Peter Branger als neuen Generaldirektor von Eurotransplant bekannt. Dr. Branger hat sein Amt am 1. April 2015 übernommen. Er ist ein Arzt mit langjähriger Erfahrung in der Verwaltung von Informationstechnologie (IT), Forschung und Gesundheitswesen. Eurotransplant will jetzt ein besser koordiniertes und völlig vernetztes Software-System zwischen den acht Partnerländern (Belgien, Deutschland, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Slowenien und Ungarn) einführen. Das sollte dabei helfen, die Allokation aller Organe innerhalb des ET-Gebietes zu verbessern.

Das war eines der Leitthemen auf der Eurotransplant-Jahreshauptversammlung, bei der mehr als 350 Ärzte, Transplantationskoordinatoren und DSO-Geschäftsführer Mitte Oktober zusammentrafen, um über die aktuellen Transplantations-Entwicklungen zu diskutieren. „Das eigene ET-

Software-System, ENIS, ist schon 20 Jahre alt und braucht dringend eine Erneuerung“, sagte Dr. Branger.

Überraschend ist für einen Außenstehenden, dass solche praktischen Werkzeuge für ET seit mehr als zwei Jahrzehnten immer noch fehlen. Das gilt auch für die Arztberichte, welche jedes Transplantations-Zentrum liefern muss, damit ET ungefähr über den Zustand der entnommenen Organe Bescheid weiß.

„Dafür arbeitet eine Arbeitsgruppe an einer Standarddokumentation auf Englisch für alle Transplantationsärzte – mit Checkboxes, damit es einfacher geht“, berichtet Dr. Carl-L. Fischer-Fröhlich, DSO-Arzt aus Baden-Württemberg. „Wir brauchen eine technische Lösung. Wir müssen die richtigen Fragen stellen, damit wir so viele nützliche Informationen wie möglich bekommen“, sagte Fischer-Fröhlich. Und man braucht dafür bessere Technologie, die auch mit den heutigen Smart-Phones und Tablet-Computern arbeiten kann.

Eurotransplant hofft, dass alle Ärzte innerhalb der nächsten drei bis vier Jahre

eine neue App für ihr iPhone haben können, so dass man nur die Organspender-Nummer eintippen müsste und danach alle nötigen Informationen auf dem Bildschirm hat.

Prof. Dr. F. Mühlbacher aus Wien legte ebenfalls seine Empfehlungen für die Zukunft Eurotransplants dar. Er meinte, mit 38 Lebertransplantations-Zentren innerhalb der ET-Länder gäbe es zu viele. Mit nur 10,7 Organspendern pro Million Einwohner (pmi) in Deutschland „muss irgendetwas geschehen. Innerhalb der ET-Länder gibt es einen besseren Durchschnitt von 14,4 Organspender pmi“, sagte er. „Man braucht mehr Organspender in Deutschland. Es ist das größte ET-Mitglied und macht 2/3 der ET-Bevölkerung aus. Für das noch benötigte Leber-Spende-Register und auch ein Europäisches Ergebnis-Daten-Register muss man auch das ET-Council (= Vorstand) erweitern“, meinte Dr. Mühlbacher. „So eine Erweiterung müsste auch die Repräsentanten der Geldgeber mit einschließen“, schlägt er vor. „Nur so kann man ein großes ET-Register ins Leben rufen“.

Ablauf einer Organspende aus Sicht des DSO-Koordinators

Fotos: privat



Dominik Metzdorf Christian Thurow
Koordinatoren der Deutschen Stiftung
Organtransplantation – DSO*

Viele Fragen stehen im Raum, wenn es darum geht, sich für oder gegen Organspende zu entscheiden. Gerade über die Vorgänge rund um eine Organspende im Krankenhaus darf es keine Tabus und Mythen geben. Hier ist es wichtig, mit denjenigen zu sprechen, die die Organspende in den Krankenhäusern begleiten. Zwei erfahrene DSO-Koordinatoren gaben Auskunft.

1. Wenn Sie einen Anruf aus einem Krankenhaus bekommen und eine Organspende im Raum steht, welche Aufgaben wurden dann in den Krankenhäusern schon bewältigt?

Am Anfang steht die meist notfallmäßige Einweisung eines Patienten mit einer schweren Hirnschädigung in das Krankenhaus, sei dies auf Grund einer Hirnblutung, einer Hirnverletzung oder auch wegen einer Mangelversorgung des Hirns mit Sauerstoff (z. B. nach einem Herzstillstand). Das ganze Bemühen der Ärzte und der Pflegekräfte kennt zu diesem Zeitpunkt nur ein Ziel, nämlich die Lebensrettung und bestmögliche Behandlung des Patienten. Dies beinhaltet die Stabilisierung des Kreislaufs, die notwendige Diagnostik und die Einleitung der entsprechenden Therapie auf der Intensivstation, nicht selten und je nach Möglichkeit einem operativen Eingriff folgend, um die Hirnverletzung beherrschen zu können. Dramatische Stunden und Tage setzen sich fort, in deren Verlauf sich zeigt, welche Überlebenschancen der Patient hat. Die Dramatik spiegelt sich im Verhalten der Angehörigen wider, die in dieser Ausnahmesituation zwischen Bangen, Hoffen und Verzweifeln sehr unterschiedlich reagieren, was eine intensive Angehörigenbegleitung durch Ärzte und Pflegekräfte notwendig macht.

In einigen Fällen muss trotz allen therapeutischen Bemühens leider festgestellt werden, dass die Hirnschädigung des Patienten zu schwerwiegend und nicht zu überleben ist: der irreversible Hirnfunktionsausfall („Hirntod“) ist unvermeidbar oder bereits eingetreten. Die Klinik wird

nun die Diagnostik zum Nachweis des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls beginnen und ausführlich mit den Angehörigen über die Situation sprechen. In dieser Phase kann auch ohne abgeschlossene Diagnose des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls („Hirntods“) ein erster Kontakt mit der DSO für eine allgemeine Beratung aufgenommen werden.

2. Was sind Ihre ersten Aufgaben im Spenderkrankenhaus?

Zu Beginn werden die rechtlichen Voraussetzungen geprüft. D. h. nach Feststellung der Identität des Verstorbenen überprüfen wir formal anhand der hierfür vorgesehenen und zwingend auszufüllenden Protokolle, ob der irreversible Hirnfunktionsausfall, sprich der „Hirntod“, richtlinienkonform festgestellt und dokumentiert wurde. Zudem wird die Zustimmungssituation überprüft. Hat sich der Verstorbene zu Lebzeiten selbst zur Organspende geäußert und dieser zugestimmt? Gibt es einen schriftlichen Willen, z. B. im Organspendeausweis dokumentiert, oder liegt ein von den Angehörigen übermittelter mündlicher Wille vor? Liegt kein geäußelter Patientenwille vor, so werden die Angehörigen nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen befragt. Ist auch dieser nicht bekannt, sollen die Angehörigen nach deren eigener Wertvorstellung entscheiden. Um aber seine Angehörigen nicht in eine solch prekäre Lage zu bringen, ist es wichtig, sich schon zu Lebzeiten mit dem Thema zu befassen und seine persönliche Entscheidung zu treffen.

Sofern es gewünscht ist, suchen wir als DSO-Koordinatoren in jedem Fall noch einmal den persönlichen Kontakt zu den Angehörigen im Krankenhaus, da wir in dieser Situation und auch im zeitlichen Verlauf nach der Organspende für Fragen jederzeit bereit stehen. Auf Wunsch der Klinik oder der Angehörigen stehen wir diesen auch früher für ein Gespräch über die Organspende zur Verfügung.

Sind die gesetzlichen Voraussetzungen geklärt, wird mit der medizinischen Abklärung und den Vorbereitungen zur Organspende begonnen.

3. Wer stellt den Hirntod fest?

Mindestens zwei Ärzte stellen unabhängig voneinander den irreversiblen Hirnfunktionsausfall eines Patienten auf der Intensivstation fest. Mit der Änderung der Richtlinien der Bundesärztekammer Mitte 2015 haben beide Untersucher zwingend Facharztstatus und verfügen über eine mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit akuten schweren Hirnschädigungen. Mindestens einer

der Untersucher muss Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie sein. Bei der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls von Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr muss ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder ein Facharzt für Neuropädiatrie beteiligt werden. Für alle Untersucher gilt, dass sie als Ärzte unabhängig von der Organspende und Transplantation sind. Die Ergebnisse ihrer Untersuchung müssen formal korrekt auf hierfür speziell vorgesehenen Bögen protokolliert werden, abschließend wird auf diesen Bögen mit dem Nachweis des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls der Tod des Patienten mit Datum und Uhrzeit festgestellt.

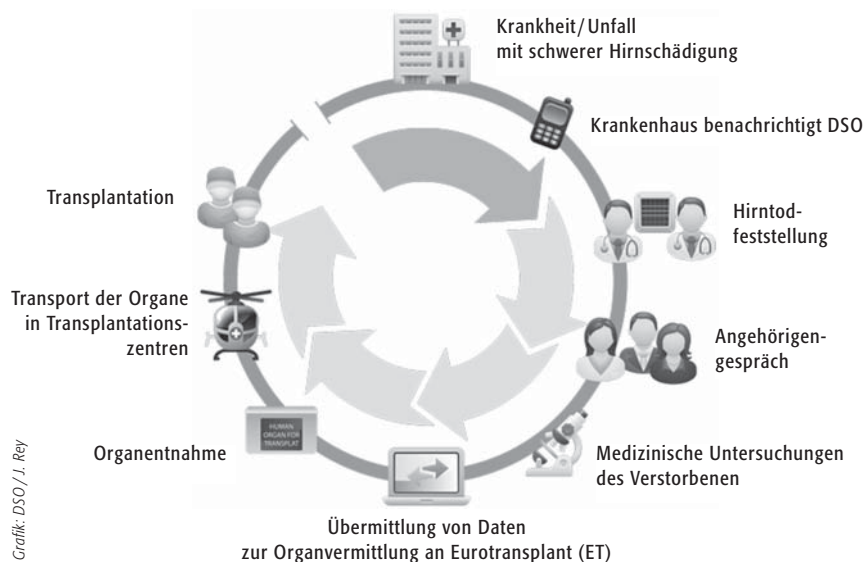
4. Was sind die nächsten Schritte, wenn der vollständige Ausfall des gesamten Gehirns (Hirntod) festgestellt wurde und die Einwilligung zur Organspende vorliegt?

Jetzt beginnen die medizinischen Untersuchungen, um die Eignung und Transplantationsfähigkeit der Organe zu bestimmen und mögliche Kontraindikationen oder Komplikationen für eine Transplantation zu erkennen und zu minimieren.

Es wird eine ausführliche Krankengeschichte zu Vorerkrankungen, Operationen, Medikamenteneinnahme, Risikofaktoren für Krankheiten, Lebensgewohnheiten usw. erhoben, wozu nicht nur die Angehörigen befragt, sondern nach Möglichkeit auch Hausärzte kontaktiert und Befunde aus vorhergehenden Krankenhausaufenthalten herangezogen werden. Natürlich ist der aktuelle Gesundheitszustand besonders wichtig. Was hat die aktuelle Erkrankung oder der Unfall für weitere Schäden verursacht? Welche vorliegenden Untersuchungsbefunde gibt es? Wie sind die Vitalfunktionen im Augenblick und welche Medikamente müssen zur Kreislaufaufrechterhaltung verabreicht werden? Zudem wird der Organspender gründlich untersucht. Hierzu zählen z. B. die körperliche Untersuchung, Ultraschalluntersuchungen von Herz und Bauchorganen, Untersuchung der Lunge z. B. durch ein Röntgenbild und eine Lungen Spiegelung. Blutgruppenbestimmung, Bestimmung der Gewebemerkmale des Verstorbenen, virologische Untersuchungen zum Ausschluss von Infektionskrankheiten werden in Auftrag gegeben sowie das aktuelle Labor mit einem großen Blutbild und allen wichtigen Blutwerten zu den einzelnen Organfunktionen. Mit all diesen Informationen wird ein „medizinisches Bild“ des Organspenders angefertigt, das wir in standardisierter Form an die Vermittlungsstelle Eurotransplant weiterlei-

ten. Eurotransplant vermittelt auf Grundlage unserer übermittelten Daten nun die in Frage kommenden Organe an die entsprechenden Patienten auf der Warteliste nach transparenten Kriterien. Wichtige Kriterien der Organvermittlung können je nach Organ neben der Blutgruppe und den Gewebemerkmale die Körpergröße und das Körpergewicht, die Wartezeit oder auch die Dringlichkeit der Transplantation sein. Schlussendlich entscheidet das Transplantationszentrum für den Organempfänger anhand des medizinischen Profils, ob das Organ für ihn geeignet ist oder nicht. Bei Eignung wird das Organangebot akzeptiert, der Organempfänger benachrichtigt und auf die Transplantation vorbereitet.

Grafik: DSO / J. Rey



5. Wie dürfen sich die Angehörigen verabschieden, bevor der Spender in den OP-Saal gefahren wird?

Es ist immens wichtig, den Angehörigen Zeit zum Abschiednehmen einzuräumen. Sie dürfen daher so lange bei ihrem Verstorbenen bleiben, wie sie es für sich als notwendig empfinden und wie es die Umstände ermöglichen. Sie sollten diese Zeit in Ruhe und ohne spürbaren Druck von außen verbringen können, was unter den hektischen Alltagsbedingungen auf der Intensivstation allerdings nicht immer einfach zu verwirklichen ist. Wird nun im Laufe des Organspendeprozesses der OP-Zeitpunkt absehbar, so wird dies den Angehörigen mitgeteilt. Wichtig ist ein transparenter Ablauf. Angehörige können ihren Verstorbenen zur Organentnahme bis zur OP-Schleuse begleiten, die selten gewünschte Anwesenheit bei der Entnahmeoperation ist nicht erlaubt, wogegen die Mitgabe von Symbolen wie Bilder, Stofftiere oder Kreuze selbstverständlich ist.

Es sollte heute auch zu den Selbstverständlichkeiten der modernen Intensivmedizin gehören, den Angehörigen die für sie wichtigen Abschiedsrituale am Bett zu ermöglichen, sei dies eine Andacht, gemeinsames Gebet oder Gesang.

Nach der Operation gibt es ebenso die Möglichkeit der Verabschiedung und Aufbewahrung des Leichnams, entweder direkt in der Klinik oder später vor der Bestattung. Gerne kann die Verabschiedung in der Klinik von den Koordinatorinnen und Koordinatoren der DSO begleitet werden.

6. Was passiert der Reihe nach im OP-Saal?

Der Verstorbene wird unter bestehender Kreislauffunktion durch die kontrollierte Beatmung in den OP verlegt. Hier wird der Organspender an das Personal übergeben und alle Informationen ausgetauscht. Zudem werden nochmals die

Identität und die Voraussetzungen zur Organspende überprüft. Es werden alle Vorbereitungen für eine sterile und professionelle Operation getroffen. Die Haut im OP-Feld des Organspenders wird desinfiziert und mit sterilen Tüchern abgedeckt. Eine Narkose mit dem Ziel der Bewusstseinsausschaltung und der Schmerzfreiheit wird nicht durchgeführt, da ein Hirntotter zu keiner Bewusstseinsleistung und zu keinem Schmerzempfinden fähig ist. Allerdings funktioniert noch das unterhalb des Gehirns angesiedelte Rückenmark, über welches Reflexe und somit spontane, völlig ungesteuerte Muskelreaktionen möglich sind, die für die Sicherheit während einer Operation medikamentös unterdrückt werden müssen. Nun wird mit dem Hautschnitt die eigentliche Operation begonnen und die zur Organspende ausgewählten und vermittelten Organe frei präpariert. Über in die großen Blutgefäße eingelegte Katheter werden anschließend die Organe mit einer Perfusionslösung blutleer gespült, gekühlt und konserviert. Dies ist auch der Moment, in dem das Herz aufhört zu schlagen und der Körperkreislauf zum Erliegen kommt. Die Organe können jetzt einzeln in der Reihenfolge Herz, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse und Nieren entnommen, inspiziert und verpackt werden. Während die Organe bereits ihre Reise zu den wartenden Organempfängern beginnen, verschließen die Operateure den Körper fachgerecht mit einer Hautnaht und es werden Verbände angelegt. Nach der Säuberung des Körpers wird der Verstorbene gebettet und in den Verabschiedungsraum verbracht. Hier kann Abschied genommen werden, bevor der Bestatter den Leichnam abholt. Als DSO-Koordinatoren ist es unsere Aufgabe, auf eine der Situation angemessene und pietätvolle Atmosphäre während der Organentnahme zu achten.

7. Erhalten die Krankenhäuser und die Angehörigen Bescheid, ob die Organe erfolgreich transplantiert wurden?

Ja, die betreuende Klinik – wie auch die Angehörigen – erhalten eine schriftliche Rückmeldung über den Ausgang der Organspende. Dies erfolgt ca. 4 bis 6 Wochen nach einer Organspende in Form eines Briefes. Die Koordinatoren der DSO erfragen auch den Ausgang der Organtransplantation bei den zuständigen Zentren. Das Transplantationsgesetz schreibt hier allerdings einen strengen Datenschutz vor. Alle Informationen sind anonym und dürfen keinerlei Rückschlussmöglichkeiten auf die Empfänger bieten. So bekommen die Angehörigen Auskunft über das Geschlecht und eine grobe Altersangabe des Organempfängers und natürlich, als wichtigste Information, wie es dem Organempfänger nach der Transplantation geht. Wir hoffen sehr, dass die Informationen über einen positiven Transplantationsverlauf den Angehörigen Trost sein können angesichts des Verlustes eines geliebten Menschen. Die Informationsbriefe an die Klinik fallen in etwa gleich aus. Hier hoffen wir ebenfalls, dass die Rückmeldung über die Organempfänger motivierend wirkt, um auch in Zukunft nach dem Verlust eines Patientenlebens für die Lebenschancen anderer, unbekannter Menschen im Sinne der Organspende zu arbeiten.

8. Organentnahmen sind sicher auch eine emotionale Herausforderung. Gibt es für das Pflegepersonal Möglichkeiten, sich hierzu auszutauschen bzw. offene Fachfragen zu klären?

Es ist richtig, Organspenden können eine emotionale Herausforderung für das gesamte Team sein. Und sie werden von jedem Mitarbeiter auch als unterschiedlich belastend erlebt. Ob dies den verlorenen Kampf um ein Patientenleben be-

trifft, das besondere Schicksal des Verstorbenen, die Situation der Angehörigen und deren Begleitung oder die Behandlung und Pflege eines Verstorbenen, dessen Körperkreislauf künstlich aufrechterhalten wird, oder ob es die Organentnahmeoperation selbst betrifft. Hierüber können sich die Beteiligten natürlich im kollektiven Gespräch oder auch in vom Kran-

kenhaus angebotenen Veranstaltungen austauschen. Als DSO jedenfalls bieten wir an, im Rahmen unserer Krankenhausbetreuung vor Ort besondere oder belastende Situationen nachzubespochen. Fortbildungen zu diesem Thema bei ärztlichem und pflegerischem Personal in allen Bereichen helfen zudem, einen professionellen Umgang mit der Gemeinschafts-

aufgabe der Organspende zu finden.

Die Fragen stellte Jutta Riemer.

** Die DSO ist die Koordinierungsstelle für die postmortalen Organspende gemäß Transplantationsgesetz (TPG) und bietet den rund 1.300 Entnahmekrankenhäusern in Deutschland umfassende Dienstleistungen bei den Abläufen der Organspende an.*

Allokationssystem: Dinglichkeit vs. Erfolg

Interview mit Dr. James Neuberger, Associate Medical Director des UK National Health Service (NHS) Blood and Transplant



Dennis Phillips

Übersetzt von Andrea Royl

„Wenn man, wie jetzt in Deutschland, bei einer Lebertransplantation nur die Dringlichkeit berücksichtigt, werden die am schwersten erkrankten Patienten zuerst behandelt. Natürlich ist das Resultat danach, d.h. die Überlebensrate fünf Jahre nach der Ltx, niedriger als in anderen Ländern“, sagt Prof. Dr. James Neuberger. In einem Interview mit „Lebenslinien“ vor der Eurotransplant (ET)-Jahresversammlung betonte Dr. Neuberger, dass diese Ergebnisse auch nicht die „Quality of Life“ (Lebensqualität) berücksichtigen.

Er wolle kein anderes Land kritisieren, meinte er, aber Lebertransplantationen sind in Großbritannien (GB) anders organisiert als innerhalb des Eurotransplant-Gebietes. „In Großbritannien haben wir 7 Ltx-Zentren für unsere Bevölkerung von knapp 65 Millionen. Deutschland hat 23 Lebertransplantations-Zentren für 80 Millionen.“ (Red.: d.h. in Großbritannien gibt es 1 Ltx-Zentrum für 9 Millionen Einwohner, in Deutschland 1 Ltx-Zentrum für 3,5 Millionen Einwohner). „Bei uns (in GB) werden die Organe an das nächstliegende Zentrum verteilt, welches dann entscheidet, wer die Leber bekommt“, sagte Dr. Neuberger. „Manche Ltx-Zentren in Großbritannien haben sehr gute Überlebensraten, ... weil sie nur sehr gute Lebern annehmen. Der Chirurg muss das entscheiden“, erklärte Dr. Neuberger.

Ein Allokationsplan ist tatsächlich ein Angebotsplan – man bietet das Organ an. „Entscheidend ist: Was wollen Sie damit erreichen? Da sind viele Normen, die miteinander konkurrieren – und häufig in Konflikt stehen. Wollen Sie Fairness? Oder Nützlichkeit? Bedürftigkeit? Oder wer hat den größten Nutzen davon? Wenn man nach Bedarf (Red.: MELD-Score-System wie in Deutschland) entscheidet, ist das in Ordnung, nur hat man dann das schlechteste Resultat (= Überlebensrate). Dann

behandeln Sie zuerst die am schwersten erkrankten Patienten. Aber das kann auch okay sein“, meinte Dr. Neuberger, der sich offensichtlich nicht kritisch äußern wollte.

„Das Problem ist und bleibt der Mangel an Organen. Großbritannien hat vor ein paar Jahren eine größere Organspende-Aktion eingeleitet und das hat 50% mehr Organspender überzeugt. Unsere Umfragen zeigen, dass 90% der Bevölkerung in GB Organspenden gut finden ... aber immerhin noch 40% lehnen sie ab, wenn sie tatsächlich im Krankenhaus danach gefragt werden“, berichtet Dr. Neuberger (Red.: In Deutschland lehnen mehr als 60% der Familienangehörigen eine Organspende ab).

Großbritannien hat auch ein eigenes Organspender-Register und jeder, der sich einträgt, hat rechtswirksam in eine Organspende eingewilligt. Bei der NHS (National Health Service) Blood and Transplant Unit können sich alle Einwohner per Internet, Telefon oder auch per Brief als Organspender melden.

Alle Einwohner Großbritanniens werden, wenn sie den Führerschein machen, gefragt, ob sie sich in das Organspender-Register eintragen wollen, „aber sie können nicht ‚Nein‘ sagen! Nur ja oder sie würden sich später entscheiden“, erklärte Dr. Neuberger. „Manche Einzelhändler fragen auch alle ihre Karteninhaber, ob sie sich in dieses Register eintragen lassen. Eine große Boulevard-Zeitung hat vor, jeder Zeitung eine Organspender-Karte beizulegen“.

Für alle diese Aktionen ist Dr. Neuberger dankbar. Jetzt sind mehr als 20 Millionen Briten im Organspender-Register eingetragen. (Red.: Es gibt kein Organspender-Register in Deutschland und es kann zur Zeit niemand sagen, wie viele Ein-



wohner einen Organspendeausweis besitzen).

„Es gibt noch einen sehr wichtigen Aspekt zu den Organspenden in Großbritannien, den man oft übersieht, was aber einen enormen Nutzen zum Wohl der Spenderfamilien hat“, sagte Dr. Neuberger. „Ihr Unglück ist schon passiert, aber die meisten Spenderfamilien finden immer einen großen Trost darin, weil

sie wissen, dass sie andere Patienten gerettet haben“ (Red.: Jeder Organspender rettet durchschnittlich mehr als drei anderen Patienten das Leben).

In Großbritannien werden alle Organspenderfamilien geehrt. Falls gewünscht, bekommen sie eine Ehrenmedaille, oft mit einer öffentlichen Zeremonie, um die Spender anzuerkennen. Die Medaillen werden von Mandatsträgern, manchmal auch von Mitgliedern der königlichen Familie, übergeben“, sagte Dr. Neuberger.

Es gäbe auch Nationaldenkmäler für Organspender und jedes Jahr regionale Gottesdienste für Organspender in GB. Dort gibt es 23 oder 24 Organspender pro Million Einwohner, und ein Drittel davon sind DCD-Spender (Donor after Circulatory Death = Non-heart beating donor). (Red.: DCD-Spenden, d.h. nach dem Herzstillstand, sind in Deutschland nicht zugelassen. Solche Unterschiede erschweren den Vergleich von internationalen Organspende-Zahlen. Deutschlands Organspende-Zahlen sind aber die niedrigsten innerhalb des ET-Gebietes).

„Die neueste Flüchtlingskrise zeigt, dass die Menschen in Deutschland bereit sind, anderen zu helfen. Vielleicht ist das auch ein positives Zeichen für die Organspende-Bereitschaft der Bevölkerung“, deutet Dr. Neuberger an.

Sicherlich können wir alle als transplantierte Patienten samt Familien positiv dazu beitragen.

Wir waren dabei. Deutscher Evangelischer Kirchentag 2015 in Stuttgart ... damit wir klug werden (Psalm 90, 12)



Regina Henkel

Die Losung des Evangelischen Kirchentages 2015 wurde von Landesbischof Frank Otfried July zum Innehalten interpretiert. „Sie fordert uns auf, in unserem Leben, in den Routinen, im täglichen Hamsterrad und auf der Überholspur einen Gang – oder mehrere – zurückzuschalten. Uns und unser Leben zu befragen. Letztes und Vorletztes zu unterscheiden und deshalb auch vom Ende her, also im besten Sinne nachhaltig zu denken. Das ist ein großes Geschenk dieser Losung.“

Alle Transplantierten haben die Nachhaltigkeit als Organempfänger erfahren und sind dankbar für das „Zweite Leben“. Deshalb standen wir vom 4.–6. Juni 2015 mit unserem Stand im Zelt des Marktes der Möglichkeiten des Evangelischen Kirchentages und informierten die Besucher über die Organspende und Transplantation.

Damit wir alle „fit“ werden für die Gespräche mit den Kirchentagsbesuchern, hatte uns die Deutsche Stiftung Organtransplantation schon im Vorfeld nach Stuttgart zu einer Schulung eingeladen.

Wir „Nordlichter“ Christine Mohr, Peter Mohr und Regina Henkel, hatten von der guten Vorbereitung und Motivation der Mitglieder aus Baden-Württemberg durch Heinz Suhling profitiert. Der Stand war immer gut besetzt.



v.l.: Heinz Suhling, Regina Henkel, Martin und Regina Kittel, Christine und Peter Mohr.

Viele junge Leute besuchten unseren Stand, auch wenn sie schon Ausweise hatten. Die Unterrichtseinheiten in den Schulen nach Thema Organspende wirken. Es interessierten sich aber Besucher aller Altersgruppen für unsere Informationen, das Material und die Organspendeausweise.

Interessante Gespräche und die Ausgabe vieler Organspendeausweise kennzeichneten unsere ehrenamtliche Arbeit in Stuttgart. Auch die neuen Mitstreiter, die bisher keine Standerfahrung hatten, fanden schnell die richtigen Worte und vertraten sich selbst als Lebertransplantierte mit ihren spezifischen Erfahrungen. Leider waren wir diesmal nicht bei den Podiumsdiskussionen berücksichtigt worden. In Berlin 2017 sind wir hoffentlich wieder dabei.

Beindruckend war für mich die unglaubliche Fülle von Organisationen und Selbsthilfeaktivitäten zu sehr verschiedenen Themen, und alle sind überwiegend ehrenamtlich tätig!

Die Themen Migration, Einwanderung, Flüchtlingströme und illegal in Deutschland zu leben waren sehr gut vertreten. Die Probleme wurden mit einfachsten Mitteln den Besuchern nahegebracht. Wir Transplantierte oder Wartelistenpatienten leben in einem Land mit einem guten Sozialsystem. Wie bedürftig sind da die Flüchtlinge, die z.T. unter unsagbaren Umständen leben auf der ganzen Welt.

Mein Dank richtet sich an alle, die dazu beigetragen haben, dass wieder viele Fragen beantwortet und Organspendeausweise mit Infomaterial weitergegeben werden konnten. Auch wurden wir dort als betroffene Lebertransplantierte wahrgenommen und wir machten deutlich, dass in jeder Familie ein solches Schicksal als Spender oder Empfänger jederzeit möglich ist. Auch das Infomaterial für die Schulen wird sicherlich dazu beitragen, dass die jüngere Generation selbstverständlich einen Ausweis bei sich trägt. Die strengen Gesetze für die Wartelisten und die Strafbarkeit bei Manipulationen werden zu mehr Transparenz und Gerechtigkeit führen und das Vertrauen in die Transplantationsmedizin wieder festigen.

Foto: UK Essen

Juni-Aktionen des Essener Bündnisses Organspende

Moni Kühlen

Auch in diesem Jahr bat uns Herr Dr. Becker, Transplantationsbeauftragter am Klinikum Essen, mit ihm und anderen Gruppen an den Juni-Aktionen des Essener Bündnisses Organspende teilzunehmen. Gerne sagte ich zu und fand auch schnell Mitglieder, die mit an den Infotischen auf das Thema Organspende aufmerksam machen wollten.

Wir waren im Klinikum, im Philippusstift, Vincenz-Krankenhaus und im Marienhospital und in den Kliniken Essen-Mitte, Abt. Huyssensstiftung, um die Besucher und Mitarbeiter zu ermutigen, Organspendeausweise auszufüllen oder sie dazu anzuregen, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Im Klinikum standen wir mit unserem Infotisch vor der Mensa und uns konnte kaum ein/e Mitarbeiter/in „entkommen“. Zusätzlich baten wir die Personen, eine kleine Umfrage zur Organspende auszufüllen. Wenn jemand einen Organspen-



deausweis ausfüllte, boten wir an, den zu laminieren. Dies wurde gerne angenommen. Allerdings gaben auch viele Angestellte die Rückmeldung, dass sie schon Ausweise bei sich trügen.

Im Philippusstift und Vincenz-Krankenhaus standen wir direkt vor den Cafeterien. Dort kamen leider recht wenige Personen hin, die auch eilig essen wollten. So war die Resonanz nicht ganz so gut. Unser Mitglied P. Kohlen sah aber, dass ganz nah am Nebenausgang eine

Raucherecke war und sich dort viele Angestellte aufhielten. Er schnappte sich sofort das Material und sprach dort die Mitarbeiter an. Mit gutem Erfolg, sie hatten Zeit und es kamen gute Gespräche zustande.

Ich freute mich besonders, dass aufgrund meiner Pressemitteilung eine Le-

berkranke kam und sich über Lebertransplantation informierte. Sie möchte auch zu unserem Kontaktgruppen-Treffen kommen.

Dann waren wir noch im Eingangsbereich des Marienhospitals. Wie in den meisten Krankenhäusern hatten schon viele Mitarbeiter Organspendeausweise, was uns nicht entmutigte, weiterhin die Personen anzusprechen. Auch hier konnten wir einigen Organspendematerial aushängen.

Foto: Marienhospital

Unterstützt wurden wir bei allen Info-tischen auch von J. Vollbach (WSZE) und von Herrn Dr. Becker. Auch sprachen einige Transplantationsbeauftragte der Kliniken von sich aus Mitarbeiter an, was wir sehr begrüßten.

Ich sprach mit Frau Glöckner darüber, ob wir im nächsten Jahr nicht auch in den anderen Kliniken im Eingansbereich stehen könnten, um mehr Interessierte zu erreichen. Sie hatte nichts dagegen.

Bei allem Ernst der Aktionen kam auch

der Spaß nicht zu kurz und wir fanden einige Situationen, über die wir herzlich lachen konnten.

Gerne würden wir auch im nächsten Jahr Herrn Dr. Becker bei weiteren Aktionen unterstützen.

Ich will's wissen

Neue Medien für Schulveranstaltungen in Baden-Württemberg

Jutta Riemer

Das Aktionsbündnis Organspende Baden-Württemberg geht auf eine Initiative der Patientenverbände zurück und ist ein Zusammenschluss von Organisationen, die sich für die Verbesserung des Informationsstandes über Organspende einsetzen. Mitglieder sind z.B. Patientenorganisationen, die DSO Baden-Württemberg, Krankenkassen, die Landesärztekammern, Universitätskliniken, der Marburger Bund, der Hartmannbund, die Rentenanstalt und weitere. Mit seiner Gründung im Jahr 2006 ist es angebunden an das Gesundheitsforum des Ministeriums für Arbeit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg. Von dort aus wird es auch geleitet.

Die ehrenamtliche Arbeit wird in drei Arbeitskreisen geleistet:

- Der **Arbeitskreis Öffentlichkeitsarbeit** (Leitung Dr. med. Peter Petersen, Leitender Transplantationsbeauftragter am Uniklinikum Tübingen)
- Der **Arbeitskreis Fortbildung** (Leitung PD Dr. med. Christina Schleicher, geschäftsführende Ärztin der DSO Baden-Württemberg)
- Der **Arbeitskreis Aufklärung in Schulen** (Leitung Jutta Riemer, Vorsitzende Lebertransplantierte Deutschland e.V.)

13 Aktionen in Schulen hat der Arbeitskreis Schule 2015 bis Oktober 2015 durchgeführt. Hier waren als Referenten bei drei Terminen Dr. Petersen als Transplantationsbeauftragter aus Tübingen tätig

und bei 10 dieser Aktionen Aktive unseres Verbandes: Christine Held, Peter Hellriegel, Jutta Riemer, Alfred Schmidt und Josef Theiss informierten durch Vorträge sachgerecht über das Thema Organspende, ergänzt durch die persönlichen Geschichten der eigenen Betroffenheit.

In seiner Planungssitzung im März hatte der AK Schule beschlossen, dass drei neue RollUps zum Einsatz bei Schulaktionen erstellt werden sollen. Josef Theiss und Jutta Riemer haben diese konzipiert. Sie stehen in Baden-Württemberg nun allen zur Verfügung, die eine Aktivität in einer Schule planen (Abb.1).



Abb. 1

So sind wir jetzt nicht nur in der Klasse präsent, in der wir vortragen oder berichten, sondern regen auch zum Nachdenken und zur Diskussion vor der Zimmertür oder im Foyer der Schule an.

Weiterhin gibt es Handzettel/Flyer (Abb. 2), die Lehrer, die eine Unterrichtseinheit mit dem Thema Organspende planen, auf die Unterstützungsmöglichkeiten durch den AK Schule hinweisen.

Im Nachgang zur Plenumsitzung des Aktionsbündnisses am 7.10.2015 bat der Hartmannbund um einen kurzen allgemeinen Text und einen Hinweis auf diese neuen Medien für seinen Newsletter. So haben wir hier schon eine Multiplikation in der Ärzteschaft erreicht. Dort gibt es vielleicht auch Eltern, Ehepartner, die Lehrer sind.

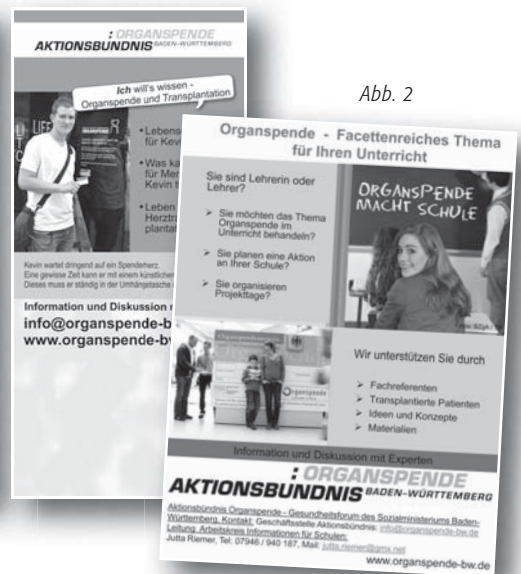


Abb. 2

Lebertransplantierte Deutschland e.V. sagt Danke!

Die Erstellung der vorliegenden Ausgabe der Zeitschrift „Lebenslinien“ wurde wesentlich gefördert von der Techniker Krankenkasse.

Techniker
Krankenkasse

Einladung zum Curriculum „Organspende“ der DSO-Region Bayern

Peter Schlauderer

Nach Feldkirchen bei München wurde am 10. und 11. Juni 2015 zum Curriculum „Organspende“ von der Bayerischen Ärztekammer und der DSO geladen. Transplantationsbeauftragte aus verschiedenen Krankenhäusern nahmen an dem 2-Tages-Seminar teil.

Die 27 teilnehmenden Ärzte hatten ein 16-Stunden-Programm zu bewältigen, in dem es unter anderem um die aktuelle Situation der Organspende und um den Hirntod und die Hirntoddiagnostik ging, aber auch ethische Aspekte der Organspende wurden angesprochen. Ebenso waren die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Organspende und die Rolle der Transplantationsbeauftragten wichtige Themen in diesem Seminar.

Gegen Ende des zweiten Tages waren fünf betroffene Eltern von Organspendern und zwei transplantierte Personen eingeladen, um über ihre Erlebnisse zu berichten. Die Eltern der Organspender erzählten sehr berührend über die Schicksale, die ihre Kinder ereilten und gingen dann auf die darauf folgende Frage der Organspende ein. Wann der richtige Zeitpunkt für die schwierige Frage der Organ-



Foto: Peter Schlauderer

spende nach dem festgestellten Hirntod sei, könne man nicht pauschal beantworten. Diese Entscheidung müsse immer der jeweiligen Situation angepasst werden.

Generell sind die Transplantationsbeauftragten gesetzlich dazu verpflichtet, die Frage der Organspende nach dem Hirntod zu stellen. Den besten Zeitpunkt für dieses Gespräch sollten sie mit den Angehörigen in dieser verzweifelten Situation erahnen. Gerade deshalb sind Seminare wie dieses, in denen Angehörige von Organspendern und die Ärzte, die in den Kliniken damit beauftragt sind, das Thema Organspende anzusprechen, sehr wichtig und wertvoll.

Die Situation wird bei jeder Frage der Organspende eine andere sein, aber Angehörige, die aus eigenen Erfahrungen berichten, sind mit keinen theoretischen

Vorträgen aufzuwiegen. Zwei Organtransplantierte konnten, nach den schweren Schicksalen ihrer Vorredner, nicht mehr ganz so euphorisch über ihr geschenktes Leben nach ihrer lebensrettenden Transplantation berichten. Alle Anwesenden stimmten darin überein, dass es sehr bewundernswert sei, wie sich diese Angehörigen der Organspender für das Thema Organspende einsetzen und deshalb einen unschätzbaren Wert für die Wartepatienten und die transplantierten Patienten darstellen.

Ein teilnehmender Arzt, der seit 25 Jahren in einer Kinderpädiatrie arbeitet, sagte: „Diese 45 Minuten waren die eindrucksvollsten in den vergangenen zwei Tagen.“ Herr Dr. Breidenbach (DSO) stimmte ihm zu und meinte, dass dies das passende Schlusswort gewesen sei. Er verabschiedete die Angehörigen und Transplantierten mit einem herzlichen Dankeschön.

Der Verband „Lebertransplantierte Deutschland e.V.“ war durch Brigitte Herzog (Ansprechpartnerin für Angehörige von Organspendern) und Peter Schlauderer (Ansprechpartner für Regensburg und Oberpfalz/Oberfranken) vertreten.

Ethik – Zweifelhafte Wege zur Organspende

Ulrich R. W. Thumm

In fast allen Ländern ist Organhandel verboten; in Deutschland im § 17 TPG, mit Strafandrohung im § 18 TPG. Außerdem gibt es die Erklärung von Istanbul, die Organhandel und Transplantationstourismus als unethisches Verhalten brandmarkt und Signatarstaaten anhält, derartige Transaktionen zu unterbinden. Dennoch reisen verzweifelte Patienten weltweit, um angesichts des akuten Mangels an Spenderorganen ein lebensrettendes Organ gegen Entgelt zu ergattern. In einigen Zielländern, wie Indien, Pakistan, China und wahrscheinlich noch weiteren Ländern, gibt es einen grauen Markt mit gut verdienenden Mittelsmännern und Chirurgen sowie bitterarmen Organspendern (meist für Nieren). Möglicherweise geschehen Organspende und -transplantation sogar mit Wissen (oder zumindest starker Vermutung) eines Arztes im Herkunftsland des Organempfängers. Dazu wurde eine Studie in

den Niederlanden durchgeführt mit der Zielsetzung, das internationale Netzwerk durch Meldungen seitens der „Transplantationsgemeinschaft“ zu durchbrechen.¹ Während beim Organhandel/Transplantationstourismus Organspende und -transplantation im Ausland erfolgen, gibt es im Inland (Herkunftsland des Organempfängers) mehrfache Kontaktpunkte, an denen illegales Handeln (geplant und dann tatsächlich durchgeführt) vermutet bzw. explizit in Erfahrung gebracht werden kann. Am deutlichsten ist dies bei der Nachsorge für den zurückgekehrten Tx-Touristen. In der holländischen Studie haben die Befragten (Ärzte, Pfleger) mehrheitlich ausgesagt, dass sie in entsprechenden Fällen zwar starke Vermutungen hegten, aufgrund ihrer Schweigepflicht aber die Polizei nicht einschalten würden. Die Autoren der Studie plädieren dafür, dass in solchen Fällen mit eindeutiger Verletzung eines gesetzlichen Verbots die Schweigepflicht aufgegeben werden solle; dies insbesondere zur Zerschlagung der Vermittlernetze

und zum Schutz der Opfer (Organspender). Im Fall von China muss man trotz der Erklärung von Guangzhou weiterhin davon ausgehen, dass es sich bei den Organspendern häufig um Hingerichtete handelt. Es ist ferner zu vermuten, dass auch in China forschende, europäische Pharmafirmen die Augen verschließen vor dem unethischen Verhalten der staatlichen Instanzen in China.² Die Behörden breiten bewusst einen Grauschleier aus über den Vorgang der Organspende. Es wird in einschlägigen Verlautbarungen gesagt, dass Organspende nach Hinrichtung nur mit ausdrücklicher vorheriger Einwilligung der Delinquenten erfolge.

¹ F. Ambagsheer et al.: *Reporting Organ Trafficking Networks: A Survey-Based Plea to Breach the Secrecy Oath*, *American Journal of Transplantation*, Vol. 15, No. 7: 1759-1767 (July 2015).

² Martina Keller: *Woher kommen Chinas Nieren?* *Die Zeit*, No. 44, 29. Oktober 2015.

Pressespiegel

Ermittlungen gegen die Bundesärztekammer-Richtlinien zur Organtransplantation für Alkohol Kranke eingestellt

Der Anwalt, der den ehemaligen Leiter der Göttinger Transplantationschirurgie vor Gericht vertreten hat, hatte eine Strafanzeige gegen die Bundesärztekammer (BÄK) damit begründet, dass die BÄK-Richtlinien für alkohol Kranke Patienten den Tod bedeuten könnten. Aber die Staatsanwaltschaft Berlin hat ihr eingeleitetes Ermittlungsverfahren Ende August eingestellt.

Die BÄK-Richtlinien schreiben vor, dass Alkohol Kranke vor ihrer Lebertransplantation mindestens sechs Monate lang trocken sein müssen. Nur dann dürfen sie eine Spenderleber erhalten. Der Anwalt meinte, das könnte das Todesurteil bedeuten.

Der Vorsitzende der Ständigen Kommission Organtransplantation (StäKO) der BÄK, Professor Hans Lilie, hat das sofort zurückgewiesen. „Wir machen die Richtlinien nicht, um Menschen zu töten“, sagte er vehement. Die Karenzzeit-Regelung wurde getroffen, weil sich eine alkoholische Leberzirrhose durch Abstinenz zurückbilden könne. Dadurch könnten Patienten selbst etwas tun, um die Schwere ihrer Krankheit zu reduzieren.

Die Berliner Staatsanwaltschaft sah keine Anhaltspunkte dafür, wegen der Richtlinien strafrechtlich gegen die BÄK vorzugehen. Es gab keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür, dass es durch die jetzigen Wartelistenkriterien für Lebertransplantationen zum Tod von alkoholkranken Patienten gekommen sei.

Quelle: Ärzte-Zeitung, 24.8.2015

Baby stirbt, aber seine Nieren retteten ein Leben

Die kleine Minnie Duggleby, geboren mit einem schweren Herzdefekt und Atemwegsproblemen, starb nur 23 Tage nach ihrer Geburt. Die Ärzte hatten den Eltern, Ami und Liam Duggleby aus Yorkshire, erklärt, dass die Überlebenschancen ihrer Tochter gering seien. Um ihrer Tochter Leid zu ersparen, entschieden sie, sie friedlich (ohne mehrere Operationen am offenen Herzen) sterben zu lassen. Und sie spendeten Minnies Organe.

„Wir wollten dafür sorgen, dass Minnie neben unserem auch noch das Leben eines anderen Menschen berührt“, sagte die Mutter. „Minnie hatte nicht die Chance, erwachsen zu werden, aber wir wollten unbedingt, dass sie die Chance hatte, Leben zu verändern“, sagte Ami Duggleby zur „Daily Mail“.

Minnies Nieren wurden einem jungen Erwachsenen transplantiert, und danach hat die Familie des Empfängers einen Dankesbrief geschrieben. Wenn die Eltern von ihrer kleinen Tochter sprechen, sagen sie, dass sie stolz sind, dass Minnie einer anderen Person helfen konnte zu leben, berichtete die „BBC“.

In Großbritannien sollen ca. 7.000 Menschen auf eine Organtransplantation warten, und jeden Tag sterben drei Patienten auf die Warteliste.

Quelle: Focus, 11.7.2015

USA: Keine HCV-Behandlung für einkommensschwache Menschen?

Weil eine HCV-Behandlung mit den neuen Medikamenten Harvoni® und Viekira ca. 100.000 Dollar pro Patient kosten kann, haben manche US-Bundesstaaten versucht, diese Kosten einzuschränken.

Danach hat die Bundesregierung alle Medicaid-Direktoren (US-Gesundheitsdienst für Bedürftige) in den Bundesstaaten gemahnt, sie müssten alle gesetzlichen Verpflichtungen einhalten, auch für diese neuen Medikamente. Manche Staaten verlangen, dass nur Patienten mit fortgeschrittener Lebererkrankung (Zirrhose und/oder Leberkrebs) für die neue HCV-Behandlung in Frage kommen. Manche Ärzte haben diese Beschränkungen kritisiert, denn diese neuen Medikamente können HCV tatsächlich heilen.

Manche Bundesstaaten haben ihre Anforderungen, HCV-Patienten müssen auf Drogen und Alkohol verzichten, strikt durchgesetzt, sonst werden sie nicht behandelt. Das haben manche Gesundheitsbehörden auch kritisch gesehen.

Entscheiden Sie sich zum Thema
Organspende und sprechen
Sie mit Ihrer Familie darüber.

Organspendeausweis ausschneiden und ausgefüllt
bei den Personalpapieren tragen

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.



Organspende
schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende
unter der gebührenfreien Rufnummer 0800/90 40 400.

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.



Organspende
schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende
unter der gebührenfreien Rufnummer 0800/90 40 400.

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.



Organspende
schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende
unter der gebührenfreien Rufnummer 0800/90 40 400.

Infotelefon

Organspende

0800/90 40 400

Montag bis Freitag · 9 bis 18 Uhr · Gebührenfrei



Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung



DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung DSO

Entscheiden Sie sich zum Thema Organspende und sprechen Sie mit Ihrer Familie darüber.

**Organspendeausweis ausschneiden und ausgefüllt
bei den Personalpapieren tragen**

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

- ☐ JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.
- oder ☐ JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:
-
- oder ☐ JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:
-
- oder ☐ NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.
- oder ☐ Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname

Telefon

Straße

PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum

Unterschrift

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

- ☐ JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.
- oder ☐ JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:
-
- oder ☐ JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:
-
- oder ☐ NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.
- oder ☐ Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname

Telefon

Straße

PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum

Unterschrift

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

- ☐ JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.
- oder ☐ JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:
-
- oder ☐ JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:
-
- oder ☐ NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.
- oder ☐ Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname

Telefon

Straße

PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum

Unterschrift

Infotelefon
Organspende
0800/90 40 400
Montag bis Freitag · 9 bis 18 Uhr · Gebührenfrei

Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung

DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung

DSO

Fortsetzung von Seite 41

Die Bundesbehörden (Centers for Medicare and Medicaid Services) haben auch mehrere Pharmahersteller angeschrieben, um zu fragen, was diese tun, um ihre Medikamente zu einem erschwinglicheren Preis herzustellen. Umfragen haben gezeigt, dass die Arzneimittelkosten zurzeit das wichtigste gesundheitspolitische Thema sind.

Ca. drei Millionen Menschen sind in den USA mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert, es tötet mehr als das HI-Virus. Diese Leberkrankheit zerstört letztendlich die Leber völlig, so dass am Ende nur eine Lebertransplantation hilft. Deshalb wollen die Ärzte diese neuen Medikamente einsetzen, auch weil sie keine ernsthaften Nebenwirkungen haben. Aber die Kosten sind offenkundig immer noch zu hoch für manche Bundesstaaten.

Quelle: The Associated Press, 5.11.2015, in The New York Times International



366 Tage Leben

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat für das Jahr 2016 einen in dieser Art neuartigen Tischkalender produziert. „366 Tage Leben“ stellen mehr als 365 Menschen dar, die mit dem Thema befasst sind. Entweder sind es z. B. Ärzte, transplantierte Patienten, solche auf der Warteliste, Menschen, die sich für einen Organspendeausweis entschieden haben oder auch Angehörige von Organempfängern oder Organspendern. Mit ihren Porträts und Zitaten zeigen sie ihre ganz persönliche Einstellung zur Organspende. Auch aus unserem Verband sind einige Mitglieder dem Aufruf der BZgA zur Teilnahme gefolgt und können sich nun im Kalender wiederfinden.

Die Zusammenstellung der verschiedenen Statements soll über das ganze Jahr hinweg verdeutlichen, dass Organspende jeden Bürger angeht und zu einer Entscheidungsfindung motivieren.

Der Kalender kann **kostenfrei** über die Seite der BZgA (www.bzga.de/info) oder über das Infotelefon (0800 90 40 400) bestellt werden. Es ist ein Versuch wert, ob auch zu Beginn des Jahres 2016 oder im Laufe des Jahres noch Exemplare vorhanden sind.



Flashmob zum Tag der Organspende in Regensburg

Am 6.6.2015, dem Tag der Organspende, stiegen 200 Herzensentscheidungen gen blauen Himmel.

Simone Maier / Peter Schlauderer

Die Idee, am Haidplatz in Regensburg ein Zeichen pro Organspende zu setzen, hatte Brigitte Herzog (Ansprechpartnerin für Angehörige von Organspendern) vom Team Regensburg. Im Team war schnell entschieden, dass bei der Aktion Luftballons unbedingt eine Rolle spielen sollten. Die Luftballons sollten grün sein als Zeichen der Hoffnung, einen Organspendeausweis angehängt bekommen und die Aufschrift „Herzensentscheidung“ tragen. Herzensentscheidung sollte für verschiedene Entscheidungen stehen, die mit der Organspende verbunden sind. Etwa wie die Entscheidung, sich für einen Pflegeberuf oder sich zu ei-

ner Organspende nach dem eigenen Tod zu entscheiden, auch in jungen Jahren. So wie Marlene, die Tochter von Brigitte Herzog, die sich ebenfalls sehr jung für die Organspende entschied und tragischerweise kurz darauf zur Organspenderin wurde.

Am Tag der Organspende zog das Regensburger Team mit Bollerwagen und 200 Luftballons gespannt, aber optimistisch in Richtung Innenstadt zum Haidplatz. Nach und nach kamen weitere Transplantierte, Familienangehörige und Freunde, um die Aktion zu unterstützen. Auch Passanten beteiligten sich und wurden eingeladen, ebenfalls einen Ballon steigen zu lassen. Die Ballons wurden mit Grüßen von Betroffenen beschriftet. Viele hatten auch telefonisch darum gebeten,

für sie einen Ballon steigen zu lassen.

Um 16 Uhr stiegen dann nicht nur 200 Ballons in den strahlend blauen Himmel, sondern auch symbolisch der große Dank an die vielen Organspender, denen viele heute ihr Leben verdanken.

Die neu gegründete „Regensburger Selbsthilfegruppe für Familien und Freunde von Kindern vor und nach Organtransplantation“ unterstützte diesen Flashmob. Die Kinder ließen die Luftballons mit großer Begeisterung zum Himmel steigen.

So wurde Brigitte Herzogs Idee zu einer gelungenen Aktion. Das Regensburger Team gönnte sich noch einen gemütlichen Aufenthalt in einem nahe gelegenen Biergarten, um den spannenden und erfolgreichen Tag ausklingen zu lassen.



Fotos: Verena Scharf/Matthias Dettnerhofer

Verleihung des Bayerischen Organspendepreises 2015

Das DONAU-ISAR-Klinikum Deggendorf, die Klinik Immenstadt und das Klinikum Fichtelgebirge Marktredwitz erhalten in diesem Jahr den **Bayerischen Organspendepreis**. In Vertretung der Bayerischen Gesundheitsministerin Melanie Huml überreichte die **Bayerische Sozialministerin** Emilia Müller in München die Auszeichnungen gemeinsam mit dem **Geschäftsführenden Arzt der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO)**, Dr. med. Dipl.-Biol. Thomas Breidenbach.

Müller betonte bei der 15. Jahrestagung der bayerischen Transplantationsbeauftragten im Landtag die Verantwortung aller Akteure im Gesundheitswesen für die Patienten und Patientinnen, die dringend auf ein neues Organ warten.

Die Ministerin führte aus: „Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der heute ausgezeichneten Krankenhäuser haben sich in besonderer Weise um die Organspende verdient gemacht. Ihr Engagement trägt dazu bei, das Vertrauen in die Organspen-

de zu stärken und die Organspendebereitschaft weiter zu steigern.“

Im Jahr 2014 gab es in Bayern 120 Organspender. Das stellte nur eine geringfügige Veränderung gegenüber 2013 mit 118 Organspendern dar. Betrachtet man die ersten sechs Monate dieses Jahres konnte mit 81 Organspendern jedoch eine deutliche Steigerung gegenüber demselben Vorjahreszeitraum (62) verzeichnet werden.

Kriterien für die Vergabe des Bayerischen Organspendepreises durch die DSO sind u. a. die Unterstützung der Transplantationsbeauftragten durch die Klinikleitungen, die Fortbildung des Klinikpersonals sowie die Erarbeitung von Leitlinien und Verfahrensschritten für den Fall einer Organspende.

Dr. Breidenbach erklärte: „Wir danken den Mitarbeitern in den heute ausgezeichneten Krankenhäusern für die gute Zusammenarbeit.“ Er erläuterte: „In allen Kliniken sind die Transplantationsbeauftragten die

wichtigsten Ansprechpartner für die DSO. Sie etablieren professionelle Organisationsabläufe in den Kliniken. Zu ihren Aufgaben gehören die Erkennung möglicher Spender, die Kontaktaufnahme mit der Koordinierungsstelle, die Betreuung der Angehörigen und die Information der Kollegen.“

Der **Medizinische Vorstand der DSO**, Dr. med. Axel Rahmel, sagte: „Unsere Arbeit kann nur gelingen, wenn wir eng mit den Krankenhäusern zusammenarbeiten. Dort setzen sich zusammen mit den Transplantationsbeauftragten viele Pflegenden und Ärzte mit großem persönlichen Engagement für die Organspende ein.“ Er ergänzte: „Wir werden diese Kooperation mit den Kliniken weiter stärken, unsere Unterstützungsangebote intensivieren und den individuellen Bedürfnissen anpassen. Die neuen Verfahrensanweisungen bilden dafür eine wichtige Grundlage.“

Quelle: DSO-Pressemitteilung, 29. Juli 2015



Der Schlaganfall

Dr. Winfried Diehl

Der Begriff Schlaganfall, synonym auch als Gehirnschlag, Hirnschlag, Apoplexie, zerebraler Insult oder apoplektischer Insult bezeichnet, ist eine plötzlich auftretende Störung des Gehirns, die oft zu einem bleibenden motorischen, sensiblen oder kognitiven Funktionsausfall führt. In den überwiegenden Fällen (ca. 90%) wird der von einer kritischen Störung der Blutversorgung des Gehirns verursacht, die meist zu einem irreversiblen Hirngewebeverlust, gelegentlich auch nur zum Funktionsverlust (hibernating tissue) führt. Risikofaktoren für das Auftreten eines Schlaganfalls sind zum einen die bekannten, zur Arteriosklerose führenden Erkrankungen wie z.B. arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Niereninsuffizienz, Fettstoffwechselstörungen und das metabolische Syndrom, zum anderen angeborene bzw. erworbene Erkrankungen des Herzens (z.B. das offene Foramen ovale, angeborene oder erworbene Herzklappenerkrankungen inkl. Klap-penentzündungen und Aneurysmen des Herzens bzw. der Hirnarterien oder Körperschlagaderabschnitte vor Abgang der Kopfgefäße. Selten können auch venöse, intrakranielle Verschlüsse (Thrombosen) Schlaganfallsymptome hervorrufen. Der durch die Minderdurchblutung nachfolgende plötzliche Mangel an Sauerstoff und essenziellen Substraten bedingt die neurologischen Symptome. Verursacht wird der apoplektische Insult in 90% durch eine kritische Gefäßverengung oder Gefäßverschluss (ischämischer Schlaganfall). Die restlichen Ereignisse resultieren von Hirnblutungen (hämorrhagischer Infarkt), die sekundär aufgrund ihrer raumfordernden Wirkung zu einer fehlenden Durchblutung in nachgeordneten Regionen und somit ebenfalls zu einer Ischämie führen. Bei primär ischämischen Infarkten kann es im Verlauf zu sekundären Einblutungen kommen.

Transplantierte Personen haben aufgrund der Nebenwirkungen der fürs Transplantatüberleben lebensnotwendigen Immunsuppressiva ein etwas höheres Risiko. Ein Teil der Nebenwirkungen erhöht das Risiko für Bluthochdruck und Diabetes mellitus und die Immunsuppression bedingt eine gewünschte Abwehrschwäche, die das Infektrisiko allgemein und insbesondere bei Eingriffen erhöht.

Entscheidend für die weitere Behandlung ist das Zeitfenster seit Beginn der neurologischen Symptome und die Unterscheidung zwischen ischämischem

bzw. hämorrhagischem Infarkt, wobei die Einblutung in einen ischämischen Infarkt wie ein hämorrhagischer Infarkt behandelt wird. Die Diagnose des blutungsbedingten oder ischämischen Schlaganfalls wird klinisch durch einen Arzt, vorzugsweise einen Neurologen oder einen Internisten gestellt. Bei vorliegendem Verdacht auf einen Apoplex sollte eine Blutung umgehend durch bildgebende Verfahren wie die Computertomografie (CT) oder alternativ die Magnetresonanztomografie (MRT) ausgeschlossen werden.

Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall sollten unverzüglich ärztlich untersucht werden. Die sogenannte „Time-to-needle“-Zeitspanne, innerhalb derer eine etwaige Lyse-Behandlung (medikamentöse Auflösung eines verursachenden Blutgerinnsels) begonnen sein muss, liegt bei 4,5 Stunden nach dem Symptombeginn.

Symptome, die auf einen Schlaganfall hinweisen, sind vorübergehende Seh- und Sprachstörungen, bleibende oder vorübergehende Lähmungen oder Schwäche im Gesicht, in einem Arm, Bein oder einer ganzen Körperhälfte, fehlende Wahrnehmung eines Teils der Umwelt oder des eigenen Körpers (Neglect), Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Gangstörung, Gleichgewichts- oder Koordinationsstörung (Ataxie), Taubheitsgefühl, Verwirrung, Sprach-, Schrift- oder Verständnisstörung, Wortfindungsstörungen, Taubheitsgefühl, stärkster Kopfschmerz ohne erkennbare Ursache bei evtl. entgleistem Blutdruck, Schluckstörungen (Dysphagie), Orientierungsstörungen.

Nach dem unverzüglichen Absetzen des Notrufs sollte der Patient beobachtet und mit erhöhtem Oberkörper gelagert werden. Folgendes sollte beachtet werden: keine körperliche Belastung, nichts trinken, nichts essen, da eine Aspirationsgefahr besteht, weil das Gehirn evtl. den Schluckvorgang nicht mehr richtig steuern kann und so die Gefahr des Verschluckens besteht. Wichtig sind der Notfalltransport mit Rettungswagen, wenn möglich mit Notarzt, in eine Stroke Unit zur genauen Diagnostik und Therapie von möglichen Komplikationen. Dort beginnt nach klinischer Untersuchung und je nach Ergebnis der bildgebenden Untersuchung unter Berücksichtigung des Zeitfensters die unverzügliche Behandlung. Bei Eintreffen innerhalb des Zeitfensters und nach Vorliegen der Bildgebung erfolgt die Therapie, entweder mit einem Lyseversuch oder unter Optimierung der konservativen Behandlung inklusive Vorerkrankungen.

GLOSSAR

Aneurysma: krankhafte, minderbelastbare Herz- oder Gefäßwandaussackung

Antikoagulation: Blutgerinnungshemmer

arterielle Hypertonie: Bluthochdruck

Arteriosklerose: Gefäßverkalkung

Aspiration: Eindringen von Material in die Atemwege

Computertomografie: bildgebendes Röntgenverfahren

Foramen ovale: nach der Geburt normalerweise selbst verschließendes Loch der Vorhofscheidewand

hibernating tissue: überwinterndes bzw. schlafendes Gewebe

intrakraniell: im Kopf

Ischämie: Minder- bzw. Mangeldurchblutung

Logopädie: Sprachschulung

Lyse: medikamentöse Gerinnselauflösung

Magnetresonanztomografie (MRT): bildgebendes magnetisches Untersuchungsverfahren

Metabolisches Syndrom: Kombination aus zu viel Bauchfett, Bluthochdruck, erhöhte Blutzucker- und Blutfettwerte

Rezidiv: erneutes Auftreten einer durchgemachten Erkrankung

Stroke Unit: Spezialabteilung für Schlaganfall-Behandlung

Bereits in der Klinik, idealerweise postakut, beginnt in spezialisierten Behandlungszentren, sogenannten Stroke Units, die Rehabilitation. Im Zentrum der neurologischen Rehabilitation stehen vor allem Maßnahmen, welche die Körperwahrnehmung des Betroffenen fördern und im besten Falle zur vollständigen Kompensation verlorener Fähigkeiten führen. So werden beispielsweise Gangmuster zur Wiederherstellung der Gehfähigkeit mit Physiotherapeuten eingeübt. Ergotherapeuten arbeiten gezielt mit den Patienten zur (teilweisen) Wiederherstellung der sensomotorischen Fähigkeiten. Die Anwendung einer gezielten Logopädie, falls notwendig, bereits in der Frühphase und über einen langen Zeitraum ist häufig erforderlich. Ebenso ist eine medikamentöse Rezidivprophylaxe mit Medikamenten sinnvoll. Je nach Ursache werden Thrombozyten-Aggregationshemmer oder Antikoagulantien – bevorzugt in oraler Form – eingesetzt.

Nicht nur im Sommer – An den Sonnenschutz denken!

Jutta Riemer

Wer freut sich nicht auf die ersten Frühlingssonnenstrahlen oder mitten im Winter auf die Urlaubssonne im fernen Reiseland. Wie so vieles hat auch die Sonnenbestrahlung ihre zwei Seiten. Denn es ist inzwischen allen bekannt, dass erhöhte UV-Einwirkung krebserregend wirken kann. Menschen, die im Freien arbeiten (über 2,5 Mio. in Deutschland!), sind dadurch einer mehrfach höheren Belastung durch UV-Strahlen ausgesetzt. Transplantierte, immunsupprimierte Menschen sind auch bei durchschnittlicher Sonnenexposition erhöht hautkrebsgefährdet. Immerhin müssen wir in Deutschland über 200.000 Neuerkrankungen an Hellem Hautkrebs verzeichnen. Aber wir wissen auch, wie wir uns schützen können.

Jedem sollte zudem auch bewusst sein, dass mit zunehmender Höhe die UV-Intensität zunimmt. Ein Höhenanstieg von 1.000 m bedeutet eine Zunahme von 15–20% UVB-Strahlung. Kommt dann noch der Rest-Schnee auf den Gipfeln hinzu, wird die Belastung durch UV-Strahlen immens, denn Schnee reflektiert bis zu 95% der Sonnenstrahlen. Ähnlich verhält es sich für Menschen, die am oder auf dem Wasser arbeiten oder sich in der Freizeit aufhalten. Die Reflexion der UV-Strahlen durch das Wasser ist bedeutend.

Die Haut vergisst nicht

Auch wenn die Rötungen wieder verschwinden, die Haut vergisst keinen Sonnenbrand. Je öfter ein Sonnenbrand auftritt, desto mehr steigt das Risiko, einen Hautkrebs zu entwickeln. Da Hautschäden oft erst nach jahrelanger Sonnenbestrahlung auftreten, können auch diejenigen betroffen sein, deren besonders sonnenexponierte Zeiten schon viele Jahre zurückliegen oder/und schon seit vielen Jahren transplantiert sind. Der Helle Hautkrebs ist unbekannter als der Schwarze Hautkrebs – mit mehr als 200.000 Neuerkrankungen jährlich aber weitaus verbreiteter. Heller Hautkrebs tritt vorwiegend an Hautstellen auf, die den Sonnenstrahlen (UV-Strahlen) direkt ausgesetzt sind, z. B. Gesicht, Nacken, Unterarme und Handrücken. Wird der Helle Hautkrebs frühzeitig erkannt, besteht eine gute Chance auf Heilung.

Prävention leichtgemacht: So kann man sich schützen

Umfassenden Schutz vor Hautschäden bietet das tägliche Eincremen mit einem UV-Schutz, der einen besonders hohen Lichtschutzfaktor (50+) mit fotostabilen UV-Filtern aufweist. Für Transplantierte sollte die tägliche Anwendung zur Körperpflege gehören. Das gilt auch in den Herbst- und Wintermonaten und bei bedecktem Wetter, denn auch wenn die Sonne nicht sichtbar ist, die UV-Strahlen

sind vorhanden. Der ohrenbedeckende, den Nacken und das Gesicht beschattende Hut sollte immer griffbereit und im Reisegepäck sein ebenso wie das langärmelige, leichte, eher dunkle Hemd oder Bluse an heißen Sommertagen.

Hätten Sie es gewusst?

- Je höher die Sonne am Himmel steht, desto höher ist der UV-Strahlungsanteil.
- In Europa ist die Belastung durch UV-Strahlen zwischen 11.00 bis 15.00 Uhr und generell, wenn die Sonne im Zenit steht, am höchsten.
- 30 bis 50 Prozent der UV-Strahlung sind auch im Schatten noch vorhanden.
- Achtung: Bei Sonnenbrillen gibt es Unterschiede hinsichtlich des UV-Schutzes.
- Ein weißes T-Shirt hat einen Lichtschutzfaktor von lediglich 3 bis 4. Je dunkler die Kleidung, desto stärker der Schutz vor UV-Strahlen.
- Tägliches Eincremen des ganzen Körpers mit medizinischem Sonnenschutz 50+; besonders Hände, Nacken und Gesicht beachten.
- Die Sonnenschutzlotion sollte eine Kombination aus fotostabilen UV-Filtern enthalten. Diese schützt hochwirksam sowohl vor UVA- als auch vor UVB-Strahlen.

Quelle: PM MW Office PR

Wie die Ernährung die Demenz beeinflusst

Demenz ist ursächlich nicht heilbar. Trotzdem gibt es Möglichkeiten, den Krankheitsverlauf hinauszuzögern – auch durch die Ernährung. Die Chancen, aber auch die Grenzen abgestimmter Ernährung und mögliche Wechselwirkungen erläutert PD Dr. Werner Hofmann, Chefarzt der Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation am Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster.

„Zusammenhänge zwischen Ernährung und Demenz sind sehr vielfältig“, sagt Dr. Hofmann. Dies scheinen Beobachtungen zu bekräftigen. So lässt sich bei der Hälfte der Demenzerkrankten im Rückblick feststellen, dass sie in den Jahren vor der Diagnose schleichend Gewicht verloren haben. „Es lässt sich durchaus sagen: Mangelernährung und Gewichtsverlust sind begleitende Faktoren bei der Entwicklung einer Demenz“, sagt er. Ob es eine Ursache

und eine daraus ableitbare Wirkung gibt, hat sich bislang aber nicht klären lassen: „Das ist wie mit der Henne und dem Ei – da ist noch Spekulation im Spiel.“

Doch lässt sich zumindest der Krankheitsverlauf durch Ernährung beeinflussen? Hier scheint es mehr Hoffnung zu geben. Dr. Hofmann, der bis 2012 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) war und sich intensiv mit der Ernährung alter Menschen beschäftigt, verweist auf zwei neue Studien. Deren Ergebnisse legen nahe, dass eine Kombination verschiedener Nahrungsstoffe – zum Beispiel Vitamine, Fette und Aminosäuren – die Einschränkungen bei einer Alzheimer-Erkrankung mildern kann.

Ernährung als Schalthebel

„Man kann aber leider nicht schlussfolgern, dass eine wiederaufgenommene, bessere

Ernährung das Fortschreiten einer Demenzerkrankung aufhält“, schränkt er ein. „Dafür ist die Datenlage noch zu begrenzt.“

Trotzdem ist die Ernährung ein Schalthebel, um das Gesamtfinden der Patienten wesentlich zu beeinflussen. So gelten exemplarisch diese drei Empfehlungen: mehr Proteine, um den Muskelabbau im Alter zu stoppen und die Sturzgefahr zu reduzieren. Mehr Kalorien, um den erhöhten Energieverbrauch durch Hyperaktivität auszugleichen. Und mehr individuell zubereitete Gerichte, auch Finger food, um Leiden wie Schluckprobleme mit entsprechender Kost aufzufangen.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, PM vom 5.10.2015

Sie fragen – Wir antworten

Mariele Höhn



Foto: privat

Ich bin lebertransplantiert und habe einen schrecklichen Juckreiz. Gibt es vielleicht ein Mittel dagegen? Besonders nachts ist es ganz schlimm und ich kann kaum schlafen.

Juckreiz (Pruritus) ist ein Symptom zahlreicher Leber- und Gallenwegserkrankungen, welches zum Teil sehr schwerwiegend und quälend für den Patienten sein kann. Charakteristika des cholestatischen Juckreizes sind die Zunahme in den frühen Abendstunden sowie die Lokalisation an den Handinnenflächen und Fußsohlen.

Juckreiz stellt häufig eine große Belastung für Patienten mit Lebererkrankungen dar und kann deren Lebensqualität drastisch reduzieren, was von Nicht-Betroffenen vielfach unterschätzt wird. Häufig wird ärztlicherseits das Symptom nicht erfragt, weshalb eine patientenseitige Mitteilung des Vorhandenseins und der Stärke bzw. der Auswirkungen des Juckens sehr wichtig sind. Quälender Juckreiz schränkt bei einigen Patienten die Aktivitäten im Lebensalltag deutlich ein und kann einen schweren Schlafentzug verursachen. Daraus können sich Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Depression und sogar Selbstmordgedanken entwickeln.

Bei weiblichen Patienten verschlimmert sich der Juckreiz typischerweise prämenstruell, durch Hormonersatztherapien und am Ende der Schwangerschaft. Kratzen der Haut lindert häufig nicht den cholestatischen Juckreiz. Im Gegensatz zum Juckreiz bei Hauterkrankungen liegen bei Patienten mit Leber- und Gallenwegserkrankungen keine primären Hautveränderungen vor. Allerdings kann intensives Kratzen zu sekundären Hautveränderungen wie Hautabschürfungen und kleinen Wunden (Exkoriationen), Blutungen und Krusten sowie bei langdauerndem Kratzen zu Juckreizknötchen (Prurigo nodularis) führen.

Empfohlene Therapien:

Ursodesoxycholsäure (UDCA) stellt die Basistherapie vieler cholestatischer Erkrankungen dar wie etwa bei PBC, PSC, Schwangerschaftscholestase, zystischer Leberfibrose und pädiatrischen Cholestase-Syndromen. Obwohl UDCA als effektive Substanz zur Behandlung von Juckreiz bei Kindern mit cholestatischen Erkrankungen beschrieben wurde, konnte der Juckreiz bei Erwachsenen in großen randomisierten, Placebo-kontrollierten Studien in PBC- und PSC-Patienten nicht überzeugend verringert werden. Lediglich bei Frauen mit Schwangerschaftscholestase verbessert UDCA den Juckreiz deutlich und normalisiert Transaminasen, Frühgeburten sowie das Gewicht der Neugeborenen.

Das Austauschharz **Colestyramin** stellt die erste Wahl bei der Behandlung cholestatischen Juckreizes dar. In mehreren kleinen Studien verbesserte Colestyramin den Juckreiz innerhalb von zwei Wochen. Dieses nicht-resorbierbare Harz sollte jeweils als 4g-Dosis vor und nach dem Frühstück eingenommen werden und kann bis zu maximal vier Mal täglich eingenommen werden. Allerdings muss die Einnahme von Colestyramin mit einem zeitlichen Abstand von mindestens vier Stunden zu anderen Medikamenten erfolgen, da es deren Resorption hemmen kann. Zu den Nebenwirkungen können Unwohlsein, Blähungen und Durchfälle gehören.

Rifampicin stellt die zweite Wahl in der Juckreizbehandlung dar. Mehrere randomisierte, Placebo-kontrollierte Studien haben gezeigt, dass Rifampicin in Dosierungen zwischen 300–600 mg/Tag den Juckreiz deutlich verbessert. Als Nebenwirkung kann eine Leberschädigung nach mehreren Wochen bis Monaten in bis zu 12% der Patienten auftreten. Daher sollten die Serumtransaminasen (ALAT und ASAT) unter einer Rifampicin-Therapie regelmäßig kontrolliert werden.

Sollte Rifampicin ineffektiv sein oder nicht vertragen werden, stellt der μ -Opioid-Antagonist **Naltrexon** die dritte Wahl dar. Mehrere klinische Studien zeigten einen moderaten positiven Effekt von Naltrexon auf die Juckreizintensität in Dosierungen zwischen 25–50 mg/d. Dieses Medikament wird in der Langzeitbehandlung meist gut vertragen. Da zu Therapiebeginn bei manchen Patienten schwerwiegende opioidentzugsähnliche Symptome auftreten können, kann eine Naltrexonbehandlung mit niedrigen Dosierungen von 12,5 mg/d begonnen werden. Um einen Gewöhnungseffekt mit einhergehendem Wiederauftreten des Pruritus zu verhindern, empfiehlt es sich, die Behandlung an zwei Wochentagen zu unterbrechen.

Sertralin ist ein selektiver Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer und wird häufig als gut verträgliches Antidepressivum eingesetzt. In cholestatischen Patienten verbesserte Sertralin moderat die Juckreizintensität und wird daher als vierte Wahl angesehen.

Sollten alle bisher genannten Medikamente keinen positiven Effekt auf den Juckreiz zeigen, können **experimentelle Behandlungen** erwogen werden. Zu diesen Therapien gehören die UV-Bestrahlung der Haut, verschiedene Medikamente und invasive Verfahren wie Plasmapherese, Molecular Adsorbent Recirculating System (MARS)-Therapie, Plasmaseparierung/Anionenabsorption sowie transkutane und nasobiliäre Drainage, die in kleinen Fallstudien bei schwerstem, anderweitig nicht beherrschbarem Pruritus erfolgreich eingesetzt wurden. Diese experimentellen Therapien sollten allerdings nur an spezialisierten Zentren bei anderweitig unbeherrschbarem Juckreiz eingesetzt werden.

Empfehlungen

- Meiden Sie starke Wärme: Tragen Sie luftige Kleidung aus Baumwolle oder Leinen, senken Sie die Raumtemperatur, benutzen Sie leichte Bettwäsche.
- Meiden Sie alles, was die Hautoberfläche reizt, wie z.B. raue Kleidung.
- Machen Sie keine Alkoholumschläge, sie verstärken langfristig den Juckreiz. Besser sind feucht-kühle Umschläge mit schwarzem Tee.
- Duschen Sie kurz und kühl, ohne Seife, und fetten Sie hinterher sofort die Haut nach.
- Auch sehr heißes Duschen hilft manchen Patienten.
- Scharfe Nahrungsmittel, Alkohol und heiße Getränke sind ebenfalls Gift für Ihre Haut.
- Tragen Sie sogenannte „Erste-Hilfe-Salben“ immer bei sich. Diese basieren auf folgenden Wirkstoffen: Polidocanol, Lidocain, Menthol, Campher, Harnstoff, Gerbstoffe. Solche apothekenpflichtigen, meist nicht von der Krankenkasse bezahlten Salben können kurzfristig für Minuten bis hin zu einigen Stunden eine Juckreizattacke unterdrücken und so weitere Hautschädigung vermeiden.
- Manche Patienten finden auch mit Hilfe homöopathischer Mittel eine Erleichterung.

Es ist wichtig, dass Sie in Ihrem Zentrum alle möglichen leber- oder gallenwegsbedingten Ursachen abklären lassen. Vielleicht verbessert sich der Juckreiz durch Therapie der Ursache. Auf jeden Fall muss die Therapie mit dem Arzt in Ihrem Zentrum abgesprochen werden. Es gibt auch spezielle Juckreizambulanzen: z.B. Münster, Heidelberg, München, Berlin und Hamburg. Adressen können Sie bei uns nachfragen.

Quellen: BZgA, Homepage „Lebertransplantierte Deutschland e.V.“, Dr. A. Kremer, Prof. Dr. S. Ständer, Juckreiz bei Leber- und Gallenerkrankungen, Lebenslinien 2/2012

Erwerbsunfähigkeitsrente nach Lebertransplantation?

Interessantes Urteil für Lebertransplantierte

Ulrich Kraus

Gesundheitliche Einschränkungen nach einer Lebertransplantation (Ltx) können dazu führen, dass der Patient – auch noch längere Zeit nach der Transplantation – Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit hat. Entscheidend sind aber die Einzelheiten des medizinischen Befundes nach erfolgter Heilungsbewährung.

Eine Ltx soll im Idealfall zur Heilung der vorher vorhandenen Lebererkrankung führen. Direkt nach der Operation wird eine gewisse Zeit benötigt, die Gesundheit wiederherzustellen und zu stabilisieren. Für Patienten im erwerbsfähigen Alter ist danach aber die Rückkehr in den Beruf das Ziel. Allerdings gelingt dies nicht immer. Einen derartigen Fall hat das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) im Januar 2015 entschieden.

Der dortige Kläger war 2008 transplantiert worden und hatte bereits zuvor bei einem Arbeitsunfall einen schweren Schaden der rechten Hand erlitten, weshalb er kaum mehr schreiben konnte. Der Heilungsverlauf nach der Ltx war nicht optimal.

Es kam zu chronisch wiederkehrenden Atemwegsinfekten mit Nebenhöhlenentzündungen und häufigen migräneartigen Kopfschmerzen sowie Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Konzentrationsschwächen als Folge von Immunsuppression.

In erster Instanz verlor der Kläger, weil der beratungsärztliche Dienst des Rentenversicherers und der Hausarzt der Meinung waren, er könne noch leichte Tätigkeiten an fünf Tagen pro Woche in Vollzeit erbringen, z.B. als Pförtner. Im Berufungsverfahren beim LSG kam der Gutachter zu dem Ergebnis, dass leichte Tätigkeiten – unter Berücksichtigung der Handverletzung – auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur bis zu sechs Stunden täglich möglich seien. Wegen des Infektrisikos müsse der Kläger auch häufigen und engen Kontakt mit Menschen vermeiden. Das Gleiche gelte für Zugluft, Nässe, stark wechselnde Temperaturen und körperlich anstrengende Tätigkeiten.

Wenn jemand – wie hier – nur drei bis sechs Stunden täglich zu üblichen Arbeitsmarktbedingungen arbeiten kann, scheidet ein Anspruch auf volle Rente aus. Denn dann liegen nur die Voraussetzungen einer – niedrigeren – Rente wegen teil-

weiser Erwerbsunfähigkeit vor. Das LSG verurteilte den Rentenversicherer dennoch zur Zahlung einer Rente wegen voller Erwerbsunfähigkeit, weil dieser keine Tätigkeit benannt hatte, die der Kläger mit seinen vielen Einschränkungen wirklich hätte ausüben können. Weil auch keine Besserung der Gesundheit des Klägers zu erwarten war, sah das LSG die Voraussetzungen einer unbefristeten Rente nach § 102 Abs. 2 Satz 4 SGB VI unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage als gegeben an.

Die grundlegenden Ausführungen des LSG kann man aber durchaus verallgemeinern: In der Regel wird nach einer Ltx eine Erwerbsunfähigkeitsrente auf Dauer nicht in Frage kommen. Anders sieht dies aus, wenn der Heilungsverlauf nicht optimal ist, besonders wenn noch andere gesundheitliche Einschränkungen hinzukommen. Dann kann die Rentenversicherung eine Rente nur abweisen, wenn der Patient noch in ausreichendem Umfang leichte Tätigkeiten erbringen kann, die es auf dem Arbeitsmarkt tatsächlich gibt.

LSG Baden-Württemberg, Az. L 11 R 2944/12

Neues bei Arbeitsunfähigkeit und Krankschreibung:

Krankengeldlücke wurde nun geschlossen

Roland Stahl

Wenn Sie noch im Berufsleben stehen, zum Beispiel als Wartepatient oder aber nach der erfolgreich verlaufenen Transplantation wieder berufstätig geworden sind und wegen der gleichen Krankheit in den letzten 12 Monaten länger als sechs Wochen arbeitsunfähig waren oder schon sind, erhalten Sie Krankengeld statt Arbeitslohn. Die Details sind allerdings kompliziert. Bei der Krankschreibung sind bestimmte Fristen einzuhalten.

Die Änderungen beim Krankengeldbezug, die ab 1. August 2015 in Kraft getreten sind, betreffen den Beginn und die Fortdauer des Krankengeldanspruchs. Das Krankengeld ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V). Es wird unter anderem gezahlt, wenn ein Versicherter länger als sechs Wochen arbeitsunfähig ist.

Stichtag Krankengeldanspruch

Bislang entsteht der Krankengeldanspruch – wenn keine stationäre Behandlung durchgeführt wird – an dem Tag, der auf die Krankschreibung folgt (§ 46 SGB

V): also am Folgetag nach der ärztlichen Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit.

Das ändert sich ab 1. August 2015: Der Krankengeldanspruch beginnt bereits am Tag der festgestellten Arbeitsunfähigkeit. Erkrankte erwerbstätige Versicherte, deren Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber ausgeschöpft ist und die nur einen Tag arbeitsunfähig sind (z.B. wegen ambulanter Behandlung), erhalten – anders als früher – Krankengeld. Auch Arbeitslose erhalten Krankengeld nun vom ersten Krankheitstag an.

Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Nach bisherigem Recht können Probleme auftreten, wenn bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit eine ärztliche Folgebescheinigung nicht fristgerecht ausgestellt wurde.

Hierzu ein Beispiel: Die Arbeitsunfähigkeit wurde zuletzt bis zu einem Freitag bestätigt. Dann musste der behandelnde Arzt bis spätestens an diesem Freitag erneut aufgesucht werden, damit er bei Bedarf das Folge-Attest ausstellen konnte. Nur so lag eine kontinuierliche Krankschreibung vor.

Wird der Arzt erst am folgenden Montag konsultiert, weil man doch noch nicht

gesundet ist, gilt die Arbeitsunfähigkeit – nach der alten Rechtslage – als unterbrochen.

Das ändert sich ab 1. August 2015: Es reicht jetzt aus, wenn sich Versicherte bis spätestens an dem Werktag beim Arzt vorstellen, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeit folgt, wobei der Samstag nicht als Werktag zählt. Die Bescheinigungen müssen sich nicht mehr überlappen. Und nach dem Beispiel oben bedeutet das: Eine Arztkonsultation am Montag genügt, um einen lückenlosen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit zu erbringen. Eine rückwirkende Krankschreibung wird es aber auch künftig nicht geben.

Weitere Informationen

Die geschilderten Neuerungen traten mit dem „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) zum 1. August 2015 in Kraft, das u.a. Erleichterungen beim Krankengeldanspruch für gesetzlich Krankenversicherte beinhaltet. Mehr über dieses Gesetz erfahren Sie beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 24.7.2015).

Quellen: bund-verlag.de (be) und Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil 1 Nr. 30

World Transplant Games 2015

Peter Hellriegel

Mar Del Plata! Mit der Austragung der World Transplant Games 2015 in Argentinien haben diese Meisterschaften nun auf allen Kontinenten mindestens einmal stattgefunden.

Als die 25 deutschen Teilnehmer und die 6 Unterstützer sich Ende August 2015 auf die Reise nach Südamerika machten, war bei uns noch Hochsommer, während sich auf der Südhalbkugel der Winter seinem Ende näherte. Nicht nur deswegen hatten sich die Sportler warm angezogen. Die Organisation der Meisterschaften war im Vorfeld der Spiele nur sehr ruckelnd und holprig verlaufen. So waren alle sehr gespannt, wie es vor Ort wohl sein würde.

Die Eröffnungsfeier bot dann die erste positive Überraschung: gut organisiert und unterhaltsam, mit Tangomusik und Tanzeinlagen, aber auch mit einer klaren Botschaft: Diese 1000 Sportler aus 44 Ländern können hier sein, weil Organspende funktioniert hat. Alle sind sich dabei bewusst, dass viele Menschen nicht hier sein können, weil sie nicht rechtzeitig ein Organ bekommen haben.

Am ersten Tag starteten die Wettkämpfe gleich mit einem Knaller. Beim 5-km-Straßenrennen entlang der Strandpromenade konnte das deutsche Team mit Monika Pilger (knochenmarktransplantiert) und Nehar Nurlu (lebertransplantiert) direkt zwei Goldmedaillen erringen.

Das Volleyballteam schied nach einem Sieg gegen Frankreich und einer Niederlage gegen Ungarn leider aus dem Turnier aus, hatte aber dennoch viel Spaß bei dem Turnier.

An den nächsten Tagen gingen die Spiele erfolgreich weiter. Chantal Bausch (Herz) holte bei kühler Witterung im Golf die Goldmedaille, während die Radfahrer beim 5-km-Zeitfahren trotz guter Leistungen knapp an den Medaillen vorbeifuhren.

Im Tischtennis konnte unsere jüngste deutsche Teilnehmerin, Marina Piske (12), auftrumpfen. Sie gewann Gold in der Klasse der 12–17-Jährigen und gemeinsam mit Beate Bea ebenfalls Gold bei den Erwachsenen im Doppel. Mit dem 18 Jahre alten Michael Klitsch (Leber) konnte sie außerdem noch Silber im Mixed erringen. Zwei weitere Silbermedaillen im Einzel holten sich Beate Bea (Niere) und Dietmar Steude (Leber).

Einen starken Auftritt boten auch die Schwimmer. Neben vielen Einzelmedaillen konnten wir zum ersten Mal bei den Frauen eine 4 × 50m-Freistil-Staffel stellen, die zwar keine Medaille gewann,



Foto: privat

aber auch nicht letzter wurde. Bei der 4 × 50m-Lagen-Staffel der Frauen gingen wir sogar eine länderübergreifende Kooperation mit der Schweiz ein, die daher nur außer Konkurrenz starten durfte. Aber wir konnten damit deutlich zeigen, dass es bei diesen Meisterschaften nicht nur auf das Siegen ankommt, sondern dass uns gerade auch die Gemeinschaft mit den anderen Athleten ein ganz wichtiges Anliegen ist.

Hervorzuheben bei diesen Schwimmwettkämpfen ist vor allem Simone Bauer (Niere), die nicht nur fünf Goldmedaillen errang, sondern auch noch zwei Weltrekorde aufstellte. Dies wurde am Abschlussabend belohnt: Simone wurde zum „Outstanding Female Athlete“ der Spiele gekürt. Für die Vergabe dieser Zeichnung wird aber nicht nur der sportliche Erfolg bedacht. Auch Eigenschaften wie Teamgeist und Fairness spielen bei der Vergabe eine Rolle. Der lang anhaltende Applaus aller Sportler bei der Übergabe des Preises zeigte, dass Simone diesen Preis völlig zu Recht erhalten hat.

Die letzten beiden Tage der WM standen traditionell ganz im Zeichen der Leichtathletik. Laufen, Springen, Werfen. In allen Disziplinen standen immer wieder deutsche Sportler auf dem Treppchen. Den goldenen Schlusspunkt setzte aber Dirk Naumann (Herz- und Lungen-transplantiert); im letzten noch laufenden Wettbewerb der WM, dem Speerwerfen, lag er vor dem letzten Durchgang auf dem fünften Platz und konnte mit seinem besten Wurf die Konkurrenz noch für sich entscheiden. Das war wieder einer von vielen Momenten bei dieser WM, die unter die Haut gingen.

Am Abschlussabend gab es noch viele Reden und Ehrungen. Aber eigentlich warteten alle nur auf die Freigabe der Tanz-

fläche. Diese wurde dann auch sofort gestürmt, und erst weit nach Mitternacht endete dieses Fest des Lebens.

Ein sehr erfreuliches Ereignis war die Wahl der Vorsitzenden von Transdia-Sport Deutschland, Gudrun Manuwald-Seemüller (Leber), in das 12-köpfige Gremium des Weltverbandes. Damit vertritt sie Deutschland jetzt sowohl im europäischen Verband als auch im Weltverband.

Im Medaillenspiegel belegte das relativ kleine deutsche Team mit seinen 25 Athleten einen hervorragenden siebten Platz mit 26 Gold-, 24 Silber- und 12 Bronzemedailles. Dabei ließ es einige deutlich größere Teams hinter sich. Neben den oben schon erwähnten haben noch folgende Athleten zu diesem Erfolg beigetragen:

Christian Carl (Niere), Dieter Pörschmann (Herz), Eberhard Schollmeyer (Niere), Emeran Neuhäuser (Herz), Helmut Schrodte (Niere), Karsten Zeh (Herz), Markus Malter (Niere), Peter Hellriegel (Leber), Peter Rode (Leber), Rainer Eule (Niere), Sven Taubmann (Herz), Thomas Bergmann (Herz), Thomas Rack (Leber), Thomas Schladtitz (Herz) und Ulrich Ahammer (Niere).

Die 25 deutschen Athleten wie auch die mitgereisten sechs Unterstützer erlebten in der insgesamt gut organisierten Woche viele sportliche Höhepunkte wie auch viele emotional sehr bewegende Momente, die immer wieder bewusst machten, welch Glück es ist, nach so schweren Erkrankungen wieder mitten im Leben stehen zu dürfen.

Über viele der Sportler wurde nach der WM in der Presse berichtet, so dass diese Weltmeisterschaft auch hier in Deutschland wahrgenommen wurde und die Themen „Organspende“ und „Transplantation“ in positiver Weise von den Menschen wahrgenommen werden konnten.

Neu sprießender Baum und ein Schutzengel

„HCV ins Licht gerückt“ – Ein Kunstprojekt für HCV-Betroffene



Elke Hammes, Gaby Winter

Wie gehen Menschen damit um, die über Jahre hinweg, meist auf ungeklärtem Wege zu dieser Viruserkrankung Hepatitis C gekommen sind?

Was bedeutet es, wenn man dies in Kunst umsetzt? Jedes Schicksal ist anders, mit verschiedenen Verläufen, unterschiedlichen Erfahrungen und familiären Hintergründen. Wenn man aber um die Probleme dieser Erkrankung weiß, gibt es auch immer wieder Erlebnisse und Erfahrungen, die wir alle teilen und die uns verbinden – und dennoch verarbeitet jeder seine Situation ganz individuell.

Wie kann man dies alles in einem Bild darstellen?

Die Firma AbbVie hat ein Kunstprojekt „HCV ins Licht gerückt“, das sich genau mit dieser Frage beschäftigt, ins Leben gerufen und hatte für Oktober 2015 Hepatitis-C-Betroffene zu Kreativtagen mit verschiedenen Technik-Schwerpunkten nach Berlin, Brühl bei Köln und Hamburg eingeladen. Wir beide, Elke Hammes und Gaby Winter von Lebertransplantierte Deutschland e.V., folgten der Einladung und nahmen an verschiedenen Kursen teil.

Gaby Winter – Acrylmalen in Berlin

Für mich persönlich bedeutet das Leben mit HCV einen langen Weg mit vielen gesundheitlichen Problemen, der in der Phase vor meiner Transplantation nur noch mit dem Wort „schrecklich“ zu beschreiben ist. Die Transplantation im Jahr 2012 war eine Herausforderung für meinen geschwächten Körper. Es mussten viele körperliche und seelische „Tiefs“ durchstanden werden, aber dann wurde es anders und besser. Mit Abstand betrachtet war die Transplantation zwar ein schwerer



Weg, aber im Nachhinein betrachtet das Beste, was mir in dieser Zeit und Situation passieren konnte. Die Lebensfreude ist dadurch immens groß – auch durch die hoffentlich endgültige Eliminierung der Viren durch die Therapie mit neuen Medikamenten nach der Transplantation.

In Berlin wurde mit Acrylfarben gearbeitet und es ging nach einer Begrüßung durch Frau Dr. Britta Grossner (AbbVie) gleich los. Die Malerin Ursula Heermann-Jensen begann mit Pinsel und Farbe zunächst mit ein paar Lockerungsübungen für das Handgelenk. Die Zeit verging wie im Flug. Jeder durfte ein Bild malen. Das stellte doch eine Herausforderung für alle dar.

Die Malerin hat sich in so kurzer Zeit auf uns Teilnehmer individuell eingestellt, unabhängig davon, ob man mit oder ohne Kenntnisse am Malen teilnahm. Alles hat gut gepasst und es machte den Teilnehmerinnen riesigen Spaß und gute Laune, so entspannt, aber unter fachkundiger Anleitung, mit Pinsel, Acrylfarben und Leinwand umzugehen. Auch die Ergebnisse – in doch relativ kurzer Zeit auf die Leinwand gebracht – können sich meines Erachtens sehen lassen.

Elke Hammes – Linolschnitt in Brühl bei Köln

Bereits im jugendlichen Alter wurde bei mir eine Hämochromatose (erbliche

Eisenspeicherkrankheit) diagnostiziert und behandelt. In der 2. Hälfte der 80er Jahre wurde dann Hepatitis C festgestellt. Wahrscheinlich wurde ich in meinem Beruf als Zahntechnikerin infiziert. Ich habe mich durch zwei Therapien erfolglos „durchgequält“, und dann blieb als letzte Möglichkeit 2005 eine Lebertransplantation. Leider kam das Virus sehr schnell zurück und ich musste zwei weitere Therapien durchstehen, wobei die zweite mit Legalon® SIL erfolgreich war.

Ich habe mich entschieden, den Termin in Brühl bei Köln wahrzunehmen und meine Empfindungen in dieser Zeit mit einem Linolschnitt auszudrücken. In all den Jahren bis heute hatte ich immer das Gefühl, einen Schutzengel in meiner Nähe zu haben, der für mich bis zum Tode meiner Mutter und darüber hinaus da war. Diesen Schutzengel habe ich versucht, in den zwei Tagen mit dem Linolschnitt darzustellen. Mit Frau Mireille Jautz hatte unsere Gruppe eine sehr einfühlsame und hilfreiche Lehrerin. Das Arbeiten in der Gruppe hat mir sehr viel Freude gemacht und wir hatten viel Spaß miteinander.



Die Kunst der Einfachheit

Die besten Geschichten eines Schreib-Wettbewerbs in einfacher Sprache sind jetzt erschienen

Sage und schreibe 741 Texte gingen bei der Lebenshilfe Berlin ein. Schriftsteller aus 15 Ländern machten mit beim 2. Schreib-Wettbewerb „Die Kunst der Einfachheit“. So heißt auch das neueste Buch im Verlag der Bundesvereinigung Lebenshilfe. Darin stehen die 20 besten Geschichten des Wettbewerbs.

LEA Leseklubs haben die Texte ausgewählt. LEA steht für Lesen Einmal Anders. In den LEA Leseklubs treffen sich Menschen mit

und ohne Behinderung. Sie unterhalten sich über Bücher. Sie sagen, was ihnen an einer Geschichte gefällt. Oder was sie schlecht finden. Für Menschen, die nicht so gut lesen können, müssen die Bücher in einfacher Sprache geschrieben sein. Alexandra Lüthen aus Berlin hat den Lebenshilfe-Wettbewerb gewonnen. Mit ihrer Geschichte „Maras Baby“. Mara ist eine junge Frau. Sie bekommt ein Kind. Sie ist glücklich. Aber sie merkt auch, wie anstrengend ein Baby ist. Über einfache Sprache sagt Alexandra Lüthen: „Wenn man eine richtig gute Geschichte hat,

braucht man gar nicht so viele Worte. Nur die richtigen. Solche Wörter, die jeder kennt. Aber eben solche, die genau zu der Geschichte passen.“

Das 208 Seiten starke Buch „Die Kunst der Einfachheit“ (ISBN: 978-3-88617-552-9) kostet zehn Euro plus Versand und kann bestellt werden bei der Bundesvereinigung Lebenshilfe, Raiffeisenstraße 18, 35043 Marburg, Telefon 0 64 21/491-0, Internet: www.lebenshilfe-verlag.de.

PM der Bundesvereinigung Lebenshilfe



„Pilgern fürs Leben“

oder: Warum nach dem Weg suchen, wenn er einen doch selbst findet.

Jörg Hülsmann

Ich schlendere mit meinem Rucksack durch die Straßen von Schwelm, als würde er nichts wiegen. Die letzten 175 Kilometer haben mich nicht müde gemacht sondern stärker und wacher für die schönen Dinge am Wegesrand. Vor gerade mal zehn Minuten habe ich noch beim „Schwarzen Raben“ einen herrlichen Cappuccino getrunken und genieße es, die alten Häuser anzuschauen. Jedes Haus hat eine lange Geschichte und ich erkenne an mancher kaputten Wand, dass es nicht immer eine schöne gewesen ist.



Weiter gehe ich in Richtung Kirche. Eine Tür steht offen, als ob sie mich hineinbittet. Ich nehme die Einladung gerne an. Ich habe noch Zeit und möchte nicht noch einmal eine Kirche links liegen lassen und es später bereuen, so wie in Dortmund, wo mir ein vierfarbiger Pilger-Stempel deswegen entging.

Der Pastor diskutiert aufgeregt mit dem Küster, das Gemeindefest steht bevor. Ich frage vorsichtig, ob es in Ordnung geht, wenn ich ein wenig in der Kirche verweile. Ich werde sofort als Pilger erkannt. Die letzten Tage müssen doch wohl nicht so spurlos an mir vorüber gegangen sein, und ich wurde natürlich gefragt, woher ich komme, wohin ich unterwegs bin und ob ich einen Stempel haben möchte. Letztlich lud mich der Pastor mit den Worten ein: „Fühlen sie sich wie zu Hause.“

Ja, und so fühlte es sich auch wirklich an, irgendwie wie „zu Hause“. Ich legte meinen Rucksack ab und verweilte etwas, machte wie immer gleich Fotos vom Altar und den Fenstern, vielleicht auch nur, um „etwas“ zu tun zu haben. Auf einmal stehe ich vor ihm. Dem Ort, den

ich gesucht habe und zu dem ich nun schon neun Tage unterwegs war. Es ist einfach ein Gefühl, angekommen zu sein, die Gewissheit, keinen besseren Ort für meinen „Danke-Stein“ zu finden. Eigentlich wollte ich ihn doch am höchsten Punkt meiner Pilgerschaft ablegen, aber dieser Ort ändert alles! Er berührt, er ist würdevoll und er ist einfach.

Ein Baumstamm, auf dessen Ende eine Schale mit Sand steht. Abgebrannte Kerzen stehen unordentlich im Sand. Fünf Teelichter sind in Form eines Kreuzes angeordnet. In der hinteren Ecke steht eine Art Altar mit einer Bibel und einem Gestock. Ein Kreuz hängt an der Wand. Um den Baumstamm liegen Steine, die andere Menschen abgelegt haben. Einige tragen Namen, Geburts- und Sterbedaten. Ich bin aufgeregt und werde an das Gebet erinnert, welches man am echten „Cruz de Ferro“ (auf dem Weg nach Santiago de Compostela) betet:

„Herr, möge dieser Stein, Symbol für mein Bemühen auf meiner Pilgerschaft, den ich zu Füßen des Kreuzes des Erlösers niederlege, dereinst, wenn über die Taten meines Lebens gerichtet wird, die Waagschale zugunsten meiner guten Taten senken. Möge es so sein.“

Ich zünde die große und zwei kleine Kerzen an und werfe zwei Euro in die Spendendose. Zwei Euro waren es, die ich bei meinem Aufbruch in Osnabrück auf der Straße gefunden habe und ich denke so bei mir, dass es wieder einer dieser besonderen Zufälle ist, die einen auf dem Jakobsweg immer wieder begegnen.

Ich nehme mir das Buch, um ein paar Zeilen zu hinterlassen ... und halte wieder inne. So viele Gedanken und so wenig Ideen. Wie kann ich „danke“ sagen. Wie kann ich das, was ich die letzten Tage erlebt habe, in drei Sätze zusammenfassen. Unmöglich!

Ich denke an meinen Start vor einer Woche. Die ersten Kilometer, bei denen ich mich gleich verlaufen habe. Das Gefühl, auf dem Weg zu sein, aufgeregt und ohne zu wissen, was der Weg für mich bereit hält. Die erste Nacht, die ich wegen einer verlorenen Telefon-



nummer im CVJM-Heim verbracht habe. Mir fallen Marie und Claudia ein, die mir geholfen haben, als nach drei Tagen nichts mehr ging. Diese wunderbaren Menschen, die mir ein Quartier und die Zeit gaben, mich zu erholen. Ich erinnere mich auch an die sehr herzliche Verabschiedung von Claudia in der Pfarrkirche St. Benedikt, die ersten Schritte trotz Magenschmerzen und Regen. Das gute Gefühl, Menschen zu kennen, die einem helfen, wenn nichts mehr geht. Ich ziehe weiter und drei Stunden später bin ich dann auch mit meinem Kopf auf dem Jakobsweg angekommen. Oder hat der Weg mich gefunden?

Es war das Gefühl, das Richtige zu tun, den richtigen Weg eingeschlagen zu haben. Aber auch mit Menschen zu reden, die man noch nie gesehen hat, wie mit Herrn Mund, der sich einfach zu mir setzte und anfang zu reden. Ich bin nun ein Pilger und lasse mich durch den Weg und die vielen Gespräche mit den Menschen begeistern, die ich auf dem Weg treffe. Besonders ist mir das Interview mit Frau Plamper in Erinnerung, das mich auch im Nachhinein noch sehr bewegt. Sie stellte die Fragen, die ich eigentlich gesucht habe und ja, der Jakobsweg gibt einem nicht nur die Antworten, sondern auch manchmal die richtigen Fragen, wenn man hinhört. Es geht darum, wie sich die Angehörigen fühlen und was sie denken.

- Wie ergeht es ihm/ihr?
- Wie fühlt er oder sie sich?
- Woher nimmt er/sie die Kraft „aus-/durchzuhalten“?
- Hat die Situation persönliche Auswirkungen? Wenn ja, welche?
- Was bedeutet der Pilgerweg für Sie?
- Was ist Ihr Wunsch für die Zukunft?



Fotos: Jörg Hülsmann



Wenn ich ehrlich sein soll, es war auch Frau Plamper, die es auf den Punkt gebracht hat. Christinas und meine Geschichte vor und nach der Transplantation ist die gleiche wie meine Pilgerschaft. Erst die Diagnose mit den Verwirrungen, der Orientierungslosigkeit, dann das Schaffen wollen. Das Verlaufen und die Menschen, die wegschauten. Aber auch die Menschen, die nicht wegschauten, sondern Herz und Türen aufmachten. Möglichkeiten aufzeigten und aufhalten und, als die Zeit gekommen war, wieder losließen. Und der Weg zurück ins Leben, wie auf meinem Weg, der Pilgerschaft.

Und die Fragen? Ich bin davon überzeugt, dass ein jeder Angehöriger sie anders beantworten würde. Immerhin konnte ich sie für mich zumindest ansatzweise beantworten. Aber ich denke auch, dass ich sie nicht umsonst auf dem Weg bekommen habe.

Ein Zitat, welches auf einem Denkstein am Wegesrand stand, war:

„Herr, danke, dass du meinen Füßen freien Raum gabst.“

Wir Menschen brauchen freien Raum, um zu begreifen, wo wir stehen, was mit uns geschieht und welchen Weg wir nehmen können.

Eine Ausnahmesituation, wie eine schwere Erkrankung, verändert den Blick. Bei der bedingungslosen Unterstützung unseres Partners oder Kindes verlieren wir nicht selten den Raum, den wir benötigen, um uns – als Angehöriger – zu begreifen.

Den Jakobsweg braucht man nicht zu finden, er findet einen, wenn man es zulässt. Tausend Gedanken schwirren mir durch den Kopf und unzählige Ideen bilden sich vor meinem geistigen Auge und verschwinden wieder, während ich die letzten Kilometer gehe. Ich kann wieder denken, frei, unbeschwert, es ist, als wenn eine unsichtbare Last von mir genommen wurde, ich habe „danke“ sagen können. Danke, auf eine sehr persönliche Art, einem Menschen, den ich nie auf dieser Erde antreffen werde.

Diese Gewissheit beflügelt, macht hungrig auf neue Abenteuer, neue We-

ge voller Wunder, die noch zu entdecken sind. Ich erinnere mich an meinen Leitsatz, den ich auf meinen Flyer gedruckt habe:

Aufbrechen, sich auf den Weg machen, aufbrechen – der Sehnsucht folgen, aufbrechen – Fesseln sprengen, aufbrechen – Mut fassen, aufbrechen – Vertrautes verlassen, aufbrechen – Neues wagen – im ersten Schritt liegt der ganze Weg.

Ich bin auf dem Weg, fasse neuen Mut und nun ist es an mir, die Fesseln zu sprengen, Neues zu wagen. Ich habe Vertrauen in die Menschen, die mich stützen, wenn nichts mehr geht und ich bin bereit, dieses auch bei anderen zu tun.

Das ist mein Wunsch für die Zukunft und den ersten Schritt habe ich bereits gemacht.

Buen Camino

Unser Ansprechpartner Michael Bessell berichtet aus dem Arbeitskreis Nachsorge und zieht seine persönlichen Schlussfolgerungen. Er hat grundsätzlich über Nachsorge nachgedacht und möchte zu einem noch eigenverantwortlicheren und eigenständigeren Patientenhandeln ermutigen, um den Transplantationserfolg langfristig abzusichern. Dazu schlägt er einen neuen Begriff vor.

„Selbstsorge“ statt „Nachsorge“

Michael Bessell

Lebertransplantierte Deutschland e.V. engagiert sich seit zwei Jahrzehnten im Bereich der Nachsorge und bietet für Patienten und Mitglieder heute ein beeindruckendes Leistungsspektrum. Dazu gehören das Nachsorgetagebuch, der Transplantationsausweis, die fünf Patienteninformationen der roten Faltblatt-Reihe, die Gesprächskreise in Rehakliniken, die Gesundheitswoche, das Wochenende der Begegnung und nicht zuletzt die Veröffentlichung neuer Forschungsergebnisse in den Verbandsmedien (Lebenslinien, Homepage, Newsletter für Ansprechpartner, Lebenslinien intern). Trotz dieser beachtlichen Leistungsbilanz bleibt zu prü-

fen, wie wir noch mehr für die Transplantierten und damit für die Masse unserer Mitglieder tun können.

Es gibt Ärzte, die keine oder nicht ausreichende Erfahrungen in der Behandlung transplantiierter Patienten haben und oft zu wenig über Immunsuppression und deren Risiken und Folgen wissen. Schicken beispielsweise wirklich alle Hausärzte einen Lebertransplantierten mit 38,5° Fieber auf dem schnellsten Weg ins Transplantationszentrum wegen Verdacht auf Abstoßungsreaktion? Wissen wirklich alle niedergelassenen Internisten, wann sie dem transplantierten Patienten Generika verordnen können und wo zwingend das Originalmedikament verschrieben werden muss? In viel zu vielen Fällen muss der Patient das schon selber wissen

und danach selbst und energisch handeln. Unser Verein betont immer wieder die eigenverantwortliche Rolle der transplantierten Patienten bei der Nachsorge. Dennoch bleibt da noch viel zu tun.

Es ist daher angebracht, noch einmal grundsätzlich über Nachsorge nachzudenken. Was ist eigentlich Nachsorge? Nachsorge nach einer Operation umfasst im Allgemeinen die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten bei Tag und Nacht, die Kontrolle von Laborwerten, die Gabe von Medikamenten, die Überwachung der Wundheilung und später ggf. die Anschlussheilbehandlung. Irgendwann hat sich der Patient dann von den Strapazen der Operation erholt, sind die Narben verheilt und die Nachsorge ist beendet.

Das gilt allerdings nicht für den Transplantierten. Er trägt nun dauerhaft ein fremdes Organ in sich und nimmt lebenslang Arzneien zur Unterdrückung der Immunabwehr. Von der Operation, vom Transplantat, von den Arzneien und von der Immunschwächung können Risiken und Beeinträchtigungen ausgehen. Deshalb benötigt der Lebertransplantierte eine dauerhafte ärztliche Betreuung. Das spiegelt sich auch wider in der lebenslangen Zuerkennung von mindestens 60% Grad der Behinderung (zwei Jahre nach Ltx: 100%). Die Nachsorge nach einer Lebertransplantation, anders als bei anderen chirurgischen Eingriffen, besteht also lebenslang.

Nach einer Operation ist der Patient aufgefordert, eigenständig mitzuhelfen, den Operationserfolg nachhaltig abzusichern. Die vertrauensvolle, partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Ärzten wird auch als Compliance bezeichnet. Stets handelt es sich dabei um Lebensweise, Selbstbeobachtung, Medikamenteneinnahme und Wiedervorstellung. Ein Transplantierte ist jedoch noch ganz anders gefordert, denn bereits durch kleine Abweichungen und Nachlässigkeiten wird sein Überleben gefährdet. M. Sonnenmoser schreibt dazu: „... nach Organtransplantation ist eine hohe Compliance unerlässlich, weil sie nur erfolgreich sind, wenn das fremde Organ nicht abgestoßen wird. Um dies zu erreichen, müssen Patienten nicht nur strikt die Anweisungen des behandelnden Ärzteteams befolgen und zum Beispiel aufmerksam ihren Gesundheitszustand beobachten, zu den Kontrolluntersuchungen erscheinen, gewissenhaft und lebenslang die erforderlichen Medikamente einnehmen und die zahlreichen Nebenwirkungen akzeptieren, sondern sie müssen auch ihre Lebensführung umstellen und beispielsweise schädigende Einstellungen und Verhaltensweisen endgültig ablegen und sich eine gesundheitsorientierte Lebensweise aneignen“ (Dr. phil. Dipl.-Psych. Marion Sonnenmoser, Deutsches Ärzteblatt PP, Ausgabe Juni 2011, Seite 281).

Was für eine Verantwortung für den Transplantierten, was für eine vielfältige Aufgabe! Ist das eigentlich noch Teil der Nachsorge?

Meiner Meinung nach ist der Begriff Nachsorge aus Patientensicht auch in mehrfacher Hinsicht problematisch.

Nachsorge ist im strengen Sinn gar keine Patientenaufgabe. Andere Menschen, die Ärzte und Pflegekräfte, tragen die Verantwortung für den Patienten und den Heilungserfolg, nach Lebertransplantation anfangs sogar zu 100%.

Das Wort Nachsorge stellt die Operation in den Mittelpunkt der Betrachtung. Die-

se liegt aber immer weiter zurück und gerät in Vergessenheit. Als Patient will man daran auch nicht immer wieder erinnert werden. Der Appell an den Transplantierten, in der Nachsorge nicht nachzulassen, könnte nun das Gegenteil bewirken und zu einer unerwünschten Abkehr von den Patientenaufgaben führen.

Irgendwann ist die Wundheilung abgeschlossen, ist die Narbe verblasst, ist auch die Seele wieder stabilisiert und haben sich die Laborwerte und die Medikamentenspiegel eingependelt. Fast unmerklich hat in dieser Zeit die anfängliche ärztliche Sorge nachgelassen und ist zur Kontrollroutine geworden. Der Begriff „Nachsorge“ ist nun insofern irreführend, als der Patient sich nach wie vor durch die Ärzte betreut fühlt und sich des Übergangs zur größeren Eigenverantwortlichkeit nicht hinreichend bewusst ist.

Meines Erachtens brauchen wir für das, was wir bisher als Patientenanteil an der Nachsorge angesehen haben, einen eigenen Begriff. Er sollte

- gleichberechtigt neben dem der Nachsorge stehen,
- die eigene Gesundheitsverantwortung betonen,
- die Wichtigkeit dieser Patientenaufgabe unterstreichen,
- die notwendige dauerhafte Lebensumstellung einschließen,
- zukunftsgerichtet sein und positiv bestärken und
- einen eigenen Gestaltungsraum für die Selbsthilfe schaffen.

Deshalb schlage ich vor, das **Selbstsorge** zu nennen.

Der Begriff Nachsorge reicht nicht aus. **Selbstsorge** ist die Aufgabe, die von den immunsupprimierten Patienten täglich aktiv wahrgenommen werden muss. Eine unterlassene oder nachlässige Selbstsorge kann rasch schlimme Folgen haben; mangelnde Wachsamkeit und Selbstdisziplin reichen schon aus, um die Lebenserwartung von Transplantierten und Transplantaten drastisch einzuschränken. Die Patienten müssen kontinuierlich, konsequent und selbstverantwortlich arbeiten, wenn sie eine hohe Lebensqualität und Lebensdauer erzielen wollen.

Selbstsorge beginnt im Idealfall bereits vor der Transplantation, indem der Patient sich für seine medizinischen Probleme interessiert, zum „Experten für die eigene Krankheit“ wird und sich ggf. bereits eine gesundheitsorientierte Lebensweise aneignet. Genau wie die (Transplantations-)Nachsorge ist auch die Selbstsorge lebenslange Aufgabe. Sie umfasst heutzutage – den verbesserten Behandlungsmöglichkeiten und den neuen Medikamenten sei Dank – einen

Zeitraum von vielen Jahren; für viele glückliche Organempfänger sind es sogar Jahrzehnte.

Selbstsorge bedeutet auch, die vielfältigen, schlimmen Folgen der Immunsuppression zu kennen und durch richtiges Verhalten zu vermeiden oder mindestens so niedrig wie möglich zu halten. Wir Patienten müssen uns täglich selber um die regelmäßige und pünktliche Medikamenteneinnahme kümmern, wir müssen von selber besondere Verhaltensregeln einhalten und auch Laborkontrollen und Facharztbesuche mehr und mehr selber vereinbaren. Und wir müssen, wenn unsere Gesundheit plötzlich nachlässt, den Dingen auf den Grund gehen wollen.

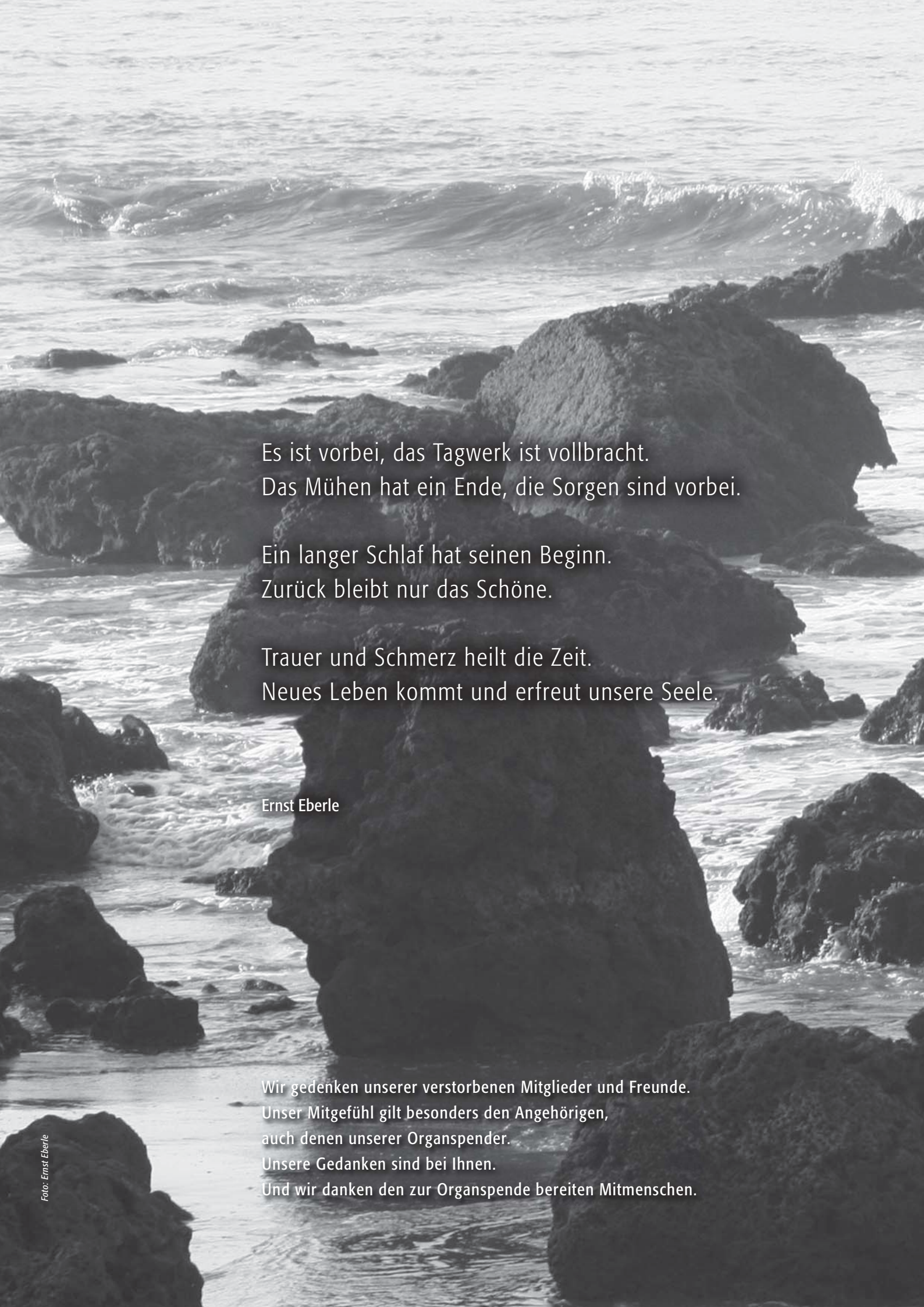
Dabei kann es eine große Hilfe sein, ein besonderes Tagebuch zu führen. Bei Lebertransplantierte Deutschland e.V. heißt es, vorerst noch, „Nachsorge“-Tagebuch. Ich denke, wir täten gut daran, es bei einer Neuauflage unter „Selbstsorge“ weiterzuführen.

Das Wort **Selbstsorge** macht auch besonders deutlich, dass niemand anderes als der Patient selber dies tun kann, und es steckt der starke Appell darin: „Nun mache es auch!“

Der Begriff **Selbstsorge** wird übrigens auch in der Psychologie angewendet. Auch dort geht es darum, aktiv und selbstbestimmt zu handeln, um sich selbst zu schützen und eine hohe Lebensqualität zu erreichen. Während es dort mehr um den Schutz der Seele geht, betrifft es bei uns vorrangig die Sorge um den Körper. Beides ist aber bekanntlich nicht voneinander trennbar. Deshalb ist es sogar zweckmäßig, denselben Begriff zu verwenden.

Ich erhoffe mir, dass mit dem neuen Begriff Selbst-Sorge auch die Arbeit unserer Selbst-Hilfe-Organisation Lebertransplantierte Deutschland e.V. neue Impulse erhält, vor allem für die immer zahlreicheren Langzeit-Transplantierten. Diese könnten beispielsweise animiert werden, ihre Erfahrungen und Selbstsorge-Mechanismen in den Vereinsmedien im Sinne einer positiven Bestärkung zu veröffentlichen. Durch Auswertung solcher Berichte könnten leichter Verhaltenstipps zusammengetragen und notwendige weitere Patienteninformationen erstellt werden.

Selbstsorge mag noch ungewohnt klingen, aber ich denke, wir brauchen diesen neuen Begriff. Selbstsorge ist die große Aufgabe für uns Patienten. Unser Verein stützt diese seit vielen Jahren durch entsprechende Informationen, Seminare und persönliche Betreuung der Mitpatienten. Diese Hilfe zur Selbsthilfe wird auch weiterhin **das** wichtige Aufgabengebiet unseres Verbandes sein.



Es ist vorbei, das Tagwerk ist vollbracht.
Das Mühen hat ein Ende, die Sorgen sind vorbei.

Ein langer Schlaf hat seinen Beginn.
Zurück bleibt nur das Schöne.

Trauer und Schmerz heilt die Zeit.
Neues Leben kommt und erfreut unsere Seele.

Ernst Eberle

Wir gedenken unserer verstorbenen Mitglieder und Freunde.
Unser Mitgefühl gilt besonders den Angehörigen,
auch denen unserer Organspender.
Unsere Gedanken sind bei Ihnen.
Und wir danken den zur Organspende bereiten Mitmenschen.

Winterzeit = Suppenzeit

Ulrike und Ernst Eberle

Wenn die Tage kürzer werden, nasse Kälte durch die Kleidung dringt, dann bekommt der Mensch immer öfter das Gefühl: Ich brauche etwas Warmes in den Magen.

In dieser kalten Jahreszeit schmecken uns Suppen einfach besonders gut, da sie für die wohlige Wärme sorgen und viel Kraft spenden. Ob eine kräftige Nudelsuppe, Hühnersuppe oder etwa eine scharfe asiatische Suppe, man fühlt sich danach immer besser, zufriedener und die kalte Witterung kann einem nichts mehr anhaben.

Suppen, gleichgültig ob klar, gebunden, ganz klassisch oder raffiniert, herzustellen, ist gar nicht schwierig. Wir möchten Ihnen heute ein paar Rezepte vorstellen, die aus unserer Küche stammen. Oft ausprobiert und immer wieder verbessert und auch ein bisschen verändert.

Die Grundlage für fast alle Suppen ist Fleisch vom Rind oder Geflügel, aber auch Wild, Fisch oder auch nur Gemüse, wobei man nie mit der Menge, die man dafür verwendet, sparen sollte. Weiter ist noch von Bedeutung, dass man immer einen großen Topf zum Kochen verwendet, denn die Zutaten brauchen viel Platz, um sich richtig entfalten zu können.

Nun wollen wir mit der traditionellen Fleischbrühe beginnen, bei der Gemüsebrühe wird lediglich das Fleisch wegge-

lassen. Ob eine kräftige Rindfleisch- oder Hühnersuppe, die Grundlagen sind fast gleich.

Beim Rindfleisch nehmen Sie möglichst durchwachsenes Siedfleisch (Überzwerch) oder noch besser, Beinscheiben oder Ochsenchwanz. Bei der Hühnersuppe ein ganzes Suppenhuhn.

Wichtig ist viel Wurzelgemüse, wie Lauch, Karotten, Selleriewurzel, Pastinaken, sowie eine große Zwiebel (halbiert) und zwei bis drei Knoblauchzehen. Um der Suppe noch den Pep zu geben, geben wir Pfefferkörner, ein paar Senfkörner sowie eine halbierte, frische Ingwerknolle (etwa

in Daumengröße) und Kardamomkerne dazu. Die Aromen halten sich beim Kochen in einem Schnellkochtopf am besten.

Wasser und alle Zutaten in den Topf geben und zum Kochen bringen. Wenn das Fleisch sich von den Knochen löst, ist die Brühe fertig. Mit einem Schnellkochtopf geht es viel schneller. Mit Salz und Pfeffer abschmecken und schon haben wir unsere Brühe.

Suppennudeln, Grießklößchen oder Eierstich machen die Suppe zu einem kräftigen Aufwärmer. Fein geschnittene Blatt Petersilie oder Schnittlauch darüber verfeinern das Ganze.

**Wir wünschen viel Spaß
beim Nachkochen
und einen guten Appetit.**

Kartoffelsuppe mit Erbsen und deftigen Würstchen

Die Suppengrundlage ist obige Fleischsuppe, ca. 1 Liter.

Dazu kommen noch:

800 g Kartoffeln

400 g Paprikawurstchen oder andere deftige Würstchen

1 Stange Lauch

1 Stück Sellerie

3 mittelgroße Karotten

4–5 EL Öl

200 ml Crème fraîche

ca. 300 g feine Erbsen (tiefgekühlt)

Petersilie oder Schnittlauch

Für den Pep evtl. Chiliflocken

Kartoffeln schälen, waschen und würfeln. Lauch, Sellerie und Karotten putzen, waschen und klein schneiden. Würstchen in Scheiben schneiden.

Gut ein Viertel der Kartoffeln und Karotten beiseite stellen.

Ca. 2 EL Öl erhitzen und die restlichen Kartoffeln sowie das Gemüse darin kurz andünsten. Mit der Fleischbrühe ablöschen und ca. 15 Minuten bei schwacher Hitze kochen. Anschließend die Suppe pürieren.

Die beiseite gestellten Kartoffel- und Karottenwürfel dazugeben und nochmals ca. 15 Minuten kochen. Etwa 5 Minuten vor Ende der Garzeit die Erbsen hinzugeben.

Die in Scheiben geschnittenen Würstchen im restlichen Öl anbraten und zur Suppe geben, Crème fraîche unterrühren, mit Salz und Pfeffer abschmecken und evtl. noch mit etwas Chiliflocken ein wenig „schärfen“.

Eine Variante zu obiger Kartoffelsuppe:

Kartoffelsuppe mit Krabben

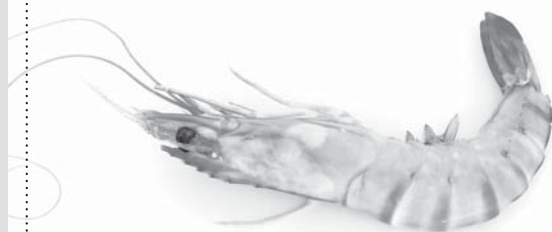
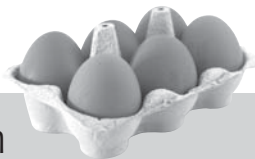
Die Suppengrundlage ist ebenfalls die Fleischsuppe.

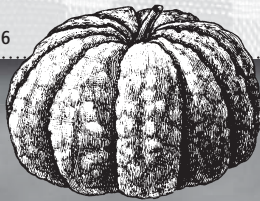
Hier benötigen wir ca. 1 kg Kartoffeln. Anstelle der Würstchen nehmen wir ca. 300–400 g Shrimps (frisch oder TK) und anstatt der Crème fraîche einen Becher Schmand. Die Erbsen entfallen. Zum weiteren Würzen etwas geriebene Muskatnuss und einen guten Schuss trockenen Sherry (ca. 100–125 ml).

Eierstich (wie wir ihn machen)

4 Eier Größe M aufschlagen, mit Salz, Pfeffer und fein gehackter Petersilie (oder Schnittlauch) würzen und mit dem Schneebesen ordentlich verrühren. Wer mag, kann noch einen Hauch von gemahlener Muskatnuss dazugeben, das ist aber Geschmacksache.

Die Masse in einen Gefrierbeutel füllen, gut verschließen und im Wasserbad ca. 20 Minuten unter gelegentlichem Wenden köcheln lassen. Wenn die Masse hart ist, den Eierstich aus dem Gefrierbeutel nehmen und in mundgerechte Stücke schneiden. In die fertige Fleischbrühe geben.





Der Kürbis ist zwar ein Herbstgemüse, durch seine gute Lagerungsfähigkeit wird er aber auch gerne in der Winterzeit verzehrt. Der bekannteste unter den Kürbissen ist der Hokkaido. Er ist auch sehr beliebt, da er sich wunderbar verarbeiten lässt und nicht geschält werden muss. So habe ich noch folgende Suppe „auf Lager“:

Kürbissuppe mit Paprikaschoten, Ingwer und Curry

Die Suppengrundlage ist die Gemüsebrühe.

1 Hokkaidokürbis von ca. 1 – 1 1/2 kg
2–3 gelbe Paprikaschoten
frischer Ingwer (etwa Daumengröße)
3–4 Knoblauchzehen, jeweils fein gehackt
Butter und Currypulver, jeweils ca. 2 EL
Kürbiskerne, ca. eine gute Hand voll
100–150 g Crème fraîche
Salz, Pfeffer, Chilipulver und Zitronensaft, etwas Kürbiskernöl

Den Kürbis waschen, vierteln, von den Kernen befreien und in grobe Würfel schneiden. Die Paprikaschoten ebenfalls putzen, von den Kernen befreien und würfeln.

In einem großen Topf in der heißen Butter den Knoblauch und die Hälfte des gehackten Ingwers andünsten. Die Kürbis- und Paprikawürfel zufügen und kurz mitdünsten. Mit Curry, Salz, Pfeffer und Chili würzen und weiter braten, bis der Curry sein volles Aroma entfaltet. Mit der Gemüsebrühe ablöschen und zugedeckt ca. 20–25 Minuten köcheln lassen.

Zwischenzeitlich die entfernten Kürbiskerne vom Beiwerk lösen und in einer beschichteten Pfanne ohne Fett anrösten.

Die Suppe mit dem Pürierstab fein pürieren und anschließend nochmals kurz aufkochen. Die Crème fraîche, den restlichen Ingwer unterrühren und mit Zitronensaft abschmecken.

Die Suppe auf Tellern anrichten, mit den Kürbiskernen bestreuen und mit Kürbiskernöl beträufeln ... Suuuper!

Fischsuppe nach meiner Art

500 g Fisch (Süßwasser)
Wurzelgemüse
4 Stängel Zitronengras
250 g Butter
Mehl
1 Zitrone
1/4 l trockener Weißwein
2 Scheiben Schwarzbrot



Für diese Suppe sollte man möglichst 500 g oder mehr Süßwasserfisch haben. Oft werden auch Lachsköpfe angeboten, die sehr gut geeignet sind.

Dazu brauchen wir wieder unser Wurzelgemüse, ergänzt durch Zitronengras. So viel Wasser, dass alles bedeckt ist. Daraus eine gute Brühe kochen und diese abseihen. Die Fischstücke beiseite stellen.

Wenn wir soweit sind, nehmen wir eine große Pfanne, geben die Butter hinein, erhitzen diese und verteilen darauf so viel Mehl, wie die Butter aufnehmen kann. Jetzt müssen wir kräftig rühren! Wir warten solange, bis die Butter-Mehlschwitze eine leicht bräunliche Farbe bekommt. Nun wird ein Teil Brühe mit dem Schneebesen schnell eingerührt, bis alles flüssig ist. Diese Masse wird nun von der Pfanne in die restliche Brühe mit dem Schneebesen vollständig wieder eingebracht. Jetzt können auch die abgelösten Fischstücke dazugegeben werden.

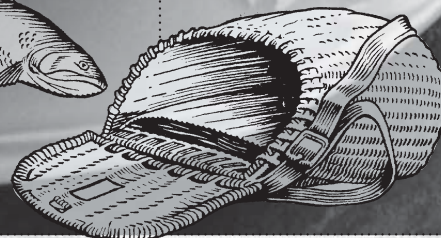
Wir würzen die Suppe mit dem Saft einer Zitrone, schmecken mit Pfeffer und Salz ab und runden zum Schluss mit dem Weißwein alles nochmal ab.

Um dem Ganzen noch den letzten Schliff zu geben, rösten wir kleine Schwarzbrotstückchen in Butter an und servieren diese separat. Sie sollten erst am Tisch über die Suppe gegeben werden. Diese Suppe kann man auch als Hauptgericht servieren.

Thaisuppe, die einem garantiert heiß werden lässt!

1,5 l Hühnerbrühe
3 Stängel Zitronengras
3 getrocknete Chilis
1 Zitrone
1 kleine Lauchstange
2 Schalotten
200 g Garnelen
frischer Koriander oder Thaibasilikum

Nehmen Sie als Grundlage abgeschmeckte Hühnerbrühe. Geben Sie dazu Zitronengras und Chili, lassen dies eine Viertel Stunde ziehen, dann den Saft einer ganzen Zitrone dazugeben. Nun den fein geschnittenen Lauch, die Schalotten und die Garnelen zufügen. Zwei Minuten ziehen lassen und am Schluss frischen Koriander oder Thaibasilikum darüber streuen.



Eine Schifffahrt, die gute Laune brachte

Gaby Winter

Die Kontaktgruppe Heidelberg-Mannheim lud zu ihrem Sommerausflug im August 2015 zu einer Schifffahrt auf dem idyllischen Neckar zwischen Heidelberg und Hirschhorn ein. Wir fuhren durch vier Schleusen, da einige Höhenmeter auf dem Neckar überwunden werden mussten. Es war eine sehr kurzweilige Fahrt, da die abwechslungsreiche Landschaft und die Orte an den Ufern zum Schauen einluden.

Wir trafen uns am Pier in Heidelberg. Von dort hatten wir eine 2 1/2-stündige Fahrt mit der Weißen Flotte vor uns. Genug Gelegenheit, sich untereinander bekannt zu machen, Erfahrungen auszutauschen, viel zu lachen und zu erzählen. Das Ziel war das Ritterfest in Hirschhorn. Ein „Bettelmann“ im historischen Gewand brachte uns während der Hinfahrt die Sehenswürdigkeiten näher und erzählte so manche Anekdote. Auch der „Wettergott“ meinte es so richtig gut mit uns.

In Hirschhorn angekommen, gingen wir gemeinsam auf das Ritterfest, das jährlich für zwei Tage dort stattfindet. Durch Raubritter, Gaukler, Minnesänger, Buden mit Stoffen und Gewürzen, Demonstration alten Handwerks, Schwertkämpfe und viele weitere Attraktionen wurden wir für ein paar Stunden zurückversetzt in das Leben im Mittelalter. Es war ein buntes Treiben und viele Gäste hatten sich auch angepasst und trugen historische Kostüme.

Wir trafen uns zum Kaffeetrinken und Kuchen essen, bevor wir wieder zurück zu unserem Schiff mussten, um die Heimfahrt anzutreten.

Viele nutzten die Gelegenheit, sich draußen auf das Deck zu setzen, solange noch die Sonne schien. Es war eine sehr schöne Rückfahrt, da man den Sonnenun-

tergang sehen konnte. Vieles wurde noch besprochen, bis wir wieder in Heidelberg anlegten.

Nun wurde sich verabschiedet, bedankt, gefreut über den schönen erlebnisreichen Tag. „Oh, so was könnten wir doch mal wieder machen“, ließen einige Teilnehmer verlauten!



Fotos: privat

Angehörige von Betroffenen

Wenn ein Familienmitglied, enger Verwandter oder Freund erkrankt, stehen Angehörige oft hilflos da, voller Fragen, Ängste und Sorgen. Sie wissen nicht, wie sie mit der neuen Situation umgehen sollen. Mit dem Kranken darüber zu sprechen, kommt für viele nicht in Frage, da sie diesen nicht noch mehr belasten möchten. Viele Angehörige denken, dass sie stark sein müssten, um für den Erkrankten da sein zu können, und vergessen dabei, auch an sich und ihre Gesundheit zu denken. Aber auch Angehörige dürfen „schwach“ sein und sich Hilfe holen.

Wir, das sind Renate Pauli, Jörg Hülsmann und Gudrun Hildmann, als Ansprechpartner für Angehörige von Betroffenen, haben diese Zeit auch durchlebt. Wir möchten Ihnen Mut machen und Sie dabei unterstützen, Ihnen die schwere Zeit, in der Sie sich befinden, etwas leichter zu machen. Sie können uns sagen, was Sie bewegt, welche Unterstützung Sie sich wünschen. Vielleicht sind Sie auch an Treffen mit Gleichgesinnten interessiert, um sich untereinander auszutauschen. Rufen Sie uns an oder mailen Sie uns. Wir freuen uns auf Sie.

Unsere Kontaktdaten:



Jörg Hülsmann

Tel. 0 52 23-4 89 71
joerg.huelsmann@lebertransplantation.de



Gudrun Hildmann

Tel. 0 21 63-42 10
Fax: 0 32 12-2 34 27 79
gudrun.hildmann@lebertransplantation.de



Renate Pauli

Tel. 0 87 61-6 01 19
renate.pauli@lebertransplantation.de

Fotos: privat

Nähere Informationen zu unserer Personen finden Sie im Internet unter:
<http://www.lebertransplantation.eu/fuer-angehoerige-von-betroffenen.html>

Neue Ansprechpartner

Barbara Fibicher



Mein Name ist Barbara Fibicher, ich bin 58 Jahre alt und wohne in Kleve. Wir waren glücklich, bis mein Mann im Jahre 1999 plötzlich an einem Herzinfarkt verstarb. Unsere drei Kinder (die jüngste war erst 12 Jahre) haben mich am Leben gehalten. Die Diagnose „Hepatitis B“ bekam ich im Jahr 1983 nach der Blutspende. Erst wurde ich mit Medikamenten behandelt. Als wir im Jahr 1994 aus Kasachstan nach Deutschland kamen, haben die Ärzte eine Hepatitis B und D festgestellt und später entschieden, mich zu transplantieren. Seit dem Jahr 2000 war ich auf der Warteliste, bis ich im Mai 2002 transplantiert wurde und drei Tage später retransplantiert. Da ich vor der Transplantation zwei Jahre lang komplett im Bett lag, war es ein langer Weg, bis ich auf die Beine kam. Mittlerweile habe ich sieben Enkelkinder, helfe ehrenamtlich in der Schule, im Hospiz und absolvierte den Vorbereitungskurs für ehrenamtliche Hospizmitarbeiter. Aus Dankbarkeit für mein neues, geschenktes Leben habe ich mich entschlossen, ehrenamtlich im Verein für Lebertransplantierte Deutschland e.V. mitzuarbeiten.

Claudia Bettina Meier-Schreiber



Mein Name ist Claudia Bettina Meier-Schreiber, ich bin 57 Jahre alt und wohne in Velbert-Neviges. 2013 war ein Wendepunkt in meinem Leben. Sowohl mein Mann als auch ich wurden aus unserem berufserfüllten Leben gerissen. Bei meinem Mann wurde ein Lungenkarzinom mit bereits bestehenden Metastasen im Gehirn diagnostiziert. Bis dahin hatte mein Mann eine Rechtsanwaltskanzlei in Velbert-Langenberg. Innerhalb von nur vier Monaten verstarb er an den Folgen seiner Erkrankung.

Direkt nach dem Tod meines Mannes begann meine Erkrankung. Es wurde bei mir eine Leberzirrhose im Endstadium infolge einer nicht erkannten Hepatitis C auf Grund einer 1986 erfolgten Bluttransfusion erkannt. Nun war schnelles Handeln notwendig, und ich wurde im August 2013 auf die Warteliste für Lebertransplantationen gesetzt. Im November 2013 erfolgte die Transplantation. Nach einer anschließenden Hepatitis-C-Behandlung mit Sofobuvir und Ribavirin wurde ich wieder vollständig gesund. Aus Dankbarkeit für mein neues, geschenktes Leben habe ich mich entschlossen, ehrenamtlich im Verein für Lebertransplantierte Deutschland e.V. mitzuarbeiten und eine Kontaktpartnerin in Düsseldorf mitzugestalten.

Annette Theile



Ich bin Annette Theile, 48 Jahre alt und lebe in Schwerin. Ich habe drei Kinder. Vor wenigen Tagen habe ich meinen 4. Geburtstag gefeiert, denn 2011 erhielt ich in der Berliner Charité eine Spenderleber.

Seit meinem 16. Lebensjahr wusste ich, dass sich an meiner Leber Zysten befinden. Irgendwann vor meinem 40. Geburtstag garierten diese „aus einer Laune“ heraus ins Wachsen. In den folgenden Jahren nahmen sie so sehr zu, dass meine Leber zum Zeitpunkt der Transplantation 25 kg wog.

Zum Glück bin ich ein lebensfroher Mensch. Ich arbeite als Lehrerin mit körperbehinderten und kranken Kindern. Dies erfordert viel Feingespür sowie Frohsinn. Und da bin ich genau die Richtige, mit meinen eigenen Erfahrungen und meiner sehr tiefen Dankbarkeit ans Leben.

Nun freue ich mich auf Fragen, Gespräche und Informationen von Menschen, die vor oder nach der Transplantation in und um Schwerin Kontakt suchen.

Wilfried Hess



Ich bin 64 Jahre jung, komme aus Gaildorf im Limpurger Land, Landkreis Schwäbisch Hall. Beruflich war ich 32 Jahre in der Förder-technik im Kranbau tätig.

1998 wurde nach Varizenblutungen im hiesigen, großen Krankenhaus (Diakonissenkrankenhaus Schwäbisch Hall) eine Hepatitis-C-Erkrankung festgestellt. Im September 2011 erfolgte dann die 1. Lebertransplantation in Heidelberg, wobei Komplikationen auftraten und ich Anfang Oktober nochmals eine zweite Spenderleber benötigte.

Ich darf leben, bin dem Spender und allen, die mich unterstützen haben, sehr dankbar und konnte am 8.10.2015 meinen „vierten“ Geburtstag feiern!

Seit dieser Zeit weiß ich sehr wohl, die richtigen Dinge vor den scheinbar wichtigen zu tun, freue mich an den kleinen, glücklichen Momenten und genieße jeden Tag: Carpe diem.

Die Ansprechpartner und die Angebote von unserem Patientenverein Lebertransplantierte Deutschland, die Ärzte und Professoren in Heidelberg und Schwäbisch Hall geben mir Mut und Zuversicht, anderen Menschen, die in ähnlicher Situation sind, zu helfen nach dem Motto: „Es gibt nichts Gutes, es sei denn, man tut es.“ Schon früher habe ich mich zusammen mit meinem „Kollegen“ vom Nierenverein in Schwäbisch Hall für die Organspende eingesetzt. Nun möchte ich auch noch meinen Einsatz für die Patienten und den Kontakt zum Diakonissenkrankenhaus in Schwäbisch Hall verstärken und stehe gerne als Ansprechpartner für Betroffene für unseren Verband zur Verfügung.



www.lebertransplantation.de

Geschäftsstelle
Bebbelsdorf 121 · 58454 Witten
Tel. 0 23 02 -1 79 89 91
E-Mail: geschaeftsstelle@
lebertransplantation.de
Mo.–Do.: 10.00–15.00 Uhr

Jutta Riemer, Vorsitzende
Maiblumenstr. 12 · 74626 Bretzfeld
Tel. 0 79 46 -94 01-87
Fax 0 79 46-94 01-86
E-Mail: jutta.riemer@
lebertransplantation.de

Der Schirmherr

Foto: Uniklinik Essen



Univ.-Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel

Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement
und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth

Der Vorstand

	Funktion Name	Straße PLZ, Ort	Telefon Fax	E-Mail
	Vorsitzende Jutta Riemer	Maiblumenstr. 12 74626 Bretzfeld	0 79 46-94 01-87 0 79 46-94 01-86	jutta.riemer@lebertransplantation.de
	Stellvertr. Vorsitzender Egbert Trowe	Alter Postweg 2a 30938 Burgwedel	0 51 39-9 82 79 30	egbert.trowe@lebertransplantation.de
	Kassenwart Dieter Bernhardt	Kampstr. 111 42781 Haan	0 21 29-37 74 66 —	dieter.bernhardt@lebertransplantation.de
	Beisitzerin Regina Henkel	Bahnhofstr. 10 38170 Winnigstedt	0 53 36-92 97 19	regina.henkel@lebertransplantation.de
	Beisitzerin Christina Hülsmann	Brennweg 1 32257 Bünde-Dünne	0 52 23-4 89 71	christina.huelsmann@lebertransplantation.de
	Beisitzerin Helga Schubert	Hinterm Parkhaus 2 31582 Nienburg	0 50 21-6 03 93 12	helga.schubert@lebertransplantation.de
	Beisitzer Roland Stahl	Kieselweg 3 90610 Winkelhaid	0 91 87-41 05 08	roland.stahl@lebertransplantation.de
	Beisitzerin Susan Stracke	Ardeystr. 287 58453 Witten	0 23 02-91 30 73 0 23 02-91 30 75	susan.stracke@lebertransplantation.de
	Beisitzerin Gaby Winter	Rennershofstr. 24 68163 Mannheim	06 21-97 66 56 61	gaby.winter@lebertransplantation.de

Beratende Vorstandsmitglieder: Hans-Jürgen Frost, Ulrich Kraus, Josef Theiss

Den Vorstand unterstützend mit Sonderaufgaben:

Heidrun vom Baur, Mariele Höhn, Birgit Ketzner, Peter Mohr, Dennis Phillips, Anne Quickert, Andrea Sebastian, Helmut Thaler, Dr. Ulrich R. W. Thumm, Christina Wiedenhofer

Impressum**Lebenslinien**

Informationen für Patient und Arzt
Ausgabe 1/2016

Herausgeber:

Lebertransplantierte Deutschland e.V.
Gemeinnütziger Verein, VR 2031
Maiblumenstr. 12, 74626 Bretzfeld
Tel. 0 79 46/94 01-87, Fax -86
E-Mail: info@lebertransplantation.de
www.lebertransplantation.de

Bankverbindung: Sparkasse Heidelberg
IBAN: DE60 6725 0020 0006 6024 95
BIC: SOLADES1HDB

Redaktion: Jutta Riemer (verantwortlich)
Ernst Eberle, Ulrich Kraus, Dennis Phillips,
Dr. Ulrich R. W. Thumm

Erscheinungsweise:

halbjährlich, Auflage 5.500 Exemplare
© Gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.
Alle Rechte bleiben nach den gesetzlichen Bestimmungen bei den Autoren. Der Zeitschriftentitel und das Layout sind urheberrechtlich geschützt. Abdrucke bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung.

Satz und Gestaltung:

Steffen Elsishans, Ed.-Neckarhausen

Koordination + Produktion:

Christiane Möhl Printservice, Brühl
Druck: Kehler Druck, Kehl

Herzlichen Dank unseren Förderern und Sponsoren

1. Unser Verband wird nach § 20c SGB V gefördert von der GKV-Gemeinschaftsförderung auf Bundesebene.

Beteiligte Krankenkassen und KK-Verbände:

AOK Bundesverband GbR, Berlin; BKK-Dachverband e.V., Berlin; IKK e.V., Berlin; Knappschaft, Bochum; Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau – SVLFG Kassel; Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

2. Zusätzlich erhielten wir Zuschüsse allgemein und zu Projekten von den Krankenkassen:

Actimonda KK, AOK Baden-W., AOK Hessen, AOK Niedersachsen, AOK NordWest, AOK Rheinland-Pfalz, AOK Rheinland/Hamburg, Arge Aachen, BarmerGEK, BKK Arge NRW, DAK, GKV Bremen, hkk Bremen, IKK Classic, Inter-Krankenversicherung, Knappschaft Bahn-See Bochum, DPWW Runder Tisch Oberpfalz, Runder Tisch Mittelfranken, Runder Tisch Schwaben Nord, Techniker Krankenkasse, VDEK NRW

3. Darüber hinaus erhielten wir Spenden und Unterstützung durch:

AbbVie Deutschland GmbH & Co KG, Astellas Pharma GmbH, Biotest AG, Dr. Falk Pharma, Gilead Sciences GmbH, GlaxoSmithKline GmbH und Co KG, Novartis Pharma GmbH
AG Selbsthilfe Kreis Herford, Klinik Rosenberg Bad Driburg, Landkreis Limburg-Weilburg, Sparkasse Heidelberg, Sparkasse Mittelfranken-Süd, Sparkasse Witten, Stadt Frankfurt, Stadt Mannheim, EXXON-Mobil

Anlass-Spenden: Hanning, Pollakowski, Schmiedl, Theissen

Mitglieder und Gönner (Spenden über 100,- EUR):

Albert, Gert; Gaeb, Hans W. und Helene; Gravermann, Brigitte; Gruss, Andrea; Henkel, Regina; Henning, Wilfried; Hess, Wilfried; Keller, Jürgen; Kamiske, Dinah; Kath. Deutscher Frauenbund; Kirchenkreis Obere Nahe; Natalis, Coleta; Riemer, Jutta und Hans-Michael; Rode, Peter; Schwarze, Friedrich; Schwobel, Elke; Sonnenhof e.V. Schatzkiste; Stöckl, Andreas; Strauch, Dirk.

Auch allen anderen Spendern danken wir für ihre Unterstützung.

Beitrittserklärung

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig. Sie helfen uns, unser Angebot gezielter auf Ihre Wünsche auszurichten.

Bitte senden an: **Lebertransplantierte Deutschland e.V. – Geschäftsstelle – Bebbelsdorf 121 – 58454 Witten**

☐ **Einzelmitgliedschaft**

(Betroffener Jahresbeitrag € 40,-)

☐ **Familienmitgliedschaft**

(Betroffener u. ein Angehöriger Jahresbeitrag € 55,-)

☐ **Fördermitgliedschaft**

(Beitrag/Spende mind. € 40,-/Jahr)

Vorname: _____ Name: _____

Str./Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Geb.-Dat.: _____ Tel.Nr.*: _____ Beruf*: _____

Mail*: _____ Förderbeitrag/Spende _____

Angehöriger

Vorname: _____ Name: _____

Str./Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

☐ **Weiterer Familienangehörige/r Jahresbeitrag nur € 25,-/Person**

Vorname: _____ Name: _____

Str./Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

☐ **Jugendliche, Schüler, Auszubildende und Studenten Jahresbeitrag € 20,- (Kinder beitragsfrei)**

☐ **Ich bin/Wir sind mit jährlichem Bankeinzug einverstanden*.** Das entsprechende SEPA-Lastschriftmandat füge ich der Beitrittserklärung bei (siehe Dokument: SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen). Ich habe zur Kenntnis genommen, dass mir meine Mandatsreferenz separat mitgeteilt wird. Der Beitrag im Eintrittsjahr wird quartalsweise berechnet.

☐ **Die datenschutzrechtlichen Hinweise auf der Rückseite habe ich gelesen und stimme der Erfassung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten einschließlich meiner freiwilligen Angaben ausdrücklich zu.**

Datum: _____

Unterschrift: _____

bitte Rückseite beachten!

Ansprechpartner/Kontaktgruppen für Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige

Sie wünschen Kontakt zu Mitbetroffenen in Ihrer Wohnortnähe. Auf den Seiten 61–63 finden Sie Ansprechpartner für telefonische oder persönliche Gespräche. **Die mit * gekennzeichneten Ansprechpartner organisieren regelmäßig Kontaktgruppentreffen für Mitglieder und Interessierte (teilweise zusammen mit benachbarten Ansprechpartnern).** Nehmen Sie bei Interesse Kontakt auf.

Kontaktgruppe	Name	Telefon	Fax	E-Mail
Baden-Württemberg				
Alb-Donau-Fils	Martin U. Kittel*	07331-68117	07331-9468217	martin.u.kittel@lebertransplantation.de
Bodensee/Oberschwaben	Alfred Schmidt*	0751-3525520	0751-3525521	alfred.schmidt@lebertransplantation.de
Freiburg/Hochrhein	Georg Hechtfisher*	0761-4882798		georg.hechtfisher@lebertransplantation.de
Heidelberg/Mannheim	Andrea Sebastian	06201-508613		andrea.sebastian@lebertransplantation.de
Heidelberg/Mannheim	Gaby Winter*	0621-97665661		gaby.winter@lebertransplantation.de
Heidelberg/Mannheim	Wolfgang Weber	06226-6267		wolfgang.weber@lebertransplantation.de
Heilbronn/Hohenlohe	Heidi Nesper-Eckstein*	07130-400463		heidi.nesper-eckstein@lebertransplantation.de
Hohenlohe/Schwäbisch Hall	Wilfried Hess	07971-8112		wilfried.hess@lebertransplantation.de
Hohenlohe/Schwäbisch Hall	Silvia Hübner	0791-59903		silvia.huebner@lebertransplantation.de
Karlsruhe	Peter Hellriegel*	07257-902499		peter.hellriegel@lebertransplantation.de
Ludwigsburg-Bietigheim	Josef Theiss*	07142-57902	07142-7739333	josef.theiss@lebertransplantation.de
Mittelbaden	Ingeborg Nussbaum	0781-9485712		inge.nussbaum@lebertransplantation.de
Ostalbkreis	Klaus Gildein	07171-9981653	07171-9981654	klaus.gildein@lebertransplantation.de
Ostalbkreis	Gerhard Kaufmann*	07361-42390	07361-49454	gerhard.kaufmann@lebertransplantation.de
Rems-Murr-Kreis	Josef Theiss (komm.)	07142-57902	07142-7739333	josef.theiss@lebertransplantation.de
Schwarzwald/Baar/Heuberg	Alfred Schmidt* (komm.)	0751-3525520	0751-3525521	alfred.schmidt@lebertransplantation.de
Stuttgart/Esslingen	Doina Popa*	0163-3296962		doina.popa@lebertransplantation.de
Stuttgart/Esslingen	Heinz Suhling	0711-1205256	0711-3002325	heinz.suhling@lebertransplantation.de
Stuttgart/Esslingen	Rosemarie Weiß	0711-372737		rosemarie.weiss@lebertransplantation.de
Stuttgart/Esslingen	Ernst Eberle	07025-6366	07025-7178	ernst.eberle@lebertransplantation.de
Tübingen und Umgebung	Jutta Riemer (komm.)	07946-940187		jutta.riemer@lebertransplantation.de
Bayern				
Augsburg	Helmut Thaler (komm.)	08131-736959		helmut.thaler@lebertransplantation.de
Umgebung Augsburg	Annemarie + Johann Abeltshauser	08441-496605		annemarie.abeltshauser@lebertransplantation.de
Mittelfranken	Roland Stahl*	09187-410508	09187-410509	roland.stahl@lebertransplantation.de
Mittelfranken	Elke Hammes	0981-14216		elke.hammes@lebertransplantation.de
Mittelfranken	Jürgen Glaser	09171-898358		juergen.glaser@lebertransplantation.de
München und Umgebung	Helmut Thaler* (komm.)	08131-736959		helmut.thaler@lebertransplantation.de
Niederbayern	Gerhard Mühlberger	08503-1252	08503-922121	gerhard.muehlberger@lebertransplantation.de
Oberfranken/Oberpfalz	Peter Schlauderer* (komm.)	09441-1744949		peter.schlauderer@lebertransplantation.de
Regensburg	Peter Schlauderer*	09441-1744949		peter.schlauderer@lebertransplantation.de
südl. Mittelfranken/nörtl. Schwaben	Friedrich Meyer*	09145-6303		friedrich.meyer@lebertransplantation.de
Südostbayern	Annegret Braun	08082-312039		annegret.braun@lebertransplantation.de
Unterfranken	Christina Wiedenhofer*	0177-2781056		christina.wiedenhofer@lebertransplantation.de
Berlin/Brandenburg				
Berlin/Brandenburg	Wolfram Maaß	030-83102525		
Berlin/Brandenburg	Siegfried Maaß	03302-221350		siegfried.maass@lebertransplantation.de
Hessen				
Frankfurt/Main	Dennis Phillips*	069-5963894		dennis.phillips@lebertransplantation.de
Frankfurt/Main	Horst Schmidtman	069-395882		
Region Werra-Meißner	Christel Fischer-Koch	05651-31949		christel.fischer-koch@lebertransplantation.de
Kassel	Maria Dippel*	0561-886492	0561-886492	maria.dippel@lebertransplantation.de
Kassel	Franz Wolf	0561-9201472		franz.wolf@lebertransplantation.de
Südhausen	Harry Distelmann	06151-318093		harry.distelmann@lebertransplantation.de
Westerwald/Rhein/Lahn	Mariele Höhn*	02602-81255		mariele.hohn@lebertransplantation.de
Westerwald/Rhein/Lahn	Georg Minde	06434-1656		georg.minde@lebertransplantation.de

(komm.) = kommissarisch

Ansprechpartner/Kontaktgruppen für Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige

Sie wünschen Kontakt zu Mitbetroffenen in Ihrer Wohnortnähe. Auf den Seiten 61–63 finden Sie Ansprechpartner für telefonische oder persönliche Gespräche. **Die mit * gekennzeichneten Ansprechpartner organisieren regelmäßige Kontaktgruppentreffen für Mitglieder und Interessierte (teilweise zusammen mit benachbarten Ansprechpartnern).** Nehmen Sie bei Interesse Kontakt auf.

Kontaktgruppe	Name	Telefon	Fax	E-Mail
Mecklenburg-Vorpommern				
Rostock und Umgebung	Bernd und Anke Reiche*	0381-7698194		bernd.anke.reiche@lebertransplantation.de
Schwerin	Ilona Freitag	038788-50263	038788-50263	
Schwerin	Annette Theile	0385-796931		
Schwerin/Wismar	Christine Berning	03841-701473		
Niedersachsen/Bremen				
Bremen/Unterweser	Udo Schmidt*	0421-3962654		udo.schmidt@lebertransplantation.de
Göttingen	Nicola Meyer	05509-9209157		
Hannover/Braunschweig	Helga Schubert	05021-6039312		helga.schubert@lebertransplantation.de
Hannover/Braunschweig	Regina Henkel*	05336-929719		regina.henkel@lebertransplantation.de
Lüneburg	Peter Mohr	04131-53217		peter.mohr@lebertransplantation.de
Oldenburg	Gerhard Hasseler*	04489-5900		gerhard.hasseler@lebertransplantation.de
Osnabrück	Margret Smit	05401-40003		
Osnabrück	Reinhold Waltermann	05402-4253		reinhold.waltermann@lebertransplantation.de
Ostfriesland	Barbara Backer*	04954-994568	04954-8932896	barbara.backer@lebertransplantation.de
Nordrhein-Westfalen				
Aachen/Städteregion Aachen	Rudolf Hildmann*	02163-4210	03212-1175985	rudolf.hildmann@lebertransplantation.de
Aachen/Städteregion Aachen	Axel Hülsmann*	02161-48831		axel.huelsmann@lebertransplantation.de
Bonn	Michael Bessell (komm.)	02236-3278045		michael.bessell@lebertransplantation.de
Düsseldorf	Claudia Meier-Schreiber	0157-54300387	02195-933980	claudia.meier-schreiber@lebertransplantation.de
Essen/Duisburg	Moni Kuhlen*	0201-3657664		moni.kuhlen@lebertransplantation.de
Herford/Bielefeld/Minden	Christina Hülsmann*	05223-48971		christina.huelsmann@lebertransplantation.de
Hochsauerlandkreis	Angelika Grimaldi	02932-37976		
Kleve/Wesel	Barbara Fibicher	02821-26681		barbara.fibicher@lebertransplantation.de
Köln	Michael Bessell	02236-3278045		michael.bessell@lebertransplantation.de
Mönchengladbach und Umgebung	Rudolf Hildmann*	02163-4210	03212-1175985	rudolf.hildmann@lebertransplantation.de
Mönchengladbach und Umgebung	Axel Hülsmann*	02161-48831		axel.huelsmann@lebertransplantation.de
Münster	Wolfgang Alferts*	02581-632243		wolfgang.alferts@lebertransplantation.de
Münster	Andreas Wißing*	05971-17444		andreas.wissing@lebertransplantation.de
Münster	Kirsten Athmer*	05971-64512		kirsten.athmer@lebertransplantation.de
Oberbergischer Kreis	Cigdem Kleinjung*	02263-481648		cigdem.kleinjung@lebertransplantation.de
Oberbergischer Kreis	Birgit Schwenke*	02195-69231	02195-933980	birgit.schwenke@lebertransplantation.de
Paderborn	Michael Bessell*	02236-3278045		michael.bessell@lebertransplantation.de
Ruhrgebiet	Udo Biemann*	02361-16490		udo.biemann@lebertransplantation.de
Wuppertal	Birgit Schwenke*	02195-69231	02195-933980	birgit.schwenke@lebertransplantation.de
Rheinland-Pfalz				
Frankenthal	Heinz Reiter	06233-638880		heinz.reiter@lebertransplantation.de
Kaiserslautern	Anne Herrmann	0631-3704807		anne.herrmann@lebertransplantation.de
Mainz	Mariele Höhn*	02602-81255		mariele.hoehn@lebertransplantation.de
Trier/Eifel/Hunsrück	Dr. Winfried Diehl	06501-14962		winfried.diehl@lebertransplantation.de
Westerwald/Rhein/Lahn	Mariele Höhn*	02602-81255		mariele.hoehn@lebertransplantation.de
Westerwald/Rhein/Lahn	Georg Minde	06434-1656		georg.minde@lebertransplantation.de
Saarland				
Saarland	Mariele Höhn (komm.)	02602-81255		mariele.hoehn@lebertransplantation.de
Sachsen				
Dresden und Umgebung	Siegfried Frank	03727-659442		siegfried.frank@lebertransplantation.de
Dresden und Umgebung	Regina Nüßgen	03504-613794		regina.nuessgen@lebertransplantation.de
Leipzig und Umgebung	Roland Schier	0341-6515427		
Leipzig und Umgebung	Gottfried Geringer	0344-46348433		gottfried.geringer@lebertransplantation.de
Zwickau und südl. Sachsen	Annett Kießling	03757-883274		annett.kiessling@lebertransplantation.de
Zwickau und südl. Sachsen	Anett Landgraf	037603- 58571		anett.landgraf@lebertransplantation.de

(komm.) = kommissarisch

Ansprechpartner/Kontaktgruppen für Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige

Sie wünschen Kontakt zu Mitbetroffenen in Ihrer Wohnortnähe. Auf den Seiten 61–63 finden Sie Ansprechpartner für telefonische oder persönliche Gespräche. **Die mit * gekennzeichneten Ansprechpartner organisieren regelmäßig Kontaktgruppentreffen für Mitglieder und Interessierte (teilweise zusammen mit benachbarten Ansprechpartnern).** Nehmen Sie bei Interesse Kontakt auf.

Kontaktgruppe	Name	Telefon	Fax	E-Mail
Sachsen-Anhalt				
Magdeburg	Regina Henkel	05336-929719		regina.henkel@lebertransplantation.de
Schleswig-Holstein/Hamburg				
Hamburg	Bernd Hüchtemann*	04103-3826		bernd.huechtemann@lebertransplantation.de
Hamburg	Petra Ramke*	040-464719		petra.ramke@lebertransplantation.de
Kiel	Siegfried Neumann	0431-712002		siegfried.neumann@lebertransplantation.de
Lübeck	Peter Mohr (komm.)	04131-53217		peter.mohr@lebertransplantation.de
Thüringen				
Erfurt	Katharina Schönmeyer*	036206-26800		katharina.schoenemeyer@lebertransplantation.de
Jena	Heidemarie Prast*	03641-392388		heidemarie.prast@lebertransplantation.de
Jena	Volker Leich*	036425-50401		volker.leich@lebertransplantation.de
Rudolstadt	Hans-Jürgen Frost*	03672-410173		hans-juergen.frost@lebertransplantation.de

(komm.) = kommissarisch

Weitere Ansprechpartner für ...	Name	Telefon	Fax	E-Mail
junge Transplantierte	Christina Wiedenhofer	0177-2781056		christina.wiedenhofer@lebertransplantation.de
junge Transplantierte	Christine Held	07459-9320934	07459-9320935	christine.held@lebertransplantation.de
Eltern lebertransplant. Kinder + Jugendl.	Joachim F. Linder	0171-1234188	03212-1234188	joachim.f.linder@lebertransplantation.de
Eltern lebertransplant. Säugl. + Kleinkinder	Petra Dahm	0208-304375-1	0208-304375-3	petra.dahm@lebertransplantation.de
Angehörige von Betroffenen	Gudrun Hildmann	02163-4210	03212-2342779	gudrun.hildmann@lebertransplantation.de
Angehörige von Betroffenen	Jörg Hülsmann	05223-48971		joerg.huelsmann@lebertransplantation.de
Angehörige von Betroffenen	Renate Pauli	08761-60119		renate.pauli@lebertransplantation.de
Hinterbliebene von Organspendern	Brigitte Herzog	09406-90402		brigitte.herzog@lebertransplantation.de
Lebendspende	Nicole Köhler			nicole.koehler@lebertransplantation.de
Schwerbehindertenrecht	Stefan Sandor	089-41876627		stefan.sandor@lebertransplantation.de

Koordinatoren

Sie wünschen Kontakt zu Mitbetroffenen in Ihrer Wohnortnähe. Wenn Sie den Ansprechpartner in Ihrer Nähe nicht erreichen, wenden Sie sich an den **Koordinator** der entsprechenden Region:

Region	Name	Telefon	Fax	E-Mail
Nord	Peter Mohr	04131-53217		peter.mohr@lebertransplantation.de
Nord-Ost	Egbert Trowe (komm.)	05139-9827930	05139-9840533	egbert.trowe@lebertransplantation.de
Süd-Ost	Hans-Jürgen Frost	03672-410173		hans-juergen.frost@lebertransplantation.de
Nordrhein-Westfalen	Christina Hülsmann (komm.)	05223-48971		christina.huelsmann@lebertransplantation.de
Mitte	Mariele Höhn	02602-81255	02602-81255	mariele.hoehn@lebertransplantation.de
Baden-Württemberg Nord	Jutta Riemer	07946-940187	07946-940186	jutta.riemer@lebertransplantation.de
Baden-Württemberg Süd	Jutta Riemer (komm.)	07946-940187	07946-940186	jutta.riemer@lebertransplantation.de
Bayern Nord	Roland Stahl	09187-410508	09187-410509	roland.stahl@lebertransplantation.de
Bayern Süd	Helmut Thaler	08131-736959		helmut.thaler@lebertransplantation.de

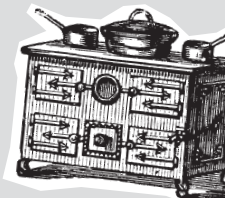
Sie planen Aktionen zum Thema Organspende, benötigen Material oder Hilfe? Sie haben Fragen zum Thema Organspende? Dann wenden Sie sich an unsere **Koordinatoren Organspende** der entsprechenden Region:

Region	Name	Telefon	Fax	E-Mail
Nord	Egbert Trowe	05139-9827930	05139-9840533	egbert.trowe@lebertransplantation.de
Ost	Hans-Jürgen Frost	03672-410173		hans-juergen.frost@lebertransplantation.de
Mitte	Mariele Höhn	02602-81255		mariele.hoehn@lebertransplantation.de
Süd (Baden-Württemberg)	Josef Theiss (komm.)	07142-57902	07142-7739333	josef.theiss@lebertransplantation.de
Süd (Bayern)	Peter Schlauderer	09441-1744949		peter.schlauderer@lebertransplantation.de

Fachbeiräte

Name	Transplantationszentrum/Krankenhaus/Institution
Ärztliche Fachbeiräte an Lebertransplantationszentren	
Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein	Klinikum und Fachbereich Medizin Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M., Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Prof. Dr. med. Thomas Becker	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel, Klinik für Allgemeine Chirurgie und Thoraxchirurgie
Prof. Dr. med. Markus Wolfgang Büchler	Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie
Univ.-Prof. Dr. med. Peter Galle	Universitätsmedizin Mainz, I. Medizinische Klinik und Poliklinik
Prof. Dr. med. Michael Geißler	Leberzentrum Klinikum Esslingen, Klinik für Allgemeine und Innere Medizin
Prof. Dr. med. Alexander Gerbes	Klinikum der Universität München Campus Großhadern, Medizinische Klinik und Poliklinik II
Prof. Dr. med. Guido Gerken	Universitätsklinikum Essen, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie
Prof. Dr. med. Johann Peter Hauss (em.)	Universitätsklinikum Leipzig, Department für Chirurgie
Prof. Dr. med. Ernst Klar	Universitätsklinikum Rostock Chirurgische Klinik u. Poliklinik, Abt. f. Allgemeine, Thorax-, Gefäß- u. Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Otto Kollmar	Universitätsklinikum Göttingen, Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Alfred Königsrainer	Universitätsklinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Tübingen
Prof. Dr. med. Ulrich Leuschner	Fachärztliche Praxis Innere Medizin/Hepatologie, Frankfurt a.M.
Prof. Dr. Dr. h. c. Klaus-Peter Maier	Diakonie-Klinikum Stuttgart, Expertenzentrum Hepatologie
Univ.-Prof. Dr. med. Michael P. Manns	Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie
Prof. Dr. med. Björn Nashan	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Peter Neuhaus	Charité Campus Virchow-Klinikum Berlin, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Gerd Otto (em.)	Universitätsmedizin Mainz, Abteilung für Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Hans J. Schlitt	Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Chirurgie
Univ.-Prof. Dr. med. Norbert Senninger	Universitätsklinikum Münster, Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Prof. Dr. med. Utz Settmacher	Universitätsklinikum Jena, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
Prof. Dr. med. Ulrich Spengler	Universitätsklinikum Bonn, Medizinische Klinik und Poliklinik I, Leiter Hepatologie
Prof. Dr. med. Wolfgang Stremmel	Universitätsklinikum Heidelberg, Innere Medizin IV
Prof. Dr. med. Christian Trautwein	Universitätsklinikum Aachen, Klinik für Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen und Internistische Intensivmedizin
Prof. Dr. med. Stefan Zeuzem	Klinikum und Fachbereich Medizin Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M., Medizinische Klinik I
weitere ärztliche Fachbeiräte	
Prof. Dr. med. Joachim Arnold	Diakoniekrankenhaus Rothenburg (Wümme) gGmbH, II. Medizinischen Klinik, Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen, Diabetes-Zentrum
Prof. Dr. med. Klaus Böker	Facharztpraxis Hepatologie, Hannover
Prof. Dr. med. Karel Caca	Klinikum Ludwigsburg, Klinik für Innere Medizin
Prof. Dr. med. Martin Katschinski	DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus Bremen, Medizinische Klinik I
Prof. Dr. med. Ulrich Leuschner	Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M., Medizinische Klinik II
Prof. Dr. med. Eggert Stockfleth	Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Dortmund
Fachbeiräte Psychologie/Psychosomatik	
Dr. med. Gertrud Greif-Higer	Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dr. med. Dipl. Psych. Brigitte Schlehofer	Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Prof. Dr. med. Dr. phil. Karl-Heinz Schulz	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie, Transplantationspsychologie
Fachbeirat Pflege	
Ellen Dalien	Universitätsklinikum Heidelberg, Transplantationszentrum
Juristische Fachbeiräte	
Dr. jur. Rainer Hess	Rechtsanwalt, Köln
Prof. Dr. jur. Hans Lilie	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Geistliche Fachbeiräte	
Pfarrerin Barbara Roßner	Pastoralpsychologin, Heidelberg, Tel. 06221-484678
Pfarrer Horst Tritz	Kath. Klinikseelsorge, Heidelberg, Tel. 06221-5636598

Medizin mit gesundem Menschenverstand



Kochen und genießen Sie zu Hause ...

Auf die Frage, wie man sich möglichst gesund ernähre, antwortet Andrew Weil, der bekannte amerikanische Ganzheitsmediziner: Kochen Sie nach Möglichkeit zu Hause; ein wohlschmeckendes Gericht zuzubereiten, sei keine lästige Aufgabe, sondern eine großartige Möglichkeit, sich nach einem langen Arbeitstag zu entspannen; eine besondere Freude sei es, wenn die Familie und Freunde in der Küche mit Hand anlegen. Ein großes Anliegen ist ihm dabei, dass man entzündungsfördernde Nahrungsmittel meidet (besonders industriell verarbeitete und verpackte Nahrungsmittel wie Weizenmehl, Zucker und Salz; fast food bzw. Fertiggerichte mit ungesättigten Fettsäuren).¹

... verwenden Sie dabei viel Gemüse und reichlich frische Kräuter ...

Wildkräuter sprießen überall: am Wegesrand, in Mauerritzen und natürlich auch in Ihrem Garten (oft vermeintlich als „Unkräuter“ bezeichnet). Sie können Ihre Salate, Soßen, Frischkäse, Nudel- und Reisgerichte mit vielen Kräutern anreichern: Taubnessel, Schafgarbe, Oregano (wilder Majoran), Gänseblümchen, Sauerampfer, Spitzwegerich, Gundermann und der viel geschmähete Giersch. Sie erhalten auf diese Weise viele Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente.² Auf diese natürliche Art können Sie weitgehend auf Nahrungsergänzung durch chemisch hergestellte Vitamine verzichten. Mit diesen vermeintlich gesunden Vitaminergänzungen überdecken Sie häufig nur die mangelnde Qualität der heutigen, industriell verarbeiteten Nahrungsmittel, die arm an natürlichen Nährstoffen sind.³ Ein gesteigerter Verzehr von Gemüse reduziert das Risiko, an Leberkrebs zu erkranken. Eine Steigerung des Gemüsekonsums um 100 g/Tag vermindert das Krebsrisiko um acht Prozent.⁴ Auch wenn dies nur ein vorläufiges Ergebnis einer großangelegten Meta-Analyse ist, kann diese Erkenntnis für Ihre Essgewohnheiten nur förderlich sein. Bei dieser Ernährungsweise (ergänzt um viel Bewegung, siehe nächste Vignette) sind dann auch mäßiger Verzehr von Eiern und Butter wieder erlaubt bzw. sogar förderlich.⁵



... und machen Sie es sich zur Gewohnheit, sich möglichst viel zu bewegen ...

Das lateinische Sprichwort „Nach dem Essen sollst du ruh'n oder 1000 Schritte tun“ empfiehlt zwar Ruhen. Halten Sie sich aber eher an die 1000 Schritte. Das ist auf jeden Fall gesünder. Andrew Weil empfiehlt Bewegung insbesondere um die Mittagszeit, um auf diese Weise Geist und Körper zu erfrischen und die Müdigkeit am späteren Nachmittag zu bekämpfen.⁶ Sie können mit regelmäßiger physischer Aktivität auch dem Trend zur Fettleber (und damit zu ernsthaften Lebererkrankungen) entgegenwirken.⁷ Regelmäßige körperliche Betätigung kann einerseits soziale Kontakte fördern (gemeinsames Training in der Turnhalle oder in freier Natur), andererseits insbesondere gegen Diabetes 2 und Depressionen wirken und somit wahrscheinlich auch gegen Alzheimer/Demenz.⁸ Vielleicht steigern körperliche Übungen auch die Festigkeit Ihres Händedrucks und damit – oh Wunder – Ihre Lebenserwartung.⁹



... und zur Ruhe zu kommen ...

Wir sind im Alltag von viel Lärm umgeben: vom Laubpuster und Verkehrslärm bis hin zu Radio und Fernsehen (oder womöglich Disco). Nachlassendes Gehör und Verhaltensstörungen sind häufige Folgen. Einkehr und innere Ruhe sind wichtige Wege zu besserer Gesundheit. Dabei können Meditation, Tai Chi und Yoga, aber auch Ausflüge in die Natur mit Beobachten von Tieren und Blumen oder auch eine genüssliche Pause bei Tee oder Kakao helfen.¹⁰ Gönnen Sie sich immer wieder ein bisschen Ruhe.



... aber Kaffeekonsum nützt auch.

Wie an dieser Stelle in den „Lebenslinien“ immer wieder erwähnt, ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass Kaffeekonsum gesundheitsfördernd sein kann. Kaffeetrinker haben bei einem Konsum von 2–3 Tassen pro Tag im Vergleich zu 0 Konsum ein um 38 Prozent verringertes Risiko an Leberkrebs zu erkranken; bei über 4 Tassen pro Tag war das Risiko sogar um 41 Prozent geringer. Im Hinblick auf das Sterberisiko bei chronischer Lebererkrankung wurden sogar Reduktionen von 46 Prozent bzw. 71 Prozent berechnet. So das Ergebnis einer großangelegten Studie von Bewohnern verschiedener Rassen in Hawaii und Kalifornien.¹¹

Ulrich R.W. Thumm

- 1) Molly Cereta Smith, Interview mit Andrew Weil, greenliving, January 2015.
- 2) „Frisch gepflückt“, ReformhausKurier, Juli 2015.
- 3) Catherine Price: Vitamins Hide the Low Quality of Our Food, New York Times, February 15, 2015.
- 4) Yang Yang et al.: Increased Intake of Vegetables, But Not Fruit, Reduces Risk for Hepatocellular Carcinoma; A Meta-analysis, Gastroenterology, Vol. 147, Issue 5: 1031–1042 (November 2014).
- 5) „Freispruch fürs Ei?“ ReformhausKurier, August 2015.
- 6) Siehe Fußnote 1.
- 7) Sechang Oh et al.: Moderate to vigorous physical activity volume is an important factor for managing nonalcoholic fatty liver disease: A retrospective study, Hepatology, Vol. 61, Issue 4: 1205–1215 (April 2015).
- 8) Nicola von Lutterotti: Wie Depression und Diabetes im Gehirn wüten. Forciert der Lebensstil die Abwärtsspirale bei Demenz? Frankfurter Allgemeine Zeitung, 22. April 2015.
- 9) Der Zusammenhang zwischen Händedruck und Lebenserwartung wird in einem in The Lancet veröffentlichten Papier von Daryll Leong behauptet. Siehe The Economist, May 16th, 2015.
- 10) „Psst“, ReformhausKurier, August 2015.
- 11) Veronica Wendy Setiawan et al.: Association of Coffee Intake With Reduced Incidence of Liver Cancer and Death From Chronic Liver Disease in the US Multiethnic Cohort, Gastroenterology, Vol. 148, Issue 1: 118–125 (January 2015).



069 / 678 675 90
www.kiophone.de

**Jung
und
transplantiert?
Wir klären
gemeinsam
Deine Fragen!**

Vertraulich, anonym und auch online

Ruf einfach an!

Dienstag (11-13 Uhr) und Freitag (14-16 Uhr)