

LEBENS LINIEN



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

1/2019



Editorial	1
Festveranstaltung zum 25-jährigen Jubiläum von Lebertransplantierte Deutschland e.V.	2
Brief von Bruder Sylvestro	5
Verleihung des 1. Jutta-Vierneusel-Preises an Dieter Eipl ...	6
„Bauen an einem lebendigen Haus“ Gottesdienst zum 25-jährigen Jubiläum	7
Unsere Vorsitzende Jutta Riemer durch die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes geehrt	8

Transplantationsmedizin

Lebendspende-Lebertransplantation in Deutschland	9
Schwestern teilen sich ein Organ	11
28. Jahrestagung der Deutschen Transplantations- gesellschaft (DTG)	12
Wer kommt wann auf die Warteliste? Kriterien, Untersuchungen, Entscheidung.....	14
Hämophile Patienten in der Chirurgie am Beispiel der Lebertransplantation	16
(M)ein neues Leben	17
Aktuelle Herausforderungen in der Transplantations- medizin: Folgt dem Organmangel bald auch ein Chirurgenmangel?	18

Aus Wissenschaft und Forschung

Entwicklungen in der Hepatologie	20
Fettleber etc.	20
Alkohol.....	21
Entzündliche Darmerkrankungen, PSC und Folgeerkrankungen	21
Neues von der Virushepatitiden-Front: HBV, HEV	22
Leberkrebs (HCC, CCC)	22
Lebertransplantation (Ltx): Jenseits von MELD	23

Hepatology

„Hepatitis: Findet die fehlenden Millionen!“	24
Frühzeitige Diagnose und Therapie von Leber- erkrankungen können Krebs verhindern	25
Neues Ultraschall-Verfahren für die Leberdiagnostik	25
50% weniger Lebertransplantationen wegen Hepatitis C durch erfolgreiche Therapie.....	26

Aus den Zentren

Prof. Dr. med. Ernst Klar – Feierliche Emeritierung in Rostock	26
Essen: Arzt-Patiententag im Universitätsklinikum	27

Transplantationsgesetz · Organspende

Was tut die Bundesregierung für die Organspende?	28
Solidarität und Selbstbestimmung	29
Organspendeausweise	31
Pressespiegel	32
14. Kongress der Deutschen Stiftung Organtransplantation	34
Eurotransplant Annual Meeting Oktober 2018	35
Neue Initiative: Hausärzte als Ansprechpartner beim Thema Organ- und Gewebespende.....	36
Organspende-Zahlen steigen im 1.–3. Quartal 2018	36

Gesundheit

Neuer Behandlungsansatz für Juckreizgeplagte	37
Herz aus dem Takt – Vorhofflimmern ernst nehmen!	37
Alternative und komplementäre Medizin bei Krebs- und Lebererkrankungen	38

Recht · Soziales

Antrag auf Pflegegeld?	39
Schwerbehindertenrecht: Merkzeichen H (hilflos) bei einem lebertransplantierten Kind	40

Geist · Körper · Seele

Patientengeschichte Günter Wanner	40
Gedanken beim Wiederlesen eines wichtigen Buches	42
Broschüre Leberkrebs (HCC)	43
Broschüre Leber und Krebs	43
Elke Aryeequaye: Die Chance auf ein Leben	44
Gedenken	45

Ernährung

Fisch ist nicht gleich Fisch!	46
-------------------------------------	----

Vereinsgeschehen

Regensburg: Wartepatientenseminar	48
Aktiv für die Organspende bei zwei großen Radrennen	49
„Eine Geschichte bleibt länger hängen als Zahlen“	49
Organspender werden – ja oder nein?	50
Netzwerk Organspende beim NRW-Tag 2018 in Essen	51
Theater für Organspende – Organspende im Theater: „Die Spenderniere“	51
Neue Ansprechpartner	52
Beitrittserklärung	53
Wuppertal: Kontaktgruppentreffen 2018	54

Vermischtes

Termine 2019 – Impressum – Dank an Sponsoren	55
Adresse Verein – Vorstand	56
Ansprechpartner/Kontaktgruppen – Koordinatoren	57
Fachbeiräte	60
Medizin mit gesundem Menschenverstand	U3



Birgit Ketzner (Mitglied LD e.V.)
Seerosen
Öl auf Leinwand

Wir danken der Künstlerin für die
Möglichkeit des kostenlosen Abdrucks.



Unser Jubiläumsjahr 2018 ist vorüber, es bleiben aber die Erinnerungen an die Festveranstaltung am 15. September 2018 in Schwetzingen. In dieser Ausgabe finden Sie einen Bericht und auch Bilder dazu. Eine Erinnerung für alle, die dabei waren und die Möglichkeit, doch noch etwas teilzuhaben für diejenigen, die nicht dabei waren. Gefreut haben uns auch die vielen positiven Rückmeldungen und Glückwünsche, die uns erreicht haben. So hat uns ein langjähriger Koordinator der DSO, Dr. Karl-Ludwig Fischer-Fröhlich, geschrieben:

„Liebe Frau Riemer, vielen Dank für die Einladung zum 25-jährigen Jubiläum. Meine Glückwünsche. Den Werdegang von den Anfängen bis heute habe ich mit erlebt und wir alle können stolz auf Ihre Arbeit und die Arbeit der Mitglieder und „Aktiven“ sein. Dafür meine Glückwünsche. 1997 durfte ich bei der 5-Jahresfeier eine Laudatio halten, und es gab ein nettes Schmunzeln auf „weiter so, in 25 Jahren treffen wir uns hier wieder“. Das möchte ich dem Verein auch wünschen und Ihnen und allen Transplantierten und Unterstützern.“

Aus vielen Rückmeldungen sprach Anerkennung für die kontinuierliche, ehrenamtliche Arbeit – aber, wie oben, auch eine klare Ermunterung weiterzumachen, uns den wichtigen politischen Themen zu stellen und die Patientenbetreuung in der Fläche fortzuführen. Auf geht's also in die nächste Runde – erst mal bis zum 30-Jährigen!

Das **Thema Organmangel** begleitet uns seit der Gründung des Verbandes. So dramatisch wie in 2017 gestaltete sich die Situation für die Wartelistenpatienten aber noch nie. Die katastrophalen Spenderzahlen 2017 haben zunächst die DSO bewogen, im September 2017 in einem Initiativplan alle besonders wichtigen Maßnahmen zusammenzufassen, die dringend ergriffen werden müssen, um dem Organmangel entgegenzuwirken. Wir als Patientenverein haben mit den anderen Mitgliedern der BAG TxO einen „Runden Tisch Organspende“ gefordert, der die Umsetzung dieser Maßnahmen mit allen Partnern, die sich um die Organspende kümmern, forciert. Im Juni und Oktober fanden entsprechende Zusammenkünfte im Bundesgesundheitsministerium statt. Im Dezember haben sich mehrere Arbeitsgruppen zu verschiedenen Themenschwerpunkten des Initiativplans getroffen, um in rascher Umsetzung Verbesserungen zu erreichen. Auch hier sind wir bei der Arbeit aktiv mit dabei.

Dieser Initiativplan stellt die Basis des Gesetzentwurfs dar, der nun schon das Kabinett passiert hat. Diese gesetzgeberische Maßnahme greift an vielen neuralgischen Punkten der Organspende an. Experten und auch die Patientenverbände sind überzeugt, dass diese Neuregelungen an den entscheidenden Punkten ansetzen und setzen große Hoffnungen darauf.

Zusätzlich zum Initiativplan haben sowohl die DTG als auch der Ärztetag im Frühjahr die Widerspruchsregelung gefordert. Etwas später propagierte auch Bundesgesundheitsminister Spahn eine breite Diskussion zur Widerspruchslösung.

Seither lesen und hören wir fast täglich Beängstigendes, Spekulatives und sogar manchmal Wahres über die Widerspruchslösung. Bei der Debatte darüber im Parlament am 28.11.2018 zeugten bei Weitem nicht alle Beiträge von Sachkompetenz und fachlich guter Vorbereitung. Die Presse befasst sich viel mit dem griffigen und polarisierenden Thema Widerspruchsregelung, leider wenig mit den zu erwartenden Strukturveränderungen.

Viele transplantierte Betroffene wären froh, wenn die von Minister Spahn angeregte, breite Diskussion letztendlich in einer Widerspruchsregelung münden würde. Gute Aufklärung, Interesse wecken und Akzeptanz schaffen für das Thema sind aber Voraussetzung für eine gesetzliche Implementierung der Widerspruchsregelung. Nur dann hören wir keine Unwahrheiten mehr über die Widerspruchslösung, wie z. B. die, dass hier ein Zwang zur Organspende eingeführt würde. Denn jeder könnte sich weiterhin freiwillig für oder gegen eine Spende entscheiden und bei der sog. Doppelten Widerspruchslösung werden auch die Angehörigen im Ernstfall nochmals befragt. In diesem Heft lesen Sie Näheres dazu. Uner Verband hält es für wichtig, dass jeder Bürger sich zum Thema Organspende entscheiden muss, also eine konsequente Fortführung der Entscheidungslösung.

Also keine Pflicht zur Organspende, aber eine Pflicht zur Entscheidung.

Wer uns allerdings erzählen will, dass das komplexe Problem des Organmangels einfach gelöst werden kann durch die Einführung der Widerspruchsregelung, der outet sich, die Probleme nur aus einem Blickwinkel und von außen zu betrachten. Es muss deutlich gesagt werden: Wer die Widerspruchslösung nicht als erste Priorität sieht, ist nicht verantwortlich für den Tod von Menschen! Denn nur mit der Widerspruchsregelung, aber den alten Strukturen, wird sich nichts nach vorne bewegen. Denn die Bremse ist gerade nicht die Einstellung der Menschen oder fehlende Zustimmung im Ernstfall. Das zeigen aktuelle Umfragen der BZgA.

Alle Organisationen, die sich um die Wartelistenpatienten sorgen, sind dabei, durch viele Maßnahmen die Organspende, um bei dem Bild zu bleiben, wieder in Fahrt zu bringen. Auch unser Verband engagiert sich hier in großem Umfang. Die Einführung der Widerspruchslösung ist ein Teil davon, den es bei gegebenen Voraussetzungen lohnt zu verfolgen.

Mit den besten Wünschen für 2019

Ihre Jutta Riemer

Festveranstaltung zum 25-jährigen Jubiläum von Lebertransplantierte Deutschland e.V.

Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

geholfene helfen Betroffenen
25
JAHRE
1993-2018

„Betroffene helfen Betroffenen“ unter diesem Motto stand die Feier im Schloss in Schwetzingen am 15.9.2018. Lebertransplantierte Mitglieder des Vereins, ihre Partner und Lebensgefährten, Angehörige von Organspendern und Transplantationsmediziner waren der Einladung nach Schwetzingen gefolgt.



Jutta Riemer, langjährige Vorsitzende des Vereins, begrüßte die Mitglieder und Gäste. Inhalte, Aufgaben und Strukturen den sich wandelnden Anforderungen an die Selbsthilfe anzupassen sei eine immerwährende Aufgabe, so Jutta Riemer. „Wir werden auch in Zukunft zu brisanten Themen in der Transplantationsmedizin und in der Organspende Stellung beziehen“, versprach sie den Anwesenden. Die Vernetzung mit Partnern soll forciert werden, um so positive Veränderungen im

Sinne von Lebertransplantationspatienten voranzubringen. Zum Inhalt des derzeit im Bundesministerium für Gesundheit vorliegenden Referentenentwurfs haben auch LD ihren Teil beigetragen.



Es folgte das Grußwort von **Prof. Dr. mult. Eckard Nagel**, Schirmherr von LD. Er verglich das Wachsen und Gedeihen von LD mit einem Baum, den er vor über 25 Jahren gepflanzt hat. „Es ist ein bemerkenswert großer Baum, der da gewachsen ist.“ Er wies auf die Veränderungen in der Medizin in den letzten 25 Jahren hin. Die sehr stark paternalistische Medizin, bei der der Arzt wusste, was für den Patienten gut ist, hat sich durch das Wachsen des Baums verändert, hat seine Wurzeln in eine neue Struktur, in ein neues Fundament unserer Gesellschaft mit eingebracht.



Dr. med. Axel Rahmel, Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation, bedanke sich für die Einladung. Für die Mitarbeiter der DSO sei es wichtig, Kontakt zu den Transplantationspatienten zu haben und daraus Kraft für ihre Arbeit zu schöpfen. Denn zu oft seien sie nur mit der tragischen Seite der Organtransplantation beschäftigt, denn Tod und Organspende gingen Hand in Hand. Auch er würdigte die Arbeit der Selbsthilfe. „Selbsthilfegruppen und die Unterstützung untereinander sind eine der ganz wesentlichen Säulen der Transplantationsmedizin und ein Schlüsselement, um den Transplantationserfolg langfristig zu gewährleisten“, führte Dr. Rahmel aus. „Die Aktivität ihres Vereins hat zu der bekannt positiven, die Transplantationsmedizin unterstützenden Gesetzesinitiative beigetragen. Dazu gehören auch die An-



erkennung der Spenderangehörigen und die Möglichkeit einer anonymen Kommunikation zwischen Spenderangehörigen und Organempfängern, die hoffentlich bald wieder möglich wird.“



Prof. Dr. med. Bernhard Banas, Präsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft, stellte in seinem Grußwort die Punkte in der Transplantationsmedizin heraus, die sich in den letzten 25 Jahren nicht verbessert hätten. „797 Organspender für ein Volk von über 80 Millionen Menschen, dies ist einfach zu wenig, da hat sich gar nicht viel getan“, meinte Prof. Banas. Hoffnung setzt er in die jüngste Gesetzesinitiative, die sogar zu einem Vorstoß in Richtung Widerspruchslösung geführt habe. Er forderte die Anwesenden dazu auf, alles daranzusetzen, mit seriöser Information aufzuklären, um dem Vorwurf, man wolle eine Organabgabepflicht, entgegenzutreten. „Wir brauchen in Deutschland eine Kultur pro Organspende!“, forderte Prof. Banas.



Egbert Trowe, der stellvertretende Vorsitzende von LD, gedachte und dankte gemeinsam mit den Anwesenden den Organspendern und ihren Angehörigen. Ihre Entscheidung ermöglichte vielen Anwesenden, dank erfolgreicher Lebertransplantation an der Feier teilzunehmen.

Das größte Wunder ist das Leben, so begann **Brigitte Herzog** vom Netzwerk Spenderfamilien ihren Vortrag über Le-



ben und plötzlichen Tod ihrer Tochter Marlene. In der Ausbildung zur Krankenschwester stehend verstarb diese 18-jährig plötzlich durch einen Unfall und wurde auf eigenen Wunsch zur Organspenderin. Trost fand Brigitte Herzog darin, dass die Organe ihrer Tochter 4 Menschen ein Weiterleben ermöglichen, darunter ein siebenjähriger Junge. Für sie ein Wunder des Lebens. Lange anhaltender Beifall galt ihrer Tochter und ihr. Brigitte Herzog engagiert sich seither im Netzwerk Spenderfamilien, das seit kurzem Teil von LD ist. „Bemühen wir uns darum, dass die Organspende endlich einen respektvollen und wertschätzenden Platz in unserer Gesellschaft erhält. Dies ist längst überfällig“ schloss Brigitte Herzog ihren bewegenden Vortrag.



Prof. Dr. med. Gerd Otto, Ehrenmitglied von LD e.V., sprach in seinem Festvortrag über die Bedeutung der Patientenselbsthilfe für Ärzte und Pflegenden und die Entwicklung des Vereins Lebertransplantier-



te Deutschland e.V. über 25 Jahre. Er ließ die Geschichte des Vereins Revue passieren, war er doch vor 25 Jahren derjenige, der mit Jutta Vierneusel den Grundstein für die Patientenselbsthilfe Lebertransplanter legte. Kurz nach der Vereinsgründung im August 1993 erschien die erste Ausgabe der „Lebenslinien“. 1996 gab es 160 Mitglieder. In der Diskussion um das Transplantationsgesetz gab es die erste Möglichkeit für den noch jungen Verein, sich einzubringen. Auch bei der Überarbeitung des Transplantationsgesetzes war die Stellungnahme des Selbsthilfeverbands gefragt. Ebenso hob er die Bedeutung der Homepage mit ihren vielfältigen Informationsmöglichkeiten hervor. Er würdigte die Ansprechpartner, die bei ihren Stationsbesuchen oft mehr Gesprächszeit mit den Transplantationspatienten verbringen als das Pflege- und ärztliche Personal. Vertreter des Vereins arbeiten in der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer mit. Dort werden grundlegende Entscheidungen für die Transplantationsmedizin getroffen, vor allem aber werden dort die Richtlinien erstellt, die für die Organspende und die Organverteilung wichtig sind. Ebenso ist LD in der „Kommission Leber“ der Deutschen Transplantationsgesellschaft und im Stiftungsrat der Deutschen Stiftung Organtransplantation vertreten.

Organspende ist keine Frage der Widerspruchslösung. Dies zeigte Prof. Otto am Beispiel Spaniens. Dort sind 15.000

Personen des medizinischen Personals darin geschult, potenzielle Organspender zu lokalisieren. Dies und nicht die Widerspruchslösung ist seiner Meinung nach die Ursache für die hohen spanischen Spenderzahlen. So setzt der neue Gesetzesentwurf für Deutschland seiner Meinung nach an der richtigen Stelle an.

In der Diskussion um die Mindestmengen, es wird eine Mindestzahl an Transplantationen für jedes Zentrum verlangt, forderte er die Meinung von LD ein. Flächendeckende Versorgung steht hier der Zentralisierung entgegen. Er beleuchtete die unterschiedlichen Fallzahlen und die Qualität der Transplantationen. Einen signifikanten Zusammenhang konnte er nicht erkennen.

Die Probleme mit dem Transplantationsregister erläuterte Prof. Otto in einem weiteren Teil seines Vortrags. Daten müssen aus verschiedenen Datenbanken unter der Prämisse des neuen Datenschutzgesetzes zusammengetragen werden. Hier forderte er die Mithilfe und Zustimmung der Patienten und bat LD, eben hierfür zu werben und sich weiter einzubringen. Lange Überlebenszeiten von weit über 20 Jahren nach der Lebertransplantation seien auch ein Erfolg von Lebertransplantierte Deutschland.

Prof. Dr. mult. Eckard Nagel zeigte die aktuelle Entwicklung und Perspektiven in der Transplantation und Organspende auf. Er begann mit einem Rückblick auf das Transplantationsgesetz von 1996, das

zum Zeitpunkt seiner Verabschiedung über 20 Jahre im Bundestag diskutiert wurde. Jetzt, über 22 Jahre später, sei eine Neufassung in der Diskussion. Eigentlich sollten, nachdem die Mängel im bisherigen System erkannt seien, Veränderungen am Gesetz vorgenommen werden in der Hoffnung, damit eine Verbesserung in der Transplantationsmedizin zu erreichen. Die öffentliche Diskussion und Darstellung in den Medien rufe jedoch bisweilen Bestürzung hervor. Er zeigte ein Bild von Kindern, die sich zur Rehabilitation nach einer Transplantation im Ederhof aufhalten. Dieses Bild der Kinder erübrige eigentlich die Frage: Warum Organspende? Ebenso mache der Blick ins Auditorium oder der Vortrag von Brigitte Herzog klar, warum Organspende und Transplantation ein Gewinn für die Gesellschaft und auch für jeden Einzelnen ist. Dass dies nicht selbstverständlich ist und immer wieder der Gesellschaft klargemacht werden muss, belegte Prof. Nagel mit einem kürzlich von ihm gehörten Interview. Eine Anthropologin verstieg sich zu der Behauptung, Organtransplantation und lebenslange Immunsuppression seien nur eine unnütze Verlängerung des Sterbens. Je individualisierter eine Gesellschaft ist, umso geringer ist die Bereitschaft, tatsächlich Organe zu spenden, beziehungsweise die Organspende wirkungsvoll zu organisieren. Somit sei die Transplantationsmedizin auch ein guter Spiegel unserer Gesellschaft. Wichtig sei es, Vertrauen



in die Transplantationsmedizin und die Organspende aufzubauen. Dafür sei niemand besser geeignet als Organempfänger.

„Es gibt keine Pflicht zur Organspende, aber eine Pflicht, sich damit auseinanderzusetzen, ob man Organspender sein möchte oder nicht. Die Pflicht, uneigennützig zu helfen, ist eine Grundlage des christlichen Glaubens und Solidarität die Grundlage unseres Gesundheitssystems“, schloss Prof. Nagel seinen Vortrag.



Vor ein Rätsel stellte das Thema des Festvortrags von **Prof. Dr. med. Christian Strassburg** aus Bonn viele Zuhörer: Zu einer kriminalistische Spurensuche hatte er eingeladen und untersuchte den gut dokumentierten Krankheitsfall einer berühmten Person, die von 1770 bis 1827 lebte. Anhand vieler erhaltener Briefe, Beschreibungen von Ärzten, die Schriftstücke bis zum Bericht über eine durchgeführte Obduktion hinterlassen hatten, zeichnete er das Bild einer schweren Lebererkrankung nach. Veränderungen in der Schrift und auch in seinem Werk, er war als Komponist tätig, zeigten den Verlauf der Erkrankung. Spätestens als das Max Brod-Trio in meisterlicher Weise musikalische Beispiele aus seinem Schaffen darbot, war vielen Zuhörern klar, es handelte sich um Ludwig van Beethoven. Mit den heutigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten hätte ihm sicher geholfen werden können. Der Verzicht auf Alkohol, der in Form von Moselwein sogar als Heilmittel getrunken wurde, hätte sicher eine Besserung gebracht. „Kaffee als Genussmittel wäre, da er damals schon bekannt war, günstiger für ihn gewesen“, so Professor Strassburg. „Für eine Lebertransplantation würde Beethoven nach heutigen Kriterien nicht gelistet werden.“

Es schloss sich die Vergabe des Jutta Vierneusel-Preises an Dieter Eipl an.

5. September 2018

Hallo, liebe Jutta,

obwohl ich seit über einem Jahr zu verschiedenen LDeV-Treffen aus gesundheitlichen Gründen leider nicht kommen konnte, freue ich mich über die bevorstehende 25-jährige Jubiläumsfeierlichkeit im Schloss Schwetzingen mit Gottesdienst und möchte dir und allen ganz herzlich zu diesem Tag und allem Erreichten und Segenswirkungen bisher gratulieren!

Mein persönlicher Dank beginnt mit dem ersten Email-Kontakt mit dir im Herbst 2010, als ich gerade frisch in der Wartezeit viel Hilfe bei diversen Fragen durch dich erfahren durfte. Dann die „Lebenslinien“ mit so vielen hervorragenden, kompetenten Artikeln, die nicht nur viel Information vermittelten, sondern auch Erfahrungsberichte und daher viel Ermutigung mitten in den Herausforderungen der Erkrankung, der Wartezeit, und Ltx-OP und danach bringen. Bin immer noch begeistert über jede neue Ausgabe von den „Lebenslinien“ und auch die interne Ausgabe zwischendurch. Die verschiedenen Arzt-Patienten-Treffen haben mir ebenso sehr viel geholfen und bedeutet, auch mit den wert-vollen persönlichen Begegnungen. Unser Verein LDeV ist rundum ein großes Geschenk für uns Patienten. Dank und viel Wertschätzung gehören dir und allen im Vorstand und Beisitzer-Team und den Aktiven, zu denen ich leider nicht mehr gehören kann. Alles ist eine enorme Leistung, die unendlich viel Segen und Hilfe ausbreitet!

In den letzten 2 Jahren hat sich für mich durch viele gesundheitliche Probleme und letztendlich die notwendige Nierendialysebehandlung, ohne Aussicht auf eine Nierentransplantation, so manches „auf den Kopf gestellt“, aber ich darf nach der ganzen Entwicklung jetzt echt im tiefen Frieden über alles sein, wie es ist, weil es weiterhin von Gott geschenktes Leben ist!

Daher werde ich am 15. September leider nicht mit dabei sein können, aber möchte sehr herzlich grüßen und dir mit deinem Team sehr danken für unendlich viel Einsatz zur Hilfe für so viele Menschen, einschließlich dein Engagement für und in verschiedenen Entscheidungsträger-Gremien für Organspende und Anliegen der Transplantierten. Gott vergelte es dir überreich!

In viel Dankbarkeit,
dein Bruder Sylvestro Washburne

Ein herzliches Dankeschön an Bruder Sylvestro herzlich für die Möglichkeit des Abdrucks der persönlichen Zeilen an mich. Sie betreffen jedoch alle ehrenamtlichen Mitstreiter und spiegeln den Dank an alle Aktiven wider, den ich auf diese Weise gerne an unsere über 100 ehrenamtlich Engagierten und auch an die Mitglieder weitergebe. Bruder Sylvestro wünsche ich alles Gute und weiterhin viel Kraft für alle Schwierigkeiten, die seine chronische Erkrankung mit sich bringt.
Jutta Riemer

Wir danken der BARMER für die Förderung des Gesamtprojekts zum 25-jährigen Jubiläum.

BARMER

Verleihung des 1. Jutta-Vierneusel-Preises an Dieter Eipl

Der Vorstand hat im letzten Jahr beschlossen, dass Lebertransplantierte Deutschland e.V. Menschen mit einem Ehrenpreis auszeichnet, die die Arbeit unseres Patientenverbandes hervorragend unterstützen und die besonderes Engagement für Transplantationspatienten gezeigt haben, das über das normale berufliche Maß der Tätigkeit hinausgeht.

Dieser Preis ist benannt nach der Gründerin unseres Verbandes, Jutta Vierneusel, die 2016 kurz vor ihrem 70. Geburtstag verstorben ist. Sie hat als Vorsitzende von 1993 bis 2003 den Verband mit seinen vielen Hilfestellungen für Betroffene mit Ideen und Einsatz vorangebracht und mit dem Vorstandsteam die Weichen für die bundesweite Ausrichtung gestellt. Auch nach dieser Zeit hat sie sich als Ehrenvorsitzende immer wieder in der Vereinsarbeit engagiert.

Der Jutta-Vierneusel-Preis soll auch künftig bei zentralen Veranstaltungen von LD e.V. vergeben werden an in vorhin genanntem Sinne verdiente Persönlichkeiten aus der Region rund um den Veranstaltungsort.

Wie sieht er aus – der Ehrenpreis?

Das Bedürfnis von Lebertransplantierte Deutschland e.V. ist es, eine Leistung, die dem Leben dient, zu würdigen. Ebenso soll auch der Preis etwas sein, was dienlich ist, was eine Funktion aufweist – ein Gegenstand zum Gebrauch. Der Gedanke, einer „Dankbarkeit für die Unterstützung“ ist grundlegend für die Gestaltung. Kurz, ein Danksagen können für ein Haltgeben, für eine Hilfestellung, für ein Stützen, für ein sich Aufstützen können, dafür, einen Stützpunkt zu haben – eine Buchstütze symbolisiert diese Gedanken.

Unterschiedliche Materialien: Holz, Metall, Kunstharz symbolisieren die Spannungen und Gegensätzlichkeiten menschlichen Lebens. Die Ausführung in Holz, als lebendigem Werkstoff, war unser Wunsch. In der Bearbeitung des Eichenholzes mit vielen Kerben, Verletzungen und Einschnitten könnte sich so manches Schicksal von Betroffenen widerspiegeln. Verletzungen und Heilwerden spiegeln sich im Kunstharz wider.

So haben unser Preisträger und auch wir in unserer ehrenamtlichen Tätigkeit sicher so manche seelischen und körperlichen Wunden geglättet und erträglicher gestaltet.



Dennoch gehören sie zu unserer Geschichte und sind weiterhin sicht- und spürbar.

Der Preisträger

Dieses Jubiläumsfest findet nicht zufällig in Schwetzingen statt, sondern der Ort wurde bewusst gewählt, weil es sich hier wirklich wundervoll feiern lässt, aber vor allen Dingen, weil er auch in der Nähe des Gründungsortes Heidelberg liegt. Die Entscheidung hat sich der Vorstand nicht leicht gemacht. Bald sind wir aber auf einen Herrn gekommen, der schon rund um die Vereinsgründung vor über 25 Jahren die Aktiven in ihrem Tun unkompliziert und stets wie selbstverständlich unterstützt hat und sich seither kontinuierlich als verlässlicher Partner für unseren Verein und die Patienten eingesetzt hat.

Der Preisträger Herr Dieter Eipl ist Krankenpfleger und als interner Transplantationskoordinator am Universitätsklinikum Heidelberg tätig.

In den vergangenen 25 Jahren war er für uns eine wichtige Schnittstelle zum Transplantationszentrum Heidelberg und ist das immer noch. Räume, Catering, Abstimmungen zwischen Ärzten und uns Aktiven und nicht zuletzt die großartige, fast selbstverständlich Hilfe und Unterstützung bei der Planung des 2. Deutschen Patiententages Lebertransplantation 2010 in Heidelberg und der Veranstaltung zum 20-jährigen Jubiläum in der Uniklinik in Heidelberg im Juni 2013 sind hier zu nennen.

So kennen wir Aktiven ihn: Viele Heidelberger Patienten, auch ich gehöre dazu, durften ihn auch noch in seiner Funktion als Leiter der Intensivstation 3b für Transplantationspatienten erleben. Diese hat er seinerzeit 1990 mit viel Engagement und Liebe zum Detail aufgebaut und eingerichtet. Nicht nur er, sondern auch viele Patienten empfanden die Schließung „unserer 3b“ im Jahr 2001 als Verlust.

Seit 2001 ist er als klinikinterner Transplantationskoordinator tätig und kümmert sich so weiterhin um die Schicksale der Transplantationspatienten, die auf eine Lebertransplantation warten.

Herr Eipl ist aber nicht nur den Transplantationspatienten verbunden, sondern hat auch noch ein Kontaktstudium Palliative Care in Freiburg absolviert und setzt sein erworbenes Wissen nicht nur beruflich ein. Als Trauerbegleiter ist es ihm wichtig, ehrenamtlich Menschen auf ihrem letzten Weg zu begleiten und auch noch letzte Wünsche zu erfüllen. Auch in der Betreuung von Bedürftigen zeigte er großen ehrenamtlichen Einsatz, um Menschen Wege zu ermöglichen, die für uns so selbstverständlich sind.

Wir haben in Dieter Eipl also einen Preisträger, der sicher nicht nur seinen Job macht, sondern beruflich und privat nah an den Menschen mit viel Herzblut zu deren Wohle tätig ist. Und auch wir als Patienten und als Verein durften und dürfen davon profitieren.

Wir gratulieren Herrn Eipl verbunden mit den besten Wünschen zum Erhalt des Jutta-Vierneusel-Preises 2018, verliehen bei der Jubiläumsveranstaltung zum 25-jährigen Bestehen von Lebertransplantierte Deutschland e.V.

Jutta Riemer

„Bauen an einem lebendigen Haus“

Gottesdienst zum 25-jährigen Jubiläum

Josef Theiss

Zu einem so seltenen Ereignis wie das 25-jährige Bestehen einer Selbsthilfeorganisation gehört vor allem das Danken: allen, die an der Gründung und dem Werden, Wachsen und Wirken des kleinen „Senfkorns“ Selbsthilfegruppe Lebertransplantierte Heidelberg e.V. mitgearbeitet haben, vor allem aber dem Schöpfer allen Lebens bei einem Gottesdienst, zu dem in die St. Pankratiuskirche in Schwetzingen eingeladen worden war.

Die Vorbereitung hatten Josef Theiss und Wolfgang Weber übernommen. Frau Pfarrerin Barbara Roßner, die ehemalige Klinikseelsorgerin an der Chirurgie in Heidelberg, sowie der Krankenseelsorger Thomas Grün am Josefskrankenhaus in Heidelberg waren bereit, diese Dankfeier mit uns zu gestalten.

Beim ersten Vorbereitungstreffen an der Uniklinik Heidelberg ging es um die

Suche nach einem „Bild“ für das, was 25 Jahre Patientenverband Lebertransplantierte Deutschland e.V. bedeutet. Bald war es gefunden: im kleinen Senfkorn, das sich zu einem großen Baum entwickelt wie unsere Gemeinschaft. Jesus sagt im Gleichnis: „Ist es aber gesät, dann geht es auf und wird größer als alle anderen Gewächse ...“ (Mk 4, 31–32). Um es im Gottesdienst symbolisch bildhaft umzusetzen, kam schnell die Idee eines „lebenden Hauses“ in der Form von Weidenzweigen, die, miteinander verknüpft, zusammenwachsen und ein Haus bilden, nach oben offen, immer mit Blick zum Himmel. Stellvertretend für die Vielen, die seit 25 Jahren an diesem lebendigen Haus mit bauen, haben aktive Mitglieder mit verschiedenen Aufgaben nach ihrem persönlichen Statement Zweige in das Fundament des „lebendigen Hauses“, einem Weidenkorb, eingefügt und miteinander verbunden. Einem Haus der Hoff-

nung für so viele Betroffene, die zum Verein gefunden haben, aber auch für die vielen anderen Hoffenden. Biblisch gesprochen: „Ein Ort, wo die Vögel des Himmels nisten können!“

In den Fürbitten bat Frau Pfarrerin Roßner um Gottes Hilfe für Betroffene und Helfer und um Gottes Beistand für die Angehörigen der Spender und sie sprach den Dank für das durch Organspenden geschenkte Leben aus. Musikalisch bewegend umrahmt wurde die Feier von der Band „All in One“ mit unserem Mitglied Gundolf Belz und seiner Frau Heidi als „Frontsängerin“. Die Gemeindelieder wurden vom Organisten Wolfram Held begleitet. Allen ist zur Erinnerung an diesen Tag eine Doppelkarte mit Bild und dem Gleichnis zum Senfkorn mitgegeben worden. Schließlich wurde zur Unterstützung der Pichlmayr-Stiftung für transplantierte Kinder um eine Spende gebeten, die sehr reichlich ausgefallen ist.



Fotos: Steffen Elshans, Thomas Lebkücher, Josef Theiss

Unsere Vorsitzende Jutta Riemer durch die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes geehrt



Fotos: Andrea Sebastian

Josef Theiss

Im Oktober 2018 hat der Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier unserer Vorsitzenden Jutta Riemer das Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland für herausragende Leistungen für das Gemeinwesen verliehen. Ihr 20-jähriger, unermüdlicher Einsatz um die von einer Lebertransplantation Betroffenen und ihr großes Engagement für die Verbesserung der Transplantationsmedizin und vor allem der Organspende waren also nicht unbemerkt geblieben. Diese hohe und seltene Auszeichnung ist ihr bei einem feierlichen Festakt im Hotel-Restaurant Rose in Bretzfeld-Bitzfeld, nahe dem Heimatort von Jutta Riemer, vom Landrat des Hohenlohekreises Dr. Matthias Neth überreicht worden.

Landrat **Dr. Matthias Neth** fasste in seiner Laudatio zusammen: „Unsere Gesellschaft ist angewiesen auf die Bereitschaft von Menschen, im Großen und im Kleinen mehr zu tun, als sie unbedingt müssen.“ Jutta Riemer sei eine solche Persönlichkeit, die durch ihren selbstlosen Einsatz das Leben anderer verbessere. Im Anschluss überbrachte der Bretzfelder Bürgermeister **Martin Piott** die Glückwünsche der Gemeinde und verwies auf die Vorbildfunktion solch ehrenamtlichen Engagements, auf die eine Gemeinde stolz sein könne. Die als Gäste anwesenden Vertreter der Kommunal- und Landespolitik nahmen wichtige Impulse mit, sich für das Thema Organspende einzusetzen.

Auch **Prof. Dr. med. Gerd Otto**, Mitinitiator und Ehrenmitglied des Verbandes Lebertransplantierte Deutschland e.V., würdigte die Leistungen der Geehrten und bekräftigte in seinem Grußwort

die Notwendigkeit, sich von der Basis her permanent einzubringen und sich Gehör zu verschaffen. Ein wichtiger Schritt dazu sei auch die Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Transplantationsgesetz und Organspende (BAG TXO) zusammen mit anderen Patientenverbänden Organtransplantierte gewesen, die ebenfalls auf eine Initiative von Jutta Riemer zurückgeht.

Im Namen des Vorstands und der Mitglieder dankte **Josef Theiss**, langjähriger Mitstreiter der Geehrten, mit einem Blumenstrauß für ihren vorbildlichen Einsatz und ihre immer vermittelnde und kollegiale Leitung des Verbandes, dessen Mitgliederzahl sich seit ihrer Mitarbeit auf 1.400 verdoppelt hat. Er versäumte es nicht, auch ihrem lieben Mann Hans-Michael mit einem Weingebinde zu danken, denn er hält ihr immer den Rücken frei und sorgt für Haus und Hund während ihres Einsatzes – oft auch bei mehrtägigen Reisen.

Schon im Jahr 2014 ging der Auszeichnung die Verleihung des Verdienstordens des Landes Baden-Württemberg durch Ministerpräsident Kretschmann voraus, außerdem ist Jutta Riemer 2017 zum Ehrenmitglied der Deutschen Transplantationsgesellschaft ernannt worden. Insgesamt wird so der großen Leistung von Jutta Riemer eine breite öffentliche Anerkennung zuteil, die auch unserem Verband zu Gute kommt. Seit ihrem Vereinsbeitritt im Jahr 1997, kurz nach ihrer Transplantation, brachte sie sich ab 1998 mit großem Einsatz in unseren im Jahr 1993 von Jutta Vierneusel (†) gegründeten Patientenverband ein. Schon bald übernahm sie den stellvertretenden Vorsitz und im Jahr 2003 den Vorsitz des Vorstandes, den sie bis heute erfolgreich leitet. „Neben dem Thema Organspende sind mir das Helfen, Beraten, Zuhören,

Mut machen, Wegweiser sein für Transplantationspatienten und Angehörige besonders wichtige Bestandteile meines Lebens geworden. Ich hätte viel darum gegeben, wenn mir ein bereits Transplantiertes vor der OP Mut und Kraft gegeben hätte“, erklärte Jutta Riemer. Dem Verband Strukturen zu schaffen, diese zu erhalten, damit er diese Hilfe auf hohem Niveau kontinuierlich anbieten kann, ist ihr eine stetige Herausforderung. Um die Betreuung Betroffener zu verbessern, ist ihr die enge Zusammenarbeit mit den Ärzten in den Transplantationszentren und Kliniken ein großes Anliegen, vor allem auch bei der Hilfe für die Wartepatienten. Die Zeitschrift „Lebenslinien“, Seminare für Patienten und Aktive sowie die Zusammenarbeit mit den mehr als 100 ehrenamtlichen Ansprechpartnern haben bei ihr hohe Priorität.

Im Sinne der Interessenvertretung der Patienten bringt sie sich kompetent in den wichtigen Organisationen und Institutionen der Transplantationsmedizin ein, ebenso durch Stellungnahmen und die Arbeit in der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer. Die Organspende zu fördern, ist ihr eine Herzensangelegenheit. Als Mitinitiatorin des Bündnisses Organspende Baden-Württemberg widmet sie sich als Leiterin des Arbeitskreises Schule der Information über Organspende bei Schülern und Lehrerfortbildungen.

Jutta Riemer hatte zur Verleihungsfeier neben Familie und Freunden auch einige langjährige Wegbegleiter und Freunde aus dem Verband eingeladen. Die würdige Feierstunde, die das Landratsamt ausgerichtet hatte, wurde musikalisch vom Streichensemble der Familie Birkert umrahmt. Zum Abschluss durfte sich Jutta Riemer in das Goldene Buch der Gemeinde Bretzfeld eintragen.



v.l.: Martin Piott, Dr. Matthias Neth, Jutta Riemer, Prof. Dr. Gerd Otto, Josef Theiss



Links: Jutta Riemer trägt sich in das Goldene Buch der Gemeinde Bretzfeld ein

Lebendspende-Lebertransplantation in Deutschland

Fotos: privat



△ Prof. Dr. med. Silvio Nadalin
▷ Dr. rer. nat. Beate Harder
Transplantationszentrum
Universitätsklinikum Tübingen

Im Verlauf der letzten Jahre hat sich die Situation im Bereich der Lebertransplantationen (LTx) dramatisch verschärft. Im Vergleich zum Vorjahr sank die Gesamtzahl der Lebertransplantationen in Deutschland im Jahr 2017 nochmals um 8% ab (siehe Abb. 1a und 1b).

Trotz steter Bemühungen aller Beteiligten konnte der Negativtrend der letzten Jahre also nicht gestoppt werden; die Zahl der postmortalen Spender (DD-LTx) sank sowohl im Eurotransplant-Raum als auch in Deutschland kontinuierlich ab (siehe Abb. 2). Auch die Qualität der Spenderorgane hat sich zunehmend verschlechtert. Infolgedessen ist der Bedarf an Spenderorganen in Deutschland wie im gesamten Eurotransplant-Raum fortlaufend angestiegen.

Die Verteilung (Allokation) der Organe basiert im Eurotransplant-Raum auf dem MELD-Score (Model of End stage Liver Disease), der die Schwere der Lebererkrankung beschreibt und maximal 40

Punkte betragen kann. Ein Patient mit einem Wert größer als 35 hat eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit, innerhalb von 3 Monaten an den Folgen des Leberversagens zu versterben. Das bedeutet, dass die Dringlichkeit im Vordergrund der Organzuteilung steht. Laut Eurotransplant-Report 2017 (www.eurotransplant.org) wurden 40% der Lebertransplantationen bei Patienten mit einem MELD größer als 25 durchgeführt. Diese Patienten stellen aber nur 14% der Patienten auf den Wartelisten dar. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass 86% der Patienten auf der Warteliste mit den übrigen 60% der zu Verfügung stehenden Organe versorgt werden müssen. Daraus resultiert, dass die Sterblichkeitsrate auf der Warteliste im Eurotransplant-Raum stets hoch ist – und das sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen.

Die Einführung der Leber-Lebendspende (LD-LTx) Anfang der 1990er Jahre zuerst bei Kindern und später auch bei Erwachsenen war einer der bedeutendsten Fortschritte im Bereich der Lebertransplantation und kann zumindest partiell zur Entschärfung des Organmangels beitragen. Sie ist eine sichere und erfolgreiche Technik, die zur Erweiterung des Spenderpools bei Erwachsenen und insbesondere auch bei Kindern beitragen und die Sterblichkeit auf der Warteliste reduzieren kann. Der Anteil der durchgeführten Leber-Lebendspenden lag in den letzten Jahren im Eurotransplant-Raum allerdings nur bei durchschnittlich 7,3% (siehe Abb. 3). In Deutschland betrug der mittlere Anteil der Leber-Lebend-

spenden sogar nur 5,2% (siehe Abb. 3). Fazit: Auch 30 Jahre nach Beginn der Leber-Lebendspenden-Ära ist die Leber-Lebendspende nach wie vor deutlich – und unnötig – unterrepräsentiert.

Die Leber-Lebendspenden-Transplantation trägt aber nicht nur zur numerischen Erweiterung des Spenderpools bei, sondern sie bietet im Vergleich zur Lebertransplantation postmortaler Organe (DD-LTx) weitere wesentliche Vorteile:

- Durch die strenge Spenderselektion ist das Transplantat von exzellenter Qualität.
- Die sog. „kalte Ischämiezeit“, also die Zeit des Organs außerhalb des menschlichen Körpers, ist sehr kurz, was mit einer deutlich verbesserten initialen, aber insbesondere Langzeitfunktion einhergeht.
- Planbarkeit: Die Lebertransplantation kann, noch bevor beim Empfänger ernsthafte Komplikationen auftreten können, gut geplant und durchgeführt werden; die Erfolgsaussichten des Eingriffs steigen damit deutlich an.

Diese Vorteile beinhalten gleichzeitig aber auch ein potenzielles Risiko sowohl für den Spender als auch den Empfänger, denn das Hauptproblem dieser Methode ist und bleibt die Spendersicherheit. Schließlich muss ein gesunder Mensch einer großen, nicht risikolosen Operation unterzogen werden.

Ist jeder als Empfänger geeignet?

Eine sorgfältige Auswahl des Empfängers ist bei jeder Transplantation – sei es

LTx im Eurotransplant-Raum

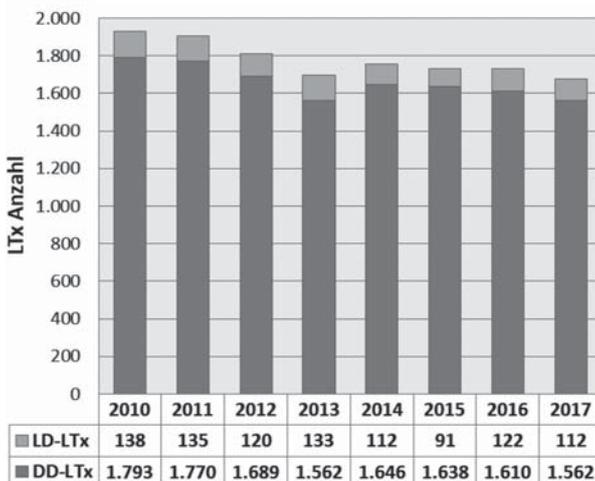


Abb. 1a: Entwicklung der Lebertransplantation im Eurotransplant-Raum (2010–2017)

Quelle: www.eurotransplant.org

LTx in Deutschland

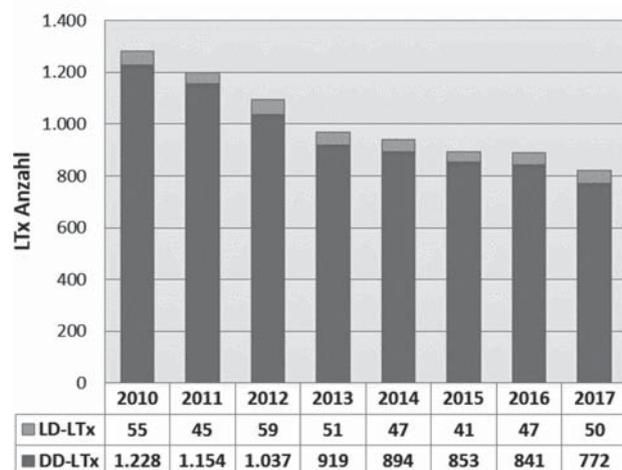


Abb. 1b: Entwicklung der Lebertransplantation in Deutschland (2010–2017)

Quelle: www.eurotransplant.org

mit postmortalen Organen, sei es mit Organen von Lebendspendern – essenziell. Um eine erfolgreiche Lebertransplantation durchzuführen, sind vor allem Kriterien wie die Größe und das Gewicht sowie der aktuelle Gesundheitszustand des Empfängers zu beachten. Letztlich entspricht die Indikation für eine Leber-Lebendspende der Standardindikation für eine konventionelle Transplantation. Bei Erwachsenen spielt die Leber-Lebendspende speziell bei den Patienten eine Rolle, die trotz fortgeschrittener Lebererkrankung einen niedrigen MELD-Score aufweisen und somit durch die derzeitigen Allokationskriterien nicht berücksichtigt werden (z.B. blutungsgefährdete Ösophagusvarizen, therapierefraktärer Aszites, primäre Kachexie, hepatische Enzephalopathie, Hepatozelluläres Karzinom (HCC)). Bei Kindern sind cholestatische Lebererkrankungen die Hauptindikation für eine Leber-Lebendspende.

Ein solch komplexer Eingriff kann aber auch beim Vorliegen einer geeigneten Spender-Empfänger-Kombination nur dann erfolgversprechend gelingen, wenn er von einem erfahrenen Transplantations-team durchgeführt wird.

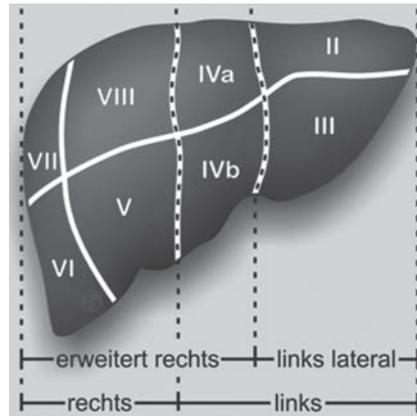
Leber: ein teilbares Organ

Die Grundvoraussetzung für die Leber-Lebend-Transplantation ist der besondere anatomische Aufbau der Leber einerseits und die große Regenerationsfähigkeit andererseits. Die Leber besitzt nämlich das Potenzial, nach Entfernung von 70 bis 75% der Lebermasse zu regenerieren und innerhalb weniger Wochen zu ihrer ursprünglichen Größe anzuwachsen.

Bei einer Lebendtransplantation wird die Leber des Spenders in einen linken

und rechten Anteil geteilt. Dabei müssen die wichtigen Strukturen der Leberpforte mit Arterie, Pfortader und Gallenwegen beidseitig getrennt erhalten bleiben und die abfließenden Venen anatomisch exakt getrennt werden. Wesentlich dabei ist die Beachtung der Relation von Lebergröße und Körpergröße.

Für den Fall, dass ein Kind oder ein kleiner Erwachsener der Empfänger ist, wird in der Regel folgende Verteilung der Leber vorgenommen:



- Spender: erweiterter rechter Leberlappen (Segmente I, IV, V, VI, VII und VIII)
- Empfänger: linkslateraler Leberlappen (Segmente II und III)
- Handelt es sich beim Empfänger um einen Erwachsenen, wird die Leber hingegen wie folgt geteilt und umgekehrt:
- Spender: rechter Leberlappen (Segmente I, V, VI, VII und VIII)
- Empfänger: linker Leberlappen (Segmente II, III, IV)

Wer darf spenden?

Wie bei jeder großen Operation besteht auch bei der Leber-Lebendspende ein potenzielles Risiko. Extreme Sorgfalt bei der Vorbereitung des Eingriffs kombiniert mit moderner Technik und vor allem mit höchster Expertise der Operateure sind daher obligatorisch und führen erfreulicherweise dazu, dass die Zahl chirurgischer Komplikationen sehr gering ist. Andererseits dürfen die möglichen psychischen Komplikationen, bei deren Entstehung z.B. die Belastungen im Zuge der Entscheidungsfindung (Zeit, Druck) oder der klinische postoperative Verlauf eine Rolle spielen können, nicht unterschätzt werden.

Bevor ein potenzieller Spender einen Teil seiner Leber spenden kann, müssen bei ihm viele Untersuchungen durchgeführt und Kriterien beachtet werden. Dazu gehören unter anderem:

Alter des Spenders

Das Alter des Spenders sollte zwischen 18 und 55 Jahren liegen. Diese Obergrenze hängt mit der verminderten Regenerationskapazität der Leber im Alter zusammen.

Spender-Empfänger-Beziehung

Die Grundsätze dieser Beziehung sind weltweit sehr unterschiedlich definiert. In Deutschland gelten die Regeln des Transplantationsgesetzes, das Verwandte 1. und 2. Grades, Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verlobte und andere Personen, die dem Empfänger offenkundig nahestehen als Spender zulässt.

Freiwilligkeit

Darüber hinaus muss in einem ver-

Entwicklung der Spenderzahlen

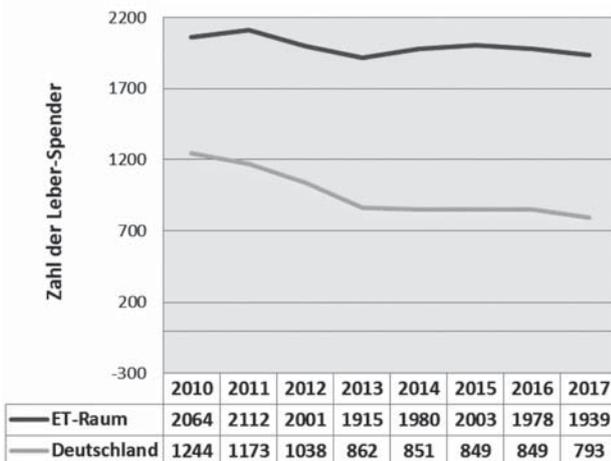


Abb. 2: Entwicklung der Spenderzahlen (Leber) in Deutschland und im Eurotransplant-Raum (2010–2017)

Quelle: www.eurotransplant.org

Prozentualer Anteil LD-LTx

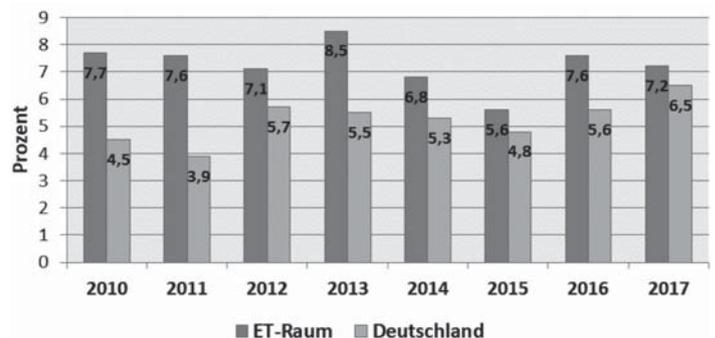


Abb. 3: Prozentualer Anteil der Leber-Lebendspenden im Eurotransplant-Raum und in Deutschland.

Quelle: www.eurotransplant.org

pflichtenden psychologischen Gutachten die Freiwilligkeit des Spenders zweifels- ohne festgestellt werden.

Medizinische Eignung

Besteht die Bereitschaft zu einer Leber-Lebendspende, so wird zunächst die generelle Eignung zur Organspende anhand des sog. „Multistep Evaluations- schemas“ festgestellt (siehe Tab. 1).

Multistep Evaluation zur Leber- Lebendspende

Stufe 1

Informationsgespräch und Anamnese; Klinische Untersuchung; Abdomensonogra- phie; Routinelabor (BB; CRP; große Gerinnung; CHE; LDL; HDL; Cholesterin; APCR; Prot. S.; Prot. C; Urinsediment); Bestimmung der Blutgruppe; Virus-Sero- logie (Hep A, B, C; CMV; EBV; HIV; HSV)

Stufe 2

Primo-Vist Leber-MRT mit Volumetrie; Angio-MRT (Multihence- oder Gadovist- MRT) oder Leber-Angio-CT; psychoso- matische Evaluation

Stufe 3

Speziallabor (TSH; T3, T4; Eisen; Trans- ferrin; Ferritin; α -1-Antitrypsin; Coerulo- plasmin; Protein Elektrophorese); Be- stimmung von Tumormarkern (CEA; AFP; CA 19-9; ggf. PSA); Bestimmung von Gerinnungsfaktoren V; VII; VIII); Rönt- gen Thorax; Lungenfunktion; EKG; Be- lastungs-EKG; Herzecho; Konsile ander- er Disziplinen (Gynäkologie, Urologie, Dermatologie usw.); Leber-PE fakultativ

Stufe 4

Internistische und gastroenterologi- sche Untersuchung; chirurgische und anästhesiologische Aufklärung; Vorstel- lung bei der Ethikkommission

Eine der wichtigsten Untersuchungen stellt dabei die Kernspintomographie (Primo-Vist Leber-MRT, siehe Stufe 2) der Leber dar, bei der:

- die Anatomie der Blutgefäße und der Gallenwege,
 - das Volumen der Restleber des Spen- ders und des Transplantats
- bestimmt werden. Zusammen mit den Ergebnissen der nachfolgenden Angio- Computertomographie bildet sie die Grundlage für die anschließende sorg- fältige 3D-OP-Planung. Dieses Vorge- hen dient vor allem der Sicherheit des Spenders und erlaubt des Weiteren die Vorhersage der zu erwartenden Trans- plantatfunktion.

Fazit

Vielfältige Studien haben gezeigt, dass aufgrund der jahrelangen Erfahrung mit Leber-Lebendspenden die Transplanta- tionsresultate ausgezeichnet sind. Die Ergebnisse bei Patienten, die einen Teil der Leber erhalten haben, sind mit de- nen der Patienten mit einem kompletten postmortalen Organ gleichzusetzen.

Angesichts des dramatischen Organ- mangels und der aktuellen Entwicklung der Transplantationszahlen kann und muss deshalb das Potenzial, das die Le-

ber-Lebendspende bietet, noch intensi- ver genutzt werden. Nur so kann die Zahl der Wartenden reduziert werden. Das gilt insbesondere bei Kindern, für die (in Zei- ten mangelnder Richtlinien zum Splitten von Lebern) die Leber-Lebendspende die beste und letztlich häufig auch die ein- zige Option darstellt. Dazu müssen kon- sequent die Weichen gestellt werden, indem:

- auf ärztlicher Seite eine bessere Aus- bildung und somit Expertise gefördert wird,
- die Patienten und potenziellen Spen- der professionell und umfassend in- formiert werden, denn weder die Be- troffenen noch die Politik sollten sich hinter der „bequemen Unwahrheit“ verstecken können, das Problem nicht zu kennen, unbegründete Ängste zu haben bzw. falsch informiert gewesen zu sein.

Literatur:

- Nadalin S. et al.; *Current trends in live liver donati- on. Transpl Int. 2007 Apr; 20(4):312-30*
- Nadalin S. et al.; *Living donor liver transplantation. HPB-Journal 2006; 8: 10-21*
- Nadalin S. et al.; *Leberlebendspende-Indikation und Technik. Chirurg 2015; 86: 609-21*
- Nadalin S. et al.; *Living Donor Liver Transplan- tation in Europe. Hepatobil Surg Nutrition 2016;5:159-175*

Schwestern teilen sich ein Organ

Wenn kein Spenderorgan zur Verfügung steht, bleibt oft nur die sogenannte Lebendspende als letzte Möglichkeit

Von unserem Redaktionsmitglied
Henrike Mielke

UNTERGRUPPENBACH „Meine Leberschwester“ nennt Heidi Nesper-Eckstein (54) aus Untergruppenbach ihre zwei Jahre ältere Schwester Birgit Ehmer. Die 56-jährige aus Ingersheim spendete ihr 2010 einen Teil ihrer gesunden Leber. Dieser Schritt verbindet die beiden bis heute zusätzlich.

Warteliste Aufgrund einer Autoimmuner- krankung und der damit verbundenen schlei- chenden Zerstörung ihrer Leber wurde Heidi Nesper-Eckstein 2009 auf die Warteliste für ein Spenderorgan gesetzt. Ihre Aussichten, da- rauf zeitnah ein neues Organ zu bekommen, waren sehr gering. Ein Jahr später verschlechterte sich ihr Allgemeinzustand je- doch rapide, sie konnte sich immer weniger um Haushalt und Familie kümmern. „Ich hatte das Gefühl, mir läuft die Zeit davon“, sagt sie rückblickend. Auf das Angebot der älteren Schwester wollte sie zunächst nicht eingehen.

„Was ist, wenn ich weiterlebe, und bei ihr gibt es schwere Komplikationen?“, war ihre größte Sorge vor der Operation im Transplan- tationszentrum in Tübingen. Wundheilungs-

störungen, temporäres Leberversagen und Infektionen sind mögliche Risiken für den Spender. In Ausnahmefällen kann die Operati- on lebensgefährlich sein. „Es hätte mich nie- mand davon abbringen können“, sagt Birgit Ehmer. Als sie von der Möglichkeit einer Leb- endspende erfuhr, war die Entscheidung so- fort gefallen. Bereit hat sie es nie, auch weil

es keinerlei medizinische Komplikationen gab. Nur die Narbe am Bauch erinnert noch an die Operation.

Laut der Deutschen Stiftung Organtran- splantation (DSO) beträgt der Anteil der Teille- ber-Lebendspenden an der Lebertransplan- tation nur etwa 7,4 Prozent. Sie unterliegt stren- gen gesetzlichen Bestimmungen. Organhan-

del muss ausgeschlossen werden. Erlaubt ist die Lebendspende nur dann, wenn alle medi- zinischen Voraussetzungen erfüllt sind und auch keine ethischen Bedenken bestehen. Auch im Fall der Schwestern war zunächst un- klar, ob alle Bedenken erfüllt sind. „Da hab ich schon gezittert“, so Ehmer.

Neben der Nierenspende ist die Teilleber- Lebendspende damit die einzige Möglichkeit, als naher Angehöriger oder enger Freund ein Organ zu spenden. Bei der vierstündigen Operation wurde Birgit Ehmer ein Leberlap- pen entnommen und ihrer Schwester einge- setzt. Sowohl die verbleibende Leber des Spenders als auch das verpflanzte Leberteil- stück wachsen wieder auf Normalgröße an.

Lebensqualität Schon nach sechs Wochen war das Spenderorgan bei Heidi Nesper-Eck- stein nachgewachsen. Sie nimmt weiterhin Medikamente, die eine Abstoßung verhin- dern. „Meine Schwester hat mir ein ganz neues Leben geschenkt“, sagt sie über ihre Le- bensqualität nach der Transplantation. Sie geht wieder arbeiten, macht sogar Sport und hat wieder Freude am Leben gewonnen. Jetzt, acht Jahre später, sind die Schwestern froh, diesen Weg gemeinsam gegangen zu sein.



Sie verbindet auch die gemeinsame Leber: Die Schwestern Heidi Nesper-Eckstein (li.) und Birgit Ehmer freuen sich acht Jahre nach der Transplantation über die gewonnene Lebensqualität. Foto: Henrike Mielke

28. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG)



Gerd Böckmann, Jutta Riemer

Unter bayerischer Leitung fand vom 7.–10.11.2018 die Jahrestagung der DTG in Berlin im denkmalgeschützten früheren Kosmos-Kino statt. **Prof. Bernhard Banas**, Regensburg, und **Priv.-Doz. Dr. Helmut Arbogast**, München, hatten mit ihren Mitarbeitern ein vielfältiges wissenschaftliches Programm rund um die Transplantationsmedizin und die Organspende zusammengestellt. Drängendes Problem der Transplantationsmedizin ist der eklatante Organmangel. Im Folgenden zeigen wir einige Schlaglichter des Themenspektrums auf.

Die Fachgesellschaft der Transplantationsmediziner nahm in ihrer **Pressekonferenz** das Thema Organspendesituation in Deutschland in den Fokus.

Die Transplantationszahlen waren 2017 auf einem historischen Tief und trotz geringer Erholung in 2018 bleibt die Situation besorgniserregend. Nur zwei Drittel der Wartelistenpatienten schaffen es bis zur rettenden Transplantation. 8–10 Jahre warten deutsche Patienten auf eine Nierentransplantation. In vielen Nachbarländern sind es nur durchschnittlich 2 Jahre. In diesen Ländern besteht Konsens, dass Transplantation und Organspende auf al-

len Ebenen gestärkt werden muss. Dies wird konsequent politisch, gesellschaftlich und medizinisch umgesetzt. Bei uns ist der Trend umgekehrt. Anstelle Transplantationszentren zu unterstützen, sind ca. 20% der Zentren durch inadäquate Mindestmengenregelungen in ihrer Existenz bedroht, womit die Versorgung der Patienten erschwert wird. Hoffnung auf einen Paradigmenwechsel lassen die aktuellen Maßnahmen erahnen. Hier sind der Gesetzentwurf für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen in der Organspende (GZSO), das neu eingerichtete Transplantationsregister und die Diskussion um die Einführung der Widerspruchslösung zu nennen. Die DTG fordert zwar, dass diese Diskussion konsequent weitergeführt werden muss und betont, dass auch die Widerspruchslösung jedem Bürger die volle Entscheidungsfreiheit gewährleistet. Dies ist schon in vielen europäischen Nachbarländern, wie Schweden, Frankreich, Belgien u.a., selbstverständlich. Die Widerspruchslösung ist allerdings kein Allheilmittel, wenn wichtige Grundvoraussetzungen fehlen. Die Beseitigung infrastruktureller Mängel ist eine dieser wichtigen Grundvoraussetzungen, die nun hoffentlich bald sichergestellt werden. Gleichzeitig muss über die nächsten Jahre hin-

weg eine positive Organspendekultur aufgebaut werden, in der sowohl die Bevölkerung als auch Ärzte und Pflegende in allen Krankenhäusern das Denken und Tun für die Organspende als Normalfall, nicht wie bisher als Ausnahme ansehen.

Ein weiteres Thema der Pressekonferenz und eines Vortrags von Privat-Dozent Dr. Arbogast, Leiter der Chirurgischen Poliklinik A der Universität München, war die Aufklärung über Organspende und Transplantationsmedizin für Schulen unter dem Motto: **„Schüler in die Transplantationszentren!“** „Wann ist ein Mensch hirntot? Wer entscheidet das? Wie läuft eine Organentnahme und -transplantation ab? Was steckt hinter dem „Organspende-Skandal“? Solche und viele andere Fragen werden beantwortet, wenn im Rahmen eines Schulprojekts Teenager in einem Hörsaal sitzen und von Dr. Arbogast aus erster Hand den Verlauf von Organspenden und Transplantationen erklärt bekommen.

In Bayern haben das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und Dr. Arbogast bereits vor 17 Jahren erkannt, dass man eine neue Strategie braucht: Junge Menschen für das Thema Organspende im direkten Kontakt sensibilisieren, ihre Fragen sofort beantworten. Nicht mit allgemeinen Appellen



v.l.: Priv.-Doz. Dr. Helmut Arbogast,
Prof. Dr. Johann Pratschke,
Prof. Dr. Christian Hugo,
Prof. Dr. Christian Strassburg,
Prof. Dr. Bernhard Banas
(Vorstand der DTG)

oder erst in der Akutsituation über die Notwendigkeit und den Sinn von Organ-spende sprechen, sondern als selbstver-ständliches Thema in die „Fragen des Lebens“, mit denen sich Teenager an der Schwelle zum Erwachsenen be-schäftigen, einbeziehen. Und wie könnte das besser gelingen, als mit dem Ange-bot, ganze Schulklassen zu Informations-veranstaltungen einzuladen, um mit den Schülern ins Gespräch zu kommen. Mitt-lerweile beteiligt sich auch die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) an dem Programm. Es sind bereits mehr als 10.000 bayerische Schüler in 150 Veran-staltungen erreicht worden.

Einladungen sind an durchschnittlich neun Terminen im Jahr 15- und 16-jäh-rige Jugendliche. Die meisten von ihnen waren vermutlich noch nie mit der Frage konfrontiert, wie es ihnen ginge, wenn sie wegen einer Erkrankung oder eines Unfalls ein Spenderorgan benötigten, und wie sie sich verhalten würden, wenn sie nach einer Organspende gefragt würden oder eine Entscheidung für einen Ange-hörigen mit treffen müssten.

Genau das geschieht jedoch tagtäglich auf Intensivstationen in Krankenhäu-sern. Bei einem Patienten wird der Hirn-tod festgestellt, seine Organe könnten vielleicht einem anderen Menschen das Leben retten. Es wurde in der Familie nie darüber gesprochen, er kann sich jedoch selbst nicht mehr äußern, es gibt keinen Organspendeausweis und keine Patien-tenverfügung. Für die Angehörigen, die sich in emotionalem Ausnahmezustand befinden, viel zu spät, sich dem Thema zu nähern.

Um in Ruhe darüber nachzudenken, darf man nicht unter Druck stehen. Man braucht Wissen, die Vermittlung von Er-fahrungen, Gespräche mit Gleichaltrigen, im besten Fall auch mit Betroffenen (Or-ganspendern oder -empfängern). Alle diese Möglichkeiten bietet das Schul-projekt. Dr. Arbogast informiert über das Klinikum, die Historie sowie Aktivitäten und Erfolge in der Transplantationsme-dizin. Sehr wichtig sind ihm die interak-tive Diskussion und ehrliche Aufklärung. Besonders interessiert zeigen sich die Schüler, seit 2005 Thomas Fischer, ein dreifach mit Herz-, Niere- und Pankreas-transplantiertes Patient, interaktiv an den Veranstaltungen teilnimmt. Thomas Fi-scher war persönlich in Berlin anwesend und konnte seine Patentengeschichte erzählen, ein auch für Transplantations-fachleute beeindruckender Vortrag.

In einem der Beschlüsse der jüngsten Gesundheitsministerkonferenz, die im Juni 2018 stattfand, bitten die Bundes-länder das Bundesministerium für Ge-

sundheit, „weitere Maßnahmen zu ergrei-fen, die die Akzeptanz der Organspende und die Organspendebereitschaft in der Bevölkerung erhöhen. Die Deutsche Tran-splantationsgesellschaft glaubt, das baye-rische Schulprojekt sollte Vorbild für andere Bundesländer sein und „Schule machen“.

Spanien als Vorbild: Von Spanien ler-nen konnten die Kongressteilnehmer in einem Vortrag von **Dr. Marti Manyalich** aus Barcelona. Er zeigte, wie Spanien in allen Kliniken ein System zur Identifizie-rung möglicher Organspender aufgebaut und es geschafft hat, Organspende zur Selbstverständlichkeit werden zu lassen. Entscheidend ist die Ausbildung **aller** Ärzte und des Pflegepersonals der Inten-sivstationen. In Spanien finden sich auf eine Million Einwohner über 35 Organ-spender. Spanien ist damit weltweit füh-rend in der Organspende und hat dies-bezüglich eine Vorbildfunktion für viele andere Länder.

In der Plenarsitzung mit dem Thema **„Dringlichkeit gegen Erfolgsaussicht“** erklärte **Prof. Christian Strassburg** die Problematik, verschiedene Lebererkrankun-gen unter diesen beiden Aspekten zu beurteilen. Bei Gallenwegserkrankungen, wie der primär sklerotisierenden Cho-langitis, ist zu einem frühen Transplan-tationszeitpunkt das Langzeitüberleben hoch. Bei einer fortgeschrittenen Erkran-kung ist die Dringlichkeit hoch, die Über-lebenszeit aber wesentlich geringer. Da-bei gilt es, eine Vergleichbarkeit mit an-deren Lebererkrankungen herzustellen. Vollends kompliziert wird die Beurteilung unter juristischen Gesichtspunkten. Das Recht auf Leben wird verfassungsgemäß jedem garantiert, aber wie soll es die Transplantationsmedizin unter dem As-pekt des Organmangels umsetzen? Mit dieser Fragestellung setzte sich der Jura-professor **Dr. Thorsten Verrel**, Mitglied der Ständigen Kommission Organtran-splantation der Bundesärztekammer, aus-einander, ohne abschließende Antwor-ten geben zu können. Die Brücke zu ethi-schen Aspekten schlug der Philosoph und Theologe **Prof. Dr. mult. Nikolaus Knoepffler**. An Fallbeispielen machte er klar, wie sehr die persönliche Überzeu-gung die Entscheidungen beeinflusst.

Mittagssymposium: Vorteile für Pa-tienten durch den Einsatz von mTor-Inhibitoren?

Vier Fachreferenten stellten verschie-dene Studien zu CNI-reduzierten immu-nosuppressiven Therapien in Kombination mit Everolimus im Vergleich zu Standard-CNI-Regimen mit Prednisolon bei Herz-, Lungen-, Nieren – und Lebertransplanta-tion vor. Ziel war es hier, eventuelle Vor-teile für die Patienten z.B. im Hinblick

GLOSSAR

hepatorenales Syndrom: Nierenschä-digung, die durch die Lebererkrankung entsteht

Immunsuppression: Reduzierung von Immunreaktionen, in der Transplantations-medizin um Abstoßungsreaktionen zu unterdrücken

nephrotoxisch: nierenschädlich

CNI: Calcineurin-Inhibitoren, Klasse von Arzneimitteln, die Abstoßungsreaktionen unterdrücken (Cyclosporin, Tacrolimus)
Everolimus: mTor-Inhibitoren, Klasse von Arzneimitteln, die Abstoßungsreaktionen unterdrücken (Everolimus, Sirolimus)

auf Nephrotoxizität, virale Infektionen, Abstoßungsreaktionen und Einflüsse auf die Tumorentwicklung bzw. -rezidive. Häufig haben Lebertransplantationspati-enten durch hepatorenales Syndrom vor-geschädigte Nieren. Deshalb ist die Fra-gestellung besonders wichtig, welches immunsuppressive Regime sicher Absto-ßungen verhindert, aber dennoch mög-lichst wenig nierentoxisch wirkt.

Prof. Dr. Lutz Fischer, UKE Hamburg, stellte zwei Studien (H2304, Empfänger postmortal gespendeter Lebern, H2307 Leberlebenspende-Empfänger) vor. Ein-gebunden waren 772 Patienten mit Stan-dard-Immunsuppression (CNI + Predni-solon) direkt nach der Transplantation. Bei etwa der Hälfte der Patienten wurde die Immunsuppression so belassen, bei der anderen Hälfte (387) wurde umge-stellt auf ein Regime mit reduziertem CNI + Everolimus.

Keine Unterschiede zeigten sich zwi-schen den beiden Gruppen hinsichtlich der Häufigkeit der Abstoßungsreaktio-nen (Rejektionen). Auf das Wiederauftre-ten (Rezidive) von Lebertumoren nach Transplantation hatte das veränderte Re-gime keine Auswirkungen für Patienten mit Tumormößen zum Zeitpunkt der Ltx innerhalb der Milan-Kriterien, für Patien-ten außerhalb Milan zeigten sich beim Einsatz von Everolimus + reduziertem CNI weniger Rezidive (Wiederauftreten von Tumoren).

Diese Kombination scheint auch posi-tiven Einfluss auf die Häufigkeit von vira-len Infektionen zu haben. Gemäß der pri-mären Fragestellung nach dem Einfluss auf die Nierenfunktion zeigte sich, dass die Nierenschädlichkeit (Nephrotoxizi-tät) im Studienarm mit reduziertem CNI + Everolimus signifikant geringer ausfiel als mit der Standardimmunsuppression mit CNI + Prednisolon

Wer kommt wann auf die Warteliste? Kriterien, Untersuchungen, Entscheidung



Foto: privat

Prof. Dr. med. Gabriele Kirchner
St. Josef Krankenhaus Regensburg

Wenn die Funktion der Leber so stark eingeschränkt ist (Endstadium einer Lebererkrankung), dass der Patient auf Dauer nicht überleben kann, stellt eine Lebertransplantation eine lebensrettende Behandlungsmöglichkeit dar. Es gibt zahlreiche Lebererkrankungen, die im Laufe vieler Jahre zu einer Funktionsstörung der Leber führen können. Viele Lebererkrankungen münden in eine Leberzirrhose mit Entwicklung von Wasser im Bauch (Ascites), Blutungen aus Speiseröhren- oder Magenkrampfadern, Verlust von Muskelmasse der Arme und Beine, Verschlechterung der Nierenfunktion und vorübergehende Hirnleistungsstörungen (hepatische Enzephalopathie). Bei Vorliegen einer Leberzirrhose ist das Risiko für die Entstehung eines Leberkrebses erhöht. Es gibt zwei verschiedene Berechnungsmethoden für das Ausmaß der Leberfunktionsstörung, und zwar den Child-Pugh-Score und den MELD-Score. Anhand des Child-Pugh-Stadiums bzw. der Höhe des MELD-Scores lässt sich die Überlebenswahrscheinlichkeit abschätzen (s. Tabelle unten).

Anhand der Punktzahl erfolgt die Einteilung in die Child-Pugh-Stadien:

- 5–6 Punkte Child A
- 7–9 Punkte Child B
- 10–15 Punkte Child C

Je höher die Punktzahl, desto schlechter ist die Leberfunktion und somit auch das Überleben.

Stadium	A	B	C
1-Jahres-Überlebensraten ¹	100 %	81 %	45 %
3-Jahres-Überlebensraten ²	70 %	36 %	17 %
5-Jahres-Überlebensraten ²	50 %	26 %	15 %

¹ Pramod Kumar Mishra: *Textbook of Surgical Gastroenterology, Volumes 1 & 2. JP Medical Ltd 2016, ISBN 978-93-5152998-9, S. 910*

² Yun-Hsuan Lee et al. *PLoS One. 2014; 9(6):e99115*

Der MELD-Score (Model for End-stage Liver Disease) spielt seit 2006 eine große Rolle für die Listung zur Lebertransplantation. Der MELD-Score gibt wie der Child-Pugh-Score den Schweregrad der Lebererkrankung an und hat den Vorteil, dass er aus drei Laborwerten errechnet wird und somit keine subjektiven Bewertungsmaßstäbe einen Einfluss haben. Die drei Laborwerte, an Hand derer der MELD-Score errechnet wird, sind das Gesamt-Bilirubin, Kreatinin und der Gerinnungswert INR (international normalized ratio). Der MELD-Score berechnet sich folgendermaßen aus diesen Parametern:

$$10 \times (0,957 \times \ln(\text{Serumkreatinin [mg/dl]}) + 0,378 \times \ln(\text{Bilirubin ges. [mg/dl]}) + 1,12 \times \ln(\text{INR}) + 0,643).$$

Im Internet gibt es kostenlose MELD-Score-Rechner, mit denen man den MELD-Score schnell und einfach berechnen kann. Der MELD-Score kann zwischen 6

und 40 liegen. Falls innerhalb der letzten Woche eine Dialyse durchgeführt wurde, wird der Kreatinin-Wert gleich 4,0 gesetzt. Je höher der MELD-Score, desto schlechter ist die Leberfunktion und umso niedriger ist die Wahrscheinlichkeit des Patienten, die nächsten 3 Monate ohne Lebertransplantation zu überleben. Bei einem MELD-Score von 6 beträgt die 3-Monats-Überlebenswahrscheinlichkeit 100 % und bei einem MELD-Score von 40 ist die 3-Monats-Überlebenswahrscheinlichkeit sehr schlecht und geht gegen 0. Je höher der MELD-Score, umso eher erhält der Patient ein passendes, lebensrettendes Leberangebot und kann transplantiert werden. Im Eurotransplant-Bereich ist die Höhe des MELD-Scores wesentlich für die Organzuteilung. Die meisten Lebertransplantationszentren setzen Patienten erst ab einem MELD-Score von 16 auf die Warteliste.

Aufgrund der Organknappheit in Deutschland beträgt die durchschnittliche Wartezeit auf eine Leber ca. 2 Jahre. Der durchschnittliche MELD-Score liegt zum Zeitpunkt der Transplantation bei 35 Punkten. Die Patienten sind folglich schwer krank und befinden sich nicht selten auf der Intensivstation.

Für einige Lebererkrankungen gibt es sogenannte Standard Exceptions (match-MELD), um Ungerechtigkeiten im System auszugleichen. Zum Beispiel würden Patienten/-innen mit einer Zystenleber (starke Vergrößerung der Leber aufgrund hunderter Zysten = Platzproblem im Bauch) nie ein Organ bekommen können, da bei diesen Patienten keine Leberfunktionsstörung eintritt und der MELD-Score nur selten einen Wert über 10 erreicht. Dieses hätte zur Folge, dass diese Patienten alle auf der Warteliste versterben würden. Diese Patienten bekommen bei Diagnosestellung als Ausnahme (Standard Exceptions) Bonuspunkte, die alle 3 Monate erhöht werden (match-MELD). Die Voraussetzungen hierfür werden durch Eurotransplant bei der Anmeldung zur Transplantation speziell überprüft. Weitere Krankheiten, für die Standard Exceptions gelten, sind unter anderem:

- HCC (Hepatozelluläres Karzinom)
- Neuroendokrine Neoplasien der Leber
- Zystenlebern
- Mukoviszidose
- Hämangioendotheliom der Leber
- Primäre Hyperoxalurie Typ 1
- Familiäre Amyloidotische Polyneuropathie

Kriterium	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	Einheit
Serum-Gesamtbilirubin	< 2,0 < 34,2	2,0–3,0 34,2–51,3	> 3,0 > 51,3	mg/dl (× 17,1 = µmol/l) µmol/l
Serum-Albumin	> 3,5	2,8–3,5	< 2,8	g/dl
Quick oder INR	> 70 < 1,7	40–70 1,71–2,20	< 40 > 2,20	%
Ascites (Ultraschall)	keiner	leicht	mittelgradig	–
Hepatische Enzephalopathie	keine	Stadium I–II	Stadium III–IV	–

- Sepsis auf dem Boden wiederkehrender Cholangitiden
- Hepatopulmonales Syndrom
- Portopulmonale Hypertension
- Morbus Osler
- Primär sklerosierende Cholangitis
- Cholangiozelluläres Karzinom

Notfalltransplantationen (High Urgency)

Bei bisher Lebergesunden Menschen kann es z. B. bei einer Medikamentenunverträglichkeit, schweren Virushepatitis oder einer Knollenblätterpilzvergiftung innerhalb von wenigen Stunden bis Tagen zu einem akuten Leberversagen kommen, welches ohne eine Lebertransplantation zum Tode führen würde. Durch eine Notfall-Lebertransplantation können diese Patienten gerettet werden und haben exzellente Heilungschancen. Diese Patienten erhalten innerhalb von wenigen Stunden bis Tagen ein Organangebot. Die Listung für eine Lebertransplantation im Rahmen eines akuten Leberversagens darf nur erfolgen, wenn die Clichy-Kriterien bzw. King's College-Kriterien erfüllt sind. In Deutschland werden ca. 6% aller Lebertransplantationen aufgrund eines „akuten Leberversagens“ durchgeführt.

Bei folgenden Erkrankungen kann eine Lebertransplantation notwendig sein:

Parenchymatöse Lebererkrankungen

- Chronische Hepatitis B, D und C
- Alkohol-bedingte Leberzirrhose
- Autoimmunhepatitis
- Zirrhose unklarer Ursache

Cholestatische Lebererkrankungen

- Primär sklerosierende Cholangitis (PSC)
- Sekundär sklerosierende Cholangitis (SSC)
- Primär biliäre Cholangitis (PBC)
- Familiäre Cholestasesyndrome

Tumorerkrankungen

- Hepatozelluläres Karzinom (= Leberkrebs)
- Adenomatose der Leber
- Hämangioendotheliom
- Karzinoid-Metastase

Stoffwechselerkrankungen

- Hämochromatose
- Morbus Wilson
- Alpha-1-Antitrypsin-Mangel
- Morbus Gaucher
- Glykogenose Typ 1
- Primäre Oxalurie
- Transthyretin-Amyloidose
- Familiäre Hypercholesterinämie

Vaskuläre Erkrankungen

- Chronisches Budd-Chiari-Syndrom
- Venooclusive disease (VOD)

Anlagestörungen

- Polyzystische Lebererkrankung
- Caroli-Syndrom

Parasitäre Ursache

- Echinokokkose

Akutes Leberversagen

- Virushepatitis
- Medikamente, Toxine
- Morbus Wilson
- Akutes Budd-Chiari-Syndrom

Beim Hepatozellulären Karzinom muss der Tumor innerhalb der Mailand-Kriterien liegen. Der Patient darf entweder nur einen Tumorherd < 5 cm in der Leber haben oder maximal 3 Tumor-Herde in der Leber < 3 cm. Der Tumor darf nicht in Gefäße eingewachsen sein (Infiltration) und es darf außerhalb der Leber kein Tumorgewebe nachweisbar sein.

Untersuchungen

Bevor entschieden werden kann, ob ein Patient für eine Lebertransplantation geeignet ist, müssen zahlreiche Untersuchungen durchgeführt werden. Die Untersuchungen dienen dazu festzustellen, wie gut die einzelnen Organe (z. B. das Herz, Niere, Leber etc.) funktionieren, um das Operationsrisiko einschätzen zu können. Des Weiteren müssen vor der Transplantation bösartige Tumorerkrankungen und Infektionen ausgeschlossen werden. Nachfolgend sind die wichtigsten Untersuchungen aufgeführt, die vor Aufnahme auf eine Lebertransplantations-Warteliste erforderlich sind. Wenn sich Auffälligkeiten bei den Untersuchungen zeigen, sind ggf. noch weitere Untersuchungen (z. B. Herzkatheter-Untersuchung etc. notwendig).

Folgende Untersuchungen müssen durchgeführt werden:

- Zahlreiche Laborparameter werden untersucht (Routinelaborparameter, Leberspezialparameter zur Abklärung der Ursache der Leberzirrhose, Virologie, Blutgruppe, Tumormarker etc)
- Sonographie des Bauches und der wichtigsten Bauchgefäße
- EKG, Echokardiographie und ggf. Belastungs-EKG
- Lungenfunktionsprüfung, kapilläre Gase
- Magen- und Darm-Spiegelung (Endoskopie)
- Computertomographie des Brust- und Bauchraumes
- Röntgenaufnahme der Nasenneben- und Kieferhöhle
- Hals-Nasen-Ohren-Untersuchung
- Hautarzt-Untersuchung (Dermatologie)
- Psychiatrische Untersuchung
- Zahnärztliche Untersuchung (inkl. Panorama-Zahnaufnahme)
- Frauenärztliche Untersuchung bzw. urologische Untersuchung
- Anästhesiologisches Konsil (Narkosearzt-Konsil)

Kontraindikationen (Gegenanzeigen) für eine Lebertransplantation

Für einen dauerhaften Erfolg ist die langfristige Mitarbeit des Transplantatempfängers unbedingt erforderlich, da zeitlebens Medikamente eingenommen werden müssen. Bei manchen Erkrankungen bzw. Faktoren darf keine Lebertransplantation durchgeführt werden, da die Überlebenschance des Patienten zu gering wäre.

- Tumorerkrankung, die weniger als 5 Jahre zurückliegt
- Lebermetastasen
- Fortgesetzter Alkohol- oder anderer Drogenabusus
- Unkontrollierte systemische Infektion, insbesondere eine nicht ausreichend kontrollierte HIV-Infektion
- Schwere psychiatrische oder neurologische Erkrankung
- Tumorwachstum eines Hepatozellulären Karzinoms außerhalb der Leber
- Gallengangskrebs
- Eingeschränkte Herzfunktion
- Schwere Lungenerkrankungen und schwere pulmonale Hypertonie
- Gefäßthrombose im Confluens

Entscheidung

Wenn ein Patient für eine Lebertransplantation evaluiert worden ist, wird er in der Transplantationskonferenz ausführlich besprochen. Auch Patienten, bei denen Kontraindikationen für eine Listung zur Lebertransplantation vorliegen, werden in dieser Konferenz diskutiert. Die Transplantationskonferenz ist interdisziplinär und die Entscheidung bezüglich einer Listung zur Lebertransplantation muss nach dem „Mehraugenprinzip“ erfolgen. In der Konferenz wird das weitere Vorgehen entschieden: Ablehnung oder Listung für eine Lebertransplantation oder ggf. sind weitere Untersuchungen notwendig, ehe die Entscheidung getroffen werden kann. Manchmal wird auch entschieden, dass es noch zu früh für eine Aufnahme auf die Lebertransplantations-Warteliste ist und der Patient vorerst weiter beobachtet werden soll. Wenn in der Transplantationskonferenz vom interdisziplinären Team eine Aufnahme auf die Lebertransplantations-Warteliste beschlossen wurde, wird der Patient bei Eurotransplant gemeldet. Sollte bei einem Patienten die Listung zur Lebertransplantation von der Transplantationskonferenz abgelehnt worden sein, darf sich der Patient eine Zweitmeinung in einem anderen Lebertransplantationszentrum einholen.

In den Richtlinien zur Organtransplantation gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG sind die Bestimmungen für eine Listung zur Lebertransplantation genau beschrieben.

Hämophile Patienten in der Chirurgie am Beispiel der Lebertransplantation

Blutungerkrankungen wie die Hämophilie und das von Willebrand-Syndrom (vWS) sind seit Jahrhunderten bekannt. Betroffene bluten nach scheinbar banalen Verletzungen oder haben aufgrund von wiederkehrenden Blutungen insbesondere der Gelenke früh einen Gelenkverschleiß entwickelt. Die Hämophilie gehört zu den seltenen, vererbaren Erkrankungen. Sie tritt bei einem von etwa 5.000 bis 8.000 männlichen Neugeborenen auf. Die Hämophilie ist nicht heilbar, aber mit speziellen Medikamenten (Faktorkonzentraten), die den fehlenden Gerinnungsfaktoren ersetzen, erfolgreich zu behandeln.*

Fotos: privat



△ Dr. med. Petra Knipper

▷ Dr. med. Georg Goldmann

Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Bonn

Über Jahrzehnte hinweg sind Operationen an Hämophilen strengstens vermieden und nur im äußersten Notfall durchgeführt worden. Noch bis in den 1950er Jahren lag die Sterblichkeit hämophiler Patienten nach einer Operation bei bis zu über 60%.

Erst mit der Einführung einer entsprechenden Behandlung mit aus Plasma hergestellten Gerinnungsfaktoren in den 1970er Jahren sind die Blutungskomplikationen und damit die Sterblichkeit rapide zurückgegangen und lagen schließlich um 1980 unter 5%. Somit war auch der Weg frei, um elektive Operationen mit einem vertretbaren Blutungs- und Komplikationsaufkommen durchführen zu können.

Mittlerweile stehen nicht nur aus menschlichem Plasma gewonnene Gerinnungspräparate, sondern auch noch eine Vielzahl gentechnischer Gerinnungsprodukte zur Therapie der Bluterkrankheiten zur Verfügung.

Das Hämophiliezentrum des Universitätsklinikums in Bonn behandelt viele Hämophilie- und von Willebrand-Syndrom-Patienten und begleitet interdisziplinär unterschiedlichste Operationen bei diesen Blutungspatienten.

Verschiedene Studien aus dem Universitätsklinikum Bonn im orthopädischen, urologischen, allgemein- und viszeralchirurgischen Bereich zeigten, dass Hämophiliepatienten eine mit gesunden Patienten vergleichbare Komplikationsrate haben und keine erhöhte Blutungsrate aufweisen. So konnten wir z.B. im Jahre 2010 mit einer retrospektiven Studie zeigen, dass keine erhöhte Blutungs- und Komplikationsrate für Hämophiliepatienten

im Vergleich zu gerinnungsgesunden Patienten für allgemein- und viszeralchirurgische Eingriffe besteht. Insbesondere für die sehr häufigen und in diese Studie eingeschlossenen operativen Eingriffe, wie die Entfernung der Gallenblase (Cholecystektomie), die Operation eines Leistenbruchs (Inguinale Herniotomie), die Entfernung des Blinddarms (Appendektomie) und die Entfernung von Hämorrhoiden (Hämorrhoidektomie) konnten wir eine gute Durchführbarkeit bei minimalen Komplikationen zeigen.

Um das Blutungs- und Komplikationsrisiko so gering wie möglich zu halten, ist vor und nach der Operation eine intensivisierte Kontrolle und Versorgung mit Faktorkonzentraten durch unsere Hämophilie spezialisten notwendig. Die Betreuung der Patienten erfolgt dabei nicht nur während des stationären Aufenthaltes, sondern wird nach Entlassung sowohl durch die chirurgischen Ärzte als auch das Hämophiliezentrum fortgeführt.

Beispiel Lebertransplantation

Die meisten der in Bonn transplantierten Patienten haben sich in den 70er bzw. frühen 80er Jahren mit Hepatitis B oder C und eventuell auch mit HIV infiziert. Einige der mit Hepatitis B oder C infizierten Patienten entwickelten zusätzlich ein Hepatocelluläres Carcinom (HCC), da Hepatitis B und C einen hohen Risikofaktor für die Entstehung eines HCC darstellen.

Da die Gerinnungsfaktoren größtenteils in der Leber produziert werden, hat die Lebertransplantation bei Hämophiliepatienten den „positiven Nebeneffekt“, dass anschließend in der Regel im Alltag keine Gerinnungsfaktoren mehr gespritzt werden müssen.

Die rechtlichen Voraussetzungen (Transplantationsgesetz von 1997) regeln die Spende, Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen, die nach dem Tod oder zu Lebzeiten gespendet werden. In Deutschland gilt aktuell die Zustimmungslösung bzw. Entscheidungslösung. In fast allen anderen Ländern ist die sog. Widerspruchslösung Gesetz.

Die meisten soliden Organtransplantationen setzen eine Todspende voraus, bei der Lebertransplantation sind heutzutage 93% postmortale Spenden. Nur bei der Niere sind circa 22% Lebendspenden.

Die klinische Voraussetzung der Todspende ist der Hirntod, der in einem aufwändigen Prozess von zwei von der Transplantation unabhängigen, in der Hirntoddiagnostik erfahrenen Fachärzten, i.d.R. Neurologen (Neurochirurgen) oder Intensivmediziner, festgestellt und dokumentiert werden muss.

Die aktuellen Spenderzahlen sind in den letzten Jahren enorm zurückgegangen. Hatten wir 2009 noch 1.217 Spender, waren es im vergangenen Jahr gerade noch 797. Täglich sterben in Deutschland drei Patienten auf der Warteliste, weil kein passendes Organ zur Verfügung steht. Aktuell sind in Deutschland etwa 1.125 Patienten registriert.

Wer letztendlich transplantiert wird, diese interdisziplinäre Entscheidung trifft das sog. Transplantboard (s. a. S.16). Gemeinsam wird der Entschluss zur Aufnahme auf die Warteliste gefasst, der Patient zur chirurgischen Aufklärung einbestellt und nach seinem Einverständnis bei Eurotransplant angemeldet. Zu Eurotransplant zählen neben der Bundesrepublik die Benelux-Länder, Österreich, Kroatien, Slowenien und Ungarn.

Im Vorfeld werden zahlreiche Untersuchungen zur Evaluation des Patienten durchgeführt:

1. Laboruntersuchungen
2. Apparative Untersuchungen
3. Konsile mit anderen Fachgebieten
4. Impfsprechstunde

Indikation zur Lebertransplantation

Die Hämophilie alleine ist kein Grund zur Lebertransplantation, die Versorgung mit Gerinnungsfaktoren ist sehr gut und rechtfertigt keine Transplantation. Ist allerdings eine Hepatitis B oder C oder gar ein Hepatocelluläres Carcinom hinzugekommen, muss eine Transplantation in Erwägung gezogen werden. Gerinnungsphysiologen sind immer eine Stütze bei der Lebertransplantation, haben doch viele Patienten durch ihre Leberzirrhose auch einen Mangel an Gerinnungsfaktoren entwickelt.

Im Falle der Leber, für die es im Gegensatz zur Niere kein Ersatzverfahren gibt, wird die Schwere der Erkrankung anhand eines Scores, des sog. MELD (model of end stage liver disease) ermittelt. Ein Punktwert zwischen 6 und 40

drückt grob vereinfacht das Drei-Monats-Überleben aus; bei einem MELD von 6 beträgt es nahezu 100% (99%), bei einem MELD von 40 98%.

Das bedeutet, dass (und dies gilt im Prinzip für alle soliden Organtransplantationen) der schwerkranke Patient bevorzugt ein Organ erhält und nicht unbedingt derjenige, der eine bessere Überlebenschance hat. Allerdings gibt es für manche Erkrankungen einen sogenannten Exceptional MELD, der automatisch anwächst. Zum Beispiel für ein Hepatocelluläres Carcinom (unter Einhaltung bestimmter Größenkriterien).

Kommt es zu einem von Eurotransplant vermittelten passenden Organangebot, wird der Patient telefonisch informiert und sollte innerhalb von 2–4 Stunden in der Chirurgischen Klinik zur Vorbereitung erscheinen.

Bei der Lebertransplantation (Dauer 5–8 Stunden) wird zunächst die vorhandene Leber entfernt, da das neue Organ an gleicher Stelle angeschlossen werden soll. Dies kann durch einen hohen Druck in der Pfortader, eine starke Blutungsneigung (Mangel an Gerinnungsfaktoren) oder Voroperationen kompliziert sein.

Das neue Organ wird in einer speziel-

len Lösung bei 4°C gelagert und vor der Implantation entsprechend vorbereitet (back-table-Präparation). Nach Entfernung der alten Leber werden die präparierten Gefäße nach einer bestimmten Reihenfolge wieder angeschlossen (Vene, Pfortader, Arterie, Gallengang).

Die initiale postoperative Betreuung wird auf der Intensivstation durchgeführt. Nach Verlegung auf die Normalstation und stabiler Funktion der neuen Leber erfolgt nach ca. 2–4 Wochen die Entlassung in eine Anschlussheilbehandlung (AHB).

Wegen der Immunsuppression und der Gefahr von Komplikationen ist nach der Rückkehr aus der AHB eine engmaschige Anbindung an unser Zentrum in der Transplantationsprechstunde notwendig. Die Nachsorge ist zunächst sehr engmaschig – kann aber im Verlauf auch in größeren Abständen durchgeführt werden.

Die immunsuppressive Behandlung ist sofort nach der Transplantation erforderlich und muss ein Leben lang weitergeführt werden. Die Langzeitergebnisse in Bonn sind sehr gut:

Die Überlebensraten (erhoben im Oktober 2013) zeigen eine Ein-Jahresüberlebensrate (1 JÜR) von 90%, eine 5 JÜR

von 70% und eine 10 JÜR von 60%!

Eine wieder gute Lebensqualität und bei jüngeren Patienten die Wiedereingliederung ins Berufsleben können für die meisten Patienten erreicht werden.

Aus unserer alltäglichen klinischen Erfahrung lässt sich konstatieren, dass selbst große invasive chirurgische Eingriffe wie eine Lebertransplantation auch bei Hämophiliepatienten gut und sicher durchführbar sind. Dennoch ist hierzu natürlich eine enge und vertrauensvolle interkollegiale Kooperation zwischen den behandelnden Internisten, Hämostaseologen und Chirurgen notwendig.

Insofern empfiehlt es sich, Operationen bei Patienten mit Gerinnungsdefekten ausschließlich an spezialisierten Zentren durchführen zu lassen, da nur hier eine 24-stündige Verfügbarkeit entsprechender Gerinnungsfaktoren, spezieller Laboruntersuchungen sowie die Erreichbarkeit aller behandelnden Fachärzte gewährleistet ist.

Literatur bei den Verfassern

**Auszug aus der Zeitschrift Forum Sanitas 3/2018. Wir danken für die Möglichkeit des Abdrucks*

(M)ein neues Leben

Mein Name ist Günter Schelle, ich bin inzwischen 64 Jahre alt und seit November 2015 lebertransplantiert.

1975 wurde bei mir (als Hämophilie-A-Patient) eine Non A-Non B-Hepatitis diagnostiziert; ab 1989 bekannt als Hepatitis C. Wie ich mich mit dem Virus infiziert habe, konnte nicht eindeutig geklärt werden.

Nach zunächst komplikationslosen Jahren wurde ca. 2005 durch routinemäßige Untersuchungen eine beginnende Leberzirrhose festgestellt, die sich im Laufe der Jahre zunehmend verschlechterte. Trotzdem verspürte ich auch in diesem Stadium keine wesentlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und konnte meine Tätigkeit als hauptamtlicher Geschäftsführer der Interessengemeinschaft Hämophiler fast 25 Jahre uneingeschränkt ausüben.

Im Januar 2015 wurde nach einer Routinekontrolle im Hämophilie-Zentrum erstmals der Verdacht eines Tumors geäußert, der durch anschließende Untersuchungen bestätigt wurde. Es wurde ein Karzinom in der Leber von 4,8 cm festgestellt, eine unverzügliche Resektion (operative Entfernung) war unumgänglich. Zwar hatte der Tumor noch nicht gestreut – allerdings ergaben die feingeweblichen Untersuchungen eine hohe Aggressivität. Hieraus erfolgte eine sofortige Listung bei Eurotransplant zwecks Lebertransplantation.

Am späten Nachmittag des 28. November 2015 wurde ich vom Transplantations-Zentrum des Universitätsklinikums Bonn ange-

rufen, es stand ein Organ für mich zur Verfügung. Nach den erforderlichen Vorbereitungen konnte ab 21.00 Uhr mit der eigentlichen Transplantation begonnen werden. Trotz meiner Hämophilie verlief der Eingriff dank des Einsatzes von Faktor-VIII-Konzentraten relativ komplikationslos, die neue Leber arbeitete gegen 6.00 Uhr am 29. November 2015 einwandfrei. Es ist bemerkenswert, dass heutzutage auch bei Hämophilie-Patienten mit einem sehr hohen Blutungsrisiko derart schwere operative Eingriffe durch ärztliche Kunst und lebensrettende Faktorenkonzentrate ohne größere Komplikationen (Blutungsereignisse) durchgeführt werden können. Bemerkenswert deshalb, weil noch bis Mitte der 50er Jahre die durchschnittliche Lebenserwartung von Bluterpatienten lediglich bei ca. 50 Jahren lag und selbst kleinere operative Eingriffe lebensbedrohlich waren.

Ein positiver Nebeneffekt der Transplantation: Meine neue Leber bildet eine normale Menge an Faktor VIII, sodass ich keine Hämophilie mehr habe.

Die Entlassung aus dem Klinikum konnte bereits am 8. postoperativen Tag erfolgen. Regelmäßige stationäre Krankenhausaufenthalte gehören heute zu meinem Lebensalltag, ein strenges Tablettenregime ist wegen der Abstoßungsreaktionen des transplantierten Organs ein Leben lang erforder-



lich. Dennoch bin ich dankbar für das geschenkte Leben! Meine Gedanken sind häufig bei meinem Organspender/meiner Organspenderin und dessen/deren Familie. Ohne ihn/sie würde ich heute nicht mehr leben.

Ich bin entsetzt und betroffen, wenn ich die aktuellen Organspendezahlen für 2017 betrachte: Nur noch 797 Menschen waren bereit, ihre Organe zu spenden. Das bedeutet für viele betroffene Patienten, dass sie keine Hoffnung auf ein Weiterleben haben! Es ist mir deshalb ein großes Anliegen, meine Mitmenschen über Fakten zur Organspende aufzuklären. Große (mediale) Unsicherheit zu diesem Thema verhindert, dass viele (zu viele) Menschen einen Organspendeausweis ausfüllen oder den bereits vorhandenen wieder aktivieren. Hilfreich war für mich der Austausch mit einem Ansprechpartner der Selbsthilfegruppe „Lebertransplantierte Deutschland e.V.“. Ich habe mich deshalb entschlossen, für „Lebertransplantierte Deutschland e.V.“ als Ansprechpartner für die Region Bonn und Umgebung zur Verfügung zu stehen. Jeder Betroffene sollte seine Mitmenschen von der Notwendigkeit eines Organspendeausweises überzeugen. Viele schwerkranke Patienten warten dringend auf ein lebensrettendes Organ, das ihnen ein Weiterleben ermöglicht.

Aktuelle Herausforderungen in der Transplantationsmedizin: Folgt dem Organmangel bald auch ein Chirurgenmangel?

Expertenstatement anlässlich der Kongress-Presskonferenz im Rahmen des Kongresses „Viszeralmedizin 2018“ am 13. September 2018 in München



Foto: privat

Prof. Dr. med. Jörg C. Kalff

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinik Bonn

Aktuell ist die Transplantationsmedizin in Deutschland wieder verstärkt in den medialen Fokus gerückt. Hauptsächlich der eklatante Mangel an Spenderorganen, der Vorstoß des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn bezüglich der sogenannten Widerspruchslösung und der neue Gesetzesentwurf stehen dabei im Fokus – viel zu wenig wird dabei generell über die Zukunft dieser hochspezialisierten Sparte in unserem Gesundheitssystem nachgedacht.

Seitdem der sogenannte Transplantationsskandal vor ca. sieben Jahren die Medien in Deutschland beschäftigte, ist laut der Deutschen Stiftung für Organtransplantation (DSO) ein stetiger Rückgang an Organspenden zu verzeichnen. Waren es in den Jahren 2006 bis 2011 immer rund 1.200 Spender pro Jahr, sank die Anzahl an Organspendern danach stetig auf knappe 800 im Jahr 2017. Die Gründe sind vielfältig. Sicherlich spielt auch ein deutlicher Image- und Vertrauensverlust der deutschen Transplantationsmedizin eine Rolle. Diesem gilt es gerade heute entgegenzutreten, wenn diese Hightech-Medizin für die Patienten in Deutschland weiter zugänglich bleiben soll. Die Transplantation ist bislang bekanntlich die einzige Sparte im Gesundheitswesen, in der ein sehr knappes Gut – nämlich Spenderorgane – möglichst gerecht auf eine große Anzahl an bedürftigen Patienten verteilt werden muss. Gut funktionierende Abläufe in Kliniken, eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung und Ärzteschaft, entsprechend ausgebildete und motivierte Spezialisten und die Schaffung gesundheitspolitischer und ökonomischer

Rahmenbedingungen werden nur in Summe und gemeinsam den gewünschten Erfolg erzielen können.

Viele Abläufe im Transplantationswesen sind in den letzten Jahren vereinheitlicht und verbessert worden, andere Defizite gilt es noch zu beseitigen. Im Einzelnen gilt nun unter anderem, dass speziell geschulte Transplantationsbeauftragte in den Kliniken vorgehalten werden müssen, deren Rolle in Zukunft laut aktuellem Gesetzesentwurf weiter gestärkt werden soll. Jeder Patient auf der Warteliste für eine Organtransplantation muss eine interdisziplinäre Fallbesprechung (Transplantationskonferenz), in der die Indikation zur Transplantation nochmals durch mehrere, unabhängige Ärzte verschiedener Fachrichtungen genau geprüft wird, durchlaufen. Transplantationszentren müssen sich heutzutage regelmäßigen Audits unterziehen und es wurde unter anderem eine zentrale Meldestelle bei der Bundesärztekammer zur Meldung von Unregelmäßigkeiten eingerichtet. Alle diese Maßnahmen sollten zur Qualitätssicherung und Transparenz im Transplantationswesen beitragen. Dennoch wurden laut der Deutschen Stiftung für Organtransplantation im Jahre 2017 so wenig Organe wie zuletzt 2002 transplantiert. Es ist daher dringend ein Umdenken im deutschen Transplantationswesen erforderlich, wobei mehrere Ansätze verfolgt werden müssen.

Widerspruchslösung

Die mediale Diskussion dreht sich zurzeit um die sogenannte „Widerspruchslösung“, die für eine Vergrößerung des potenziellen Pools an Organspendern sorgen soll. Derzeit gilt in Deutschland die „informierte Entscheidungslösung“, das heißt, dass die verstorbene Person (die nach einem sorgfältigen und gesetzlich genau definierten Prozess, in dem der Hirntod zweifelsfrei festgestellt wird, als Spender infrage kommt) zu Lebzeiten einer Organspende aktiv zugestimmt haben muss. Des Weiteren können, falls keine



1913 DGVS

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

dokumentierte Absichtserklärung (zum Beispiel Organspendeausweis) vorliegt, die Angehörigen nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen befragt werden und einer Organspende zustimmen. Problematisch ist natürlich, dass viele Menschen sich trotz aller Informationsangebote zu Lebzeiten keine Gedanken um eine Organspende machen. Denn obwohl über 80 Prozent der Bevölkerung einer Organspende prinzipiell positiv gegenüberstehen, haben nur 36 Prozent einen Organspendeausweis (Quelle: Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA: „Wissen, Einstellung und Verhalten der Allgemeinbevölkerung (14 bis 75 Jahre) zur Organ- und Gewebespende“, Bundesweite Repräsentativbefragung 2018). Die Angehörigen sind dann im Falle eines Falles häufig plötzlich unvorbereitet mit der Fragestellung Organspende und dem Willen des Verstorbenen diesbezüglich konfrontiert. In vielen Ländern der EU gilt die sogenannte „Widerspruchslösung“. Hier muss man nach gesellschaftlichem Konsens zu Lebzeiten aktiv einer potenziellen Organspende widersprechen. Geschieht dies nicht, können prinzipiell Organe zur Transplantation entnommen werden. Allerdings geschieht dies in den meisten Ländern nicht ohne die Zustimmung der Angehörigen (doppelte Widerspruchslösung). Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) befürwortet ausdrücklich die aktuell geführte politische Debatte um die Widerspruchslösung, da dies die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema Organspende nochmals befördert. Eine neue Regelung diesbezüglich muss aber politisch und gesellschaftlich breite Zustimmung finden.

Spenderrealisierung

Ein wesentlicher Punkt ist, so zeigen es eine aktuelle Untersuchung von Medizinern aus Kiel und der DSO-Jahresbericht, die sogenannte Spenderrealisierung (Dtsch Ärztebl Int 2018; 115(27–28):

463-8; DSO Jahresbericht): Von potenziell identifizierten Organspendern mündet in Deutschland derzeit nur ein geringer Prozentsatz wirklich in eine Transplantation. Deutschland ist mit 9,7 Spendern/Million Einwohner europaweit nahezu Schlusslicht. Auch bestehen gemäß DSO-Jahresbericht teilweise große regionale Unterschiede hinsichtlich Meldung und Realisierung von Organspendern; auch bei ähnlich großen Kliniken. Die Autoren der Kieler Studie konstatieren ein „Erkennungs- und Meldedefizit der Entnahmekrankenhäuser“ (Dtsch Ärztebl Int 2018; 115(27–28): 463-8). Mögliche Gründe für dieses Meldedefizit sind neben der Zustimmung der Patienten und ihrer Angehörigen die Akzeptanz des medizinischen Personals vor Ort, möglicherweise aber auch wirtschaftliche Zwänge, die die Spenderkrankenhäuser bei der Bereitstellung von OP-Kapazität, Personal und Ressourcen betreffen. Die Mithilfe bei der Organspende und -transplantation darf kein Verlustgeschäft für die Entnahmekrankenhäuser sein, sonst wird sich eine höhere Meldequote in Zeiten von Ökonomisierungszwängen nicht realisieren lassen. Konsequenterweise ist daher auch die angepasste Vergütung der Entnahmekrankenhäuser ein Teil des nun vorgelegten Gesetzentwurfes. Da die eigentliche Organtransplantation ja meist an größeren Zentren wie beispielsweise Universitätskliniken durchgeführt wird, ist oft der „Heilerfolg“ der mit viel Einsatz realisierten Spende für das Team der Spenderklinik und die Angehörigen psychologisch zudem abstrakt und zum Teil wenig greifbar. Auch hier muss die Akzeptanz und Sinnhaftigkeit der Organspende durch gezielte Information und Aufklärung – sowohl in der Ärzteschaft als auch bei Patienten und Angehörigen – erneut gestärkt werden.

Nachwuchs/Ausbildung von Transplantationsmedizinern und Chirurgen

Die Transplantationsmedizin bedingt heutzutage ein hohes Maß an Subspezialisierung – sowohl bei der chirurgischen Technik (dies bereits bei der Organentnahme) als auch bei der Patientenbetreuung vor und nach der Transplantation. Waren es bis vor einigen Jahren noch zehn Entnahme-Operationen, so sind heutzutage beispielsweise 25 assistierte Organ-Entnahme-Operationen nötig, bis

man als selbstständiger Entnahmekirurg für die DSO tätig sein kann. Die nötige Expertise für die mehrstündigen, hochkomplexen Eingriffe bei der eigentlichen Organtransplantation ist hier noch gar nicht berücksichtigt. Ist der Wunsch nach optimaler Ausbildung und Expertise auch sinnvoll, so sind dies sicher Zahlen, die manche jüngere Chirurgen durch die abnehmende Anzahl an Transplantationen aktuell kaum noch in sinnvoller Zeit erreichen können. Es zeichnet sich hier langsam, aber sicher, ein Mangel an qualifizierten Transplantationschirurgen ab. Unter anderem, weil jüngere Kollegen im Feld der Transplantation kein lohnenswertes Ausbildungsziel mehr erkennen können. Galt die Transplantationschirurgie noch vor wenigen Jahren als schwie-

Viszeralmedizin 2018



Gastroenterologie Viszeralchirurgie

12. - 15. September 2018, München

rige, aber prestigeträchtige „Königsdisziplin“ unter Viszeralchirurgen, so nimmt sie aufgrund der nötigen ständigen Verfügbarkeit der Operateure, wenig planbaren Operationen, Bindung an große Zentren, eventuell auch bisweilen negativen Rezeption in der Öffentlichkeit und auch nicht zuletzt der möglichen rechtlichen Fallstricke zunehmend die Rolle des „ungeliebten Stiefkinds“ ein. So hat beispielsweise die Anzahl der selbstständig verantwortlich für die DSO tätigen Entnahmekirurgen in den letzten Jahren langsam, aber stetig abgenommen (von 2013 bis 2017 um nahezu 18 Prozent, Quelle: Kommunikation Pressestelle DSO). Eine eigene Schwerpunktausbildung zum „Transplantationsmediziner“ oder „Transplantationschirurgen“, wie sie im Ausland selbstverständlich ist, existiert in Deutschland bislang nicht. Wichtig ist es daher, mehr denn je Medizinstudenten und Pflegepersonal sowie Ärzte wieder mehr in Richtung Organ-

transplantation zu schulen. Die DGAV hat zur Förderung der Ausbildung von jungen Transplantationschirurgen bereits eine Kommission ins Leben gerufen.

Fazit

Deutschland hat eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme weltweit. Eine offenbar systembedingte Verknappung von prinzipiell altruistischen Organspenden und -transplantationen kann nicht kommentarlos hingegenommen werden. Gesellschaft, Ärzteschaft und Politik sind hier gleichermaßen gefordert. Es ist Zeit für eine neue Debatte, ob die Transplantationsmedizin in Deutschland eine Zukunft haben soll. Jeder Bürger sollte sich damit auseinandersetzen, ob er im Falle einer Erkrankung eine lebensrettende Behandlung in Form einer Organspende begrüßen würde. Lautet die Antwort „ja“, ist die Bereitschaft zu einer Organspende im Falle des Falles logische Konsequenz. Dennoch wird die Einführung der Widerspruchslösung – doppelt oder einfach – so sinnvoll sie auch ist, nicht automatisch höhere Spenderzahlen erbringen können. Dort, wo im Umfeld des zunehmenden wirtschaftlichen Drucks Fehlreize bestehen und Kliniken sich aus ökonomischen Gründen nicht (mehr) an Organtransplantationen beteiligen, müssen diese systembedingten Probleme behoben werden. Eine angepasste Vergütung der Entnahmekrankenhäuser kann hier jedoch nur eine Maßnahme sein. Es scheint zusätzlich zur aktuellen Diskussion daher auch entscheidend, die Akzeptanz der Transplantationsmedizin in Deutschland wieder zu stärken – sowohl in der Bevölkerung als auch in der Ärzteschaft. Es bleibt der vorsichtige Lichtblick: Laut DSO zeigte sich im ersten Halbjahr 2018 eine leichte Verbesserung der Spenderzahlen und Transplantationen im Vergleich zum Vorjahr, auch sei die Zahl der Organspende-bezogenen Kontakte zwischen Kliniken und DSO im Vergleich zum ersten Halbjahr 2017 wieder um 20 Prozent gestiegen (Quelle: Deutsches Ärzteblatt). Auch wenn, wie zu hoffen ist, die Talsohle damit durchschritten sein könnte, ein Zurücklehnen wäre grundfalsch: Gerade jetzt brauchen wir weitere Maßnahmen, um die Transplantationsmedizin in Deutschland wieder zu stärken – unsere Patienten und die Gesellschaft sind darauf angewiesen.



Von Ulrich R. W. Thumm

Entwicklungen in der Hepatologie

Vom Aschenputtel in den 1960er Jahren (Prof. Roger Williams¹) ist die Hepatologie zu einem der zentralen Felder der Inneren Medizin (mit multidisziplinären Verbindungen) geworden, nicht zuletzt dank der gesundheitspolitischen Aufmerksamkeit auf Lebererkrankungen und des besonderen wissenschaftlichen Interesses rund um die Hepatitis C (HCV).² Die Forschungsschwerpunkte haben sich in den letzten Jahren stark verschoben und werden sich auch in der nahen Zukunft weiter verschieben: von dem alles überragenden Interesse an HCV hin zu **Fettleber (NAFLD)** und deren Folgeerkrankungen wie **NASH** und Herz-Kreislauf-Erkrankungen; dazu kommen Leberkrebs und gesundheitspolitische Probleme, bei gleichzeitig leichter Zunahme der Beschäftigung mit Leberzirrhose, Hepatitis B und seltenen Lebererkrankungen. Übertrendend ist NAFLD, die heute schon ein Viertel der Weltbevölkerung betrifft, mit zunehmender Tendenz. Mit sechsfa-cher Zunahme in den letzten 20 Jahren (in den USA), insbesondere unter jungen

Erwachsenen zwischen 18 und 39 Jahren, ist Fettleber die schnellst wachsende Ursache für Leberzirrhose und -krebs, bei gleichzeitig stark erhöhtem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.³ Dies sollte Anlass sein für gesundheitspolitische Interventionen wie Screening (im Hinblick auf Fibrose und Zirrhose) und Aufklärungskampagnen über Ernährung und Bewegung⁴/Sport sowie eventuell die Einführung von „Lenkungssteuern“ z.B. auf Zucker (= Verbrauchsteuern zwecks Erhöhung des Preises für den Endverbrauch und entsprechender Drosselung der Nachfrage nach zuckerhaltigen Nahrungsmitteln und Getränken⁵). Im Rahmen dieser komplexen Vorgehensweise ist natürlich auch erhöhte Aufmerksamkeit des Hausarztes angezeigt.

NAFLD/NASH sind allerdings komplexere Syndrome, als dass sie durch simple gesundheitspolitische Interventionen unter Kontrolle gebracht werden könnten. Ergänzend bedarf es unbedingt der Entwicklung von nicht-invasiven Biomarkern und Medikamenten. Auch die häufige Kom-

bination mit Alkohol-bedingter Fettleber macht die Aufgabe noch komplexer.

Als Laie ist man geneigt anzunehmen, dass klinische und pharmakologische Forschung in der Hepatologie im Vordergrund stünden angesichts all der grundlegenden Erkenntnisse über die Leber, die rund um die Lebertransplantation angesiedelt sind. Allerdings stellt man dann fest, dass – ganz im Gegenteil – die Entwicklung der Leber – die Gewebemorphologie, insbesondere die Entstehung der intra- und extrahepatischen Gefäße vom Fötus bis zur erwachsenen Leber – noch viele Rätsel aufgibt, denen man erst allmählich dank neuer (dreidimensionaler) Bildgebung auf den Grund kommt. Verbesserte Kenntnis dieser morphologischen Prozesse ist aber entscheidend für das Verständnis des Entstehens von Lebererkrankungen und deren Therapie bis hin zur künstlichen Herstellung von Lebergewebe⁶, auf die viel Hoffnung gesetzt wird angesichts des fortdauernden Mangels an transplantierbaren Spenderorganen.

Fettleber etc.

Die epidemische Ausbreitung von Fettleber und deren Folgeerkrankungen wie Leberkrebs wird zu einem zunehmenden Problem für die Gesundheitssysteme weltweit. Die Gesundheitspolitik ist dringend aufgerufen, mit entsprechenden Präventionsstrategien gegenzusteuern.⁷ Die **Entstehung einer nicht-alkoholischen Fettleber-Erkrankung** (NAFLD = nonalcoholic fatty liver disease) kann schon **pränatal** (im Mutterleib) angelegt sein, wie in einer australischen Studie nachgewiesen wurde.⁸ Die Anlage kann sowohl durch das Verhalten der Mutter als auch des Vaters vorprogrammiert werden, und zwar interessanterweise differenziert ausgeprägt je nach Geschlecht des Kindes. Das Familienumfeld spielt eine entscheidende Rolle, und auf jeden Fall sollten werdende Eltern beraten werden hinsichtlich ihrer „Lebensführung“ (insbesondere Ernährung, Bewegung, Gewichtsreduktion) zur Vermeidung des Problems des „Generationstransfers von Fettleibigkeit und assoziierter Gesundheitsstörungen“ (chronische Lebererkrankungen bis hin zu Zirrhose und Leberkrebs) – ebenso wie der (eigentlich selbstverständliche) Verzicht auf Alkohol und Tabak während der Schwangerschaft dringend angezeigt ist. Natürlich spielen zusätzliche Faktoren

im späteren Leben des Kindes eine noch wichtigere Rolle bei der Entstehung einer Fettleber und ihrer Folgeerkrankungen. In einer internationalen Studie wird die Verbindung zwischen steigendem Verbrauch von **Zucker und Fruktose-reichem Maissirup** und der zunehmenden **Ausbreitung von Fettleber** nachgewiesen; desgleichen werden in der Studie die biochemischen metabolischen Vorgänge untersucht, die die Ansammlung von Leberfett erklären.⁹ Dabei wird auch darauf hingewiesen, dass eine entsprechende Reduzierung von Zucker und Fruktose weitreichende positive Wirkungen für NAFLD-Patienten hätte und helfen könne, die nachfolgenden Komplikationen wie Diabetes, Nierenfunktionsstörung, Leberzirrhose und Leberkrebs zu vermeiden. In einer israelischen Studie wird der Zusammenhang zwischen hohem **Fleischkonsum** (Rindfleisch und verarbeitete Produkte) und **Fettleber** sowie **Insulinresistenz** (IR) an ca. 1.100 40- bis 70-jährigen Patienten untersucht, die sich einer Darmspiegelung unterzogen hatten.¹⁰ Hoher Fleischkonsum (red meat = Rindfleisch) sind mit NAFLD und IR assoziiert. Darüber hinaus spielt die Zubereitungsart der Fleischgerichte eine wichtige Rolle; hohe Temperaturen, die z.B. beim Grillen des Fleisches zu beob-

achten sind, führen zu IR, die ihrerseits zu NAFLD und Diabetes 2 führen kann. Reduzierter Fleischkonsum und gesündere Zubereitung (nicht grillen!) können sich günstig für NAFLD-Patienten auswirken. Auf jeden Fall ist die gelegentlich anzutreffende Meinung, **mäßiger und regelmäßiger Alkoholkonsum** (etwa zwei Gläser Wein pro Tag, < 20 g Alkohol) könne sich günstig auf eine Fettleber und das daraus resultierende erhöhte Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auswirken, **total irrig**. Auch kleine Mengen Alkohol können das Fortschreiten zu schwereren Leber- und Folgeerkrankungen begünstigen.¹¹

Die weltweite Ausbreitung von NAFLD/NASH und deren hepatischen und extrahepatischen Folgeerkrankungen (Diabetes; Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Nierenfunktionsstörungen; Zirrhose; Leberkrebs; Notwendigkeit einer Ltx) stellen eine zunehmende Belastung der Gesundheitssysteme dar. Es sind insbesondere die häufigen Folgeerkrankungen, die zur Sorge Anlass geben. Besonders häufig sind die **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**, die mit NAFLD assoziiert sind und oft zum Tode führen; Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache von NAFLD-Patienten. In einer koreanischen Studie wird die Assoziierung von

NAFLD mit verschiedenen Arten von atherosklerotischen Ablagerungen untersucht als den Vorstufen von klinischen Herz-Kreislauf-Problemen wie Herzschlag und Schlaganfall. Die Assoziierung ist signifikant; wegen der Art des Datenmaterials ist die Kausalität allerdings unklar.¹² Schädliche Wirkungen auf die Herzaktivität werden auch für NASH nachgewiesen, eine entzündliche Fortentwicklung von NAFLD und somit die schlimmste Ausprägung von Fettleber.¹³ Neben dem Herz-Kreislauf-System beeinträchtigt NAFLD auch die **Nierenfunktion**. In den USA sind 20–50 Prozent der NAFLD-Patienten von chronischen Nierenerkrankungen betroffen im Vergleich zu elf Prozent der Gesamtbevölkerung. NAFLD ist die am schnellsten wachsende Ursache für eine kombinierte Leber- und Nieren-

Alkohol

Wie „jeder mann weiß“, verursacht Alkoholmissbrauch schwere Lebererkrankungen; dabei kann Alkoholkonsum auch erschwerend zu NAFLD/NASH hinzukommen. Was nicht jedermann weiß, ist, dass „Missbrauch“ schon bei relativ geringen Mengen beginnt. In einer finnischen Studie wird (selbst niedriger) Alkoholkonsum als zusätzlicher Risikofaktor für Lebererkrankungen bei Patienten mit NAFLD oder anderen Ausprägungen des metabolischen Syndroms wie Diabetes nachgewiesen.¹⁷ Eine schwedische Studie tritt der Auffassung entgegen, dass täg-

transplantation. Zur Früherkennung wird Screening von Fettleberpatienten (mit fortgeschrittener Fibrose) im Hinblick auf **Albuminurie** (Eiweiß im Urin) empfohlen.¹⁴ NAFLD-Patienten (ohne Zirrhose) weisen auch eine signifikant höhere Inzidenz (in Korea: 15 Mal höher) von Leberkrebs (HCC) auf im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, insbesondere wegen der NAFLD-bedingten Entzündungen des Lebergewebes. Ein erhöhtes, wenn auch wesentlich geringeres Risiko besteht bei Männern mit NAFLD für Darmkrebs, bei Frauen für Brustkrebs.¹⁵ Wegen der Häufigkeit von metabolischen Ko-Morbiditäten (Parallelkrankheiten wie Adipositas, Diabetes 2, Fettstoffwechselstörungen) und von notwendigen Ltx bei NAFLD/NASH-Patienten haben die amerikanischen und europäischen Fachgesellschaft-

ten zum Erforschen von Lebererkrankungen ihre Richtlinien ergänzt. Dies betrifft das Patientenmanagement sowohl im Vorfeld als auch in der Nachbehandlung nach Ltx. Im Vorfeld wird die bereits oben angesprochene Änderung der Lebensführung mit gesunder und kalorienarmer Ernährung sowie Bewegung/exercise zur Gewichtsabnahme empfohlen. Die Ergebnisse nach Ltx bei NAFLD/NASH-Patienten seien normalerweise zwar vergleichbar mit anderen Patienten. Wegen der Nebenwirkungen der Immunsuppression auf Nieren- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen einerseits und des erhöhten Risikos der NAFLD/NASH-Patienten für diese Erkrankungen andererseits wird jedoch besondere Aufmerksamkeit im Nach-Ltx-Management empfohlen.¹⁶

licher Alkoholkonsum von 30 g (etwas mehr als zwei Drinks) für Männer ungefährlich sei. Es wird im Gegenteil nachgewiesen anhand von über 43.000 ehemals wehrpflichtigen Männern, die durchschnittlich über fast 40 Jahre beobachtet wurden, dass es keinen klaren und sicheren Schwellenwert des täglichen Alkoholkonsums gibt; dass ein erhöhtes Risiko für schwere Lebererkrankungen (wie Zirrhose) durch Alkoholkonsum im jugendlichen Alter um die 20 Jahre besteht; das Risiko hängt von der täglichen Konsummenge ab (deutlich zunehmend

bereits bei einer Tagesmenge von > 6 g = ein halbes Glas Wein) und ist besonders ausgeprägt ab dem 50. Lebensjahr.¹⁸ Ein wichtiges Ergebnis der Studie ist, dass Alkoholkonsum im jugendlichen Alter gefährliche Langzeitwirkungen haben kann und somit besondere Aufmerksamkeit der Gesundheitspolitik erfordert. Dies trifft sicherlich auch für das zunehmend bei Jugendlichen in Mode gekommene „binge drinking“ (Koma-saufen) zu (das allerdings nicht Gegenstand der Studie war).

Entzündliche Darmerkrankungen, PSC und Folgeerkrankungen

Entzündliche Darmerkrankungen (in erster Linie Colitis ulcerosa, CU) sind häufig mit Primär Sklerosierender Cholangitis (PSC) assoziiert bzw. umgekehrt ist die überwiegende Mehrheit (bis 80 Prozent) der PSC-Patienten auch von CU betroffen. In einer dänischen Bevölkerungs-basierten Studie werden Patienten mit CU und PSC mit CU-Patienten ohne PSC verglichen im Hinblick auf die Risiken für die Notwendigkeit chirurgischer Eingriffe bis hin zu Ltx.¹⁹ Das Risiko der ersten Patientengruppe (CU + PSC) ist ungefähr doppelt so hoch wie das der zweiten Patientengruppe (nur CU). Insbesondere wird das Risiko, einer Ltx innerhalb eines Zeitraums von 25 Jahren zu bedürfen, auf 53 Prozent geschätzt, d.h. über die Hälfte der CU + PSC-Patienten müssen sich längerfristig einer Ltx unterziehen. Diese Schätzung bezieht sich auf die entsprechenden Patientengruppen aus der gesamten Bevölkerung, während Schätzun-

gen aufgrund von Tx-Zentren-spezifischen Patientendaten das Risiko signifikant zu überschätzen scheinen. So zumindest die Beurteilung von Bechstein und Schnitzbauer.²⁰ Aufgrund dieser Einschätzung wird auch die gegenwärtige Praxis von UNOS (United Network for Organ sharing = amerikanische Institution für Tx-Wartelisten-Management) und Eurotransplant, für PSC-Patienten auf der Ltx-Warteliste exception points zu gewähren, in Frage gestellt. Die Autoren fordern, die Organzuteilungs-Prioritäten aufgrund des natürlichen Fortschreitens der PSC zu bestimmen, was zugegebenermaßen schwierig sei. Dies bedürfe weiterer Forschung über den Gang von PSC hin zu Gallengangs- oder Gallenblasenkarzinom u.ä., sei aber unerlässlich, da die gegenwärtige Praxis alle Ltx-Wartepatienten ohne PSC [bzw. auch ohne HCC; für HCC gibt es auch exception points, URWT] benachteilige. Eine wichtige Retrospektiv-Studie über

die Entwicklung verschiedener Arten von Leberkrebs bei PSC-Patienten wurde an der Mayo Clinic in Rochester, MN durchgeführt.²¹ Insgesamt wurden die Daten von 830 PSC-Patienten analysiert, die im Zeitraum von 1995 bis 2015 mit verschiedenen Methoden (wie bildgebende Untersuchungen des Unterleibs; Messungen von Carbohydratantigen 19-9 und Alpha-Fetoprotein) überwacht wurden; 79 Patienten wurden mit Krebs diagnostiziert (78 Prozent mit Gallengangskrebs (CCC); 21 Prozent mit Leberzellkrebs (HCC); 6 Prozent mit Gallenblasenkrebs (GBCa); 3 Prozent mit CCC + HCC; 1 Prozent mit HCC + GBCa); 51 Prozent der PSC-Patienten wurden laufend überwacht, 49 Prozent nicht. Die überwachten Patienten hatten signifikant höhere Fünf-Jahres-Überlebensraten und eine signifikant niedrigere Wahrscheinlichkeit, krebs-verursachte Komplikationen zu entwickeln.

Neues von der Virushepatitiden-Front: HBV, HEV

Chronische HBV-Infektion (Hepatitis-B-Virus) ist nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weltweit noch immer weit verbreitet (257 Millionen, zwar hauptsächlich in Asien und Afrika, aber mit geringerer Prävalenz auch in Europa und Nordamerika). Die Infektion erhöht das Risiko für schwere Lebererkrankungen wie Zirrhose und Leberkrebs (HCC). Eine komplette Heilung ist mit den üblichen Therapien (Nucleos(t)id Analogon oder Interferon-basiert) eher selten. Eine Phase-II-Studie mit **Vestilimod**, einem Wirkstoff (Protein), der einen Rezeptor (TLR7 = toll-like receptor 7) des angeborenen und erworbenen Immunsystems stimuliert, hat nun signifikante antivirale Wirkungen nachgewiesen. Allerdings bedarf es weiterer Studien zur Bestätigung einer funktionalen Heilung der chronischen HBV-Infektion.²² Eine HBV-Infektion kann auch zusammen mit einer HCV-Infektion (Hepatitis C) auftreten, und die **HBV-Infektion** kann trotz „erfolgreicher“ Behandlung auch **reaktiviert** werden **durch eine HCV-Behandlung** mit den (neuen) direkt-antiviralen Medikamenten (DAA). Diese Fälle scheinen relativ selten zu sein bei Patienten mit „ausgeheilter“ HBV-Infektion. Dennoch hat die US-amerikanische Arzneimittelbehörde (FDA = Food and Drug Administration) sicherheitshalber veranlasst, dass HCV-Patienten vor Beginn einer DAA-Therapie auf eine mögliche Koinfektion mit HBV untersucht werden sollten. Eine Reaktivierung der HBV durch eine DAA-Therapie der HCV kann das Risiko für HBV-Folgeerkrankungen wie Zirrhose und HCC signifikant erhöhen.²³ Auch eine umfassende internationale

Übersichtstudie und Metaanalyse basierend auf 17 Beobachtungsstudien mit 1.621 Patienten (davon 242 mit chronischer und 1.379 mit ausgeheilter HBV-Infektion) kommt zu Schlussfolgerungen, die vorsichtshalber eine antivirale **HBV-Prophylaxe** angezeigt erscheinen lassen.²⁴

HEV-Infektion (Hepatitis-E-Virus) ist eine signifikante Krankheits- und Todesursache und stellt somit ein globales Gesundheitsproblem dar. HEV wurde zuerst in den frühen 1980er Jahren entdeckt bei aus Afghanistan zurückkehrenden sowjetischen Soldaten. Das beim Menschen auftretende HEV manifestiert sich in acht Genotypen (GT). GT 1 und 2 infizieren nur Menschen und sind mit Verbesserungen der sanitären Verhältnisse (insbesondere in China) seltener geworden. GT 3 und 4 sind endemisch bei Schweinen/Wildschweinen und verursachen in zunehmendem Maße **zoonotische Infektionen** beim Menschen (Übertragung von Tier zu Mensch). Lokal erworbene zoonotische HEV-Infektionen (in erster Linie durch Konsum von Schweinefleisch) treten zunehmend bei Reisenden auf, die aus HEV-endemischen Gebieten (China, Nepal, Südafrika, teilweise auch Lateinamerika) nach Europa zurückkehren. Daher sah sich die Europäische Vereinigung zum Studium von Lebererkrankungen (EASL = European Association for the Study of the Liver) veranlasst, neue Richtlinien für die klinische Praxis im Umgang mit HEV-Infektionen herauszugeben.²⁵ Akute HEV-Infektion ist besonders problematisch bei Patienten, die an chronischen Lebererkrankungen leiden oder auch ein unterdrücktes Immunsys-

tem haben (z.B. Transplantationspatienten). Die EASL empfiehlt besonders, dass **immunsupprimierte Patienten mit unerklärten, abnormalen Leberfunktions-tests auf HEV untersucht werden**. In zunehmendem Maße werden aber auch extrahepatische Folgen von HEV festgestellt wie neuralgische Amyotrophie (eine Muskelerkrankung), Guillain-Barré-Syndrom, Hirnhautentzündung, Nierenfunktionsstörungen, Proteinurie (überhöhte Eiweißausscheidung im Urin), Entzündungen der Bauchspeicheldrüse u.a. Unabhängig von der Feststellung einer abnormalen Leberfunktion empfiehlt die EASL in all diesen Fällen eine Untersuchung auf HEV. **Bei HEV-infizierten Transplantationspatienten empfiehlt die EASL eine reduzierte Dosierung der Immunsuppression** (so dass also das angeborene Immunsystem wieder etwas hochgefahren wird). Beim Verständnis von HEV gibt es noch bedeutende Lücken, so dass man in einigen Jahren auch die Richtlinien für die klinische Praxis wieder überarbeiten muss. In China gibt es eine **Impfung gegen HEV** (allerdings beschränkt auf China). Eine Behandlung der HEV-Infektion kann auch mit **Ribavirin** (= Polymerasehemmer, Nucleosid-Analogon, bisher vorwiegend gegen HCV-Infektion eingesetzt) versucht werden, was allerdings außerhalb des vorgesehenen Anwendungsbereichs (off-label use) liegt. Interessante Ergebnisse kommen von zellbiologischen Grundlagenstudien, die die Vermehrung des HEV untersucht und wichtige Proteine im Lebenszyklus des HEV identifiziert haben.²⁶

Leberkrebs (HCC, CCC)

Das Hepatozelluläre Karzinom (**HCC**) und das Gallengangskarzinom (cholangiozelluläres Karzinom, **CCC**) können als primäre Tumoren (mit Ursprung in der Leber) auftreten, und zwar mit zunehmender Tendenz, wie epidemiologische Studien in den USA zeigen. Am häufigsten treten sie jedoch als Folge anderer Lebererkrankungen (wie Fettleber/NASH, Alkoholmissbrauch, PSC, PBC, HBV, HCV u.a.) auf. Dabei kommt HCC wesentlich häufiger (in den USA: neunmal häufiger) vor als CCC. Zwar verspricht eine Ltx eine Heilung bei beiden Leberkrebsarten, doch sind alternative Behandlungsmethoden dringend angezeigt angesichts der akuten Knappheit von Spenderorganen.

Wichtiger als alle Krebsbehandlungstherapien ist natürlich **Prävention**, indem

Risikopatienten mit chronischer Fibrose aufgrund von viraler (z.B. HCV) oder metabolischer (z.B. NAFLD/NASH) Verursachung frühzeitig mit Hilfe moderner Verfahren beobachtet werden. Verschiedene Präventionsstrategien (HCC-Screening, Chemoprävention, Impfungen, Änderung der Lebensführung, insbesondere Vermeidung von Alkohol etc.) wurden vor Kurzem in einer internationalen Übersichtstudie vorgestellt und verglichen.²⁷ Die Autoren betonen, dass die herkömmlichen Strategien wenig wirksam sind ohne den Einsatz gezielter individueller Risiko-spezifischer Untersuchungsmethoden basierend auf **Molekularinformation** von Gewebeproben. Nur so könnten bessere Prognosen der Entwicklung eines HCC erzielt werden, wofür allerdings noch viel Forschungs-

und Entwicklungsarbeit zu leisten sei. In einer italienischen, multizentrischen Studie wird das **ITA.LI.CA Prognosesystem** für HCC-Patienten vorgestellt im Vergleich zu anderen häufig verwendeten Prognosesystemen wie etwa Barcelona, Hongkong, Italien oder Japan.²⁸ Dieses neue System erzielte bessere Prognosen über den Verlauf eines HCC im Vergleich zu den anderen Systemen und ist so für den klinischen Einsatz geeignet, nicht zuletzt um den vorschnellen Schritt zu einer Ltx aufzuhalten. In einer weiteren italienischen, multizentrischen Studie (mit Validierung in China) wurde ein **anderes HCC-Prognosemodell** entwickelt, das ebenfalls bessere Ergebnisse liefert als die bislang meist verwendeten Modelle.²⁹ Entscheidende Parameter im Hinblick auf das Fünf-Jahres-Überleben sind das

AFP-Niveau (Alpha-Fetoprotein, ein HCC-Marker) und die Anzahl und Größe der Tumoren. Zwischen beiden besteht eine inverse Relation: je niedriger das AFP-Niveau, desto größer können Anzahl und Größe der Tumoren sein. Das Modell könnte für die bessere Priorisierung von HCC-Patienten für eine Ltx eingesetzt werden. Es ist einfach zu handhaben mit Hilfe eines Online-Rechners.

Beim **HCC** gibt es verschiedene Optionen **minimal-invasiver Behandlungen durch die Haut. Radiofrequenzablation** (RFA, auch Hochfrequenz- oder Thermoablation genannt) ist die am häufigsten angewandte Behandlungsart zur Zerstörung von Tumoren innerhalb der Milano-Kriterien (bis 5 cm Durchmesser), teilweise auch nur zur Überbrückung bis zu einer nicht vermeidbaren Ltx. Dabei gibt es verschiedene Varianten mit jüngeren Neuerungen, die in einer französischen Übersichtsstudie vorgestellt und im Hinblick auf ihre Wirksamkeit verglichen werden.³⁰ Als „klassisch“ anzusehen ist die monopolare RFA, bei der eine Elektrode durch die Haut in den Tumor eingeführt und Wärme (60 bis 100 Grad) mit Hilfe von Strom (375 bis 500 KHz) erzeugt wird zur Abtötung des Tumors. RFA hat relativ gute Ergebnisse gezeitigt und weitestgehend **Ethanol-Injektion** in den Tumor ersetzt. Bessere Ergebnisse (geringeres Wiederauftreten von Tumoren, niedrigere

Sterbe- und Morbiditätsraten) werden in jüngerer Zeit jedoch mit **multipolärer Ablation** mit Hilfe von **bipolaren Elektroden, multibipolaren Elektroden** oder durch **Mikrowellenablation** (MWA) erzielt, weil bei beiden Methoden die Wärme gleichmäßiger auf den Tumor (die Tumoren) einwirken kann oder – im Falle von MWA – höhere Temperaturen angewendet werden. Daneben gibt es auch noch nicht-thermische Ablation wie die irreversible Elektroporation (IRE) und Cryoablation (cryo = Kälte). Beide Verfahren sind gegenwärtig noch als eher problematisch anzusehen. Die Autoren empfehlen, dass in jedem Zentrum die verschiedenen Techniken verfügbar sein sollten und dass durch multidisziplinäres Vorgehen vor einer eventuellen Ltx die für den individuellen HCC-Patienten beste Behandlungsmethode im Konsens eingesetzt werden sollte.

CCC ist die zweithäufigste Leberkrebsart; sie ist besonders aggressiv, und die Prognose ist schlecht (Überleben 12 bis 24 Monate ohne Behandlung), hängt aber in erster Linie von der Lage im Gallengangssystem ab: innerhalb der Leber (= intrahepatisch) oder außerhalb der Leber (extrahepatisch); letztere wird in hilar (an der Leberpforte, wo der gemeinsame Lebergang sowie Leberarterie und Pfortader zusammen in die Leber eintreten, und distal (am Leberausgang

im unteren Drittel des gemeinsamen Lebergangsystems) unterteilt. Resektion des hilaren und auch des intrahepatischen CCC ist möglich, jedoch sind die Ergebnisse höchst unbefriedigend (mit Überlebensraten unter 40 Prozent). In der Regel ist die einzige Heilung eine Ltx, wobei selbst damit bis vor Kurzem die Ergebnisse eher schlecht waren wegen mangelhafter Selektion der Patienten. In einer kanadischen Übersichtsstudie wird der gegenwärtige Stand der Ltx für CCC untersucht basierend auf einer Serie von Studien an verschiedenen Zentren.³¹ In den letzten zwei Jahrzehnten seien Fortschritte im Management des nicht operablen hilaren CCC (sowohl als Primärtumor als auch als Sekundärtumor als Folge von PSC) gemacht worden dank der Ergänzung einer Ltx durch zusätzliche vorherige Chemoradiation (= Chemotherapie plus Bestrahlung). So werde nunmehr in einigen Zentren Ltx bei hilarem CCC angeboten. Vielversprechende Ltx-Ergebnisse seien auch bei Patienten mit intrahepatischem CCC gemacht worden. Allerdings würden weiterhin bessere Prognoseinstrumente benötigt. Fortschritte seien auch auf dem Gebiet der Transplantationsoonkologie erzielt worden zum besseren Verständnis des Krankheitsverlaufs und der Therapieoptionen, so dass eine Ltx zunehmend zur Behandlung des CCC in Frage komme.

Lebertransplantation (Ltx): Jenseits von MELD

Lebererkrankungen im Endstadium (akut oder chronisch) erfordern meist eine Ltx. Die Priorisierung der Patienten auf der Warteliste entscheidet über die Zuteilung der knappen postmortalen Spenderorgane. Im Wesentlichen gilt für Deutschland die durch Eurotransplant (ET) vorgenommene Priorisierung, die wiederum – mit gewissen Modifikationen und Einschränkungen – durch den MELD-Score (matchMELD = labMELD (basierend auf Labormessungen) modifiziert aufgrund von „standard exceptions“) bestimmt wird. Oberster Grundsatz dabei ist, dass der kränkste und bedürftigste Patient prioritären Zugang zu einem lebensrettenden Spenderorgan haben sollte. Angesichts der akuten Knappheit postmortalen Spenderorgane und der zunehmenden, hauptsächlich altersbedingten, Qualitätseinschränkungen der transplantierbaren Organe wird diese Art der Priorisierung zunehmend in Frage gestellt. Gleichzeitig kommt der Organmangel auch darin zum Ausdruck, dass der MELD-Score der Ltx-Patienten in Deutschland in der Regel sehr hoch ist, die Patienten somit sehr krank sind zum Zeitpunkt der Ltx. Als ergänzende Kriteri-

en zur jetzigen Zuteilungspraxis werden besonders die an Nutzen und Effizienz orientierten Erfolgsaussichten (gemessen u.a. am Überleben des Patienten und des transplantierten Organs sowie an der Lebensqualität nach Ltx) in die Waagschale geworfen. Dies ist besonders wichtig, da das gegenwärtig in „ET-Land“ praktizierte MELD-basierte System keine objektiven Kriterien kennt für die Entfernung eines Patienten von der Warteliste. Hierzu ein Überblick über wichtige ergebnisbestimmende Einflussfaktoren aus der jüngsten Literatur.

Einen guten Einstieg in die Problematik bietet ein Übersichtsartikel eines internationalen Teams unter Schweizer Führung.³² Darin werden Evidenz-basierte **Kriterien diskutiert für die Ablehnung einer Ltx** („too sick or too healthy for transplant“ = zu krank oder zu gesund für eine Ltx). Eine Ablehnung würde erfolgen, wenn eine Ltx vom behandelnden Ärzteteam als „unangebracht“ (inappropriate) angesehen wird. Wichtige Gesichtspunkte sind, wie **akut die Lebererkrankung** ist; ferner das Vorhandensein anderer Krankheiten (Ko-Morbidität) wie etwa **Lungenkomplikationen** und **Herz-**

Kreislauf-Komplikationen oder **Unter-/Übergewicht, Diabetes** und **physische Gebrechlichkeit** (frailty) u.ä. Ein Kombinationsindex für Ko-Morbiditäten, der **Charlson Comorbidity Index**, als Prädiktor für suboptimale Ltx-Ergebnisse, geht zwar in die anvisierte Richtung, ist aber – nach Auffassung des Autorenteam – noch nicht ausreichend untersucht. Das Team ist um eine interdisziplinäre und objektive Vorgehensweise bemüht, die eine Entscheidung über die Ablehnung einer Ltx/Nicht-Aufnahme oder Entfernung von der Warteliste objektiviert und im Wesentlichen von der Wahrscheinlichkeit des **kurzfristigen** (drei Monate) **Überlebens nach Ltx** abhängig macht, im Gegensatz zum **MELD-Score**, der sich an der erwarteten **Dreimonatssterblichkeit auf der Warteliste** orientiert. Diese „multidimensionale“ Vorgehensweise ist sicherlich wünschenswert, aber noch nicht ausreichend operationalisiert, um den MELD-Score in der klinischen Praxis zu ersetzen. Verschiedene „eindimensionale“ Ergänzungen wurden ebenfalls entwickelt und könnten im klinischen Alltag zum Einsatz kommen: so die Ermittlung von **Sarkopenie** (= Abbau von Muskel-

masse) und die Herzfunktion. Sarkopenie, genereller physischer Abbau und Gebrechlichkeit (frailty) sind häufige Komplikationen bei Patienten mit Lebererkrankung im Endstadium und Zirrhose. Sie betreffen bis zu einem Fünftel der Ltx-Wartepatienten und wirken sich ungünstig auf das Ergebnis einer Ltx aus. Eine gezielte Behandlung mit verbesserter Ernährung und einem mäßigen Trainingsprogramm kann den Abbauprozess verzögern, die Sterblichkeit auf der Ltx-Warteliste reduzieren und das Ergebnis nach Ltx verbessern.³³ Eine **beeinträchtigte Herzfunktion** ist eine häufige Begleitscheinung bei Zirrhosepatienten, oft in Form von **Myokardkontraktilität** (= zusätzliche Herzaktivität im Ruhezustand, aber beeinträchtigte Steigerung als Reaktion auf Stress), die auch das Ergebnis einer Ltx beeinflusst. Eine internationale Studie von 168 Zirrhosepatienten auf der Ltx-Warteliste an zwei Zentren in Bonn und Wien war darauf ausgerichtet, solche Patienten zu identifizieren mit Hilfe einer

neuartigen Echokardiographie.³⁴ Eine frühzeitige Ltx könnte bei diesen Patienten zu besseren Ltx-Ergebnissen führen.

Im Hinblick auf die zu erwartenden Ergebnisse sind auch noch Besonderheiten einer Ltx bei **HCC im Kindesalter** zu erwähnen. HCC bei Kindern unter 18 Jahren ist sehr selten (nur 0,5 bis 1 Prozent aller HCC-Fälle) und tritt dann mehrheitlich im Alter zwischen 10 und 14 Jahren auf. Die Organallokation erfolgt aufgrund eines besonderen match-MELD, der bei 22 beginnt (was einer 3-Monate-Sterbewahrscheinlichkeit von 15 Prozent entspricht). Bei nicht-resektablem HCC ist die einzige Heilung von einer Ltx zu erwarten, wobei Kinder mit einer erblichen Lebererkrankung gegenüber Kindern mit nicht-erblicher Erkrankung und gegenüber erwachsenen HCC-Patienten einen Überlebensvorteil haben. So das Ergebnis einer internationalen multizentrischen Untersuchung von 175 Kindern, die zwischen 1985 und 2012 eine Ltx wegen HCC erhielten; davon lag

bei 38 Kindern eine erbliche Lebererkrankung zugrunde.³⁵ Ähnlich der oben postulierten Position einer größeren Berücksichtigung der Erfolgsaussichten, argumentiert das Untersuchungsteam, dass dieser Überlebensvorteil durch eine höhere Priorisierung bei der Zuteilung postmortalen Organe berücksichtigt werden sollte. Das Team räumt allerdings ein, dass weitere Untersuchungen nötig seien.

Schließlich sollte noch erwähnt werden, dass die Ergebnisse einer Ltx (von den prä-operativen Vorbereitungen bis hin zur Nachsorge) neben Empfänger- und Spender-charakteristika auch von den **Zentren und ihrer Erfahrung** (gemessen an der durchschnittlichen Anzahl der Ltx über einen Zeitraum von fünf Jahren) abhängt. So das Ergebnis einer multizentrischen Untersuchung an Hand von Eurotransplant-Daten von 10.265 Ltx in 39 Zentren mit einer medianen Beobachtungszeit von 3,3 Jahren.³⁶

Referenzen: Auf Wunsch erhalten Sie die Referenzliste der 36 Artikel per E-Mail: redaktion@lebertransplantation.de

Hepatology

„Hepatitis: Findet die fehlenden Millionen!“

Am 28. Juli 2018 war Welt-Hepatitis-Tag. Mit dem Motto „Hepatitis: Findet die Millionen!“ ruft die World Hepatitis Alliance (WHA) in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weltweit dazu auf, sich über Risiken, Schutz- und Diagnosemöglichkeiten der viralen Leber-Infektionskrankheit Virushepatitis zu informieren. Allein an der chronischen Hepatitis B oder C sind weltweit über 300 Millionen Menschen erkrankt – in Deutschland gehen Experten von bis zu 600.000 infizierten Menschen aus. Da die Erkrankungen häufig mit unspezifischen Symptomen verlaufen, bleiben sie oft unbemerkt – und unbehandelt.

Seit 2011 findet der Welt-Hepatitis-Tag am Geburtstag des amerikanischen Forschers Baruch Samuel Blumberg am 28. Juli statt, der 1965 das Hepatitis-B-Virus (HBV) entdeckte. Hepatitis B ist die weltweit häufigste Virusinfektion. Als Therapie gegen chronische Hepatitis B können wirksame Medikamente verordnet werden. Die Behandlungsmöglichkeiten haben sich in den letzten Jahren enorm verbessert. Mittlerweile kann bei fast jedem Patienten eine Viruskontrolle erreicht werden. Eine Impfung, die von der WHO seit 1992 empfohlen wird, schützt vor Hepatitis B.

Die chronische Hepatitis C zählt nach der Fettleberhepatitis beispielsweise durch Alkohol oder Übergewicht und Diabetes mellitus zur zweithäufigsten Ursache von Leberzirrhose und Leber-

zellkrebs in Deutschland. Eine Impfung gegen das Hepatitis-C-Virus (HCV) existiert noch nicht. Seit 2014 sind in Deutschland zahlreiche Medikamente zur Behandlung der Hepatitis C zugelassen, die direkt in den Vermehrungszyklus des Virus eingreifen (sogenannte DAAs – Direct Acting Antiviral Agents). Damit kann die chronische Hepatitis C bei sehr vielen Patienten geheilt werden. Die Heilungsraten dieser Interferon-freien Therapien mit acht bis zwölf Wochen Therapiedauer sind sehr hoch, sie liegen in der Regel bei über 90 Prozent.

Nach Angaben der WHO verursachen virale Hepatitiden weltweit jährlich mehr Todesfälle als jeweils Malaria, HIV oder Tuberkulose. Viele der an einer Hepatitis erkrankten Menschen wissen nichts von ihrer Infektion, die häufig über einen langen Zeitraum symptomlos bleibt. Unbehandelt können Hepatitis-Virusinfektionen zu Leberzirrhose, Leberkrebs und Tod führen. Hepatitis als Infektionskrankheit einzudämmen, gehört zu den Zielen der Vereinten Nationen. Auch die deutsche Bundesregierung signalisiert mit „BIS 2030 – Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen“, dass ihr das Thema wichtig ist.

Experten sehen die größte Herausforderung bei der Eliminierung der Virushepatitis in der hohen Dunkelziffer: „Nur wer weiß, dass er krank ist, kann behandelt werden. Wer behandelt wird, hat eine sehr hohe Chance auf Heilung. Ein

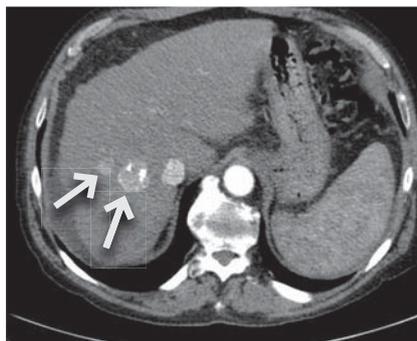
einfacher Bluttest kann Klarheit schaffen“, sagt Professor Dr. Michael P. Manns, Hannover. Die politischen Voraussetzungen für ein Screening zu schaffen, ist eine wichtige Aufgabe. Die dringende Notwendigkeit, über das Thema Virushepatitis zu informieren, belegt eine aktuelle Umfrage des Marktforschungsinstituts TNS EMNID: Nur 14 Prozent der Deutschen denken über das eigene Hepatitis-C-Risiko nach. Entsprechend gering ist die Motivation der Menschen, das Thema Virus-Hepatitis mit dem Hausarzt zu besprechen und sich testen zu lassen. Ein erster Schritt zur Einschätzung der eigenen „Leber-Gesundheit“ kann der „Lebertest“ der Deutschen Leberstiftung sein, mit dem Interessierte feststellen können, ob bei ihnen ein erhöhtes Risiko für das Vorliegen einer Lebererkrankung besteht. Auf der Webseite www.deutsche-leberstiftung.de steht der „Lebertest“ unter dem Menüpunkt „Service“ zum Download bereit. Eine individuelle medizinische Beratung ist in der Telefonsprechstunde möglich, in der ärztliche Experten alle Fragen zu den Themen Leber und Lebererkrankungen beantworten. Die Telefonsprechstunde ist von Montag bis Donnerstag zwischen 14.00 und 16.00 Uhr besetzt und unter 018 05/45 00 60 (€ 0,14/Min. aus dem deutschen Festnetz, max. € 0,42/Min. aus dem Mobilfunknetz) erreichbar.

Quelle: PM der Dt. Leberstiftung v. 24.7.2018

Frühzeitige Diagnose und Therapie von Lebererkrankungen können Krebs verhindern

Leberzellkrebs ist weltweit die zweithäufigste krebbsbedingte Todesursache. In etwa 80 bis 90 Prozent der Fälle entwickelt sich der Leberzellkrebs auf Basis einer Leberzirrhose. Die Zahl der Todesfälle aufgrund von Leberzellkrebs hat sich seit den 70er Jahren mehr als verdoppelt. Auch in Deutschland steigen die Zahlen. Es gibt jährlich etwa 8.200 Neuerkrankungen und fast ebenso viele Todesfälle.

Aktuell werden sieben von zehn Leberzellkrebs-Erkrankungen erst in bereits fortgeschrittenen Stadien entdeckt. Der Tumor ist besonders tückisch, weil man ihn häufig wegen fehlender Symptome zu spät diagnostiziert: Heilbar ist Leberzellkrebs jedoch nur, wenn er frühzeitig entdeckt und behandelt wird. Diese bösartige Erkrankung entwickelt sich direkt aus den Leberzellen – meist auf der Basis einer Leberzirrhose, die nach einer lange bestehenden Lebererkrankung entsteht. Bei Zirrhose wird das gesunde, aktive Lebergewebe durch Bindegewebe ersetzt, das die vielfältigen Stoffwechsellastgaben des gesunden Lebergewebes nicht übernehmen kann. Die Ursachen für eine Leberzirrhose sind vielfältig: Neben Alkoholmissbrauch, chronischen Infektionen mit den Hepatitis-B-, Hepatitis-C- oder Hepatitis-delta-Viren zählen immer häu-



figer die nicht-alkoholischen Fettlebererkrankungen (NAFLD) zu den Risikofaktoren. Auch Diabetes mellitus, erbliche Stoffwechselerkrankungen und Schimmelpilze in der Nahrung können zu einer Leberschädigung mit anschließender Leberzellerkrankung führen.

Entstehende Leberzirrhose schmerzt nicht. Deshalb werden notwendige Untersuchungen oftmals nicht vorgenommen. Blutwerte und eine Ultraschalluntersuchung können wertvolle Hinweise auf eine Lebererkrankung geben und so zur Früherkennung und Verhinderung von Leberkrebs beitragen.

Wie notwendig verstärkte Aufklärung über Krebserkrankungen wie beispielsweise Leberzellkrebs ist, belegen aktuelle Studienergebnisse des Forschungsinsti-

tuts Forsa: Die Angst der Menschen vor bösartigen Tumorerkrankungen geht zurück. Im Jahr 2010 gaben 73 Prozent der Befragten an, Angst vor Krebs zu haben. 2017 waren es nur noch 65 Prozent. Und mit dem Rückgang der Angst sinkt auch die Zahl der Menschen, die an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen. Nur 49 Prozent – also knapp jeder Zweite – nimmt aktuell die Krebsfrüherkennung in Anspruch. 2010 waren es noch 60 Prozent. Ebenfalls rückläufig ist das Interesse an regelmäßiger sportlicher Betätigung und gesunder Ernährung.

Offensichtlich besteht großer Aufklärungsbedarf rund um das Thema Krebs. Der Motivationsaufruf zum Weltkrebstag mit dem Motto „Wir können. Ich kann.“ fordert zum Handeln auf allen Ebenen auf. Aufklärungsmaßnahmen müssen den Menschen begreiflich machen, dass HCC-Vorstufen wie eine nicht-alkoholische Fettleber häufig durch unseren westlichen Lebensstil, der oft durch zu wenig körperliche Betätigung und ein überreiches zuckerhaltiges Nahrungsangebot gekennzeichnet ist, entstehen und nur durch Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen Krebs in gut behandelbaren Frühstadien diagnostiziert werden kann.

Quelle: Rita Wilp, PM der Dt. Leberstiftung vom 1.2.2018

Neues Ultraschall-Verfahren für die Leberdiagnostik

Feststellung der Lebersteifigkeit ohne Punktion

Wissenschaftler der Charité – Universitätsmedizin Berlin – haben erfolgreich eine neue Technik zur Untersuchung von übergewichtigen Jugendlichen mit Lebererkrankungen getestet. Die sogenannte Time-harmonic Elastography (THE) ermöglicht es, den Schweregrad der Erkrankung zu bestimmen, ohne dass den Patienten Lebergewebe entnommen werden muss. Im Fachjournal *Radiology** wurden die Ergebnisse jetzt veröffentlicht.

Die nicht-alkoholische Fettleber ist die häufigste chronische Lebererkrankung bei übergewichtigen Jugendlichen. Im günstigen Fall verläuft die Krankheit über Jahrzehnte relativ stabil, ohne große Beeinträchtigung der Leberleistung. Bei einem fortschreitenden Verlauf bildet die entzündete Leber zu viel Bindegewebe – ein Stadium, das man als Leberfibrose bezeichnet. Schließlich kann der zelluläre Aufbau der Leber als Ganzes geschädigt werden und die sogenannte Leberzirrhose setzt ein.

Bei einer Leberfibrose ist das mit mehr

Bindegewebe durchsetzte Organ wesentlich steifer als eine gesunde Leber. Die Lebersteifigkeit ist somit ein Maß für das Voranschreiten der Erkrankung. Bisher kann man das Stadium der Lebererkrankung nur mit Hilfe einer Untersuchung des entnommenen Lebergewebes genau bestimmen. Als bildgebendes Verfahren ist die Elastographie in der Lage, die unterschiedliche Elastizität verschiedener Gewebe sichtbar zu machen.

Das Besondere an der THE-Technik der Charité ist die Liege, auf welcher der Patient untersucht wird: Sie erzeugt Vibrationswellen, ähnlich einem Massagestuhl. Per Ultraschall können diese Wellen nun im Lebergewebe gemessen werden und geben Aufschluss über die Lebersteifigkeit. Im Unterschied zu bisherigen elastographischen Methoden zeichnet sich dieses Verfahren durch eine große Mess-tiefe aus. Damit ist sie auch besonders gut zur Untersuchung stark übergewichtiger Patienten geeignet.

In der Studie wurde die neue Methode bei 67 Jugendlichen angewandt. Es

zeigte sich, dass durch die Anwendung der THE Patienten mit keiner oder milder Fibrose mit hoher Genauigkeit von Patienten mit moderater oder fortgeschrittener Fibrose unterschieden werden konnten. Sollte sich die Technik in weiteren Studien als erfolgreich erweisen, könnte die für Patienten belastende Entnahme von Lebergewebe zukünftig seltener notwendig sein. Darüber hinaus eignet sich die Methode für die Langzeitbeobachtung und kann dazu beitragen, den Erfolg der Therapiemaßnahmen zur Gewichtsreduktion und deren Einfluss auf den Verlauf der Lebererkrankung zu überprüfen.

Quelle: Pressemitteilung der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Autorin: Manuela Zingl GB

*Hudert CA, Tzschätzsch H, Guo J, Rudolph B, Bläker H, Loddenkemper C, Luck W, Müller H-P et al. US Time-Harmonic Elastography: Detection of Liver Fibrosis in Adolescents with Extreme Obesity with Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Radiology*, May 15 2018. DOI: 10.1148/radiol.2018172928.

50% weniger Lebertransplantationen wegen Hepatitis C durch erfolgreiche Therapie

In Europa ist die Hepatitis-C-Virusinfektion bisher eine der häufigsten Indikationen für eine Lebertransplantation. Die Hepatitis C kann inzwischen jedoch gut behandelt und bei fast allen Patienten geheilt werden. Aktuell wurden Daten von hepatologischen Zentren, die am Deutschen Hepatitis-C-Register der Deutschen Leberstiftung teilnehmen, veröffentlicht. Diese zeigen, dass durch die neuen Behandlungsmöglichkeiten die Notwendigkeit für HCV-assoziierte Lebertransplantationen deutlich gesunken ist.

Die Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) kann zu einer chronischen Lebererkrankung führen, deren Folgen Leberzirrhose und Leberzellkrebs sein können. Wird diese Erkrankung nicht erfolgreich therapiert, kann eine Lebertransplantation die einzige Möglichkeit der Behandlung darstellen.

Durch die seit 2014 in Deutschland zugelassenen antiviralen Medikamente (DAAs – Direct Acting Antiviral Agents), die direkt in den Replikationszyklus des Virus eingreifen, kann die Hepatitis C – wenn sie rechtzeitig erkannt wird – sehr gut behandelt und in kurzer Zeit, nahezu ohne Nebenwirkungen, sogar geheilt werden.

Der klinische Effekt, den die Hepatitis-C-Therapie hat, führt auch zu einer Veränderung der Lebertransplantationszahlen. Eine Analyse von Patientendaten aus Zentren, die am Deutschen Hepatitis-C-Register beteiligt sind, zeigt, dass schon in den ersten drei Jahren nach Zulassung der ersten DAAs 2014 der Anteil der He-

patitis-C-Patienten an allen Personen, die für eine Lebertransplantation gelistet waren bzw. eine neue Leber erhalten haben, um mehr als 50 Prozent gesunken ist.

Die Auswertung belegt auch, dass die antivirale HCV-Therapie der Patienten auf der Warteliste für eine Lebertransplantation hocheffektiv und sicher ist. Die Heilungsrate konnte von 32 Prozent (im Jahr 2010) auf 100 Prozent (im Jahr 2016) gesteigert werden.

Prof. Dr. Kerstin Herzer vom Universitätsklinikum Essen, Erstautorin der Veröffentlichung, erläutert: „Diese Daten sind von großer Bedeutung, weil sie erstmals auch für Deutschland zeigen, dass die antivirale Hepatitis-C-Therapie tatsächlich einen relevanten Einfluss auf die Notwendigkeit der Lebertransplantation für die entsprechenden Patienten hat.“

Ausgewertet wurden die Daten von elf Transplantationszentren im gesamten Bundesgebiet zu den Lebertransplantationen der Jahre 2010 bis 2016. Dabei

wurden über 55 Prozent aller in diesem Zeitraum in Deutschland durchgeführten Lebertransplantationen berücksichtigt. Die Leberstiftungs-GmbH koordinierte die Analyse.

Der medizinische Geschäftsführer der Leberstiftungs-GmbH und einer der Autoren, Prof. Dr. Heiner Wedemeyer, weist auf die weiterführende Bedeutung dieser Entwicklung hin: „Der Rückgang der Lebertransplantationen für Patienten mit Hepatitis C bietet Patienten mit anderen Lebererkrankungen, die nicht so gut behandelt werden können, eine erhöhte Chance auf eine Transplantation und damit auf Heilung. Da es weniger Lebern gibt als benötigt werden, ist dies von hoher Relevanz.“

Literatur: w related to hepatitis C in Germany. J Hepatol. 2018 Aug 6. pii: S0168-8278(18)32179-2. doi: 10.1016/

jjhep.2018.07.001. [Epub ahead of print].

Quelle: PM der Dt. Leberstiftung v. 28. August 2018

Aus den Zentren

Prof. Dr. med. Ernst Klar – Feierliche Emeritierung in Rostock

Jutta Riemer

Viele unserer Baden-Württemberger Mitglieder werden ihn noch kennen: Prof. Dr. med. Ernst Klar. Er hat eine lange Zeit seines Studiums und Berufslebens in Heidelberg verbracht. Von 1993 bis 2001 übte er seine ärztliche Tätigkeit vom Assistenten bis zum Sektionsleiter Transplantationschirurgie und stv. Klinikdirektor am Universitätsklinikum Heidelberg aus. Nach einer kurzen Zeit als Chefarzt in Konstanz wandte er sich in Rostock wieder der Universitätsmedizin und als Direktor der Allgemeinen Thorax-, Gefäß- und Transplantationschirurgie auch wieder der Lebertransplantation zu.

In Rostock wirkte der engagierte Mediziner dann 15 Jahre u.a. auch als Leiter des Darmkrebs- und des Pankreaszentrums.

Im Rahmen der festlichen Emeritierungsveranstaltung am 21.9.2018 in Rostock sprachen ehemalige und derzeitige Kollegen und Freunde zu interessanten chirurgischen Themen, aber auch speziell zur Transplantationsmedizin und über die Zukunft der Forschung und Lehre in der Chirurgie. Aus der aktiven Laufbahn wurde dort ein Mann verabschiedet, dem die Patientenorientierung ebenso wichtig war und ist wie die Qualität der Behand-



lungen und die Zukunft der universitären Medizin. Unserem Patientenverband war Prof. Klar seinerzeit in Heidelberg schon zugetan und hat diese Tradition der Zusammenarbeit mit den örtlichen Ansprechpartnern unseres Verbandes fortgesetzt. Regelmäßig haben in den letzten Jahren Patientenveranstaltungen für Transplantierte, Wartepa-

tienten und Angehörige in Kooperation mit Lebertransplantierte Deutschland e.V. stattgefunden. Wir danken Herrn Prof. Klar für seinen vielfältigen Einsatz für die Patienten und wünschen ihm alles Gute für die Zukunft.

Essen: Arzt-Patiententag im Universitätsklinikum

Gerd Böckmann

Am 13. Oktober 2018 hatte das Universitätsklinikum Essen zum „Arzt-Patiententag Lebertransplantation“ eingeladen. Die Begrüßung der Anwesenden erfolgte durch **Prof. Dr. med. Heiner Wedemeyer**, dem neuen Leiter der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, und **Prof. Dr. med. Jürgen Treckmann**, dem stellvertretenden Leiter der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, und Transplantationschirurgie.

Im ersten Vortrag beleuchtete **Jutta Riemer** als erste Vorsitzende von Lebertransplantierte Deutschland e.V. die politischen Entwicklungen um die Lebertransplantation. Sie informierte über die stark rückläufigen Spenderzahlen und damit auch geringe Anzahl an Lebertransplantationen. Zur Mindestmengendiskussion wies sie auf eine Mitgliederbefragung des Verbandes hin. Diese ergab eine gleiche Patientenzufriedenheit in großen und kleinen Zentren. Große Transplantationszentren hätten in vielen Bereichen zwar bessere Möglichkeiten, z.B. eines 24-Stunden-Dienstes, aber auch eine höhere Fluktuation an Ärzten. Kleinere, dezentrale Zentren würden den Patienten oftmals längere Fahrwege und damit auch Kosten ersparen sowie eine individuellere Betreuung bieten. Reine Transplantationszahlen seien für eine Beurteilung nicht geeignet, es sei eine objektive Qualitätsmessung wichtig. Wie auch immer eine Entscheidung ausfiele, es müsse darauf geachtet werden, dass diese patientenfreundlich ausfalle. Die Bedeutung der Patientenverbände machte Jutta Riemer am vorliegenden Referentenentwurf zum Transplantationsgesetz klar. Die Forderung nach einem runden Tisch zur Verbesserung der Organspenderzahlen sei schon beim ehemaligen Gesundheitsminister Gröhe vorgetragen worden, zustande gekommen sei er bei Minister Spahn auch unter Beteiligung von Lebertransplantierte Deutschland e.V. mit dem jetzt vorliegenden positiven Ergebnis.

Nicht nur für Wartelistenpatienten hochinteressant war das Referat von **Dr. med. Katharina Willuweit**. Sie erläuterte das komplexe MELD-Score-System verständlich und legte die Kriterien dar, nach denen die Auswahl der Patienten für eine Lebertransplantation erfolgt.

Anschließend schilderte **Prof. Treckmann** sehr plastisch die Arbeit der Chirurgen bei der Lebertransplantation. Mehrere gut eingespielte Operationsteams mit sehr großer Erfahrung in der Transplantationschirurgie stehen in Essen in



Prof. Wedemeyer, Prof. Treckmann, Prof. Herzer, Dr. Willuweit, Prof. Lange, Dr. Manka (v.l.)

24-Stunden-Bereitschaft und schaffen so eine optimale Voraussetzung für die Transplantation. Die Lebertransplantation besteht immer aus zwei Operationen, die nur selten von einem Zentrum durchgeführt werden. Das erste Operationsteam ist für die Organentnahme zuständig und reist für eine Leberentnahme vom nächstgelegenen Transplantationszentrum zum Entnahmekrankenhaus. Die Organvermittlung erfolgt dann über Eurotransplant. Wenn ein Organ für einen Essener Patienten zugeteilt wird, bereitet sich ein Team von 12 bis 15 Personen auf die Transplantation vor und führt diese durch, sobald Patient und Organ eingetroffen und keine Gründe gegen die Transplantation sprechen.

Ob und in welchem Fall ein hepatocelluläres Karzinom eine Indikation für eine Lebertransplantation darstellt, erläuterte **Dr. med. Clemens Schotten**. Wichtige Faktoren sind die Art, die Lage, die Größe und die Anzahl der Tumore. Er stellte auch die vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten vor, die gegebenenfalls als Alternative zur Transplantation bestehen und die am Essener Klinikum durchgeführt werden können. Die Richtlinien gäben vor, ob eine Transplantation, eine Resektion (operative Entfernung des Tumors) oder Chemotherapie durchgeführt werde. Wichtig sei die rechtzeitige Überweisung an ein Zentrum, damit die optimale Therapie frühzeitig eingeleitet werden kann.

Nach einem stärkenden Imbiss setzte **Gerd Gromatka** die Vortragsreihe fort. Er ist in Essen lebertransplantiert worden und schilderte sehr eindrucksvoll seinen Leidensweg von der Erstdiagnose über die Listung, die quälende Ungewissheit der Wartezeit mit vergeblichen Versuchen, bei denen die Spenderleber für ihn nicht geeignet war, bis zur endlich geglückten Transplantation. Das geschilderte Auf und Ab seiner Gefühle in dieser Zeit, in der sein Gesundheitszustand immer schlechter wurde, berührte alle

Zuhörer. Gerd Gromatka ist heute bei Lebertransplantierte Deutschland e.V. engagiert.

Anne Rillig vom Sozialdienst des Essener Klinikums erläuterte die sozialrechtlichen Fragen, die sich aus einer schweren Lebererkrankung und einer Transplantation ergeben. Diese reichen von der Anschlussheilbehandlung über das Schwerbehindertenrecht bis zum Arbeits- und Rentenrecht. Frau Rillig steht allen Patienten des Klinikums auch für eine individuelle Beratung zur Verfügung.

Die Nachsorge nach einer Lebertransplantation brachte **Dr. med. Paul Manka** den Zuhörern näher. Der Schwerpunkt lag auf der medikamentösen Behandlung der möglichen Organabstoßung. Die modernen Medikamente können die unerwünschten Wirkungen zwar reduzieren, eine sorgfältige Überwachung der Blutwerte, regelmäßige Untersuchungen beim Gastroenterologen, Urologen, Kardiologen und Dermatologen bleiben Pflicht. Vor allem die Gefahr einer Tumorerkrankung der Haut ist unter Immunsuppression erhöht. Von besonderer Bedeutung ist die reibungslose und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Patient, Hausarzt und Zentrum, um mögliche Komplikationen möglichst früh zu erkennen.

Die Möglichkeiten endoskopischer Untersuchungen und der Leberbiopsie erläuterte die Privatdozentin **Dr. med. Henrike Lenzen** (Foto). Modernste Kameraendoskope zeigen detaillierte, hochaufgelöste Bilder der Speiseröhre, des Magens, des Darms und der Gallenwege. Interessierten Zuhörern zeigte sie Aufbau und Funktionsweise solcher Spezialendoskope. Die Tatsache, dass es sich bei diesen Endoskopen um Einmalartikel handelt, deren Wert über 2.000 Euro liegen kann, rief Erstaunen hervor. Ein Vorteil der endoskopischen Untersuchungen ist, dass kleine operative Eingriffe sofort möglich sind. Zum Beispiel können in den Gallengängen an Verengungen Stents gesetzt werden oder Varizen (Krampfader) in der Speiseröhre behandelt werden.

In ihrem Schlusswort warben die Professoren Wedemeyer und Treckmann um Vertrauen in die Essener Transplantationsmedizin. Alle Patienten könnten sicher sein, nach höchsten medizinischen Standards, die auch jedem nationalen und internationalen Vergleich standhielten, behandelt zu werden. Der Arzt-Patiententag war eine eindrucksvolle Präsentation der Möglichkeiten und Fähigkeiten der Essener Lebertransplantationsmediziner.



Was tut die Bundesregierung für die Organspende?

Jutta Riemer

Schon im Spätsommer 2017 zeichnet es sich ab: Das Jahr wird zum Katastrophenjahr in Sachen Organspende. Und so kommt es auch – die Organspendezahlen 2017 sind auf einem historischen Tiefststand angelangt.

Jeder, der sich mit dem Thema intensiv beschäftigt hat, wusste es schon seit vielen Jahren: Das Thema Organmangel ist vielschichtig. Es gibt nicht DEN Grund oder DIE Maßnahme zur Behebung.

Der Dringlichkeit geschuldet wurden nun seit Herbst 2017 wirklich die notwendigen Maßnahmen durch die DSO, die Patientenverbände und das BMG formuliert und vorangetrieben.

November 2017: Der Initiativplan der DSO

Die DSO formuliert konsequent, was überfällig war: Die Zeit der Einzelinitiativen ist vorbei. Alle Partner, die in die Organspende involviert sind, müssen gemeinsam Verantwortung übernehmen und einen abgestimmten Plan verfolgen, um die Organspende in Deutschland gemeinsam wieder auf Kurs zu bringen. Umfangreiche Analysen aus der Zusammenarbeit mit den Kliniken weisen auf wechselseitige strukturelle als auch organisatorische Schwachstellen hin. Bei jedem Erwägen des Therapieabbruchs am Lebensende muss künftig die Möglichkeit einer Organspende erwogen und angesprochen werden.

Wird nicht an die Möglichkeit einer Organspende gedacht und diese nicht thematisiert, bedeutet das ggf. eine Nichtachtung des Willens des potenziellen Organspenders.

Patientenverfügungen dürfen nicht ungewollt einer Organspende entgegenstehen. Aufklärung und entsprechende Beratung beim Verfassen von Patientenverfügungen müssen zur Regel werden.

Transplantationsbeauftragte sind gesetzlich seit 2016 für jedes Entnahmekrankenhaus (i.d.R. KKH mit Intensivbetten) verbindlich vorgeschrieben. Diese müssen als wichtige Schlüsselposition für die Organspende bestmögliche Unterstützung erhalten. Dies betrifft die Aus- und Weiterbildung ebenso wie einheitliche Regelungen für ausreichende Freistellung von anderen Aufgaben.

Teilweise werden Organentnahmen nicht durch die bereits bestehenden Pauschalen abgedeckt. Diese führt bei zunehmendem wirtschaftlichem Druck zur Zurückhaltung bei den Organspenden.



Die Bundesregierung

Dazu kommt, dass der Organspendeprozess selbst aufgrund des steigenden Alters der Spender und den damit verbundenen Zusatzkrankungen insgesamt für alle Beteiligten aufwändiger und zeitintensiver geworden sei. So müssen umfangreichere Untersuchungen zum Schutz der Organempfänger durchgeführt werden. Diese Unterfinanzierung betraf schon bisher die Todesdiagnose infolge des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls. Das komplexe Untersuchungsverfahren erfordert neben den medizinischen Ressourcen auch einen hohen zeitlichen Aufwand. Manche Unterstützungsangebote existieren schon, wie z.B. Bedarfsanalysen, Schulungen für TxB und Mitarbeiter auf den ITS, ein Leitfaden für die Organspende, ein E-Learning-Programm.

Soweit die wesentlichen Punkte, die der Initiativplan der DSO anspricht. Diese bedürfen nun der flächendeckenden Umsetzung unter Nutzung der Kompetenz aller beteiligten Organisationen und eines engagierten Miteinanders auf Basis eines breiten gesellschaftlichen Konsenses und einer entsprechenden Wertschätzung.

Januar 2018: Lebertransplantierte Deutschland e.V. fordert als Mitglied der BAG TxO „Runden Tisch“

Die Regierungsbildung gestaltete sich Ende 2017/Anfang 2018 immer noch zäh. Deshalb wandten sich Lebertransplantierte Deutschland e.V., BDO e.V. und BN e.V. gemeinsam als Bundesarbeitsgemeinschaft Transplantation und Organspende (BSG TxO) an den damaligen Gesundheitsminister Gröhe mit der Bitte, Vertreter aller beteiligten Institutionen zu einem „Runden Tisch“ einzuladen, um dem Sterben auf der Warteliste durch gemeinsames Umsetzen der notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der Organspendeesituation Einhalt zu gebieten.

April 2018: Gemeinsames Schreiben der Institutionen und Verbände an Minister Spahn

Der Koalitionsvertrag zwischen den Regierungsparteien enthielt erfreulicher-

weise auch ein deutliches politisches Bekenntnis zur Förderung der Organspende und Festlegungen, die zur Steigerung der Organspende führen sollen. Nach abgeschlossener Regierungsbildung wurde die Bitte nach einem Gedankenaustausch über die möglichen Maßnahmen zur Verbesserung der Organspende in Deutschland in einem gemeinsamen Brief vieler involvierter Partner (DSO, DTG, BAG TxO und die ständige Kommission Organtransplantation der BÄK), an den neuen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn herangetragen.

Juni 2018: Treffen im BMG mit Minister Spahn

Der Gesundheitsminister scheint es ernst zu meinen mit der Steigerung der Organspendezahlen. Denn wir mussten nicht lange auf die Einladung zum Gespräch im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin warten. Minister Jens Spahn und seine Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nahmen sich viel Zeit, um die künftigen, notwendigen, möglichen Maßnahmen zu diskutieren, die zu einer Steigerung der Organspenden in Deutschland führen sollen. Zu Wort kamen wir als Patienten ebenso wie z.B. Vertreter der DTG, der DSO und der ständigen Kommission Organtransplantation. Auf Nachfrage machte Minister Spahn aber auch klar, dass die Widerspruchslösung nicht zu den ersten Prioritäten der zeitnahen Maßnahmen zählen würde.

August 2018: Der Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Ende August lag er dann auf dem Tisch – der Entwurf eines **Gesetzes für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende (GZSO)**. Die Eckpunkte des Gesetzentwurfs stimmten im Wesentlichen mit den am „Runden Tisch“ besprochenen Maßnahmenbündeln überein:

Der Entwurf enthielt verbindliche Regelungen zur **Freistellung der Transplantationsbeauftragten und deren Finanzierung** und ebenso eine höhere Vergütung der Entnahmekrankenhäuser für die Kosten rund um eine Organentnahme. Gerade für kleinere Krankenhäuser ist die geplante flächendeckende Bereitstellung neurologischer Konsiliardienste sicher ein wichtiger Punkt. Weitere Unterstützungsangebote für die Entnahmekrankenhäuser und für die Transplantationsbeauftragten wurden festgeschrieben und ein Novum ist die geplante Qualitätssicherung in den Entnahmekrankenhäusern für den Bereich Organ-

spende. Der Datenschutz spielt heutzutage eine immer weitgreifendere Rolle, sodass im Entwurf auch Regelungen für die **Datenübermittlung an das Transplantationsregister** enthalten sind. Ein weiterer Punkt lag uns Patienten besonders am Herzen und betrifft die rechtliche Grundlage für die **Angehörigenbetreuung**, aber auch die gesetzlichen Voraussetzungen für die Übermittlung von **Dankesbriefen an die Spenderfamilien**.

Lebertransplantierte Deutschland e.V. war eingebunden in das schriftliche und mündliche Anhörungsverfahren. In unserer schriftlichen Stellungnahme machten wir deutlich, dass wir diesen Entwurf für sehr gelungen und dringend notwendig erachten. In einigen Feinheiten forderten wir Ergänzungen oder Änderungen. Der Referentenentwurf steht auf der Homepage des BMG zur Einsicht; unsere Stellungnahme auf www.lebertransplantation.de

September 2018: Vorstoß von Minister Spahn zur Diskussion der Widerspruchslösung

Einige Tage nach Bekanntgabe des Gesetzentwurfs zeigte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn erneut, dass ihm das Thema Organmangel wichtig ist. Gegenüber der Presse äußerte er, dass das Thema Widerspruchslösung diskutiert werden müsse. Diese Äußerung schlug hohe Wellen in der Presse und sorgte für angeregte Diskussionen – nicht nur unter betroffenen Transplantierten,

Wartelistepatienten und Angehörigen. Wir werden sehen, was letztendlich aus der Diskussion entsteht. Auf jeden Fall wäre es wünschenswert, wenn sich Journalisten und Privatpersonen informieren, bevor sie zum Thema Stellung nehmen. Dann müssten wir keine Zeilen lesen wie „Spahn bestimmt, wer Organe spendet“ oder „... jetzt werden Euch Organe gegen Euren Willen entnommen“.

Denn wir wissen es doch alle: Auch bei Einführung der Widerspruchslösung könnte jeder Bürger nach seinem eigenen Willen entscheiden. Eine mehrstufige Vorbereitung vor der definitiven Einführung (s. schon Vorlage des Nationalen Ethikrates 2007!) könnte dafür sorgen, dass jeder Bürger die Konsequenzen einer fehlenden Entscheidung absehen kann. Und falls dann noch in Deutschland, wie in den meisten anderen Ländern mit Widerspruchslösung, im Ernstfall die endgültige Entscheidung möglichst im Einvernehmen mit den Angehörigen getroffen wird (Doppelte Widerspruchslösung), läuft sicher niemand Gefahr, „Organe wider Willen“ entnommen zu bekommen.

Eine gut akzeptierte Widerspruchslösung wäre sicher ein weiteres der vielen wichtigen Rädchen im Getriebe, das für einen Anstieg der Organspendezahlen sorgt. Wir können gespannt sein auf die Entwicklung der Diskussion. Findet die WSL einen breiten gesellschaftlichen Konsens, wird sie sicher „gesetzesfähig“ werden.

30. Oktober 2018: Planungstreffen im Bundesministerium für Gesundheit

Zur Auftaktveranstaltung zur Erarbeitung des „Gemeinschaftlichen Initiativesplans Organspende“ trafen sich Vertreter verschiedener Organisationen, die am Thema Organspende Interesse haben. Auch LD e.V. war vertreten ebenso wie der BDO und Niere e.V., Vertreter der Krankenkassen, der BZgA, der Krankenhausgesellschaft u.a. Ziel ist es, konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Organspende zu planen und für die konkrete Umsetzung vorzubereiten. Unter der Leitung von Dr. Axel Rahmel (DSO) wurden Maßnahmen und notwendige Arbeitsgruppen mit entsprechenden Handlungsfeldern diskutiert und festgelegt:

1. Prozesse im Krankenhaus **vor** der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls
 2. Prozesse im Krankenhaus **nach** Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls
 3. Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit
- In mehreren Gruppen sollen erste umsetzbare Ergebnisse Mitte 2019 vorliegen.

31. Oktober 2018: Der Referentenentwurf passiert das Kabinett.

Die Vertreter unseres Verbandes hoffen auf eine schnelle Verabschiedung und eine effektive Umsetzung, damit eine deutliche Verbesserung der Organspendesituation verzeichnet werden kann.

Solidarität und Selbstbestimmung

Fotos: privat



△ Dr. rer. pol., Dipl.-Sozw. (Univ.) Michael Lauerer

▷ Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel

Die Transplantationsmedizin eröffnet schwer kranken Patientinnen und Patienten eine Lebensperspektive. Diese segensreichen Erfolge lassen sich jedoch nur in dem Maße realisieren, in dem Organe zur Verfügung stehen. Vor diesem Hintergrund stellen sich drängende Fragen – zuvorderst zur Spende und Verteilung von Organen. Der vorliegende Bei-

trag widmet sich der Frage der notwendigen Rahmenbedingungen der Organspende – das Wort Spende impliziert als wichtige Grundlage Selbstbestimmung und Solidarität. Dazu werden zunächst verschiedene Modelle der Einwilligung und dann die Frage nach einer Verpflichtung zur Spende diskutiert.

1. Widerspruchs- oder Zustimmungslösung?

Mit dem Vorschlag eines Systemwechsels hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn kürzlich die öffentliche Debatte um verschiedene Modelle der Einwilligung in die Organspende befeuert. Die anhaltend sinkende Anzahl an Organspendern dürfte ein Beweggrund dafür gewesen sein.

Grundsätzlich sind für die Frage einer adäquaten Regelung in Deutschland zwei Grundmodelle bedeutsam (Holznienkemper 2005; Schroth und Bruckmüller 2016):

a) Die sogenannte **Zustimmungslösung** setzt für eine Organentnahme eine aktive Einwilligung voraus. Wenn diese Einwilligung nicht nur zu Lebzeiten, sondern für den Fall, dass keine dokumentierte Entscheidung vorliegt, auch nach dem Tod durch Angehörige erfolgen kann, dann spricht man von erweiterter Zustimmungslösung. Die Angehörigen müssen bei ihrer Entscheidung den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen achten.

b) Die sogenannte **Widerspruchslösung** geht zunächst von einer allgemeinen Einwilligung aus – jeder ist vorerst ein möglicher Organspender. Wer das nicht möchte, muss zu Lebzeiten widersprechen und sich dafür etwa, wie in Österreich, in einem Widerspruchsregister eintragen. Diese Lösung kann entweder formal oder in der Praxis um einen möglichen Widerspruch durch Angehörige ergänzt werden. Dann spricht man von erweiterter Widerspruchslösung.

Bei der Bewertung der beiden Grundmodelle ist zunächst festzustellen, dass der Anteil von Personen, die nicht widersprechen, höher ist als der Anteil von Menschen, die einwilligen. Dies zeigt zunächst der Vergleich in europäischen Ländern, aber auch Experimente, die den Aufwand für eine Entscheidung gleich halten (Johnson und Goldstein 2003): Bürger/innen sind offenbar geneigt, den Status quo beizubehalten. Das kann daran liegen, dass sie den Status quo als Empfehlung des Staates annehmen. Der Anteil der Organspender an der Bevölkerung ist jedenfalls in Ländern mit Widerspruchslösung größer als in Ländern, in denen die Zustimmungslösung gilt: 2017 war dieser Anteil in Österreich mit 23,5 Organspendern pro Million Einwohner zweieinhalbmal höher als in Deutschland mit 9,3 (Eurotransplant International Foundation 2018). Die Widerspruchslösung ist also im Hinblick auf die Steigerung der Zahl verfügbarer Organe vorzugswürdig. Demgegenüber stehen eine im Vergleich zur Zustimmungslösung schwächere Fokussierung auf persönliche Rechte nach dem Tod (Schroth und Bruckmüller 2016) bzw. ein stärkerer Eingriff in das Private.

In Deutschland gilt grundsätzlich die erweiterte Zustimmungslösung. Zudem kann die Entscheidung über eine Organspende zu Lebzeiten auf eine andere Person übertragen werden. In diesem Rahmen hatte sich eine Dokumentationslücke aufgetan (Watzke et al. 2013): Im Jahr 2012 waren zwar 70% der in Deutschland Lebenden zwischen 14 und 57 Jahren mit einer Organ- und Gewebespende nach dem Tod grundsätzlich einverstanden. Allerdings besaßen lediglich 22% – darunter auch Menschen, die nicht spenden wollen – einen Organspendeausweis. Diese große Lücke in der Dokumentation veranlasste den Gesetzgeber vor sechs Jahren, die sogenannte **Entscheidungs-lösung** einzuführen. Krankenversicherungen wurden verpflichtet, ihren Versicherten einen Organspendeausweis sowie Unterlagen zur ergebnisoffenen Aufklärung zur Verfügung zu stellen und sie aufzufordern, eine Entscheidung zur Organ- und Gewebespende zu dokumentieren (§2 Abs.1a Transplantationsgesetz). Grundsätzlich ist dies positiv zu bewerten. Adäquate Aufklärung ist Voraussetzung sowohl für eine informierte Einwilligung in die Organspende als auch für eine reflektierte Ablehnung. Da es jedoch weiterhin keine Pflicht gibt, sich zur Organspende zu erklären, ist die geltende Regelung weniger restriktiv als Vorschläge, die die Zahl der Organspenden erhöhen könnten und gleichzeitig als vertretbare und verhältnismäßige Mittel diskutiert werden. So wurde etwa auch ein vom Nationalen Ethikrat bereits vor mehr als

zehn Jahren empfohlenes Stufenmodell, das Entscheidungs- und Widerspruchslösung kombiniert (Nationaler Ethikrat 2007) nicht weiter verfolgt. Diese Empfehlung wird im Fazit näher beschrieben.

Heute zeichnet sich deutlich ab, dass die geltenden Regelungen die **Dokumentationslücke nicht vollständig zu schließen vermögen**: Eine Repräsentativbefragung (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2018) im letzten Quartal 2017 und im ersten Quartal 2018 zeigt, dass mehr als die Hälfte der Personen zwischen 14 und 75 Jahren eine Entscheidung zur Organ- und Gewebespende getroffen haben. 72% von diesen Personen stimmen einer Organspende zu. Insgesamt haben aber nur 39% eine Entscheidung dokumentiert. Darüber hinaus gaben 42% an, sich bisher nicht entschieden zu haben. Dieses Maß an Unentschiedenheit könnte auch in Zusammenhang mit unzureichender Informiertheit stehen: 48% gaben an, weniger gut oder schlecht über Organ- und Gewebespende informiert zu sein. Allerdings ist nicht die Quantität an Informationen das Problem. Vielmehr ist an der Kommunikation, Präsentation und an den Zugangswegen zu Informationen anzusetzen. Diese Aspekte müssen noch stärker darauf ausgerichtet werden, dass sich die Bürger/innen tatsächlich mit dem Thema der Organspende beschäftigen: Unter den fünf häufigsten Antworten auf die offene Frage, warum noch keine Entscheidung zur Organspende getroffen wurde, kommen zu wenige Informationen nicht vor. 43% hingegen antworteten, dass sie sich **noch nicht oder zu wenig mit einer Spende beschäftigt** haben.

2. Pflicht, Gegenseitigkeit und finanzielle Anreize

Vor dem Hintergrund des Organmangels werden Regelungen, die die Freiwilligkeit und den altruistischen Charakter der Organspende einschränken, diskutiert. Besonders radikal ist eine staatlich verordnete „Pflicht zur Spende“. Eine solche **Konfiszierung von Organen nach dem Tod ist nicht zu rechtfertigen**, da sie der Selbstbestimmung über den Körper nach dem Tod und einem würdevollen Umgang entgegensteht. Empirische Befunde legen zudem nahe, dass die Bevölkerung eine Konfiszierung nicht akzeptieren würde (Ahlert et al. 2001).

Eine andere Frage ist, ob es ein ethisches Gebot zur Spende gibt. Zunächst ist eine moralische Pflicht zur Solidarität mit Menschen in Not anzuerkennen. Wie auch im Strafgesetzbuch für den Kontext der unterlassenen Hilfeleistung deutlich wird, gilt eine Pflicht jedoch nur im Rahmen des persönlich Zumutbaren (Breyer et al. 2006). Die Einstellung zur Organ-

spende hängt von individuellen Überzeugungen – der Weltanschauung, dem Menschenbild, dem religiösen Verständnis und möglichen Zweifeln an der etablierten Feststellung des Todes – ab. Es ist bisweilen schwer verständlich, dass selbst aus der Not schwerkranker Patienten/innen, die durch eine Organspende gerettet werden können, **keine allgemeine ethische Pflicht zur Spende** abgeleitet werden kann. Das Recht, über uns selbst zu bestimmen, ist grundsätzlich höher einzuschätzen als die Erwartungshaltung anderer an uns.

Wie ist aber damit umzugehen, dass sich manche Menschen einer potenziellen Spende verweigern, aber dennoch eine Organspende annehmen würden? Der Anteil der Bevölkerung, der grundsätzlich ein Organ oder Gewebe annehmen würde (85% im Jahr 2014), übersteigt jenen, der grundsätzlich bereit wären zu spenden (Caille-Brillet 2015). Um diesem intuitiv unfairen Trittbrettfahren entgegenzuwirken, werden verschiedene sogenannte **„Reziprozitätslösungen“** (Handlungen, die auf Gegenseitigkeit und Solidarität basieren) vorgeschlagen: Menschen, die nicht bereit waren zu spenden, sollen im Bedarfsfall von der Vergabe von Organen ausgeschlossen oder nachrangig berücksichtigt werden. Ein dritter Vorschlag sieht vor, den Spendern die Entscheidung über eine Eingrenzung des Empfängerkreises auf Spendewillige zu überlassen. Gegen solche Modelle sprechen zwei Aspekte: Zum einen sind Umgehungsstrategien kaum beherrschbar – beispielsweise wenn ein Mensch erst dann einwilligt, wenn sich eigener Bedarf abzeichnet oder wenn eine Person kurz vor dem Tod die Spendebereitschaft widerruft. Zum anderen stehen den vorgeschlagenen Modellen übergeordnete Paradigmen entgegen – zuvorderst gleiche Zugangschancen zur Gesundheitsversorgung und die auch im SGB V zum Ausdruck kommende Vorrangigkeit des Bedarfs- vor dem Beitragsprinzip. Reziprozitätslösungen wären im Hinblick auf die drastischen Konsequenzen im Bedarfsfall **nicht verhältnismäßig**. Zudem scheint es für sie auch keine Mehrheit in der Bevölkerung zu geben (Breyer et al. 2006).

Schließlich steht die Freiwilligkeit der Spende auch in Frage, wenn **finanzielle Anreize** die Spendebereitschaft steigern sollen. So wird etwa die Zahlung eines Geldbetrags durch Krankenversicherungen der Empfänger an Angehörige vorgeschlagen. Neben der Gefahr einer Kommerzialisierung des Körpers wird insbesondere die Feststellung, dass finanzielle Anreize intrinsische Motive bzw. **altruistische Beweggründe für eine Organspende verdrängen**, gegen diesen Vorschlag vorgebracht (Nationaler Ethikrat

2007). Eine solche Verdrängung dürfte darin resultieren, dass insgesamt weniger Organe gespendet werden. Zudem wäre ein Druck auf finanziell schlechter gestellte Menschen absehbar – etwa wenn die nicht unerheblichen finanziellen Belastungen einer Beerdigung für Angehörige der Übernahme der Kosten durch die Krankenversicherung gegenübergestellt werden.

3. Fazit

Die eigene Haltung gegenüber einer Organspende hängt von individuellen Faktoren wie dem Menschenbild ab. Deshalb ist bei der Regelung der Organspende eine große Meinungsvielfalt zu bedenken. Die Entscheidung muss beim Einzelnen liegen. **Selbstbestimmung und Solidarität oder mit anderen Worten Freiwilligkeit und Altruismus** sind konstitutive Elemente einer Organspende. Somit ist es aus der Sicht schwer erkrankter Patienten/innen sowie aus der Sicht einer Gemeinschaft, die sich für diese Kranken mit verantwortlich fühlt, nicht akzeptabel, wenn Bürger/innen eine Entscheidung verweigern. Es gibt keine Pflicht zur Spende. Aber es gibt eine Pflicht zur Entscheidung. Dafür ist zunächst irrelevant, ob die Zustimmungs- oder Widerspruchslösung gilt. Beide berücksichtigen die individuelle Entscheidung.

Bei der Diskussion über die richtige Regelung der Einwilligung in die Organspende sollte der **Vorschlag eines Stufenmodells des Nationalen Ethikrats** aus dem Jahr 2007 stärkere Berücksichtigung finden (Nationaler Ethikrat 2007): In einem ersten Schritt werden Bürger/innen aufgefordert zu erklären, ob sie bereit sind zu spenden und ob sie informiert sind, dass die Organentnahme bei unterbliebener Erklärung gestattet ist, wenn nicht Angehörige widersprechen. Im zweiten Schritt ist die Organentnahme zulässig, wenn keine Anhaltspunkte für einen Widerspruch vorliegen und Angehörige nicht widersprechen. Dies gilt, wenn adäquate Anstrengungen zur Ermittlung des Willens des Verstorbenen bzw. der Angehörigen unternommen wurden. Prämisse für den gestuften Prozess ist eine hinreichende Information der Bevölkerung über die Folgen eines unterlassenen Widerspruchs. Der Vorschlag des Nationalen Ethikrats schafft damit einen Ausgleich zwischen dem Prinzip des **Wohltuns** durch die Realisierung einer größeren Anzahl an gespendeten Organen einerseits und dem Schutz der **Autonomie/Selbstbestimmung** andererseits.

Hinweis

Gedanken und Formulierungen des vorliegenden Textes beziehen sich auf den Vortrag „Aktuelle Entwicklung und Perspektiven in der Transplantation und Organspende“, den Professor Nagel am 15.9.2018 anlässlich der Festveranstaltung zum 25-jährigen Jubiläum des Verbands Lebertransplantierte Deutschland e.V. hielt sowie auf den Beitrag „Ethische Fragestellungen“, den die Autoren für den bald erscheinenden Sammelband „Repetitorium transplantationsbeauftragter Arzt“ verfassten.

Literatur

- Ahlert M, Gubernatis G, Klein R (2001) *Common Sense in Organ Allocation Analyse und Kritik* 23:221-244
- Breyer F, Van den Daele W, Engelhard M, Gubernatis G, Kliemt H, Kopetzki C, Schlitt HJ, Taupitz J (2006) *Organmangel – Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?* Springer, Berlin u. a.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018) „Wissen, Einstellung und Verhalten der Allgemeinbevölkerung (14 bis 75 Jahre) zur Organ- und Gewebespende“: Bundesweite Repräsentativbefragung 2018 – Erste Studienergebnisse. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Caille-Brillet A-L, Schmidt K, Watzke D, Stander V. (2015) *Bericht zur 2014 Repräsentativstudie „Wissen, Einstellung und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende“*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Eurotransplant International Foundation (2018) *Annual Report 2017*. Eurotransplant International Foundation, Leiden
- Holzniekemper T (2005) *Organspende und Transplantation und ihre Rezension in der Ethik der abrahamitischen Religionen*. LIT, Münster
- Johnson EJ, Goldstein D (2003) *Do Defaults Save Lives?* Science 302:1338-1339 doi:10.1126/science.1091721
- Nationaler Ethikrat (2007) *Die Zahl der Organspenden erhöhen – Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland*.
- Schroth U, Bruckmüller K (2016) *Power of Legal Concepts to Increase Organ Quantity*. In: Jox RJ, Assadi G, Marckmann G (eds) *Organ Transplantation in Times of Donor Shortage: Challenges and Solutions*. Springer International Publishing, Cham, pp 167-177. doi:10.1007/978-3-319-16441-0_15
- Watzke D, Schmidt K, Stander V (2013) *Einstellung, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende: Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

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

BZgA Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung

DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung DSO

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

Organpendeausweis 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**

Pressespiegel

Dennis Phillips

„Organe spenden soll Pflicht werden“ – Vorschlag von Gesundheitsminister Jens Spahn

Der Bundesgesundheitsminister hat die Einführung der Widerspruchslösung vorgeschlagen und hofft auf eine Mehrheit für die neue Regelung im Bundestag. So stand das auf Seite 1 der BILD-Zeitung Anfang September 2018. Dies sei seine Reaktion auf die sehr niedrige Zahl der Organspenden in Deutschland (nur 797 Personen in 2017), sagte der Minister über seinen Vorschlag. Deutschland braucht „... eine breite gesellschaftliche Debatte über eine Widerspruchslösung. Eine Lösung also, bei der die Zustimmung zur Organspende automatisch als gegeben gilt, solange man nicht ‚Nein‘ sagt,“ so Spahn in der Zeitung.

In ihrem Leitartikel nennt BILD Spahns Vorschlag „richtig provokant“. Die Zeitung meinte auch: „Spahn zwingt uns allen eine unbequeme Diskussion auf. Sichert der Organspende Aufmerksamkeit. Und könnte dadurch die Zahl der Spender erhöhen. Eine Provokation – aber eine notwendige“.

Mehr als 10.000 Patienten warten auf ein Spenderorgan in Deutschland, meist auf Niere oder Leber. Und das Jahr 2017 brachte einen Negativ-Rekord. Die Bundesregierung will außerdem ein Gesetz einbringen, das die Entnahme-Krankenhäuser für ihren Aufwand besser bezahlt.

Quelle: BILD-Zeitung, 3.9.2018

Die Widerspruchslösung wird in vielen europäischen Ländern schon praktiziert

Diese Widerspruchslösung wird z.B. schon praktiziert in Österreich, Spanien, den Niederlanden u.a. (Red.: In all diesen Ländern ist die Zahl der Organspender mindestens doppelt so hoch wie in Deutschland.). Die Entscheidungslösung, die jetzt in Deutschland gilt, bedeutet, man muss einer Organentnahme vorher bewusst zustimmen. Eine Altersgrenze gibt es nicht, Hauptsache die Organe sind funktionstüchtig.

BILD hat versucht, mit Dr. Daniela Watzke, Referentin für Organ- und Gewebespende in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die 10 wichtigsten Fragen zur Organspende zu beantworten. Meistens ging es darum, die Skeptiker zu überzeugen, dass Organspende etwas Positives ist. Die Ärzte werden keine Patienten aufgeben, um Organe zu bekommen. Ziel ist es, „... das Leben der Patienten zu retten, unabhängig davon, ob sie Organspender sind oder nicht,“ sagte Dr. Watzke.

Außerdem: „Die Hirntoddiagnostik ist eines der sichersten Verfahren in der Medizin,“ sagte sie. „Eine Schmerzwahrnehmung ist ausgeschlossen.“ Manche Patienten zucken zwar, aber das sind spontane Bewegungen, die durch Reflexe auf der Rückenmarksebene ausgelöst werden können. Solche Reflexe werden vom Gehirn normalerweise unterdrückt.“ Derartige Reflexe sind auch ein Zeichen dafür, dass der Hirntod eingetreten ist, erklärt Watzke.

Dr. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), erklärte: „Krankenhäuser erhalten lediglich eine pauschale Erstattung ihrer Leistungen im Rahmen der Organspende. An der Organspende verdienen die Krankenhäuser nicht.“ Zurzeit beträgt die pauschale Aufwands-erstattung maximal 5.003 € bei Mehrfach-Entnahme. Es ist möglich, „bis zu sieben schwerkranken Menschen über den eigenen Tod hinaus die Chance auf ein neues Leben zu schenken.“ Die Krankenkasse spielt bei der Organvergabe keine Rolle, nur „... nach medizinischen Kriterien“ wird entschieden. Die Patienten können selbst entscheiden, welche Organe sie spenden möchten und welche nicht, sagte Dr. Watzke.

Quelle: BILD-Zeitung, 6.9.2018

Erklärung zur Organ- und Gewebespende

Anerkennung für Kliniken für ihre außergewöhnliches Engagement für die Organspende

Drei Entnahmekrankenhäuser in Baden-Württemberg wurden im November 2018 für ihr **außergewöhnliches Engagement für die Organspende** ausgezeichnet. Es handelt sich um die folgenden Krankenhäuser: **Alb-Donau-Klinikum Ehingen, Klinikum Heidenheim** und das **Klinikum Sindelfingen**. Der Landesminister für Soziales und Integration Baden-Württemberg, Manne Lucha MdL, der Vorstandsvorsitzende der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG), Detlef Piepenburg, und PD Dr. med. Christina Schleicher, Geschäftsführende Ärztin der DSO-Region Baden-Württemberg, nahmen die Ehrung vor.

Stephen Probsts Vortrag „**Transplantation – Einschnitt ins Leben**“ handelte von seinen Erfahrungen als Organempfänger und als Angehöriger. Er hat der Organspende bei einem Familienmitglied zugestimmt.

Die Auswahl der ehrenden Häuser erfolgt in Abstimmung mit dem regionalen Fachbeirat der DSO. Die wichtigsten Aspekte für eine Auszeichnung sind die kontinuierliche Fortbildung des Transplantationsbeauftragten sowie Schulungen für die Mitarbeiter der Intensivstationen, die Erarbeitung interner Richtlinien für den Fall einer Organspende, die enge Zusammenarbeit mit der DSO, wie z.B. regelmäßige Analysen aller Todesfälle mit Hirnschädigung, sowie ein verantwortungsvoller Umgang mit Angehörigen.

Quelle: PM Deutsche Stiftung Organtransplantation v. 14.11.2018.

Schmerzensgeld für Organspender?

Der Bundesgerichtshof (BGH) soll darüber entscheiden, welche Rechte Lebendspender haben bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach der Transplantation. Zwei Lebendspender für Nieren aus Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen fordern Schmerzensgeld und Schadenersatz von der Uniklinik Essen und von Ärzten. Sie sagen, dass sie als Spender formal und inhaltlich nicht ordnungsgemäß über die Risiken des Eingriffs aufgeklärt wurden.

Die Klagen hatten bisher keinen Erfolg, weil die Gerichte der Vorinstanzen zu dem Schluss kamen, dass die beiden auf jeden Fall ihre Nieren gespendet hätten – auch in Kenntnis sämtlicher Risiken. Das nennen die Juristen „hypothetische Einwilligung“.

Die Kläger hatten der Ehefrau beziehungsweise dem Vater eine Niere gespendet. Seither leiden beide nach eigener Darstellung an Niereninsuffizienz und chronischer Erschöpfung.

Es war festgestellt worden, dass in beiden Fällen beim Aufklärungsgespräch der vorgeschriebene neutrale Arzt gefehlt hatte. Es wurden auch nicht alle damals bekannten Transplantationsrisiken erwähnt. Es müsse sichergestellt sein, dass kein Spender die Aufklärungsmängel im Nachhinein missbrauche, um die Klinik haftbar zu machen, argumentierte der Anwalt des Transplantationszentrums.

Der Anwalt der Kläger erwähnte die „emotional hochbelastete Situation“ der Spender. Es müsse auch berücksichtigt werden, ob der Empfänger die Organspende angesichts der Risiken für seinen Spender überhaupt noch gewollt hätte. Auch andere Spender kommen nicht vor Gericht, weil der Spender seinem Empfänger nicht sagen wollte, dass er rückblickend sich anders entschieden hätte.

Das Urteil war bis Mitte November 2018 noch nicht verkündet.

Quelle: dpa-Newskanal; Süddeutsche Zeitung v. 13.11.2018

Probleme bleiben

Es werde immer noch große Probleme mit dem Vorschlag von Gesundheitsminister Jens Spahn für die „doppelte Widerspruchslösung“ geben. Es bedeutet nur, dass die jetzige „Entscheidungslösung“ einen neuen Namen bekommt, ... aber dabei die alte Regelung der Entscheidung durch die Hinterbliebenen beibehalten wird“, schreibt Gerhard Stroh, Chefredakteur der Zeitschrift „Diatra“. „Das Resultat: Wir haben in Zukunft dieselben schlechten Voraussetzungen ... und somit auch weiterhin die schlechten Zukunftsperspektiven bei der Organspende“, befürchtet er.

Er bemerkt, dass heute der Aufwand der Entnahme-Klinik „... seit 2018 mit 5.003 € abgegolten wird“ und das ist zu wenig, weil Organentnahmen können bis zu drei Tage in Anspruch nehmen. „... Diese Kosten sollten man dem tatsächlichen Aufwand anpassen.“

Das könnte helfen sowie die Versorgung der Transplantationsbeauftragten „... mit mehr Kompetenzen und ... finanzieller Ausstattung ... und dies bundesweit gleich“, schlägt er vor. Man sollte auch bedenken, dass man eine echte Widerspruchslösung „... mit Erfolg in 18 anderen europäischen Ländern bereits praktiziert.“

Er fasst zusammen: „Die Politiker in Deutschland sollten den Medizinern mehr Gehör schenken und ihnen die Möglichkeit der Hilfen mit der Transplantation von Organen geben. Wir Patienten möchten die politische Seite nicht wegen unterlassener Hilfeleistung verantwortlich machen.“

Quelle: Gerhard Stroh, Diatra, 3-2108

Wissenschaftliche Analyse weist zentrumsspezifische Unterschiede im Ergebnis nach Lebertransplantation nach

Signifikante Unterschiede im Fünf-Jahres-Transplantatüberleben wurden in einer Analyse von Eurotransplant-Daten für über 10.000 Lebertransplantationen (Ltx) in 39 Zentren im Zeitraum 1.1.2007 bis 31.12.2013 nachgewiesen. Die Zahl der durchgeführten Ltx galt dabei stellvertretend für die Erfahrung der Zentren (von der präoperativen Vorsorge bis zur Nachsorge). Bessere Ergebnisse korrelierten positiv mit der Größe der Zentren, die in drei Gruppen eingeteilt wurden: mit niedriger Zahl von Ltx (weniger als 36 pro Jahr), mittlerer Zahl (36 bis 69 Ltx), hoher Zahl (mehr als 70 Ltx). Wenn in der Analyse Spender- und Empfängerisikoindeizes berücksichtigt werden, verringern sich die Differenzen zwischen den Zentren. [Anmerkung der Redaktion: Nach DSO-Statistik sind 13 Zentren in Deutschland mittelgroß, sieben niedrig (Frankfurt, Würzburg, Bonn, Homburg/Saar, Köln-Lindenthal, Rostock, Magdeburg) und nur Essen mit fast 70 Ltx im Jahr 2017 wäre ein großes Zentrum im Eurotransplant-Kontext.]

In der Studie wird noch erwähnt, dass der durchschnittliche labMELD-Score für alle Empfänger bei (nur!) 18 Punkten lag, wobei zwei Drittel einen MELD von weniger als 25, 37 Prozent sogar von weniger als 15 Punkten hatten. Zwei Drittel der Patienten waren Männer, beinahe ein Viertel hatte eine alkoholische Leberzirrhose und ungefähr ein Fünftel bösartige Tumoren (Leberkrebs).

Die Autoren haben zwar einen Zentrumseffekt in der Eurotransplant-Region nachgewiesen, empfehlen jedoch weitere Analysen und besseren Austausch von Statistiken zur größeren Vergleichbarkeit.

Quelle: Joris J. Blok et al. in *Transplant International*, vol. 31, issue 6: 610–619 (Juni 2018).

14. Kongress der Deutschen Stiftung Organtransplantation

Gerd Böckmann

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) ist die bundesweite Koordinierungsstelle für die postmortale Organspende. Die DSO hat sich zum Ziel gesetzt, allen Patientinnen und Patienten so schnell wie möglich die notwendige Transplantation zu ermöglichen. Die DSO ist ausschließlich für die Koordinierung der postmortalen Organspende verantwortlich. Gemeinsam mit den Entnahmekrankenhäusern und den Transplantationszentren setzt sich die DSO dafür ein, möglichst vielen Patienten auf den Wartelisten durch eine Transplantation mit einem geeigneten Spenderorgan zu helfen. Die DSO sieht sich bei ihrer Aufgabe dem Willen des Verstorbenen und seiner Familie verpflichtet. Haben diese den Wunsch formuliert, Organe nach dem Tod zu spenden, um anderen Menschen zu helfen, ist es Anliegen der Koordinierungsstelle, diesen Willen mit größter Sorgfalt und Verantwortung umzusetzen.

Zurzeit können Niere, Herz, Leber, Lunge, Pankreas und Dünndarm nach dem Tod gespendet werden. Diese Organe gehören zu den vermittlungspflichtigen Organen. Ihre Spende, Entnahme, Vermittlung und Übertragung unterliegen den Regelungen des deutschen Transplantationsgesetzes.

Besonders im Fokus des Kongresses, der vom 22.–23.11.2018 in Frankfurt am Main stattfand, standen die niedrigen Spenderzahlen und Vorschläge zur Verbesserung der Situation. Zur bundesweiten Vergleichbarkeit der Organspende-Ergebnisse teilt die DSO die Entnahmekrankenhäuser in drei Kategorien ein. Zur Kategorie A zählten 2017 35 Universitätskliniken. 122 Krankenhäuser mit Neurochirurgie sind in Kategorie B zusammengefasst. Die meisten Krankenhäuser (1.079) befinden sich in Kategorie C und verfügen nicht über eine Neurochirurgie. Alle Krankenhäuser sind gemäß dem Transplantationsgesetz verpflichtet, die DSO über eine mögliche Organspende zu informieren. Bereits bei Hinweisen auf einen endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms kann die DSO unterstützen und dabei helfen, die Bedingungen für eine Organspende zu klären. Bei Bedarf vermittelt die DSO Fachärzte, die die Todesdiagnostik nach den Richtlinien der Bundesärztekammer durchführen.

Warum es in zu wenigen Fällen zu einer Organspende kommt und wie Verbesserungen möglich sind, wurde am zweiten Kongresstag in drei Vorträgen aus den jeweiligen Krankenhauskategorien vorgestellt.

Dr. Götz Gerresheim stellte dabei das Neumarkt-Klinikum in der Oberpfalz als



Foto: DSO/Th. Heilmann

typisches Klinikum der C-Kategorie vor. Er sieht bei Kliniken der Kategorie C das größte Steigerungspotenzial für Organentnahmen. Zwei Drittel dieser Krankenhäuser hatten im Jahr 2017 keinen Kontakt zur DSO. Insgesamt gab es in den 1.079 Kliniken nur 189 Organspender. Wenn jedes dieser Häuser durchschnittlich nur eine Organspende realisieren würde, würde sich die Zahl der Spender mehr als verdoppeln. Klare Handlungsanweisungen sind innerhalb eines Krankenhauses nötig. Vor allem in den C-Kliniken werden die Abläufe bei einer Organspende nur selten durchgeführt. Ausbildung und Schulung des Personals sind wichtig ebenso ausreichende Zeit, um die Prozesse in Gang zu setzen. Zeit ist ebenso für das Angehörigengespräch erforderlich. Da Zeit im Krankenhausalltag auch mit Geld gleichzusetzen ist, ruht hier große Hoffnung auf der neuen Gesetzesvorlage. Persönliche Kompetenz und Anerkennung des Transplantationsbeauftragten sind ebenso entscheidend, er ist der „Kümmerer“ vor Ort, der zwischen Patienten, Angehörigen und medizinischem Personal vermitteln muss.

Die 122 Krankenhäuser der B-Kategorie haben im Jahr 2017 345 Organspenden durchgeführt. **Dr. Mathias Reyher** stellte das Schwarzwald-Baar-Klinikum in Villingen-Schwenningen als Vertreter dieser Kategorie vor. Dieses Klinikum verfügt über 90 Intensivbetten auf 7 Intensivstationen an 2 Standorten. Um den Transplantationsbeauftragten beim Klinikpersonal und bei Patienten und Angehörigen bekannt zu machen, hat er einen eigenen Flyer entwickelt. Dies ist an einem Großklinikum, an dem beim Personal nicht mehr jeder jeden kennt, von besonderer Bedeutung. Im Intranet der Klinik sind für die Klinikmitarbeiter alle Informationen zur Organspende jederzeit zugänglich. Diese reichen von aktuellen allgemeinen Informationen bis zu Handlungsanweisungen im Fall eines vermuteten irreversiblen Hirnfunktionsausfalls. Es gibt Jahresberichte über die Organspendeaktivitäten. Auch die Dankesbriefe der DSO nach einer Organspende werden veröffentlicht. Es finden diverse Fortbildungsveranstaltungen und Workshops zur Organspende statt. So ist durch vielfältige Maßnahmen eine hohe Akzeptanz

des Themas bei Mitarbeitern und Klinikleitung erreicht worden, die sich in einer steigenden Zahl von Organspenden an dieser Klinik widerspiegelt.

Die 35 Universitätskliniken haben 2017 mit 263 Organspendern zwar 30% aller Organspender gestellt, die Spannweite ist allerdings mit zwischen einem und 17 Spendern besonders groß. **Privatdozent Dr. Joachim Seybold** berichtete über die Charité in Berlin, mit über 3.000 Betten und 457 Intensivbetten an 3 Standorten eines der größten Krankenhäuser in Deutschland. Mit 17 Organspendern in 2017 und bereits 24 bis zum November 2018 liegt die Charité an der Spitze der Spenderzahlen. Mehrere Transplantationsbeauftragte sind dort tätig. Sie werden intern als Organspende-Beauftragte bezeichnet, da diese Bezeichnung ihre Tätigkeit besser beschreibt. Der Applaus der Teilnehmer des Kongresses (in der Mehrzahl Transplantationsbeauftragte) zeigte eine große Zustimmung zu dieser Umbenennung. Rückwirkend werden an der Charité alle Todesfälle daraufhin untersucht, ob eine Organspende möglich gewesen wäre. Dies führt zu einem Lerneffekt und einer Sensibilisierung der Organspende-Beauftragten bei der Erkennung künftiger Spender. An einem Beispiel wurde gezeigt, welcher immenser Aufwand vom Klinikum betrieben wurde, um mit Hilfe der Polizei Angehörige eines möglichen Spenders im Ausland ausfindig zu machen. Letztlich haben das gute Gespür des Organspende-Beauftragten und seine Hartnäckigkeit zu einer erfolgreichen Organspende geführt. Es erfolgt eine teilweise Freistellung der Organspende-Beauftragten im Umfang von 20%. Eine zusätzliche Honorierung sieht Dr. Seybold mehr als symbolischen Akt. „Engagement kann man sich nicht erkaufen.“ Es finden regelmäßige Treffen der Organspende-Beauftragten mit der Klinikleitung und Vertretern der DSO statt. Wichtig sei ihm, dass die Transplantationsbeauftragten Intensivmediziner seien, die ständig auf den Intensivstationen präsent sind. Spontan schlug er vor, die Freistellung von Transplantationsbeauftragten an Krankenhäusern der B- und C-Kategorie zu nutzen, um an Häusern der A-Kategorie wie der Charité zu hospitieren.

Eurotransplant Annual Meeting Oktober 2018

Mit Organspende nach dem Herztod gegen den Tod auf der Warteliste?

Ulrike Montini

Vom 4.–5. Oktober 2018 fand das Annual Meeting rund um das Thema Organspende, Transplantationsmedizin und Warteliste in Leiden statt, um Innovatives und Neues auszutauschen, vorzustellen und zu diskutieren.

Das Begrüßungswort hielt **Prof. Dr. B. Meiser** aus München, Präsident der Stiftung Eurotransplant, ihm folgte **Dr. U. Samuel**, Medizinische Direktorin der Stiftung und eröffnete einen kleinen Einblick auf die Zahlen des Jahres. Insgesamt konnte ein Anstieg bei den Organspenden verzeichnet werden, voranschreitend die Länder Niederlande, Österreich und Ungarn, trauriges Schlusslicht blieb, wie in den Jahren zuvor, Deutschland. Bis einschließlich September 2018 gab es in Deutschland lediglich 739 Organspender, bei denen 712 Lebern entnommen werden durften, hier waren 149 Lebern nicht transplantabel, sodass nur 563 Lebern in Deutschland transplantiert werden konnten, davon waren 22 Splitlebern.

Jon-van-Rood-Preis für Biomarker-Forschung

Prof. B. Meiser überreichte den Jon-van-Rood-Preis 2018 an **Dr. Xavier Verheist**. Diese Auszeichnung erhielt er für die Erforschung eines neuen Biomarkers bei der Perfusion von Spenderlebern. Dieser Marker ermöglicht, frühzeitig zu erkennen, welche Spenderlebern das Risiko tragen, eine primäre Funktionsstörung nach der Ltx zu entwickeln. Dieses bedeutet eine bessere prognostische Einschätzung für die Transplantation von Spenderlebern mit erweiterten Kriterien. Nach herkömmlichen Methoden war dieses häufig nicht möglich, was zur Folge hatte, dass Spenderlebern zur Transplantation nicht eindeutig geeignet waren und daher ausgeschlossen werden mussten oder zu Retransplantationen bzw. zu höherer Sterblichkeit nach der Lebertransplantation beigetragen haben. Nach der Verleihung wurde diese Methode anhand einer Vorführung anschaulich gemacht.

DBD, DCD, uDCD?

Erfreulich ist der Anstieg der Spenderorgane im Eurotransplant-Gebiet, was jedoch nicht nur auf eine erhöhte Spendebereitschaft zurückzuführen ist, sondern auch auf neue Methoden in der



Foto: Eurotransplant

Organspende. In Deutschland ist es Gesetz, dass nur Organe von hirntoten Menschen zur Organspende entnommen werden dürfen (DBD – Donation after brain death). Das hat sich in der letzten Zeit jedoch in einigen anderen Ländern des Eurotransplant-Gebiet geändert, dort wurden nun auch Organe von Menschen mit Herz-Kreislauf-Tod entnommen (DCD – Donation after cardiac death) und erfolgreich transplantiert. Eine weitere Variante ist die unkontrollierte DCD (uDCD), was jedoch nicht auf das Fehlen einer Kontrolle im Organspende-Prozess hinweist, sondern dass der Spender nicht unter kontrollierten Bedingungen in der Klinik, sondern z.B. an einem Unfallort verstirbt. Diese Varianten erfordern unterschiedliche, weitere Vorgehensweisen zur Vorbereitung der Organe für die Transplantation. Übrigens stammte das erste transplantierte Herz von einem DCD-Spender. Die Länder Belgien, Niederlande, Österreich führen derartige Entnahmen bereits durch, hier gibt es klare Richtlinien. Ungeklärt sind diese in Luxemburg, Slovenien, Kroatien und Ungarn. Von 3.073 Spenden nach DCD konnten 3.018 Organe transplantiert werden, lediglich 55 waren nicht geeignet. Insgesamt ist das Verfahren in 14 europäischen Ländern erlaubt, Spitzenreiter besonders bei uDCD ist auch hier Spanien, außerhalb von Eurotransplant. 2016 wurden z.B. in den Niederlanden nach uDCD 1 Spende verzeichnet, in England ebenfalls, in Portugal 10, in Frankreich 42 und in Spanien waren es 122 Spender. Wesentliche Unterschiede im Erfolg der Transplantationsergebnisse gibt es zwischen DCD und uDCD kaum, auch insgesamt sind die Erfolgszahlen im Vergleich zu DBD sehr ermutigend. **Dr. B.**

Dominguez-Gil aus Spanien erläuterte anhand einer Dokumentation den genauen Ablauf einer uDCD in Spanien. Es berichteten aus Österreich **A. Zuckermann** und aus England **D. Gardiner** von ihren positiven Erfahrungen mit DCD und uDCD.

Wer wird HU gelistet?

Ein weiterer herausstechender Punkt der Veranstaltung war die High-Urgent-Lebertransplantation im Eurotransplant-Gebiet, **Prof. Dr. M. Guba** aus München führte durch das Thema. Nur Patienten, welche absehbar und innerhalb des nächsten, naheliegenden Zeitraums versterben werden, können nach bestimmten Kriterien HU gelistet werden. Diese haben im Vergleich zu Patienten mit einem MELD-Score von 40, in ähnlicher Situation, die besseren Erfolgsaussichten, da es sich häufig um ein akutes Versagen der Leber handelt und keinen langen, anstrengenden Krankheitsverlauf mit sich bringt. Jedoch ist der Verlauf bei HU akut gelisteter Patienten zur Retransplantation innerhalb von 14 Tagen nach der ersten Transplantation bei Nichtfunktion des Transplantats, Thrombosen und bei non-standard Kriterien ungünstiger. Die HU-transplantierten Patienten verteilen sich zu 60% auf Ersttransplantierte und 40% akut Retransplantierte. Viele Patienten versterben jedoch auf den Wartelisten, bevor sie einen MELD von 40 erreicht haben, sodass ein Vergleich mit den HU-Patienten noch deutlich ungünstiger sein dürfte. Intensiv wurde über die Kriterien zur gerechten Punktevergabe unter Berücksichtigung der verschiedenen Krankheiten diskutiert, um das Sterben der Patienten während der Wartelistenzeit zu verringern.

Neue Initiative: Hausärzte als Ansprechpartner beim Thema Organ- und Gewebespende

Die aktuelle Debatte um die gesetzliche Regelung der Organspende zeigt, wie sehr das Thema viele Menschen bewegt. Eine Schlüsselrolle bei der Information spielen die Hausärztinnen und Hausärzte: Wie eine aktuelle Erhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Organspende zeigt, genießen sie bei Patientinnen und Patienten ein hohes Vertrauen und sind auch beim Thema Organ- und Gewebespende wichtige Ansprechpersonen. Laut Umfrage möchte jeder 4. Erwachsene über das Thema mit einer/m Ärztin/Arzt sprechen. Um Hausärzte bei der Information ihrer Patienten zur Organ- und Gewebespende noch intensiver zu unterstützen, sind die BZgA und der Deutsche Hausärzterverband eine Kooperation ein-

gegangen. Im November 2018 werden rund 30.000 niedergelassene Hausarztpraxen mit Informationsmaterialien zur Organ- und Gewebespende versorgt. Dazu werden Basisbroschüren, Informationen zum Hirntod und zur Dokumentation der Entscheidung bezüglich einer Organ- und Gewebespende in der Patientenverfügung enthalten sein, ebenso wie Bestellpostkarten für Patienten.

Dr. Ralf Brauksiepe MdB, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, begrüßt die ins Leben gerufene gemeinsame Aktion der BZgA und des Deutschen Hausärzterverbandes. Er setzt die Erwartungen in die Initiative, dass sie möglichst viele Menschen dazu anregen kann, sich mit dem wichtigen Thema der Organspende auseinanderzusetzen.

Dr. Heidrun Thaiss, Leiterin der BZgA, betont, dass es wichtig sei, diejenigen, die bisher noch keine persönliche Entscheidung zur Organ- und Gewebespende getroffen haben, mit Informationen zu versorgen. Sie baut hier auf die Unterstützung der Hausärztinnen/Hausärzte.

Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes e.V., hält es für wichtig, dass die Entscheidung zum sensiblen Thema von Hausärztinnen und Hausärzten, die ihre Patienten in der Regel seit vielen Jahren kennen, begleitet wird. Neben dem Ziel der notwendigen Informationen für die Ärztinnen und Ärzte sollten diese aber auch die nötige Zeit für diese wichtige Aufgabe bekommen.

Quelle: PM der BZgA v. 16.10.2018

DSO: Organspende-Zahlen steigen im 1.–3. Quartal 2018

Dennis Phillips

Von Januar bis Ende September 2018 sind die Organspendezahlen leicht gestiegen: +16,9% auf 719 Organspender bundesweit.

Die Zahl der gespendeten Organe ist um 16,7% auf 2.340 Organe gestiegen, verglichen mit dem gleichen Zeitraum 2017. Auch die Zahl gespendeter Lebern hat in diesem Zeitraum um 15% zugenommen auf 589 Organe.

Entsprechend ist die Zahl der transplantierten Organe auch um 15% gestiegen auf 2.431 Transplantationen. Aber die Zahl der Lebertransplantationen ist nur um 7,5% auf 614 in den ersten neun Monaten 2018 gestiegen. Diese Zahlen von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) beinhalten keine Lebendspende und keine Domino-Transplantationen. Das Plus ergibt sich, weil Deutschland Lebern aus dem Eurotransplant-Verbund importiert. Dadurch sind 25 Lebertransplantationen mehr durchgeführt worden (614 = plus 4,2%) als Lebern hier gespendet wurden (589).

Nur in zwei DSO-Regionen – Bayern und Mitte (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland) – war die Zahl der Organspender kleiner, beide ca. minus 10% im gleichen Zeitraum. Besonders erfolgreich dagegen zeigt sich die DSO-Region Nord-Ost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) mit einem Plus von 64,4% auf 97 Organspender in den ersten drei Quartalen 2018. Nordrhein-Westfalen hat mit 123 Organspendern, +9,8%, die größte Zahl bundesweit für alle DSO-Regionen.

Die Frage bleibt: Wie können mehr transplantable Organe generiert werden? Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat die Frage gestellt, ob Deutschland auch die Widerspruchslösung einführen

Organspender (1.–3. Quartal, ohne Lebendspende)

DSO-Region	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nord	125	107	106	94	101	90	116
Nord-Ost	92	79	83	68	79	56	97
Ost	100	82	85	103	98	76	112
Bayern	128	90	94	108	92	109	98
Baden-Württemberg	95	78	72	82	70	77	90
Mitte	105	96	81	84	76	92	83
Nordrhein-Westfalen	184	143	128	133	121	112	123
Deutschland	829	675	649	672	637	615	719

Gespendete und transplantierte Organe (1.–3. Quartal)

	Gespendete Organe*			Transplantierte Organe**		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Herz	214	193	222	223	200	240
Lunge	211	214	261	238	248	284
Niere	1.088	1.029	1.202	1.095	1.036	1.220
Leber	550	512	589	622	571	614
Pankreas	72	55	65	75	57	71
Dünndarm	3	1	1	3	2	2
	2.138	2.004	2.340	2.256	2.114	2.431

Quelle: DSO

* Organe in Deutschland entnommen und in Deutschland sowie im Ausland transplantiert;

** ohne Transplantationen nach Lebendspende, ohne Dominotransplantationen.

soll. Das wird jetzt vielfach diskutiert, aber erst Anfangs 2019 wird der Bundestag das entscheiden.

Die jetzige Zustimmungslösung – wonach der Verstorbene zu Lebzeiten, z.B. per Organspendeausweis, einer Organentnahme zugestimmt haben muss oder nach dessen Tod die Angehörigen über eine Entnahme entscheiden, ist nicht

optimal. Bei der Widerspruchslösung ist jeder potenzieller Organspender, der nicht widersprochen hat. Deshalb ist die Hauptfrage jetzt, ob die Widerspruchslösung ein tragfähiges (und wünschenswertes) Modell für die Transplantationsmedizin sein kann.

Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)

Neuer Behandlungsansatz für Juckreizgeplagte

Wer kennt ihn nicht, den lästigen Juckreiz nach einem Mückenstich. Zum Glück lässt er sich mit derzeit verfügbaren Medikamenten erfolgreich stillen. Weitgehend wirkungslos sind die Substanzen allerdings gegen das quälende, wiederkehrende Jucken, an dem Menschen mit Haut-, Nieren- oder Lebererkrankungen leiden. Diese chronischen Beschwerden, die rund 10 Prozent der Bevölkerung betreffen, werden bisher zum Beispiel mit Antidepressiva oder Immunsuppressiva behandelt. Diese Medikamente, die eigentlich für andere Krankheiten entwickelt wurden, verschaffen den Betroffenen oft nicht die erhoffte Linderung oder haben schwere unerwünschte Nebenwirkungen.

Verhindern, dass das Juckreizsignal weitergeleitet wird

Einer Forschungsgruppe um Prof. Hanns Ulrich Zeilhofer vom Institut für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Zürich ist es gelungen, mit einem experimentellen Arzneimittel die Wirkung bestimmter Nervenzellen im Rückenmark

zu verstärken, welche die Weiterleitung von Juckreizsignalen ins Hirn hemmen. In der Zwischenzeit konnten sie mithilfe von genetischen Mausmodellen zwei spezifische Rezeptoren identifizieren, über die sich die Wirkung der besagten Nervenzellen im Rückenmark steuern lässt. Sie gehören zu einer größeren Rezeptorfamilie, die vom Botenstoff γ -Aminobuttersäure, besser bekannt als GABA, aktiviert wird. Über diese GABA-Rezeptoren wirken zum Beispiel Benzodiazepine, Medikamente, die bei Schlaflosigkeit, Angststörungen oder Epilepsie eingesetzt werden.

Weniger Kratzen und schnellere Heilung

Der experimentelle Arzneistoff, den die Forscher in ihrer Studie einsetzten, entfaltet seine Wirkung an den beiden identifizierten Rezeptoren und wurde ursprünglich als angstlösendes Medikament entwickelt. In Experimenten mit Mäusen konnten die Pharmakologen zeigen, dass er nicht nur akuten Juckreiz unterdrückt, sondern auch bei Ekzem-

artigen Veränderungen der Haut und entsprechenden chronischen Juckbeschwerden wirkt. Das Medikament erzeugte keine unerwünschten Nebenwirkungen. Die Entdeckung wurde seitens der Forscher zum Patent angemeldet. Derzeit arbeiten sie mit Firmen zusammen, die daran sind, die Substanz als Arzneimittel für die Human- und Tiermedizin weiterzuentwickeln.

Quelle: PM der Universität Zürich v. 14.8.2018
Prof. Dr. Hanns Ulrich Zeilhofer
Institut für Pharmakologie und Toxikologie
Universität Zürich

Literatur:

W. T. Ralvenius, E. Neumann, M. Pagani, M. A. Acuña, H. Wildner, D. Benke, N. Fischer, A. Rostacher, S. Schwager, M. Detmar, K. Frauenknecht, A. Aguzzi, J. L. Hubbs, U. Rudolph, C. Favrot and H. U. Zeilhofer. Itch suppression in mice and dogs by modulation of spinal $\alpha 2$ and $\alpha 3$ GABAA receptors. *Nature Communications*. August 13, 2018. DOI: 10.1038/s41467-018-05709-0

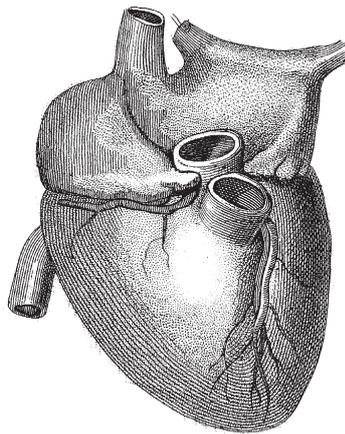
Herz aus dem Takt – Vorhofflimmern ernst nehmen!

Jutta Riemer

Kurz nach der Lebertransplantation denken wir eher an den Erhalt und das Wohlergehen unserer geschenkten Leber. Aber nicht nur der Organerhalt sollte im Mittelpunkt der Nachsorge stehen. Viele Vorsorgeuntersuchungen stehen an, damit es dem ganzen Menschen langfristig möglichst gut gehen kann. So sollten regelmäßige Untersuchungen, die das Herz-Kreislauf-System betreffen, selbstverständlich zum Nachsorgeprogramm gehören und auch im konkreten Verdachtsfall direkt ein Arzt aufgesucht werden. Denn manche Immunsuppressiva können unerwünschte Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System mit sich bringen oder entsprechende Vorerkrankungen, Veranlagungen oder Gegebenheiten könnten eine HK-Erkrankung begünstigen. Auch hier gilt: Früh erkennen ist wichtig.

Allein in Deutschland haben nach Expertenangaben 1,8 Millionen Menschen Vorhofflimmern und jedes Jahr kommen Tausende dazu. In den 90er Jahren glaubte man, diese Rhythmusstörung sei ein „Schönheitsfehler des EKG“. Heute weiß man: Vorhofflimmern ist eine ernst zu nehmende Herzrhythmusstörung, die un-

bemerkt und unbehandelt lebensbedrohlich für Herz und Gehirn werden kann bis hin zu Herzschwäche und Schlaganfall.



Vorhofflimmern ist lästig und kann das Herz schwächen

Patienten, die nur ab und an Vorhofflimmern erleben, haben erhebliche Einbußen an Lebensqualität, da sie ja wissen, wie sich ein normaler, regelmäßiger Herzschlag anfühlt. Diese Rhythmusstörungen können aber mit geeigneten Therapien z.B. mit Antiarrhythmika oder Katheterablation behandelt werden. Hier ist die Beratung durch einen Herzspezialisten sinnvoll.

Ein lange Zeit bestehendes Vorhofflimmern kann zu einer Herzschwäche (Herzinsuffizienz) führen, die bei Betroffenen die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit erheblich einschränkt. Neueste Studien sehen in der Katheterablation (Verödung von Herzgewebe, das dem Vorhofflimmern zugrunde liegt) eine vielversprechende Antwort. Aber auch der operative Eingriff zur Behandlung von Vorhofflimmern kann hier ein erfolgversprechender Therapieansatz sein.

Vorhofflimmern kann Schlaganfall auslösen, der tödlich sein kann

Aufgrund des unregelmäßigen Herzschlags können sich im Herz Blutgerinnsel bilden. Werden diese ausgeschwemmt und gelangen mit dem Blutstrom in den Kopf, verstopfen sie ein Hirngefäß. Je größer das verstopfte Gefäß, desto schwerer der Schaden. Viele Betroffene sterben daran, zahlreiche sind gezeichnet durch nicht wieder gut zu machende Lähmungen mit Einschränkung ihrer Mobilität. Informationen zum Thema Schlaganfall können Sie auch dem Artikel in Lebenslinien 2-2018, S. 37 entnehmen.

Vorhofflimmern kann tückisch sein

Tückisch ist, dass Vorhofflimmern bei über der Hälfte aller Patienten ohne Sym-

ptome oder Beschwerden auftritt und dadurch lange Zeit unbemerkt bleibt. Nicht selten werden Patienten mit einer Herzschwäche oder einem Schlaganfall stationär aufgenommen und erfahren zum ersten Mal, dass ein Vorhofflimmern dafür verantwortlich ist. Das gilt verstärkt für ältere Patienten. Mit dem Alter steigt zugleich das Risiko für Vorhofflimmern und Schlaganfälle, die durch Vorhofflim-

mern ausgelöst werden und einen besonders schwerwiegenden Verlauf haben.

Herzspezialisten informieren bundesweit/Neuer Experten-Ratgeber

Grundlage der Herzwochen 2018 ist die neue Experten-Broschüre „Herz außer Takt: Vorhofflimmern“ mit Beiträgen von renommierten Kardiologen, Herzchirurgen und Pharmakologen, die über die Er-

krankung sowie über aktuelle Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten laienverständlich informieren.

Der Band (136 S.) ist kostenfrei erhältlich bei der Deutschen Herzstiftung unter www.herzstiftung.de, per Tel. unter 069/955 12 84 00, E-Mail: bestellung@herzstiftung.de

PM der Deutschen Herzstiftung, September 2018

Alternative und komplementäre Medizin bei Krebs- und Lebererkrankungen

Gerd Böckmann

Schwer erkrankte Menschen wünschen sich oft alternative oder komplementäre Behandlungen. Rät ihr Arzt ab, enttäuscht sie das. Was steckt dahinter? In der Medizin gilt: Jede Behandlung muss durch Studien geprüft werden, ob, bei wem und wann im Krankheitsverlauf sie wirkt. Für die meisten alternativen und komplementären Therapien sind diese Fragen nicht beantwortet: Es steht nicht fest, dass sie bei Krebs oder Leberleiden helfen oder Beschwerden lindern, weil Studiendaten fehlen. Nicht alles was „pflanzlich“ oder „natürlich“ ist, ist auch „sanft“: Manche alternativen Mittel stören die „schulmedizinische“ Behandlung oder können sogar schaden. Hinter manchen Angeboten steckt womöglich nur das Geschäft mit der Angst.

Alternativ, komplementär, natürlich: Was versteht man genau darunter?

Eine einheitliche Definition des Begriffs „alternativ“ existiert nicht. Für die einen gehören pflanzliche Mittel und Naturheilkunde dazu, für die anderen Homöopathie und Anthroposophie. Beliebte sind in Deutschland auch traditionelle Heilmethoden aus Asien oder Amerika, etwa chinesische Medizin, Ayurveda oder schamanische Medikamente. Manche Therapeuten empfehlen Krebs- oder Leberdiäten, Entsäuern und Entgiften, andere psychologische oder spirituelle Therapien. Die meisten Verfahren werden „komplementär“ oder ergänzend zur üblichen schulmedizinischen Behandlung empfohlen. Es gibt allerdings auch Anbieter, die eine schulmedizinische Behandlung ganz ablehnen und ihre Verfahren als echte „Alternative“ anbieten.

Klare Einteilung fehlt

Weder in Deutschland noch in anderen Ländern existiert eine Fachgesellschaft für „Alternativmedizin“. Viele Ver-

fahren werden sogar nur von einem einzelnen Anbieter beworben. Den Spezialisten oder die pauschale Adressliste für die „andere Medizin“ gibt es daher nicht. Zudem unterscheiden sich von Land zu Land die Sichtweisen: Methoden, die in Deutschland populär sind, gelten zum Beispiel in den USA als nicht üblich oder sind sogar verboten.

In der „Schulmedizin“ auf wissenschaftlicher Basis kennt man solche verwirrenden Unterschiede nicht: Die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften stimmen in den Industrieländern weitgehend überein. Sie bauen auf wissenschaftlichen Nachweisen der Wirksamkeit auf. Diese setzen Laborversuche und Studien mit Patienten voraus. Ohne sie wird heute kein neues Medikament zugelassen. Zum Schutz von Patienten werden auch Nebenwirkungen und Risiken dokumentiert und veröffentlicht. Damit sind wichtige Daten weltweit zugänglich und damit überprüfbar.

Nutzen und mögliche Risiken oft nicht beurteilbar

Für viele Verfahren der alternativen Medizin fehlt ein solcher Wirksamkeitsnachweis. Daher tauchen sie in ärztlichen Leitlinien oft nicht auf oder sie werden sogar als „nicht empfehlenswert“ bewertet. Auch über die Nebenwirkungen vieler Mittel weiß man erstaunlich wenig. Die meisten pflanzlichen und homöopathischen Mittel gelten zwar als gut verträglich. Viele andere Produkte sind aber nicht einmal echte Arzneimittel. Die meisten Vitamin- und Mineralstoffpräparate sind Nahrungsergänzungsmittel – sie haben rechtlich keinen anderen Stellenwert als Obst und Gemüse. Bei Mitteln aus dem Ausland fehlt oft jegliche Qualitätskontrolle. Kompliziert wird es, wenn ein Anbieter seine Methoden nicht als „alternativ“ anpreist, sondern als seine persönliche und ganz aktuelle „Forschung“. Hier hilft nur die Nachfrage, warum er seine Entdeckung nicht in

kontrollierten Studien prüft, sondern Patienten für die mit ihnen durchgeführten Studien sogar noch bezahlen lässt.

Warum zahlen die Kassen vieles nicht?

Fehlt der Wirksamkeitsnachweis, kann man davon ausgehen, dass gesetzliche Krankenkassen und zunehmend auch private Versicherungen nicht zahlen.

Rezeptfreie Mittel werden generell nur bezahlt, wenn sie durch die zuständigen Gremien des „Gemeinsamen Bundesausschusses“ (GBA) als medizinisch notwendig eingestuft wurden. Nahrungsergänzungsmittel gelten rechtlich als Lebensmittel, nicht als Arzneimittel. Die Kosten können nicht übernommen werden.

Auch der Anbieter spielt für die Kostenübernahme eine Rolle. Ist er Arzt oder Heilpraktiker? Handelt es sich um eine Privatklinik oder ein öffentliches Krankenhaus? Bei manchen Angeboten ist auf den ersten Blick gar nicht zu erkennen, wer dahinter steht: Auf der Internetseite wirbt zwar ein Arzt für seine Methode oder sein Heilmittel. Im „Kleingedruckten“ wird jedoch deutlich, dass dahinter eine Firma steht und der Arzt nicht im rechtlichen Sinne als Therapeut tätig wird. Firmen, die eine Dienstleistung oder ein Produkt verkaufen, sind von der Kostenübernahme meist ganz ausgeschlossen – ihre Leistungen finanzieren die Krankenkassen genauso wenig, wie sie eine Handwerkerrechnung erstatten würden.

Eigene Motive abklären: Was will ich wirklich?

Patienten haben ein Recht auf die für sie beste Behandlung. Anbieter alternativer Verfahren suggerieren allerdings oft, das sei in der „Schulmedizin nicht mehr gewährleistet: Versicherungen würden sparen und nur noch das Nötigste zahlen, neue Methoden kämen nur Privatpatienten zugute, und die Lebensqualität bliebe gerade in großen Kliniken ganz auf der Strecke. Ärzte und Psycho-

logen warnen vor diesem „Geschäft mit der Angst“.

Wie kann mir mein Arzt helfen?

Patienten, die mit der Behauptung konfrontiert werden, für sie sei nicht alles getan worden, sollten mit ihren schulmedizinischen Ärzten sprechen. Diese werden nach Möglichkeit den Wunsch unterstützen, selbst aktiv zu werden, um Rückfällen vorzubeugen oder die Lebensqualität zu verbessern.

Patienten, die aus eigenem Entschluss eine alternative Therapie anwenden, sollten ihre Ärzte informieren: Selbst vermeintlich sanfte und harmlose pflanzliche Mittel können mit „schulmedizinischen“ Verfahren unerwartete Wechselwirkungen haben.

Schwere Erkrankung: Sind alternative Methoden ein Ausweg?

Ist eine Krebs- oder Lebererkrankung weit fortgeschritten, ist es gerechtfertigt, auch Methoden in Betracht zu ziehen, bei denen noch Fragen zu Nutzen und Risiken offen sind. Für Patienten ist jedoch der Rahmen wichtig: Zwischen dem Einsatz neuer Mittel in einer kontrollierten klinischen Studie und dem alternativer Verfahren im individuellen Heilversuch gibt es Unterschiede. In Studien sind Patienten zum Beispiel gegen Risiken versichert,

Fragen zu Krebs? Wir sind für Sie da.



0800 – 420 30 40
täglich von 8:00 – 20:00 Uhr



krebsinformationsdienst@dkfz.de



www.krebsinformationsdienst.de

im Heilversuch meist nicht. Die Teilnahme an klinischen Studien müssen Patienten außerdem auch nicht bezahlen.

Hier ist Vorsicht geboten:

1. Ein Anbieter verspricht, dass seine Methode gegen alle Krebsarten oder Lebererkrankungen hilft. Ein solches Verfahren ist bisher nur ein Wunschtraum.
2. Ein Anbieter stellt keine Unterlagen zur Verfügung. Patienten können sich nicht selbst informieren, sich nicht unabhängig beraten lassen und die Ärzte ihres Vertrauens nicht um eine Beurteilung bitten.
3. Vor Behandlungsbeginn wird eine Vorkasse verlangt oder gar Bargeld. Gibt es Probleme, können Patienten ihr Geld meist nicht zurückbekom-

men. Auch ethisch ist dieses Vorgehen fragwürdig.

4. Ein Mittel muss aus dem Ausland bestellt werden, etwa über das Internet. Was man wirklich geliefert bekommt, ist kaum überprüfbar. Oft gibt es Probleme mit der arzneilichen Qualität.

Wo gibt es weitere Ansprechpartner?

Bei Lebererkrankungen, vor und nach einer Lebertransplantation beraten die Ansprechpartner von Lebertransplantierte Deutschland e.V. Fragen zu alternativen und komplementären Methoden können per E-Mail an die folgende Adresse gerichtet werden: gerd.boeckmann@lebertransplantation.de.

Dieser Artikel entstand auf Grundlage des Informationsblattes „Alternative und komplementäre Krebsmedizin“ des Krebsinformationsdienstes des Deutschen Krebsforschungszentrums. Die in diesem Informationsblatt gemachten Aussagen gelten uneingeschränkt auch für schwere Lebererkrankungen. Der Krebsinformationsdienst beantwortet Ihre Fragen. Telefonisch können Sie ihn täglich von 8 bis 20 Uhr unter der folgenden Rufnummer kostenfrei erreichen: 0800 – 420 30 40, per E-Mail unter krebsinformationdienst@dkfz.de.

Recht · Soziales

Antrag auf Pflegegeld?

Jutta Riemer

Gerade chronisch kranke und älter werdende Menschen sind oftmals zunehmend auf Hilfe bei der Grundpflege angewiesen. Ehepartner oder Kinder übernehmen so manches Mal ganz selbstverständlich immer mehr Tätigkeiten, für die ihnen aber eventuell Leistungen aus der Pflegekasse zustehen würden. Ob das der Fall ist und sich ein Antrag lohnen könnte, weiß man letztendlich erst, wenn man nach einer Antragstellung den Bescheid in Händen hält.

Wer sich im Vorfeld beraten lassen möchte, kann sich an die Pflegeberatung der Krankenkasse des Betroffenen wenden. Eine solche hält jede Krankenkasse – privat oder gesetzlich – vor. Jeder Versicherte hat einen Anspruch auf eine solche Beratung.

Einen Antrag kann der Pflegebedürftige oder ggf. sein Betreuer/Bevollmächtigter in dessen Namen bei der zuständigen

Pflegekasse stellen. Diese ist jeweils bei der entsprechenden Krankenkasse angesiedelt. Anträge können sogar formlos gestellt werden: telefonisch, per Fax oder Mail. Wählt man die schriftliche Form, kann man die Einreichung nachweisen. Das ist auch insofern von Bedeutung, als bei Zuerkennung von Leistungen immer ab dem Monat geleistet wird, in dem der Antrag gestellt wird. Das gilt rückwirkend für den ganzen Monat, auch wenn der Antrag erst kurz vor Monatsende eingeht – vorausgesetzt die Pflegebedürftigkeit bestand so auch schon Anfang des Monats.

Die Bewilligung eines Antrags ist völlig unabhängig von Einkommen und/oder Vermögen des Pflegebedürftigen oder seiner Angehörigen. Eine Einstufung in einen Pflegegrad ist immer nur abhängig von der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit. Auch eine Diagnose für sich genommen, wie z. B. Krebs, AIDS, Rheuma, zieht nicht automatisch Pflegegrade nach sich. Auch hier kommt es auf die tatsächlichen Be-

eintrachtigungen des Antragstellers und die damit verbundene Pflegebedürftigkeit an. Je nachdem, ob der Betroffene zu Hause oder stationär gepflegt wird und welchen Pflegegrad er zugesprochen bekommt, wird die Pflege mit Zuwendungen aus der Pflegekasse mit unterschiedlichen Sätzen unterstützt.

Die früheren Pflegestufen (0, 1, 2, 3) wurden seit Januar 2017 in fünf Pflegegrade umgewandelt. Wer welchen Pflegegrad zugeordnet bekommt, entscheiden Ärzte des medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen mit dem „Neuen Begutachtungsassessment“ (NBA). Hier wird der Grad der Selbständigkeit in sechs Bereichen erfasst: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Quellen: Pflegeverantwortung.de, pflege.de

Schwerbehindertenrecht: Merkzeichen H (hilflos) bei einem Lebertransplantierten Kind

Stefan Sandor

Das Sozialgericht Landshut hat in einem Fall das Merkzeichen H bis zum 10. Lebensjahr weitergewährt (Aktenzeichen S 15 SB 79/16, Urteil vom 4.7.2018). Im vorliegenden Fall hatte das zuständige Versorgungsamt dem 2012 geborenen Kind das Merkzeichen H bis Oktober 2015 gewährt. Die Lebertransplantation fand im September 2013 statt. Mit Bescheid vom Januar 2014 wurde ein Grad der Behinderung (GdB) von 100 festgestellt, ohne Merkzeichen. Daraufhin erhoben die Eltern Widerspruch. Diesem wurde im März 2014 stattgegeben. Das Merkzeichen H wurde zuerkannt. Nach Ablauf der Heilungsbewährungszeit im September 2015 wurde mit Bescheid vom Oktober 2015 der GdB auf 60 herabgesetzt und das Merkzeichen H aberkannt. Es sei zu keiner gravierenden Abstoßung gekommen, die Entwicklung des Kindes sei altersgerecht. Gegen diese Entscheidung erhoben die Eltern Widerspruch und Klage.

Wer bei der Erfüllung existenzieller Bedürfnisse länger als ein halbes Jahr auf fremde Hilfe angewiesen ist, gilt als hilflos (Teil A Ziffer 4 ff der Versorgungsmedi-

zinischen Grundsätze). Bei Kindern und Jugendlichen umfasst diese fremde Hilfe auch die Anleitung, Förderung und notwendige Überwachung bei der Verrichtung dieser existenziellen Bedürfnisse. Bei Therapie-induzierten, schweren Immundefekten ist Hilflosigkeit für die Dauer des Immunmangels, der ständig wegen Infektionsgefahr überwacht werden muss, anzunehmen (Teil A Ziffer 5 d und nn Versorgungsmedizinische Grundsätze).

Das Gericht sah diesen Immunmangel mit hoher Infektionsgefahr, die eine ständige Überwachung erfordert, als weiterhin erfüllt an. Den ärztlichen Vorgaben, Infektionsgefahren zu vermeiden, haben die Eltern Rechnung getragen. Das Kind besucht einen sehr kleinen Kindergarten. Dennoch ist das Kind rund die Hälfte der Kindergarten tage wegen Infektionen nicht in der Einrichtung. Bei Grippe-Epidemien trägt das Kind Mundschutz, um sich nicht anzustecken. Die ärztlichen Kontakte wegen Infektionen sind sehr häufig. Es trat eine Erkrankung mit Masern auf trotz Masernimpfung. Die Behandlung dieser Infektion erfolgte stationär. Der Pflege- und Überwachungsbedarf liegt erheblich über dem Altersdurchschnitt.

Die Verabreichung der Immunsuppressiva erfordert ebenfalls eine intensive Anleitung und Überwachung. Dabei geht es um die zeitgenaue Einnahme der Medikamente sowie die Abstimmung der Mahlzeiten auf die Einnahme.

Weitere Überwachung ist darüber hinaus beim Sonnenschutz nötig wegen des erhöhten Hautkrebsrisikos als Nebenwirkung der immunsuppressiven Medikamente.

Das Gericht geht davon aus, dass das Kind kognitiv noch nicht in der Lage ist, entsprechende Vorsorge zu treffen, um die Infektionsgefahr zu beherrschen. Deshalb wird das Merkzeichen H bis zum 10. Lebensjahr gewährt.

Diese Entscheidung ist deshalb bemerkenswert, weil in der Praxis das Merkzeichen H grundsätzlich für den Zeitraum der erhöhten Immunsuppression nach der Transplantation, in der Regel das erste halbe Jahr, gewährt wird. Die Voraussetzungen für eine Gewährung darüber hinaus wurde auch vom Sozialgericht Landshut streng geprüft. Der Mehraufwand bei Anleitung und Überwachung wegen der Immunsuppression und der damit verbundenen Infektionsgefahr muss konkret und im Einzelfall nachgewiesen sein.

Geist · Körper · Seele

Patientengeschichte: Günter Wanner

Mein Name ist Günter Wanner, ich bin 64 Jahre alt, seit 39 Jahren mit meiner Ehefrau Ute verheiratet und wohne in einer Kleinstadt bei Heilbronn.

In unserem glücklichen und harmonischen Familienleben mit unseren beiden erwachsenen, verheirateten Söhnen und unserem vierjährigen, lieben und aufgeweckten Enkelsohn verlief bisher alles harmonisch und problemlos, bis ich am 17. März 2017 bei einer Ultraschalluntersuchung wegen ständiger starker Bauchwasseransammlungen die niederschmetternde Diagnose „Äthyltoxische Leberzirrhose Child C“ (Endstadium) erhielt. Geschockt von dieser eindeutigen ärztlichen Feststellung war ich an diesem Freitagvormittag nicht mehr in der Lage, an meinen Arbeitsplatz im Rathaus eines Heilbronner Stadtteils zurückzukehren. Von diesem Augenblick an nahm mein bisheriges, unbeschwertes

Leben eine dramatische Wende. Lange war ich zu diesem Zeitpunkt noch der Meinung, mit der Umstellung meiner Lebens-, Ess- und Trinkgewohnheiten diese unheilheilmalbare Krankheit ohne Lebertransplantation wieder selbst in den Griff zu bekommen. Nachdem ich bisher bei gutem und herzhaftem Essen und Genießen von leckeren Weinen schwer nein sagen konnte, musste ich mich fortan von solch leiblichen Genüssen leider verabschieden. Trotzdem ließen sich während der nächsten Monate verschiedene stationäre Krankenhausaufenthalte nicht vermeiden, wobei eine wirkliche Behandlung meiner kranken Leber allerdings nicht zu erkennen war. Hierbei wurde bei den regelmäßigen Ultraschalluntersuchungen auch festgestellt, dass sich als Folge der starken Bauchwasseransammlungen auch „Krampfadern“, sogenannte „Ösophagusvarizen“, an der

Speiseröhre gebildet hatten, welche jederzeit platzen und zu gefährlichen Blutungen oder Vergiftungen des Bauchraums führen könnten. Glücklicherweise ging diese „tickende Zeitbombe“ nicht los. Aber nach monatelanger, gesunder Schonkosternährung und ständiger ärztlicher Kontrolle meiner Blutwerte musste ich Ende Oktober 2017 wegen starker Bauchschmerzen infolge einer akuten Gallenblasenentzündung erneut als Notfall stationär im Krankenhaus aufgenommen werden. Nach zehntägiger intravenöser Verabreichung eines geeigneten Antibiotikums konnte die aufgrund meiner schlechten Blutgerinnungswerte riskante operative Entfernung der entzündeten Gallenblase gerade noch verhindert werden. Obwohl sich mein gesundheitlicher Allgemeinzustand zu diesem Zeitpunkt bereits sehr verschlechtert und ich sowohl körperlich wie auch geistig

stark abgebaut hatte, sahen die behandelnden Ärzte meines Heimatkrankenhauses noch immer keine Notwendigkeit, mich in ein geeignetes Krankenhaus mit entsprechendem Transplantationszentrum zu überweisen. Stattdessen wurden wir ständig damit getröstet, eine Überweisung in ein Transplantationszentrum sei derzeit noch nicht möglich, da mein Bilirubin-Wert zwischen 8–10 lag und eine Lebertransplantation erst bei einem Wert unter 2 möglich wäre. Außerdem müsse eine Alkoholkarenz von mindestens 6 Monaten nachgewiesen werden, was in meinem Fall noch nicht erfolgt sei.

Die weiteren regelmäßigen, ambulanten Vorstellungen mit mehrmaliger Punktion des angestauten Bauchwassers änderten auch nichts daran, dass ich immer schwächer und meine Hautfarbe massiv gelber wurde, weshalb meine Frau und ich beschlossen, mit Nachdruck auf einen ambulanten Vorstellungstermin im Transplantationszentrum der Uniklinik Tübingen zu drängen, was uns schließlich auch gelang. Trotz klarer Worte und Bestätigung der frustrierenden Diagnose machte Prof. Nadalin von der Uniklinik Tübingen keinen Hehl daraus, dass nur eine baldige Lebertransplantation mein Leben retten könne. Von nun an wurde das zermürbende Warten auf einen stationären Termin zur Durchführung der umfangreichen, gründlichen Listenuntersuchungen zur echten Zerreißprobe für die gestressten Nerven für mich und meine ganze Familie.

Als der ersehnte Anruf aus Tübingen auch bis Weihnachten ausblieb, schaltete sich ein Verwandter eines guten Freundes, welcher selbst Arzt ist, ein und erreichte für mich kurzfristig die stationäre Aufnahme zur Durchführung der Listenuntersuchungen in der Uniklinik Tübingen ab 8. Januar 2018. Doch gleichzeitig begann für mich zum Jahresbeginn 2018 die schlimmste Zeit meines Lebens. Die anstrengenden Untersuchungen in sämtlichen Fakultäten der Uniklinik wurden für mich zusehends zur Qual, da mein angeschlagener, stark geschwächter und vergifteter Körper am Ende war und meine geistige sowie psychische Verfassung durch die Amoniakdämpfe im Gehirn erheblich beeinträchtigt wurde. Den absoluten Tiefpunkt hierbei erreichte ich zum Abschluss dieser Listenuntersuchungen als mein MELD-Score bei 37 Punkte lag, weshalb ich auf der Warteliste ganz nach oben rückte. Selbst die behandelnden Ärzte waren sehr besorgt und sahen keinen Ausweg mehr, falls nicht in kürzester Zeit eine geeignete Spenderleber zur Verfügung

gestellt werden könnte. Mit der betrüblichen Aussage „Ihre Leber zerfällt uns in unseren Händen“ wurde ich schließlich am 19. Januar 2018 gelistet. Mit den aufmunternden Worten „Ab jetzt tickt für Sie positive Zeit“ freute sich der Chefarzt des Transplantationszentrums der Uniklinik Tübingen, als er mir diese erfreuliche Nachricht persönlich überbrachte. Den Koffer schon für die vorgesehene Heimreise gepackt, wurde ich am geplanten Entlassungstag daran gehindert, da eine geeignete Spenderleber für mich bereitstand. Völlig überrascht von dieser guten Nachricht und mit den Gedanken zwischen Leben und Tod total hin- und hergerissen bereitete ich mich innerlich auf die bevorstehende große und risikoreiche Operation der Lebertransplantation vor. Hierbei unterstützten mich meine Familie sowie meine besten Freunde in unbeschreiblicher Art und Weise, als sie alle an diesem Abend vor der geplanten OP im Krankenhaus anreisten, um sich bei mir, vielleicht für immer, zu verabschieden.



Doch leider war die Spenderleber für mich nicht geeignet. Diese Nachricht traf uns wie ein Schlag, wobei ich nicht wusste, ob ich mich freuen sollte, dass der „riesige Berg“ mit der gefährlichen OP vorerst verschoben war, oder ob ich traurig war, weil die vielleicht letzte Chance, mein Leben langfristig zu retten, nun endgültig vorüber war. Egal wie, an meinem miserablen Gesundheitszustand ließ sich nun ohnehin nichts mehr ändern, weshalb ich nun endlich wieder nach Hause durfte, worauf ich mich natürlich trotzdem sehr freute.

So gut es mein Allgemeinzustand zuließ, genoss ich natürlich mein bescheidenes Leben zuhause, bis am 5. Februar 2018 um 22.15 Uhr das Transplantationszentrum der Uniklinik Tübingen anrief

und mitteilte, dass erneut eine Spenderleber für mich auf dem Weg sei und ich umgehend in die Klinik zur vorgesehene Lebertransplantation kommen sollte. Diesmal war der Klinikaufenthalt allerdings sehr kurz, denn kurze Zeit nach dem Eintreffen in Tübingen kam die Entwarnung bereits in der Nacht um 1 Uhr, sodass wir gleich wieder heimfahren konnten. Kaum zu glauben, aber am 13. Februar 2018 wurde es wirklich ernst und ich wurde um 21.20 Uhr abermals telefonisch nach Tübingen gerufen.

Während der bereits reichlich bekannten OP-Vorbereitungen war ich erstaunlicherweise sehr ruhig und gelassen, da ich mein Leben und meine Zukunft in Gottes Hände geben durfte und ich bereit war, jede Entscheidung unseres Herrn im Himmel anzunehmen. So erfolgte schließlich am 14. Februar 2018 von 8 Uhr bis 15 Uhr, trotz der schlechten Blutgerinnungswerte und der hohen Risiken, ohne jegliche Komplikationen die Transplantation meiner neuen Spenderleber. Die engmaschige Kontrolle und Überwachung der ordnungsgemäßen Funktionen aller wichtigen Organe geschah anschließend auf der Intensivstation, von wo ich nach vier Tagen auf die „normale“ Station verlegt und aufgrund meines vorbildlichen Genesungsverlaufs bereits am 2. März 2018 wieder nach Hause entlassen wurde. Endgültig wieder einigermaßen „aufgepäppelt“ hat mich dann anschließend der dreiwöchige Reha-Aufenthalt in Waldachtal im schönen Schwarzwald bei einem genau abgestimmten Fitness- und Therapieprogramm, welches ich seither auch so gut wie möglich zu Hause in meinen Rentneralltag einfließen lasse.

Abschließend liegt mir sehr am Herzen, dass ich mein neues geschenktes Leben in erster Linie meinem Organspender sowie dessen Familie zu verdanken habe, wobei selbstverständlich auch die behandelnden und operierenden Ärzte mit Team und Pflegekräften maßgeblich an diesem Erfolg beteiligt waren. Nicht zuletzt waren und sind es noch heute meine Familie und Freunde sowie mein vierjähriger Enkel Benjamin, eine sehr große und wichtige Hilfe und Unterstützung während dieser schweren Zeit, wofür ich mich bei allen recht herzlich bedanke. Mein neues Leben habe ich als Geschenk des Himmels dankbar und mit viel Demut angenommen. Mit meinen Erfahrungen und dem Erleben dieses „Wunders“ möchte ich nun betroffenen Wartelistenpatienten sowie deren Angehörigen helfen und diese gerne bei Besuchen und Gesprächen unterstützen.

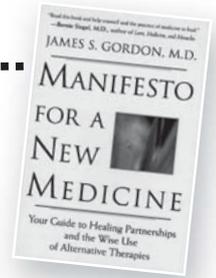
Gedanken beim Wiederlesen eines wichtigen Buches ...

James S. Gordon, M.D.

Manifesto For A New Medicine

Your Guide to Healing Partnerships and the Wise Use of Alternative Therapies

Addison-Wesley Publishing Company, Inc. 1996 ¹



Ulrich R. W. Thumm

Als ich Ende der 1990er Jahre noch in Washington, D.C. lebte und mein Gesundheitszustand immer schlechter wurde, habe ich nach möglichen Ergänzungstherapien zu den traditionellen, schulmedizinischen Ansätzen bei Lebererkrankungen (in meinem Fall: PSC mit Colitis ulcerosa) gesucht. Ich war zwar in einem Protokoll mit hochdosierter Ursodeoxycholsäure an der Mayo Klinik in Rochester, Minnesota, involviert, dachte aber, dass ergänzendes, psychisch-orientiertes Vorgehen nur zusätzliche Hilfe versprechen könnte. So ging ich mit anderen chronisch Kranken zu einer von einer Psychologin geleiteten Support Group (Selbsthilfegruppe), um „Techniken“ wie Meditation, Autogenes Training, Imaging/Konditionierung, Atmen etc. zu lernen und anzuwenden, und stieß auch auf das o.a. Buch und andere Literatur. Daneben besuchte ich auch regelmäßig eine chinesische Ärztin, die mich mit Akupunktur und Kräutern therapierte. Kurz: Ich machte Gebrauch von ganzheitlichen Ansätzen, die meinen Gesundheitszustand stabilisierten und mich besser vorbereiteten auf eine Lebertransplantation, die schließlich unumgänglich wurde.



Der in Harvard ausgebildete Mediziner und Psychiater **James Gordon** (Bild) beklagt die zu enge Ausrichtung der Schulmedizin (auch der Psychiatrie). Sein **zentrales Anliegen** in dem Buch ist, einen **breiteren Ansatz** zu präsentieren, der **konventionelle und alternative Therapien kombiniert**, basierend auf einem verständnisvolleren Verhältnis von Arzt und Patient, das den Menschen statt des Krankheitsfalls in den Mittelpunkt rückt. Er erkennt dabei keineswegs die riesigen Fortschritte des sog. mit naturwis-

senschaftlichen Methoden arbeitenden bio-medizinischen Modells, das mit spektakulären Ergebnissen (Wunderlösungen oder „magic bullets“ nach Paul Ehrlich) in Chirurgie und Pharmakologie aufwarten kann. Er sieht dieses Modell jedoch nicht als Endpunkt der medizinischen Entwicklung, da es im Umgang mit chronischen Erkrankungen, wie Krebs, Bluthochdruck/Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Arthritis, Depression, weniger erfolgreich sei. Er bemüht sich daher, auch andere, über Jahrhunderte entwickelte Ansätze (z. B. chinesische Medizin, Ayurveda, Homöopathie, Psychosomatik) einzusetzen. Sein Vorgehen rückt insbesondere den **Patienten als Partner** in den Mittelpunkt („the healing partnership“ = die Heilungspartnerschaft); der Patient solle aufgrund empfindlicher Gespräche seine Probleme selbst erkennen und so Heilungskräfte aktivieren – nicht zuletzt durch den Willen, entscheidende **Änderungen in seinen Lebensgewohnheiten** (Ernährung, Umgang mit Stress, Bewegung) vorzunehmen.

Gordon räumt eigenen Krankheits- und unkonventionellen Heilungserfahrungen einigen Raum ein. So kommt er zu dem Schluss, dass Patienten Individuen mit unterschiedlich ausgebildeten Krankheitsbildern und verschiedenen Reaktionen sind („biochemische Individualität“) – im Gegensatz zu dem „westlichen Ansatz“ mit der Diagnose eher standardisierter Krankheiten und entsprechenden Therapien losgelöst vom individuellen Patienten. Im „östlichen Ansatz“ ist die Krankheit nur ein Aspekt im Gesamtbild des Menschen. Durch diese Erkenntnis wird eben auch das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein anderes, unter Einbeziehung weiterer Merkmale des Patienten und seines Umfelds (Familie, soziale Umgebung) zur Entwicklung von **healing partnerships** (von gegenseitigem Respekt geprägte Partnerschaft zwischen Arzt und Patient zum Gesunden des Patienten). Dieser Ansatz wird **holistisch** (Ganzheitsmedizin) genannt: umfassend und integrativ, auch komplementär oder alternativ (= weiter gefasst als „Schulmedizin“). Der Kern dieser Vorgehensweise ist eine Gesamtheit von Verhaltensweisen, die neben den engeren medizinischen (medikamentösen, chirurgischen) Therapieansätzen, die einer pro-

fessionellen Begleitung bedürfen, jeder Patient weitgehend selbst kontrollieren könne: Bewusstmachung, Entspannung, Meditation, Ernährung, körperliche Eräftigung. Dieser holistische Ansatz, der auch zu besserer Adhärenz bei „engeren medizinischen (einschließlich chirurgischen)“ Therapien führen würde, ist allerdings nur schwer zu vereinbaren mit der von Krankenkassen geforderten streng Kosten-orientierten Behandlung von Patienten und den knappen Zeitintervallen.

In den spezifisch auf verschiedene therapeutische Interventionen ausgerichteten Kapiteln des Buches stellt Gordon **„Selbstbehandlung als Erstbehandlung“** (self care as primary care) in den Mittelpunkt der Überlegungen. Dabei wird der Mensch in seiner ganzen Komplexität, nicht als Träger einer bestimmten Erkrankung betrachtet. Eine besondere Bedeutung hat die **Geist-Körper-Beziehung** in Diagnose und Therapie², die anhand von Fallbeispielen diskutiert wird. Gordon hebt hervor, wie jahrelanger (beruflicher) Stress zu chronischen Krankheiten führen kann (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Arthritis, Diabetes, Autoimmunkrankheiten einschließlich Multipler Sklerose (MS)) und beschreibt den Fall einer Frau mit MS. Er führt ihre Erkrankung in erster Linie auf ihre Lebensumstände (extremer beruflicher Ehrgeiz, lange Arbeitszeiten, Verzehr von junk food am Schreibtisch etc.) zurück und bringt sie in geduldigen Gesprächen zu einer vollkommenen Änderung ihres Lebens mit einem Stillstand der MS. Seine Schlussfolgerung: **Problem-Bewusstmachung und Meditation** sowie **tiefgreifende Veränderungen der Lebensführung** sind fundamental für eine nachhaltige Heilung. Ebenso werden Entspannungsübungen (z. B. progressive Muskelentspannung nach Jacobson), Bio-Feedback, Hypnose, Imagery (Konditionierung), autogenes Training, Atmung als Geist-Körper-Techniken anhand von Fällen besprochen. Und nicht zuletzt auch Ernährung.

Ein anderer, in Harvard ausgebildeter Mediziner ist der uns schon bekannte **Andrew Weil**, der das in Tucson, Arizona, beheimatete **Arizona Center for Integrative Medicine** gründete und mit einem großen Stab an Fachkräften betreibt. U.a.

gibt das Zentrum die Monatszeitschrift „Self Healing“ heraus (mit dem Untertitel „Creating Natural Health for your Body and Mind“; Selbst heilen, Schaffung natürlicher Gesundheit für Körper und Geist); hier werden zwar auch stets neueste Erkenntnisse von medizinischen Studien vorgestellt, der Schwerpunkt liegt allerdings wie bei Gordon bei **Selbstverantwortung** und Lebensführung für ein möglichst gesundes Leben und ein Gleichgewicht zwischen Körper und Geist. So wird etwa auch Yoga – Inbegriff der Geist-Körper-Beziehung – empfohlen, beispielsweise im Hinblick auf die günstigen Wirkungen bei Arthritis, Asthma, Rückenschmerzen etc.³

Entscheidend ist, dass wir als Patienten willens sind, unsere ganze Person zu hinterfragen und eine spezifische Krankheit als Ausprägung eines komplexen Systems von Verursachungen

und geistigen und körperlichen Zusammenhängen zu begreifen. Am einfachsten tun wir uns mit einer Änderung der Lebensführung durch gesündere Ernährung (basierend auf mediterraner Kost mit viel frischem Gemüse und Obst und definitiv keiner Fertigpizza aus dem Supermarkt) **und mehr Bewegung** (beispielsweise mit ausgedehnten Waldspaziergängen) **sowie der Suche nach einem verständnisvollen Heilungspartner** (einem Hausarzt, der auch an Naturheilkunde und psychosomatische Medizin glaubt). **Komplexere Aspekte bedürfen unbedingt der professionellen Begleitung. Aber wie schon die Römer wussten: De te fabula narratur! Die Geschichte dreht sich um dich/uns! All diese Erkenntnisse können wichtig sein sowohl im Vorfeld einer Transplantation (wie in meinem Fall), aber definitiv auch danach, um so lange wie**

möglich und so gesund wie möglich zu leben.

- 1 „Manifest für eine neue Medizin. Ihr Führer für Partnerschaften zum Heilen und zum klugen Einsatz alternativer Therapien.“ Durch die explizite Nennung des M.D. (= Dr. med.) möchte sich der Autor wohl von den vielen selbst ernannten Experten (oder Quacksalbern) auf dem Gebiet des „Heilens“ und der „Ratgeber zur Lebensführung“ unterscheiden. Der Buchautor hat über Jahre das „Center for Mind-Body Medicine“ (Zentrum für Geist-Körper-Medizin) in Washington, DC betrieben.
- 2 Diese Beziehung haben wir auch in der letzten Ausgabe der Lebenslinien (2/2018) behandelt, insbesondere im Hinblick auf eine mögliche Reduzierung von Immunsuppressiva durch Konditionierung.
- 3 Yoga: Benefits for Body and Mind, Self Healing, February 2017.



Sie können den Flyer „Leberkrebs (HCC)“ auf unserer Homepage herunterladen unter:

<https://lebertransplantation.eu/unser-angebot-fuer-sie/service/patienteninformationen.html>

oder fordern Sie diesen an bei:

LD e.V., Bebbelsdorf 121, 58454 Witten

(mit 0,70 Euro frankierten DIN lang-Rückumschlag beilegen).

Leberkrebs (HCC)

Einleitung

erhalten können match-MELD zuzunehmen, weil die Wahrscheinlichkeit besteht, dass der zuvor größere Tumor (Leberhals) kleiner wird. Patienten mit einem Tumor, der kleiner als 2 cm ist, erhalten keine LTx. Handelt es sich um einen Tumor, der größer als 2 cm ist, wird er in die Klassifikation des Tumorstadiums nicht berücksichtigt. Diese müssen eingeschätzt werden.

Kein match-MELD und doch auf die Liste?

Legen die HCCs außerhalb der LTx-Kriterien, können die Patienten dennoch für eine Lebertransplantation in Frage kommen, jedoch ohne Zuerkennung eines match-MELD.

Bei diesen Patienten entspricht der individuelle MELD-Score dem MELD-Score, basierend auf dem MELD-Score des match-MELD. Inzwischen ist es, dass MELD-Score nicht nur ein Maß für die Schwere der Lebererkrankung und nicht nur ein Maß für die Wahrscheinlichkeit der Überlebenszeit nach der Transplantation ist, sondern auch ein Maß für die Wahrscheinlichkeit der Transplantation. Infolgedessen ist es wichtig, dass die Patienten, die für eine Lebertransplantation in Frage kommen, nicht nur auf der Warteliste stehen, sondern auch in der Lage sind, die Transplantation zu erhalten.

Lebertransplantierte Deutschland e.V.

Julia Korne (Präsidentin)
Maidankweg 12 · 74216 Bebbelsdorf
Tel. 0 79 481794 0 97 · Fax 0 79 481794 01 80
www.lebertransplantation.de

Die Deutsche Leberstiftung hat Informationsblätter zu verschiedenen Themen rund um die Leber und deren Erkrankungen aufgelegt. Auch die Informationen „Leber und Krebs“ können Betroffene und Interessierte kostenfrei bei der Geschäftsstelle der Leberstiftung bestellen:

Deutsche Leberstiftung
Geschäftsstelle
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Fax: 05 11 - 532 68 20



Die Informationen stehen auch als Download auf der Homepage der Leberstiftung zur Verfügung: www.deutsche-leberstiftung.de

Deutsche Leberstiftung

Herabgeber: Deutsche Leberstiftung
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Telefon: 0511 - 532 68 19
Telefax: 0511 - 532 68 20
E-Mail: info@leberstiftung.de

Die Deutsche Leberstiftung

Die Deutsche Leberstiftung hat für die Leber, Lebererkrankungen und deren Behandlung, im Jahr 2012 das Ziel, die wichtigsten Informationen zu Lebererkrankungen und deren Behandlung zu sammeln und sie in Form von Informationsblättern zu veröffentlichen. Diese Informationsblätter sind kostenlos erhältlich und können bei der Geschäftsstelle der Deutschen Leberstiftung bestellt werden. Die Deutsche Leberstiftung bietet außerdem Informationen zu Lebererkrankungen und deren Behandlung an und bietet Beratung und Unterstützung bei der Suche nach einer Lebertransplantation.

Leber und Krebs

Leberkrebs (HCC) ist eine der häufigsten Ursachen für den Tod. Die meisten Patienten mit Leberkrebs überleben nicht länger als ein Jahr. Die Deutsche Leberstiftung hat ein Informationsblatt über Leberkrebs erstellt, das die wichtigsten Informationen zu Leberkrebs enthält. Dieses Informationsblatt ist kostenlos erhältlich und kann bei der Geschäftsstelle der Deutschen Leberstiftung bestellt werden.

Diagnose des HCC

Leberkrebs (HCC) ist eine der häufigsten Ursachen für den Tod. Die meisten Patienten mit Leberkrebs überleben nicht länger als ein Jahr. Die Deutsche Leberstiftung hat ein Informationsblatt über Leberkrebs erstellt, das die wichtigsten Informationen zu Leberkrebs enthält. Dieses Informationsblatt ist kostenlos erhältlich und kann bei der Geschäftsstelle der Deutschen Leberstiftung bestellt werden.

Chirurgische Therapie

Die Deutsche Leberstiftung hat ein Informationsblatt über die chirurgische Therapie von Leberkrebs erstellt. Dieses Informationsblatt ist kostenlos erhältlich und kann bei der Geschäftsstelle der Deutschen Leberstiftung bestellt werden.

Lebertransplantation

Die Deutsche Leberstiftung hat ein Informationsblatt über die Lebertransplantation erstellt. Dieses Informationsblatt ist kostenlos erhältlich und kann bei der Geschäftsstelle der Deutschen Leberstiftung bestellt werden.

Leberkrebs (HCC)

Leberkrebs (HCC) ist eine der häufigsten Ursachen für den Tod. Die meisten Patienten mit Leberkrebs überleben nicht länger als ein Jahr. Die Deutsche Leberstiftung hat ein Informationsblatt über Leberkrebs erstellt, das die wichtigsten Informationen zu Leberkrebs enthält. Dieses Informationsblatt ist kostenlos erhältlich und kann bei der Geschäftsstelle der Deutschen Leberstiftung bestellt werden.

WIESBADENER KURIER

Samstag, 20. Oktober 2018

Die Chance auf ein Leben

Die Wiesbadenerin Elke Aryeequaye hat ein Buch über die Lebertransplantation geschrieben, die sie rettete

Von Eva Bender

WIESBADEN. Bevor die Transplantation beginnt, nimmt Elke Aryeequaye von ihrem Mann und jedem ihrer vier Kinder einzeln Abschied. Der Jüngste ist erst elf Jahre alt. „Ich habe jedem von ihnen noch etwas Liebes gesagt und mit auf den Weg gegeben.“ Für den Fall, dass sie sie selbst auf diesem Weg nicht mehr begleiten kann. „Das war der schlimmste Moment“, sagt sie heute. Zwei schwierige Jahre liegen seit dieser Operation hinter der 50-jährigen Wiesbadenerin. Eine Zeit, die sie nun in einem Buch verarbeitet hat.

Die Nachricht kam am 17. Geburtstag ihres ältesten Sohnes, im August 2016. Die Familie hatte sich bei Elke Aryeequaye in der Klinik versammelt, als eine Pflegekraft verkündete: „Wir haben eine Spenderleber für Sie.“ Seit dem Frühjahr lag die Wiesbadenerin nun fast ununterbrochen in der Mainzer Uniklinik. Hatte zugesehen, wie ihr Körper abbaute, Wasser im Gewebe einlagerte, und wie ihre Haut eine immer gelbere Farbe annahm, während sie auf die neue Leber wartete.

Im August 2016 liegt die vierfache Mutter im Sterben

Was mit ihrer Leber geschah, das wusste Elke Aryeequaye viele Jahre nicht genau. Schon als junge Frau hatte sie erhöhte Leberwerte. Und dieser Befund bestätigte sich mit jedem neuen Blutbild. „Doch die Ärzte sagten mir immer wieder, das sei noch kein Grund zur Sorge“, so die Wiesbadenerin. Beschwerden hatte sie zunächst keine, ging in ihrem Beruf als Sachbearbeiterin und in der Betriebsratsarbeit auf und brachte ihre vier Kinder auf die Welt.

Erst 2013/14 nimmt Elke Aryeequaye die ersten Symptome ihrer Krankheit wahr. Sie nimmt an Gewicht zu, ist ständig müde, kommt morgens nicht mehr aus dem Bett. Später kommen Krämpfe hinzu – in den Beinen, Füßen und Händen. Sie kann kaum noch die Zahnbürste halten, kein Auto mehr fahren und schließlich nicht mehr arbeiten. Eine Ultraschall- und eine Gewebeuntersuchung liefern schließlich die Erklärung für ihren Zustand: Elke Aryeequaye hat eine Leberzirrhose, eine chronische Entzündung, die das Organ unwiederbring-



Elke Aryeequaye will über das Thema Organspende aufklären und anderen Betroffenen helfen. Dafür hat sie nicht nur ihr Buch veröffentlicht und engagiert sich in der Selbsthilfegruppe für Lebertransplantierte, sondern spricht auch in Aufklärungsaktionen an Schulen. Foto: Jessica Aryeequaye

RECHTLICHER HINTERGRUND UND ORGANSPENDE

► In Deutschland gilt für Organ- und Gewebespenden derzeit die **Entscheidungslösung**. Das heißt, dass der Spender der Entnahme seiner Organe zu Lebzeiten zustimmt haben muss. Über Informationen, die den Versicherten von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, sollen sie sich umfassend informieren und dann entscheiden.

► Doch während viele Patienten auf ein Spenderorgan warten, sinkt in Deutschland die Bereitschaft, die eigenen Organe nach dem Tod zu spenden. Geht es nach Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU), könnte deshalb in Deutsch-

land eine **Widerspruchslösung** eingeführt werden, wie sie bereits in vielen anderen europäischen Staaten – darunter Frankreich, Italien und Spanien – gilt. Haben Bürger dieser Länder einer Organspende zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen, können ihre Organe nach dem Tod transplantiert werden.

► Neben der Zustimmung gibt es noch eine Voraussetzung für die Entnahme von Organen: Beim Patienten muss ein unumkehrbarer Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (**Hirntod**) vorliegen.

► Weitere Informationen gibt es zudem auf der **Internetseite**

www.organspende-info.de, einem Angebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Hier können Bürger auch einen **Organspendeausweis** anfordern, um darauf ihre Zustimmung oder ihren Widerspruch zur Organspende zu dokumentieren. Die Ausweise gibt es inzwischen auch in vielen verschiedenen Sprachen.

i Das Buch „Mein neues Leben“ von Elke Aryeequaye ist in diesem Sommer im Rediroma-Verlag erschienen. Es umfasst 62 Seiten und kostet 12,95 Euro. Die ISBN-Nummer lautet 978-3-96103-434-5.

lich schädigt. Ausgelöst wurde sie durch eine Autoimmunerkrankung.

Als Elke Aryeequaye im Frühjahr 2016 in der Mainzer Uniklinik liegt, sprechen die Ärzte erstmals über Transplantation. Am 28. August wird das Spenderorgan transplantiert – und arbeitet nicht. Für die vierfache Mutter beginnt nun ein Wettlauf gegen die Zeit, „denn die Aufgaben der Leber kann kein Gerät übernehmen. Ohne das Organ überlebt man nicht länger als zwei Tage. Ich lag also im Sterbeprozess“.

Am zweiten Tag kann die Familie aufatmen: Es gibt ein weiteres Organ. Diesmal hat die OP Erfolg, die Spenderleber nimmt ihre Arbeit auf. „Aber ich war nach dem Hin und Her, dem Hoffen und Bangen, ein nervliches Wrack“, so Aryeequaye. Heute, zwei Jahre nach der Transplantation, geht es ihr gesundheitlich gut. Weil Medikamente ihr Immunsystem unterdrücken, muss sie streng auf Hygiene achten. Und noch immer hat sie Albträume. Ihre Therapeutin rät ihr deshalb, das Erlebte aufzuschreiben.

Die 50-Jährige weiß nicht viel über ihre Spenderin

Am zweiten Jahrestag der erfolgreichen Operation, am 30. August 2018, wurde dieser Text als Buch veröffentlicht. Damit will Elke Aryeequaye anderen Betroffenen Mut machen, aber auch für die Organspende werben. „Die Zeit, in der ich auf ein Spenderorgan gewartet habe, war schrecklich“, sagt sie. „Weil ich nicht wusste, ob ich die Chance auf ein Leben bekommen werde. Als die Nachricht dann kam, war das wie ein Wunder.“ Sie wünscht sich, dass sich mehr Menschen dafür entscheiden, im Falle ihres Todes die eigenen Organe zu spenden und damit ein anderes Leben zu verlängern.

Ihre eigene Organspenderin war erst 18 Jahre alt – das ist alles, was Elke Aryeequaye über sie wissen darf. „Zwei Jahre nach der Transplantation kann ich den Angehörigen einen Brief schreiben und werde das auch tun.“ Doch schon jetzt dankt sie den beiden Spendern auf ihre eigene Weise: mit dem finalen Satz in der Danksagung ihres Buches. Und mit der Kerze, die sie an den Jahrestagen in der Kapelle der Uniklinik anzündet.

A black and white photograph of a snowy landscape. In the foreground, a path of footprints leads from the bottom center towards the middle ground. The snow is uneven and textured. In the middle ground, several bare trees stand against a pale, overcast sky. The trees are mostly without leaves, with some evergreens visible in the distance. The overall mood is quiet and somber.

Kahl sind alle Bäume,
das Leben ist vorbei.
Grau und kalt die Äste.
Trocken Laub ist überall.

Es kommt ein kalter Winter.
Dunkle Tage der Verzweiflung.
Es will kein Ende nehmen.

Die Tage werden länger.
Das erste Grün ersprießt.
Verzweiflung weicht neuem Leben.
Jedes Leid hat sein Ende.
Helles Licht erfreut die 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.

Foto: Josef Theiss

Fisch ist nicht gleich Fisch!

Ernst und Ulrike Eberle

Der Fisch gehört wohl zu den wichtigsten Nahrungsmitteln, die es gibt. Deshalb wollen wir uns einmal der großen Palette dieser Sparte zuwenden.

Fische gibt es in einer Vielfalt, die kaum überschaubar ist. Natürlich sind davon nur relativ wenige Sorten auf dem Markt. Jedoch gibt es neben Süßwasserfischen auch Salzwasserfische (oder Seefische), und es gibt sehr fette Fische und auch sehr magere. Also für jeden etwas.

Neben seinem guten Geschmack ist Fisch auch sehr gesund.

Fische enthalten wenig Bindegewebe gegenüber Fleisch (Rind- oder Schweinefleisch). Auf Grund dessen ist Fischfleisch leichter und schneller verdaulich als Säugetierfleisch.

Vitamine sind sehr reichlich vorhanden. Die fettlöslichen Vitamine A und D (Leber, Körperfett): Vitamin A ist wichtig für die Augen, Vitamin D beugt Rachitis vor. Ebenfalls enthält das Fischfleisch reichlich Vitamin B, welches für unseren Körper sehr wichtig ist.

In Süßwasserfischen ist der Natriumgehalt sehr gering, daher sind diese gut geeignet für salzarme Diäten. Eisen ist in Süßwasserfischen reichlich vorhanden (Eisenmangel > Blutarmut).

Die Meeresfische weisen dagegen einen reichlichen Jodgehalt auf und eignen sich somit zur Unterstützung bei der Jodmangelbekämpfung z.B. bei Schilddrüsenerkrankung.

Die meisten der im Handel angebotenen Frischfische (ebenso die Muscheln) stammen aus Aquakulturen, in welchen sie bis zur verkaufsfähigen Größe herangezüchtet werden. Diese Kulturen werden streng überwacht und kontrolliert. Der Käufer kann unbesorgt die angebotene Ware erwerben – ob als ganzen Fisch oder als Filet.

Nun eine kleine Auswahl an Fischgerichten. Da der panierte Fisch, im norddeutschen Raum allgemein auch als „Pannfisch“ bezeichnet, allgemein bekannt ist, habe ich ein paar andere Zubereitungsarten ausgesucht.

Lachs mit Parmesan-Kräuter-Walnuss-Kruste (4 Portionen)

800 g Lachsfilet mit Haut
1 unbehandelte Zitrone
2 Knoblauchzehen
1 Bund glatte Petersilie
1 Zweig Salbei
60 g Walnüsse
40 g frisch geriebenen Parmesan
3 EL Butter
Meersalz und schwarzer Pfeffer aus der Mühle

Den gewaschenen und abgetrockneten Lachs auf noch eventuell vorhandene Gräten prüfen und diese entfernen. Von der Zitrone die Schale raspeln. Knoblauch, Petersilie, Salbei und Walnüsse fein hacken und alles zusammen mit dem Parmesan, Meersalz, Pfeffer und 1 EL weicher Butter gut vermischen.

Backofen auf 200 Grad (Umluft 180 Grad) vorheizen.

Die Lachsseite mit der Haut nach unten in eine ofenfeste, mit Butter ausgestrichene Form legen. Die Kräuter-Nuss-Mischung gleichmäßig auf dem Fisch verteilen und leicht andrücken. Die Form in den Ofen schieben und den Fisch etwa 20–25 Minuten backen.

Wer möchte, kann Vollmilchjoghurt, gewürzt mit Salz und Pfeffer, als Dip dazu reichen.

Als Beilage passen Butterkartoffelchen oder frisches Baguette.

Fisch im Salzmantel (2 Personen)

1–2 Fisch(e) (Goldbrasse, Wolfsbarsch oder Seebarsch) je nach Größe
1 kg grobes Meersalz
2 Knoblauchzehen
Salz und Pfeffer

Die Fische schuppen (kann man auch an der Fischtheke machen lassen), waschen, abtrocknen. Auf beiden Seiten zweimal schräg einschneiden. Dann mit etwas Salz und Pfeffer einreiben. Die Knoblauchzehen abziehen, in Längsscheiben schneiden und in die Schnitte legen. Den Rest in den Bauch geben. Eine Schicht des Meersalzes auf einem Ofenblech ausbreiten, die Fische (mit Kopf) darauflegen und mit dem restlichen Meersalz bedecken.

Damit die Abdeckschicht sich besser formen lässt, kann man das restliche Salz mit etwas Wasser oder mit einem Eiweiß vermischen. Beim Andrücken des Salzes darauf achten, dass alle Teile des Fisches bedeckt sind (eventuell brauchen Sie noch etwas Meersalz).

Die Fische in den auf 220–225 °C vorgeheizten Ofen schieben und etwa 25–30 Minuten backen. Nach dem Herausnehmen die obere Salzschiicht einschlagen und die Fische vorsichtig auf einen Servierteller legen. Die Fische haben so den vollen Geschmack des Meeres.

Als Beilagen je nach Geschmack eine Mayonnaise, eine Vinaigrette oder Butterkartoffelchen und Salat passen immer.

Viel Spaß beim Ausprobieren der Rezepte!



Eingelegte Bratheringe

8 frische, grüne Heringe
(Kopf abschneiden lassen)
750 ml Weißweinessig
750 ml Wasser
1 Zitrone
1 Tasse Öl zum Braten
Mehl zum Wenden der Heringe
Salz und Pfeffer

Für den Sud:

3 große Zwiebeln, 5 Lorbeerblätter,
2 EL Senfkörner, 1 EL Wacholder-
beeren, 1 TL Pfefferkörner, 4 EL
Zucker, 1 TL Salz, 1 getrocknete
Chilischote, 1/2 TL Dill, 1/2 TL Piment
und 2 Nelken

Die Heringe schuppen, waschen, trockentupfen und mit dem Saft der Zitrone beträufeln. Mit Salz und Pfeffer würzen und in Mehl wenden. Etwas Öl in einer Pfanne erhitzen und die Heringe nacheinander auf beiden Seiten goldbraun braten (pro Seite ca. 3–4 Minuten). Abkühlen lassen und in ein ausreichend großes Gefäß mit Deckel legen, beiseitestellen.

Die Zwiebeln in Ringe schneiden. Weißweinessig mit Wasser, Zucker, Salz und den übrigen Gewürzen ca. 5 Minuten kochen. Vom Herd nehmen, die Zwiebelringe in die heiße Marinade geben und abkühlen lassen.

Die Heringe mit der Marinade übergießen und zugedeckt im Kühlschrank (oder kalten Keller) mindestens 2–3 Tage ziehen lassen.

Gefüllter Mandelkarpfen (4 Personen)

1 Karpfen ca. 2 kg
Saft einer Zitrone

Panade:

1 verquirltes Ei
4 EL gemahlene Mandeln
2 EL Paniermehl

80 g Butter
6 EL Öl
Salz, Pfeffer

Für die Füllung:

125 g frische gehackte Champignons
3 EL gehackte Petersilie
50 g Krabbenfleisch
2 verquirlte Eier
20 g Butter
Salz

Karpfen schuppen, waschen und trockentupfen. Innen mit Zitronensaft beträufeln, beiseitestellen. Die gehackten Pilze mit 2 EL Petersilie in Butter ca. 4 Minuten anbraten. Die verquirlten Eier zusammen mit 1 EL gehackter Petersilie, dem Krabbenfleisch und 1 Msp. Salz zu den Pilzen geben und miteinander verrührt stocken lassen.

Öl und Butter auf das Backblech geben und Backofen auf 200 °C vorheizen. Den Karpfen salzen, pfeffern und mit der Farce füllen. Bauchhöhle mit Holzspießchen verschließen. Den Fisch rundum mit einem verquirlten Ei bepinseln und allseitig gründlich mit der Mandelpanade bestreuen. Den Karpfen auf das Backblech legen und mit dem inzwischen erwärmten Fett vollständig beträufeln. In den Ofen schieben und 15 Minuten garen. Dann die Backtemperatur auf etwa 160–170 °C mindern und den Karpfen ca. 35 Minuten backen. Bitte darauf achten, dass die Butter nicht dunkel wird!

Beilage: Butterkartoffelchen und Salat

Und nun unser Favorit!

Graved Lachs

(in unserer Familie fast schon ein „Muss“)

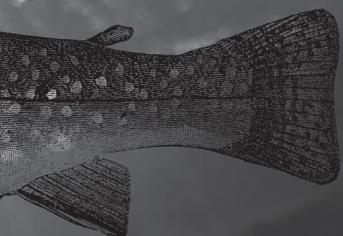
Ca. 1 kg Lachfilet mit Haut
500 g Salz (halb/halb Speisesalz und grobes Meersalz)
600 g Zucker
1 Bund Dill
Pfeffer gemahlen
1 Auflaufform mit höherem Rand

Salz, Zucker und gemahlene Pfeffer gut mischen. Ungefähr die Hälfte dieses Gemischs in eine Auflaufform geben und die Hälfte des Dills darauflegen. Die trockene Lachsseite mit der Haut nach unten in das Gemisch legen, mit dem restlichen Dill belegen und das Salz-Zucker-Gemisch darüberstreuen. Der Lachs muss komplett „eingebettet“ sein. Das Ganze mit Frischhaltefolie abdecken und dabei beachten, dass der Folienrand in der Auflaufform bleibt. Den Fisch beschweren (ich nehme einen Topf) und im Kühlschrank 48 Stunden ziehen lassen.

Wenn die Zeit abgelaufen ist, den Fisch aus der Form herausnehmen und unter fließendem, kaltem Wasser gründlich abwaschen.

Zum Schneiden legen Sie den Lachs auf die Hautseite und schneiden schräg dünne Scheiben.

Dazu passen Zitrone, Mayonnaise oder auch eine Senfsoße.



Regensburg: Wartepatientenseminar am Universitätsklinikum

Am 13.4.2018 luden das Transplantationszentrum Regensburg, der Verein der Freunde und Förderer der Pflege und LD e.V. zum Dialog ein.

Peter Schlauderer

Thomas Bonkowski begrüßte die Gäste und stellte die Agenda vor.

Professor Hans J. Schlitt, Direktor der Klinik und Poliklinik der Chirurgie, begrüßte ebenso die Anwesenden, er sprach zum Thema „Lebensspende durch Lebendspende“. Durch den immer weiteren Rückgang der Organspende ist die Lebendspende einer Teilleber eine Option, außerhalb der Warteliste in einem relativ guten Gesundheitszustand transplantiert zu werden. Die Lebendspende erfordert beim Spender umfangreiche Vorsorgeuntersuchungen, das Risiko beim Spender ist gering, aber nicht gleich Null. Anatomie und Größe des Leberteils müssen passen und der verbleibende Leberteil muss weiter gut durchblutet sein. Technisch ist eine Lebendleberspende wesentlich schwieriger durchzuführen als eine postmortale Spende.

Herr **Valentin Kraus** sprach über seine Leberspende an seine Ehefrau Johanna. Er berichtete vom kritischen Zustand seiner Frau und von den vielen quälenden Fragen vor dem Termin im Uniklinikum Regensburg und von Betroffenen, die eine Transplantation schon gut hinter sich gebracht hatten. Er habe aus Liebe gespendet, ein Leben ohne seine Frau sei für ihn unvorstellbar. Eine Woche nach der OP wurde er aus dem Klinikum entlassen, seine Frau bekam eine Sepsis, aber überlebte diese, da sie eine Kämpferin sei. Herr Kraus sprach den anwesenden Wartepatienten Zuversicht zu und bedankte sich bei den Ärzten und dem Pflegepersonal.

Peter Schlauderer, Ansprechpartner LD e.V., sprach zum Thema „Wie mich die Dankbarkeit zum Ehrenamt bewegt hat“. In kurzen Stichpunkten berichtete Herr Schlauderer über seinen Leidensweg, der mit 11 Jahren begann, als er Diabetes bekam und dabei ein erheblicher Leberschaden festgestellt wurde, der sich viel später als angeboren herausstellte. Nach 22 Jahren Diabetes versagten

seine Nieren und er stand kurz vor der Erblindung, während er ein halbes Jahr an der Dialyse hing. Nach einer erfolgreichen Nieren- und Pankreas-Transplantation stieg er wieder ins Arbeitsleben ein und konnte die Vaterrolle für seine fünf Kinder wieder übernehmen. Allerdings war da noch das Leberproblem, das sich sechs Jahre später als eine der größten Herausforderungen seines Lebens herausstellen sollte. In der schweren Zeit vor seiner Lebertransplantation nahm Herbert Schreurs, als damaliger Ansprechpartner LD e.V., Kontakt zu Herrn Schlauderer auf und ermutigte ihn und seine Angehörigen.

Im Jahr 2009 fragte ihn Frau Dr. Bayer, die Lebertransplantierte in Regensburg nachbetreut, ob er sich Patientenbesuche im Klinikum vorstellen könne, um sich von Betroffenen zu Betroffenen auszutauschen. Im September 2010 startete er dann mit dem Besuch der Transplantierten. Anschließend kamen, angeregt durch das Pflegepersonal der Inneren Medizin, auch die Wartepatienten dazu. Seit August 2017 besuchen Brigitte Herzog und Peter Schlauderer gemeinsam die Leberwartepatienten und Transplantierten. Dabei ist **Brigitte Herzog** die andere Seite der Organspende, sie ist die Mutter von Marlene, einer Multiorganspenderin, die im Juli 2010 ihre Organe nach einem tragischen Unfall verschenkte. Jetzt versuchen beide gemeinsam, den Patienten Mut in der oft sehr schwierigen Situation zuzusprechen.

„Alkohol, nein danke“ war das Thema von **Hans**, einem trockenen Alkoholiker, der vor 35 Jahren bei einem Treffen der „Anonymen Alkoholiker“ (AA) seine Chance ergriff, in ein neues Leben zu starten. Hans sagte, er freue sich, über Selbsthilfe sprechen zu dürfen, denn ihm habe das Reden mit Betroffenen geholfen, um mit dem Trinken aufzuhören. Allerdings musste er vorher seinen Tiefpunkt erreichen. Mit 14 Jahren habe er angefangen, Bier zu trinken. Die Wärme, die es erzeugte, erschien ihm als die Lösung seiner Probleme. Allerdings schaffte es mehr Pro-

bleme, als es löste. Er sagte, er war von seinem 15. bis zum 27. Lebensjahr im Dauerrausch. All seine Probleme habe er auf die Erziehung seiner Eltern geschoben, er wollte keine Therapie, weil er es nicht geschafft hätte. Dann las er die Ankündigung eines Treffens der „AA“ in der Zeitung, er bat seine Frau, die er in der Hoffnung geheiratet hatte, dass sie die Lösung seiner Probleme wäre, ihn dorthin zu fahren. Die Erzählungen der Anwesenden halfen Hans zu verstehen, dass es immer das erste Glas ist, das ihn noch weiter ins Chaos führt. Er ergriff die Chance und trank Wasser. Hans betonte noch, man bleibt Alkoholiker, auch wenn man aufhört zu trinken, bei den „AA“ muss jeder seine Diagnose selbst stellen und sagen: Ich bin Alkoholiker.

Frau Kirsch vom Sozialdienst im Klinikum sprach zum Thema „Wie kann der Sozialdienst nach der Lebertransplantation helfen“. Die Ziele des Sozialdienstes sind zufriedene Patienten und diese ausreichend über folgende Themen zu informieren: Rehabilitation, Kostenübernahme, Organisation und Klärung der Pflege, Fragen zur Schwerbehinderung und eventuell der Erwerbsminderungsrente. Frau Kirsch wies auf die Wichtigkeit einer Vorsorgevollmacht hin zur Regelung der rechtlichen Angelegenheiten, Finanzen und Therapie. Die Schwerbehinderung nach Transplantation beträgt 100% und nach Bewährung 60%. Wenn keine Vollmacht besteht, wird ein Betreuer beim Gericht bestellt. Sollten finanzielle Notlagen nach der Transplantation entstehen, vermittelt der Sozialdienst an das Sozialamt und kann weitere Kontakt herstellen.

Unser Dank für das gelungene Seminar gilt den Wartepatienten und Angehörigen, den Professoren und Ärzten, allen Referenten, den Pharmafirmen für die finanzielle Unterstützung und natürlich Thomas Bonkowski und Thomas Wiesbeck für die Organisation und die gute Zusammenarbeit.

Um andere wirklich zu verstehen, bedarf es der Kunst des Zuhörens.

Aus: Liebenswerte Lebenswerte, Oups Minibuch

Aktiv für die Organspende bei zwei großen Radrennen

Heinz Suhling

Für 2018 hatte ich mir zwei besondere Projekte vorgenommen. Vom 24.–30. Juni habe ich die internationale Transalptour über 7 Tage von Brixen nach Riva del Garda begleitet und konnte dabei 56 Stunden Information zum Thema „Organspende“ für Besucher und Aktive durchführen und erfuhr dabei viel Zuspruch.

Dann ging es weiter mit der Deutschlandtour vom 22.–26. Juli 2018. Diese führte von Koblenz über Bonn–Trier–Merzig zum Zielort nach Stuttgart. Bei der Präsentation der 22 international besetzten Mannschaften waren auch der diesjährige Tour de France-Sieger Thomas aus England und andere internationale Spitzenfahrer auch aus Deutschland mit dabei.

Wunderschön begann die Tour am Rheinufer und bei herrlichen Wetter hat-



ten wir – denn ich wurde tatkräftig von meiner Frau unterstützt – den Infostand rechtzeitig aufgebaut und konnten schon im Vorfeld des Rennens viele Gespräche u.a. mit dem örtlichen Medien führen. Mit 40 Stunden Info zur „Organspende“ war auch dieser ehrenamtliche Einsatz für die Organspende „rekordverdächtig“. An den Stationen Koblenz und Merzig berichteten auch immer wieder Print- und TV-Medien über die Aktion. Viel Zuspruch erhielt die Aktion von den Besuchern und viele drückten die Hoffnung auf bald bessere Organspendezahlen aus.



Unser „Infostand“ war auch stets ein „Hingucker“. Am eigens für diese Aktion gemieteten Wohnmobil waren zwei große Plakate mit Hinweisen auf die Organspende befestigt. Auf dem Tisch davor gab es reichlich Informationsmaterial auch in verschiedenen Fremdsprachen für das internationale Publikum – und natürlich das persönliche Gespräch.

Ein Dank gebührt der TK für die Förderung dieser Aktion. Auch weiterhin werde ich versuchen, das Thema Organspende bei verschiedenen Sportveranstaltungen zu etablieren.

Fotos: Heinz Suhling

„Eine Geschichte bleibt länger hängen als Zahlen“

Transplantierte erzählen ihre Geschichte –
Buchvorstellung an der Elli-Heuss-Knapp-Realschule Ludwigsburg

Josef Theiss

„Eine Geschichte bleibt länger hängen als Zahlen“, so überschrieb die Bietigheimer Zeitung ihren Bericht über eine Buchvorstellung mit ganz besonderem Hintergrund: Schüler der Klasse 9a 17/18 der Elli-Heuss-Knapp-Realschule in Ludwigsburg hatten sich 2017 im Rahmen des Unterrichts mit dem Thema Organspende auseinandergesetzt. Gemeinschaftskunde-Klassenlehrer Michael Burkhardt, Frau Dr. Uschi Traub vom Gesundheitsamt und Josef Theiss von Lebertransplantierte Deutschland e.V. hatten diesen vorbereitet und in zwei Unterrichtsstunden das vielschichtige Thema zunächst theoretisch vermittelt. Damit es aber lebendig und real wird, stellten sich acht Organempfänger eines Herzens, einer Niere oder einer Leber den Schülern eine Woche später für ein Interview mit je mehreren Schülern zur Verfügung. Darüber und über ihre Eindrücke sollten die Schüler einen Beitrag für ein geplantes Büchlein verfassen, dieses konnte nun im Juli 2018 vorgestellt werden.

„Ich bin stolz auf das Engagement der Schüler“, sagte Schulleiterin Heidrun Gross bei der Präsentation der „Aufklä-



rungshefte“, wie die Zeitung das Buch mit dem Titel „Ein geschenktes neues Leben – Organtransplantierte berichten in der Schule“ bezeichnete. In ihren Beiträgen lassen die Schüler und Schülerinnen ihre Betroffenheit über die Einzelschicksale, die lange Krankheit der Betroffenen und die oft quälend lange unsichere Wartezeit auf ein ihr Leben rettendes Organ erkennen. Gerade durch diese Geschichten aus dem Leben wurde das im Unterricht vermittelte Wissen über die Organspende und den Sinn der eigenen Entscheidung hautnah und „an die Nieren gehend“. Das 40-seitige Büchlein enthält als Anhang wichtige Kontaktadressen und Links zum Thema Organspende und Transplantation.

Dieses beispielhafte Engagement wurde denn auch gebührend durch ein Grußwort des baden-württembergischen Gesundheits- und Integrationsministers Manfred Lucha sowie durch Landrat Dr. Rainer Haas gewürdigt. Er dankte im Namen auch der vielen Patienten, die dringend auf ein Spenderorgan angewiesen sind. Der Landrat fügt hinzu: „Von eurem Engagement in diesem Projekt bin ich sehr beeindruckt.“ Lehrer Michael Burkhardt schreibt: „Sie haben Menschen voller Mut, Kraft und Hoffnung kennengelernt, die einen tiefen Eindruck auf sie gemacht haben.“ Das Büchlein unterstützt besonders Schulen, die keine Begegnung mit Betroffenen organisieren können.

Foto: Josef Theiss

Organspender werden – ja oder nein?

Informationstag zur Organspende an der Hochschule Ravensburg-Weingarten



Organspender werden, das ist eine Entscheidung fürs Leben. „Vielen Menschen fällt es schwer, eine Entscheidung für oder gegen die Organspende zu treffen, weil sie nicht ausreichend informiert sind“, so die vier Studierenden Lisa Feser, Severin Härle, Lena Nägele und Carina Walser. Sie studieren im sechsten Semester „Gesundheitsökonomie“ an der Hochschule Ravensburg-Weingarten und haben im Rahmen der Vorlesung Projektmanagement einen Informationstag zum Thema Organspende organisiert. Unterstützt wurde die Aktion der Studierenden vom gemeinnützigen Verein Junge Helden e.V., der junge Menschen über das Thema Organspende aufklärt.

Außerdem war es den Studierenden gelungen, zwei Referenten für die Informationsveranstaltung zu gewinnen. So schilderte Christoph Beyer, Transplantationsbeauftragter der Oberschwabenklinik Ravensburg, in seinem Gastvortrag, wie eine Organspende abläuft und welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit ein Organ transplantiert werden kann. „Sobald der Hirntod eines Patienten festgestellt wird, benachrichtigen die Ärzte die DSO, die Deutsche Stiftung Organtransplantation, die dann die Untersuchungen des Spenders auf mögliche Erkrankungen oder Infektionen veranlasst“, so der Referent. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden an Eurotransplant geschickt, die zentrale Vermittlungsstelle für Organe von hirntoten Spendern. „Das Alter eines Spenders spielt bei der Organspende keine Rolle, solange die Funktion der Organe erhalten ist“, erklärt Beyer.

Lebertransplantiertes Patient berichtet über seine Erfahrungen

Alfred Schmidt ist 65 Jahre alt und seit zehn Jahren Lebertransplantiertes. Er berichtete den interessierten Zuhörerinnen und Zuhörern, wie es ihm seit der Transplantation geht. „Heute geht es mir gut. Ich bin zwei Jahre nach der Transplantation 220 Kilometer beim Bodensee-Marathon mit dem Fahrrad gefahren“, so Schmidt. „Ich bin meinem Spender sehr dankbar, denn sonst könnte ich heute nicht hier sein.“

In der anschließenden Podiumsdiskussion nahmen zusätzlich Dr. Michael Föll, Leiter des Gesundheitsamtes Ravensburg, und Professor Dr. Axel Olaf



Unser Mitglied Alfred Schmidt (2.v.r.) im Kreis der Organisatoren

Kern, Studiendekan des Studiengangs „Management im Sozial- und Gesundheitswesen“ auf der Bühne Platz. Diskutiert wurde in dieser Runde unter anderem die Einführung der Widerspruchsregelung in Deutschland. „Der Widerspruch zwischen der großen Bereitschaft zur Organspende in Umfragen und den tatsächlichen Zahlen in Deutschland erklärt sich dadurch, dass Deutschland eines der wenigen europäischen Länder ist, das eine klare Zustimmungslösung fordert. Viele andere Länder haben verschiedene Formen der Widerspruchslösung und dadurch auch höhere Zahlen“, so Dr. Föll. Bei der Widerspruchsregelung wird davon ausgegangen, dass der Betroffene einer Organspende zustimmt, solange er nicht explizit widerspricht. Auch Dr. Beyer sprach sich für eine Widerspruchslösung in Deutschland aus, „bis die Bevölkerung so weit ist und die Organspende zur Normalität gehört“.

Studierende organisieren selbstständig die Veranstaltung

„Nach dem Prinzip des Clubguts kann man argumentieren, dass Personen nur davon profitieren können, wenn sie selbst bereit sind, auch etwas beizutragen“, so Professor Dr. Kern, seit zwei Jahren Ethikbeauftragter an der Hochschule Ravensburg-Weingarten. Somit könne nur jemand Transplantationsempfänger werden, der auch bereit sei, Organspender zu sein und man könne erreichen, dass

sich jeder mit dem Thema auseinandersetzt. Zum Ende der Diskussionsrunde gibt Dr. Beyer den Besucherinnen und Besuchern mit auf den Weg: „Es ist nicht nur wichtig, dass Sie Ihre Entscheidung auf dem Organspendeausweis festhalten, sondern auch, dass Sie Ihre Entscheidung Ihren Angehörigen mitteilen.“

Am Informationsstand der Studierenden im Foyer des Hauptgebäudes der Hochschule gab es Organspendeausweise zum Ausfüllen und zahlreiche Infobroschüren des Vereins Junge Helden e.V. wurden an Studierende, Lehrende und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hochschule verteilt. Für die Studierenden war die Veranstaltung, die sie von der Referentenanfrage über die Spendeneinwerbung bis hin zur Öffentlichkeitsarbeit und Moderation der Podiumsdiskussion selbst organisiert hatten, ein voller Erfolg. Und auch Professor Dr. Jan-Marc Hodek, Studiendekan des Studiengangs „Gesundheitsökonomie“, freut sich gemeinsam mit der Projektgruppe: „Organspendeausweise wurden kräftig ausgefüllt, Spenden eingeworben und vor allem: Das Publikum wurde zu diesem wichtigen Thema informiert.“

Quelle: PM v. 19.6.2018

Netzwerk Organspende beim NRW-Tag 2018

Ulrike Montini

Am 1.9.2018 machte der Selbsthilfetruck auf seiner Tour Stopp in Essen. Das Netzwerk Organspende nutzte den Truck, um für Organspende zu werben und aufzuklären.

Zu Gast beim bunten Bühnenprogramm waren NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, der Präsident der Ärztekammer Rudolf Henke, die Geschäftsführende Ärztin der DSO in NRW Dr. Ulrike Wirges sowie die Beauftragte des Landes NRW für Menschen mit Behinderung und für Patienten Claudia Midendorf und der Geschäftsführende Arzt des DRK-Blutspendendienstes Dr. Thomas Zeller. Durch das Programm führte Moderator Hartmut Glittenberg vom WDR.



Zusammen mit Betroffenen und Vertretern der Selbsthilfeverbände wurde in Interviews mit Claudia Krogul (BDO), Mario Rosa Bian (Niere NRW), Marcus Nagel (BDO) und Ulrike Montini (LD e.V., Ansprechpartnerin Köln) über die Transplantationsmedizin und das Leiden auf den Wartelisten hingewiesen und von eigenen Erfahrungen berichtet. Der Focus muss auch weiterhin darauf liegen, die Zahl der Organspenden zu erhöhen, darin waren sich alle einig. Moni Kühlen (LD e.V.), Ansprechpartnerin in Essen, nutzte die Veranstaltung, um viele Organspendeausweise auszuteilen.

Unterstrichen wurde das bunte Bühnenprogramm durch den Pantomimen Malitsch und den Jazz Steigern. Auch die Kleinen kamen in einer eigens für sie eingerichteten Bastecke mit Kinderbetreuung nicht zu kurz.

Foto: privat

Theater für Organspende – Organspende im Theater: „Die Spenderniere“

Aufführung der Katholischen und der Evangelischen Kirche in Bietigheim-Bissingen

Josef Theiss

Mal auf ganz andere Art und Weise auf das schwierige Thema Organspende hinweisen, das ist das Konzept des Galli-Theaters aus Wiesbaden. Mit dem Stück „Die Spenderniere“ fesselt es sein Publikum zu einem sensiblen Stoff, indem es in überspitzten Szenen das Warten eines Nierenkranken auf eine Spenderniere dramatisch darstellt. Dabei gar nicht todernt, sondern auch musikalisch und tänzerisch aufgelockert. Dieses Theater hatten die Katholische und die Evangelische Kirche von Bietigheim-Bissingen in die Stadt geholt, am 11. Juni 2018 trat das junge Ensemble im gut besuchten Gemeindehaus St. Johannes in Bietigheim-Buch auf. Der Aufführung schloss sich eine sehr angeregte Diskussion an, umso mehr, als sechs Organempfänger anwesend waren, einer von ihnen hatte nur kurz davor seine „neue Leber“ erhalten. Der Termin passte gut zum zentralen „Tag der Organspende“, der am 2. Juni in Saarbrücken stattgefunden hatte.

Das Galli-Theater, das von der Bundeszentrale für Gesundheit unterstützt wird, nutzt die Bühne, um Wissen anschaulich zu vermitteln. Im Theaterstück „Die Spenderniere“ von Johannes Galli werden in eindringlichen Szenen die Geschehnisse bei einer Nierentransplan-



tation geschildert. Gespräche beim Arzt und der Narkose-Traum, in dem Funktion und Zerfall der Niere tänzerisch dargestellt werden, sind einige Höhepunkte in diesem Stück, das im wahrsten Sinne des Wortes „unter die Haut“ geht. Wissenschaftlich wird es vom Nephrologen Prof. Dr. Frank Strutz begleitet. Es soll dazu einladen, sich kritisch mit der Frage auseinanderzusetzen, ob man selbst seine Organe spenden möchte.

Die Leiterin der Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung, Frau Dr. med. Uschi Traub, und zwei Mitarbeiterinnen sowie Josef Theiss von Lebertransplantierte Deutschland e.V. hatten dazu einen Infostand vorbereitet und standen für Fragen zur Verfügung. Sie berieten die interessierten Besucher über Fragen zum Organspendeausweis. In der sehr lebhaften Diskussion zeigte sich eine überwiegend positive Einstellung zu der Entscheidung zur Organspende, aber manche tun sich doch schwer, z.B. mit den Fragen des sog. Hirntods und ob der

Mensch danach wirklich tot sei. Auch mit den anwesenden und z.T. langjährigen Empfängern einer Niere, einer Leber oder eines Herzens wurde das Gespräch gesucht, sie sind die besten Zeugen für den Sinn und Erfolg der sehr erfolgreichen Transplantationsmedizin, die jedoch ohne Organspende nicht möglich wäre. Einer von ihnen ist der Weltmeister im Kugelstoßen bei den World Transplant Games. Die Zahl der Organspender ist im letzten Jahr jedoch erneut gesunken, so dass die Chance, rechtzeitig das lebensrettende Organ zu bekommen, noch schlechter geworden ist.

Initiiert und organisiert hat diese Theateraufführung der AK Erwachsenenbildung in der Seelsorgeeinheit Bietigheim-Bissingen mit ihrem Leiter Christian Turrey, Redakteur beim kirchlichen TV-Sender Alpha&Omega. Der vor 24 Jahren lebertransplantierte Bissinger Josef Theiss und Ansprechpartner im Landkreis Ludwigsburg stand beratend und unterstützend zur Verfügung.

Foto: Josef Theiss

Neue Ansprechpartner

Ardijan Ujupaj

Foto: privat



Mein Name ist Ardijan Ujupaj, ich bin 39 Jahre alt, verheiratet und habe zwei Kinder. Ich wohne in Baltmannsweiler im Landkreis Esslingen/Baden-Württemberg.

2006 erkrankte ich an PSC und wurde 2008 zum ersten Mal transplantiert. 2010 erlitt ich eine Pfortaderthrombose. Durch den Organmangel musste ich aber für meine zweite Transplantation sieben schwere Jahre warten, die im Februar 2018

erfolgreich stattfand.

Heute geht es mir gut, ich kann wieder arbeiten und von einer besseren Lebensqualität profitieren, für die ich meinem Spender unendlich dankbar bin.

Warum ich Ansprechpartner bin: Nach all den Jahren meines Schicksals war es ein bedeutend wichtiger Punkt, als Betroffener einen Ansprechpartner zu haben, der einem weiterhilft. Deshalb möchte ich jetzt selbst anderen zuhören und helfen.

Günter Wanner

Foto: privat



Mein Name ist Günter Wanner, ich bin seit 39 Jahren mit meiner Ehefrau Ute verheiratet und wir haben zwei erwachsene Söhne sowie einen lieben, aufgeweckten vierjährigen Enkelsohn, welcher uns sehr viel Freude bereitet. Seit meiner Geburt vor 64 Jahren wohne ich in Beilstein bei Heilbronn im schönen Schwabenland, wo ich bis zu meiner Lebererkrankung viele Jahre ehrenamtlich kommunalpolitisch, bei der Freiwilligen Feuerwehr sowie im Vereinsgeschehen aktiv war.

Beruflich war ich 47 Jahre als Verwaltungsbeamter im Rathaus meiner Heimatstadt, beim Landratsamt Ludwigsburg und als Bürgeramtsleiter im Heilbronner Stadtteil Frankenbach tätig.

Nach einer Ultraschall-Untersuchung wegen verstärkter Bauchwasseransammlung im Krankenhaus Heilbronn am 17. März 2017 nahm mein bisheriges Leben eine dramatische Wende. Sofort wurde mir dort die Diagnose „Leberzirrhose Child C im Endstadium“ mitgeteilt. Nachdem ich bisher bei gutem und herzhaftem Essen und Genießen von leckeren Weinen nicht nein sagen konnte, musste ich mich von solchen

leiblichen Genüssen verabschieden. Nach mehreren Krankenhausaufenthalten mit ständiger Verschlechterung meines Gesundheitszustandes und der Feststellung, dass mir nur noch eine baldige Lebertransplantation helfen könne, wurde ich am 8. Januar 2018 stationär zu zahlreichen anstrengenden Untersuchungen vor der Aufnahme in die Warteliste für eine Spenderleber in die Uniklinik Tübingen eingewiesen. Danach erfolgte eine akute Verschlechterung meines körperlichen und geistigen Allgemeinbefindens und Besorgnis der Ärzte: „Ihre Leber zerfällt uns in unseren Händen“, weshalb ich am 19. Januar 2018 gelistet wurde. Kurze Zeit später stand auch schon die erste Spenderleber bereit, welche leider nicht zur Transplantation geeignet war, sodass ich schließlich nach einem weiteren „Fehlalarm“ am 14. Februar 2018 in Tübingen erfolgreich transplantiert wurde. Als es mir danach wieder besser ging, habe ich mein neues Leben als Geschenk des Himmels dankbar und mit Demut angenommen, weshalb ich nun mit meinen Erfahrungen und dem Erleben dieses „Wunders“ betroffenen Wartepatienten, transplantierten Patienten sowie deren Angehörigen helfen und diese gerne unterstützen möchte.

Renato Kühne

Foto: privat



Bereits im Mai dieses Jahres konnten wir in einer interessanten und aufgeschlossenen Gesprächsrunde mit Wartepatienten, Transplantierten, Angehörigen und Ärzten des Uniklinikums Magdeburg einen Weg bereiten, wie es uns perspektivisch gelingt, dass wir als Verband Lebertransplantierte Deutschland e.V. noch intensiver auch die Interessen der Magdeburger Patienten mit Lebererkrankungen und nach Lebertransplantationen vertreten.

An dieser Gesprächsrunde nahm auch unsere Vorsitzende, Jutta Riemer, teil. In der Gesprächsrunde und in Einzelgesprächen haben sich Patienten „angeboten“, noch enger mit uns zusammen zu arbeiten. Nun konnten wir nach weiteren persönlichen Gesprächen durch mich als Koordinator die Bereitschaft von Herrn Renato Kühne als Mitglied unseres Verbandes und Ansprechpartner für den Bereich Magdeburg erreichen.

Renato Kühne ist am 3. Januar 1964 in Haldensleben geboren. Renato hat den Beruf eines Kochs gelernt. Seit seiner Hoch-

zeit wohnt Renato mit seiner Frau und vier Töchtern in Zerben im Landkreis Jerichower Land im Bundesland Sachsen-Anhalt.

Im Jahr 2012 stellte sich mit einer Leberzirrhose und späterer Herausbildung eines Leberkarzinoms eine wesentliche Verschlechterung seiner Gesundheit ein. Nach medikamentöser Behandlung wurde er 2014 gelistet und konnte im Mai 2014 transplantiert werden. Nach der erfolgreichen Transplantation ist Renato als „Erwerbsunfähigkeitsrentner“ eingestuft. Mit Leidenschaft hegt und pflegt er sein Quad und ist viel in der Natur unterwegs.

Gewiss brauchen Ansprechpartner eine gewisse „Einarbeitungszeit“. Dieses sollte mit unserer Unterstützung und der fachlichen Begleitung durch die Koordinatorin und die Fachärzte am Uniklinikum Magdeburg gelingen.

Ab sofort können sich alle interessierten, lebererkrankten Patienten oder bereits Lebertransplantierten mit ihren Fragen und Sorgen an Renato wenden. Für das Frühjahr 2019 ist ein erneutes Gesprächsforum am Uniklinikum vorgesehen.

Hans-Jürgen Frost

Elke Aryeequaye

Foto: Jessica Aryee



Ich bin 50 Jahre alt, verheiratet und habe vier Kinder zwischen 13 und 22 Jahren. Ich wurde in Saarbrücken geboren, wohne aber seit 1989 in Wiesbaden. Als gelernte Bürokauffrau arbeite ich im Sekretariatsdienst und in der Sachbearbeitung.

2015 wurde bei mir eine Leberzirrhose fest-

gestellt. Ausgelöst wurde sie durch meine Grunderkrankung, ein Overlap-Syndrom „AIH (Autoimmunhepatitis) und eine PBC (Primär biliäre Zirrhose)“. Im März 2016 wurde ich auf die Warteliste von Eurotransplant gesetzt. Ab dieser Zeit ging es mir immer schlechter. Am 28. August 2016 wurde ich zum ersten Mal transplantiert. Leider arbeitete das Organ nicht und ich kam direkt wieder auf die Warteliste als „High Urgent“. Da meine



Werden Sie Mitglied, denn eine starke Interessenvertretung hat viele Vorteile!

Betroffene helfen Betroffenen – seit nun-

mehr 25 Jahren ist das unser Wahlspruch. Diese Hilfe hat ganz unterschiedliche Gesichter.

Ob Sie sich mit einem unserer über 80 persönlichen Ansprechpartner austauschen, zu Gruppentreffen kommen oder an unseren Seminaren mit Ärzten und Experten teilnehmen möchten oder einfach für sich die Zeitschrift „Lebenslinien“ entdeckt haben

– Sie sind stets herzlich willkommen in unserer Solidargemeinschaft von Lebertransplantierten, Wartelistenpatienten, Angehörigen und Förderern unserer Arbeit.

Mit Ihrer Mitgliedschaft tragen Sie dazu bei, dass Transplantationspatienten eine Stimme bekommen und gegenüber Institutionen und der Politik vertreten werden. Die Aktiven unseres Verbandes arbeiten ausnahmslos ehrenamtlich. 40,- EUR Jahresbeitrag, der gut angelegt ist und steuerlich geltend gemacht werden kann. Wir freuen uns auf Sie als unser neues Mitglied.



www.lebertransplantation.eu



**Lebertransplantierte
Deutschland e.V.**

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
(Betroffene/r Jahresbeitrag € 40,-)

Familienmitgliedschaft
(Betroffene/r + 1 Angehörige/r Jahresbeitrag € 55,-)

Fördermitgliedschaft
(Beitrag/Spende mind. € 40,-)

Vorname

Name

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Tel.-Nr.*

Beruf*

E-Mail*

Förderbeitrag/Spende

Vorname (Angehörige/r für Familienmitgliedschaft)

Name (Angehörige/r für Familienmitgliedschaft)

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Weitere/r Familienangehörige/r (Jahresbeitrag nur € 25,-/Person)

Vorname

Name

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Jugendliche, Schüler, Auszubildende und Studierende (Jahresbeitrag € 20,- / Kinder bis 15 Jahre 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.

Ort, Datum

Unterschrift

bitte Rückseite beachten!

Nieren nach der 1. Transplantation komplett ausfielen, kam ich auch an die Dialyse. Am 30. August 2016 konnte ich retransplantiert werden. Die zweite Transplantation verlief gut, auch die Nieren arbeiteten nach ein paar Tagen wieder. Seit dieser Zeit ging es mir immer besser.

Von ganzem Herzen möchte ich meinen Transplanteuren, meiner Therapeutin, dem Pflegepersonal der Uniklinik Mainz,

meiner Familie, Freunden und ganz besonders meinen Organ Spendern großen Dank aussprechen.

Ich werde zukünftig als Ansprechpartner für Wiesbaden und Mainz tätig sein. Durch mein prägendes Erlebnis und mein Bedürfnis, Menschen zu helfen, freue ich mich schon sehr auf diese Tätigkeit.

Wuppertal: Kontaktgruppentreffen 2018

Birgit Schwenke

Das Kontaktgruppentreffen in der Färberei am 23.6.2018 wurde durch den Besuch von Herrn Dr. Klein, Uniklinik Essen, unterstützt. Herr Dr. Klein ist vielen unserer Mitglieder und Angehörigen aus seiner aktiven Zeit in der Ltx-Ambulanz in Essen bestens bekannt. Bei diesem Treffen hat er erneut unser aller Fragen in einer offenen Gesprächsrunde beantwortet. Jeder konnte seine Fragen und Anliegen offen äußern, die Dr. Klein ruhig und kompetent beantwortet hat. Es kam ein interessanter Austausch untereinander zustande. Alle 23 Anwesenden bedankten sich für den interessanten und informativen Nachmittag. Unser besonderer Dank gilt Herrn Dr. Klein, der extra für

uns einen Samstag-nachmittag opferte. Vielen Dank!

Am 20.10.2018 fand das nächste Gruppentreffen in neuen Räumen im Bildungszentrum des Helios Klinikums Wuppertal statt. Die gewohnten Räume in der Färberei können leider nicht mehr vermietet werden. Alle haben aber die neuen Räumlichkeiten gut gefunden und möchten auch im nächsten Jahr weiter dort bleiben. Bei diesem Treffen stand der Austausch in geselliger Runde bei Kaffee und Kuchen im Fokus. Die 20 anwesenden



Foto: privat

Gruppenmitglieder (Betroffene und Angehörige) fanden sich schnell in kleinen Gruppen und es fand eine rege Gesprächsrunde statt. Der Nachmittag verging schnell.

Datenschutzrechtlicher Hinweis

- Der Verein erfasst, verarbeitet und nutzt Ihre personenbezogenen Daten automatisiert.
- Die Felder Vorname, Name, Geburtsdatum, Straße/Hausnr., PLZ/Ort dienen der Mitgliederverwaltung und erfordern Pflichtangaben.
- Die mit * gekennzeichneten Felder nutzt der Verein zur Erfüllung seiner satzungsgemäßen Aufgaben, vor allem auch zu Ihrer Betreuung. Diese Angaben sind freiwillig.
- Unterbleiben Pflichtangaben, ist eine Aufnahme in den Verein nicht möglich. Unterbleiben freiwillige Angaben, so schränkt dies die Betreuungsleistung des Vereins ein.
- Ihre Pflichtangaben werden unverzüglich nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Ihre freiwilligen Angaben werden zum Jahresende nach Beendigung der Mitgliedschaft gelöscht.
- Sie haben das Recht auf Auskunft über die vom Verein über Sie gespeicherten Daten. Wenden Sie sich bei Bedarf schriftlich an die Vereinsadresse (Maiblumenstr. 12, 74626 Bretzfeld)

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Lebertransplantierte Deutschland e.V. | Gläubiger-Identifikationsnummer: DE53ZZZ00000338030

**SEPA-Lastschriftmandat
Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)**

Ich ermächtige Lebertransplantierte Deutschland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Lebertransplantierte Deutschland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname Name

Straße/Hausnr. PLZ/Ort

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum Unterschrift

Die datenschutzrechtlichen Hinweise zur Beitrittserklärung habe ich gelesen und stimme auch der Erfassung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten in diesem Formular ausdrücklich zu.

Termine 2019

- | | |
|---|---|
| <p>1.2. Jahrestagung DSO-Region Mitte, Mainz</p> <p>25.2. Treffen für Wartelistenpatienten und Angehörige, Heidelberg</p> <p>28.2. Tag der seltenen Erkrankungen in der MH Hannover</p> <p>9.3. Jahrestagung mit Mitgliederversammlung, Mainz</p> <p>5.–12.5. Gesundheitswoche Schlüsselfeld</p> <p>25.5. Regionaltreffen und Update Lebertransplantation gemeinsam mit dem Uniklinikum München-Großhadern</p> <p>30.5.–1.6. Deutsche Meisterschaften für Transplantierte und Dialysepatienten, Murr b. Stuttgart</p> <p>1.6. Tag der Organspende – Zentrale Veranstaltung, Kiel</p> | <p>14.–16.6. Aktivitäten beim Tag der Niedersachsen, Wilhelmshaven</p> <p>19.–23.6. Aktivitäten beim Evangelischen Kirchentag, Dortmund</p> <p>20.7. Arzt-Patienten-Veranstaltung im Universitätsklinikum Heidelberg</p> <p>17.–24.8. Weltmeisterschaften der Transplantierten (WTG), Newcastle/UK</p> <p>6.–8.9. Wochenende der Begegnung Herzberg a. Harz</p> <p>2.–5.10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Stoffwechselerkrankungen (DGVS), Wiesbaden</p> <p>17.–20.10. Jahrestagung der deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG), Hannover</p> <p>8.–10.11. Seminar für Ansprechpartner, Heppenheim</p> |
|---|---|

In dieser Liste finden Sie unsere landes- und bundesweit ausgerichteten sowie herausragende Veranstaltungen. Ebenso solche, die wir gemeinsam mit Kliniken durchführen und Termine unserer Partnervereine, die Sie interessieren könnten. Über weitere, vor allen Dingen örtliche Termine informieren Sie sich bitte unter www.lebertransplantation.de oder bei Ihrem persönlichen Ansprechpartner. * Nähere Informationen zu Sportveranstaltungen finden Sie unter www.transdiaev.de

Impressum

Lebenslinien

Informationen für Patient und Arzt
Ausgabe 1/2019

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)
Gerd Böckmann, Ernst Eberle, Ulrich Kraus,
Dennis Phillips, Dr. Ulrich R. W. Thumm

Erscheinungsweise:

halbjährlich, Auflage 5.000 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 § 20h SGB V gefördert von der GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene.

Beteiligte Krankenkassen und KK-Verbände:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin; AOK-Bundesverband GbR, Berlin; BKK Dachverband e.V., Berlin; IKK e.V., Berlin; Knappschaft, Bochum; Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau – SVLFG, Kassel

2. Zusätzlich erhielten wir Zuschüsse allgemein und zu Projekten von den Krankenkassen:

AOK Baden-Württemberg, AOK Hessen, AOK Niedersachsen, AOK Nordwest, AOK Rheinland-Hamburg, Barmer BW, BKK ARGE NRW, DAK Gesundheit, IKK Classic, KISS Hamburg, KISS Mittelfranken, KISS Oberpfalz, KISS RT Coburg, Techniker Krankenkasse, VdEK LV Hessen, VdEK LV NRW, VdEK LV NS

3. Darüber hinaus erhielten wir Spenden und Unterstützung durch:

Stadt Mannheim, Landkreis Limburg-Weilburg, Kreis Herford AG SH, Landratsamt Ludwigsburg

Anlass-Spenden: Todesfall Käs, Maria Hufnagel (Testament), Geburtstag Riemer, Geburtstag Brockfeld, Todesfall Schramm, Todesfall Dr. Schneider, Geburtstag Bernhardt

Mitglieder und Gönner (Spenden über 100,- EUR):

Achim Bauer, Norbert Haddenhorst, Vera Kirst, Dr. Peter Köhler, Leto-Agentur, Manuel von Nida, Rosa-Maria und Reiner Quaiser, Jutta und Hans-Michael Riemer, Gabriele Schweigler, Prof. Christian Strassburg, Dr. Ulrich Thumm, Sonja Wimmer

Auch allen anderen Spendern danken wir für ihre Unterstützung.



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
	Beisitzer Gerd Böckmann	Potsdamer Str. 4b 59174 Kamen	0 23 07 - 7 94 35	gerd.boeckmann@lebertransplantation.de
	Beisitzer Norbert Haddenhorst	Altensenner Weg 98 32052 Herford	0 52 21 - 76 97 13 0 52 21 - 76 97 14	norbert.haddenhorst@lebertransplantation.de
	Beisitzerin Christina Hülsmann	Brennweg 1 32257 Bünde-Dünne	0 52 23 - 4 89 71	christina.huelsmann@lebertransplantation.de
	Beisitzerin Andrea Sebastian	Lettengasse 4 69493 Hirschberg	0 62 01 - 50 86 13	andrea.sebastian@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
	Beisitzer Kurt Vasconi	Goethestr. 17 64390 Erzhausen	0 61 50 - 75 52	kurt.vasconi@lebertransplantation.de

Beratende Vorstandsmitglieder: Alexander Brick, Ulrich Kraus, Josef Theiss

Den Vorstand unterstützend mit Sonderaufgaben:

Hans-Jürgen Frost, Mariele Höhn, Birgit Ketzner, Peter Mohr, Dennis Phillips, Anne Quickert,
Peter Schlauderer, Ulrich Thumm

Ansprechpartner/Kontaktgruppen für Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige

Sie wünschen Kontakt zu Mitbetroffenen in Ihrer Wohnortnähe. Auf den Seiten 57–59 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	Inge Nußbaum (komm.)	0781-9485712		inge.nussbaum@lebertransplantation.de
Heidelberg	Andrea Sebastian*	06201-508613		andrea.sebastian@lebertransplantation.de
Heidelberg	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*	0151-14422004		peter.hellriegel@lebertransplantation.de
Mannheim	Ferdinand Gessler*	06204-986512		ferdinand.gessler@lebertransplantation.de
Mannheim	Gaby Winter*	0621-97665661		gaby.winter@lebertransplantation.de
Mittelbaden	Inge Nußbaum*	0781-9485712		inge.nussbaum@lebertransplantation.de
Ludwigsburg-Bietigheim	Josef Theiss*	07142-57902	07142-7739333	josef.theiss@lebertransplantation.de
Ostalbkreis	Klaus Gildein	07171-9981653	07171-9981654	klaus.gildein@lebertransplantation.de
Rems-Murr-Kreis	Peter Rode*	07062-2072		peter.rode@lebertransplantation.de
Schwarzwald/Baar/Heuberg	Alfred Schmidt* (komm.)	0751-3525520	0751-3525521	alfred.schmidt@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
Stuttgart/Esslingen	Ardijan Ujupaj*	07153-992648		ardijan.ujupaj@lebertransplantation.de
Tübingen und Umgebung	Walter Wagels*	07572-5987		walter.wagels@lebertransplantation.de
Tübingen u. Umgeb. (Krankenhausbesuche)	Günter Wanner	0173-3615918		guenter.wanner@lebertransplantation.de
Bayern				
Augsburg und Umgebung	Friedrich Meyer* (komm.)	09145-6303		friedrich.meyer@lebertransplantation.de
Ingolstadt und Umgebung	Annemarie u. Johann Abeltshäuser	08441-496605		annemarie.abeltshäuser@lebertransplantation.de
Mittelfranken	Roland Stahl*	09187-410508	09187-410509	roland.stahl@lebertransplantation.de
München und Umgebung	Beatrix Häuslmeier*	08441-492810		beatrix.häuslmeier@lebertransplantation.de
München und Umgebung	Roland Stahl* (komm.)	09187-410508	09187-410509	roland.stahl@lebertransplantation.de
Niederbayern	Gerhard Mühlberger	08503-1252	08503-922121	gerhard.muehlberger@lebertransplantation.de
Oberfranken/Oberpfalz	Peter Schlauderer* (komm.)	09441-1744949		peter.schlauderer@lebertransplantation.de
Oberfranken/Oberpfalz (Coburg)	Stefan Böhm	0151-14070122		stefan.boehm@lebertransplantation.de
Regensburg	Peter Schlauderer*	09441-1744949		peter.schlauderer@lebertransplantation.de
südl. Mittelfranken/nördl. Schwaben	Friedrich Meyer*	09145-6303		friedrich.meyer@lebertransplantation.de
südl. Schwaben	Roland Stahl* (komm.)	09187-410508	09187-410509	roland.stahl@lebertransplantation.de
Südostbayern	Annegret Braun	08082-9496026		annegret.braun@lebertransplantation.de
Unterfranken	Christina Wiedenhofer*	0177-2781056		christina.wiedenhofer@lebertransplantation.de
Berlin/Brandenburg				
Berlin/Brandenburg	Wolfram Maaß	030-83102525		keine Mailadresse
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		horst.schmidtman@lebertransplantation.de
Frankfurt/Main	Kornelia Schäfer*	06081-960173		kornelia.schaefer@lebertransplantation.de
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
Südhessen	Harry Distelmann	06151-318093		harry.distelmann@lebertransplantation.de
Westerwald/Rhein/Lahn	Mariele Höhn*	02602-81255		mariele.höhn@lebertransplantation.de
Westerwald/Rhein/Lahn	Georg Minde	06434-1656		georg.minde@lebertransplantation.de
Wiesbaden	Elke Aryeequaye*	0611-9259710		elke.aryeequaye@lebertransplantation.de

(komm.) = kommissarisch

Ansprechpartner/Kontaktgruppen für Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige

Sie wünschen Kontakt zu Mitbetroffenen in Ihrer Wohnortnähe. Auf den Seiten 57–59 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
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	Gerhard Hasseler*	04489-5900		gerhard.hasseler@lebertransplantation.de
Göttingen	Nicola Meyer	05509-9209157		
Hannover/Braunschweig	Helga Schubert*	05021-6039312		helga.schubert@lebertransplantation.de
Hannover/Braunschweig	Bärbel Bock	051011802		baerbel.bock@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		margret.smit@lebertransplantation.de
Osnabrück	Reinhold Waltermann	05402-4253		reinhold.waltermann@lebertransplantation.de
Ostfriesland	Gerhard Hasseler	04489-5900		gerhard.hasseler@lebertransplantation.de
Nordrhein-Westfalen				
Aachen/Städtereion Aachen	Christina Hülsmann* (komm.)	05223-48971		christina.huelsmann@lebertransplantation.de
Bonn	Günter Schelle*	02223-2990078		guenter.schelle@lebertransplantation.de
Duisburg und Umgebung	Klauspeter Hennes	02065-2556745		klauspeter.hennes@lebertransplantation.de
Düsseldorf	Claudia Meier-Schreiber*	0157-54300387	02195-933980	claudia.meier-schreiber@lebertransplantation.de
Essen	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	Ulrike Montini*	0157-32500918		ulrike.montini@lebertransplantation.de
Mönchengladbach u. Umgebung	Christina Hülsmann* (komm.)	05223-48971		christina.huelsmann@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	Christina Hülsmann* (komm.)	05223-48971		christina.huelsmann@lebertransplantation.de
Ruhrgebiet	Udo Biemann*	02361-16490		udo.biemann@lebertransplantation.de
Wuppertal	Birgit Schwenke*	02195-69231	02195-933980	birgit.schwenke@lebertransplantation.de
Rheinland-Pfalz				
Mainz	Mariele Höhn*	02602-81255		mariele.hoehn@lebertransplantation.de
Mainz	Elke Aryeequaye*	0611-9259710		elke.aryeequaye@lebertransplantation.de
Trier/Eifel/Hunsrück	Dr. Winfried Diehl (f. Trier/Eifel)	06501-14962		winfried.diehl@lebertransplantation.de
Trier/Eifel/Hunsrück	Guido Weber (f. d. Hunsrück)*	06763-960030		guido.weber@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	Gerhard Sauer*	0175-1601233		gerd.sauer@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	Rolf Tietze	034343-54066		rolf.tietze@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 57–59 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	Renato Kühne	01520-8548530		renato.kuehne@lebertransplantation.de
Schleswig-Holstein/Hamburg				
Hamburg	Bernd Hüchtemann*	04103-3826		bernd.huechtemann@lebertransplantation.de
Hamburg	Peter Mohr	04131-53217		peter.mohr@lebertransplantation.de
Kiel	Siegfried Neumann	0431-712002		siegfried.neumann@lebertransplantation.de
Lübeck	Stefan Zastrau	0173-4455917		stefan.zastrau@lebertransplantation.de
Thüringen				
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. Säugl. + Kleinkinder	Petra Dahm	0208-304375-1	0208-304375-3	petra.dahm@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
Grunderkrankungen der Leber	Elke Hammes	0981-14216		elke.hammes@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 (Nieders., HB, HH, S-H, M-V)	Peter Mohr	04131-53217		peter.mohr@lebertransplantation.de
Nord-Ost (Berlin, Brandenburg)	Egbert Trowe (komm.)	05139-9827930	05139-9840533	egbert.trowe@lebertransplantation.de
Süd-Ost (Sachsen, Thüringen, S-A)	Hans-Jürgen Frost	03672-410173		hans-juergen.frost@lebertransplantation.de
Nordrhein-Westfalen	Christina Hülsmann (komm.)		05223-48971	christina.huelsmann@lebertransplantation.de
Mitte (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarl.)	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	Roland Stahl	09187-410508	09187-410509	roland.stahl@lebertransplantation.de
Bayern Ost	Peter Schlauderer	09441-1744949		peter.schlauderer@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
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. 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. Alfred Königsrainer	Universitätsklinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Tübingen
Prof. Dr. med. Ulrich Leuschner	Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Medizinische Klinik II
Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus-Peter Maier	Facharztpraxis Hepatologie in Stuttgart
Prof. Dr. med. Michael P. Manns	Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie
Prof. Dr. med. Gerd Otto (em.)	Universitätsmedizin Mainz, Abteilung für Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Hans J. Schlitt	Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Chirurgie
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. 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. Guido Gerken	Helios-Kliniken Niederberg
Prof. Dr. med. Martin Katschinski	DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus Bremen, Medizinische Klinik I
Prof. Dr. med. Peter Neuhaus	Klinik für Chirurgie, Westend Krankenhaus, Berlin
Prof. Dr. med. Eggert Stockfleth	Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Bochum
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 Lillie	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

Essen Sie gemeinsam und langsam ...

In einer Zeit, in der die Welt eher an Übergewicht als an Hunger leidet, sollte man alles tun, um das Gewicht unter Kontrolle zu halten. Übergewicht bzw. Fettleibigkeit beginnt meist schon im Kindesalter (und sogar im Mutterleib). In vielen Haushalten ist gemeinsames Essen die Ausnahme und der alleinige Gang zum Kühlschrank und zum (ungesunden) Fertiggericht eher schon die Regel. Dabei haben das Max-Planck-Institut für Bildungsforschung und die Uni Mannheim in einer Metastudie (basierend auf 57 Einzelstudien) nachgewiesen, dass am Esstisch der Familie die Weichen für Gewicht (insbesondere bei Kindern) gestellt werden. Häufige Familienmahlzeiten führen zu geringerem Gewicht bei Kindern.¹ Wenn Sie außerdem langsam essen und gut kauen, essen Sie in der Regel weniger als „Turbo Esser“ und halten somit Ihr Gewicht unter Kontrolle²...



... und weniger Zucker ...

Die Nahrungsmittel- und Getränkeindustrie versorgt uns überreichlich mit Zucker. Bei vielen Fertiggerichten wurde zwar der Fettgehalt reduziert, dafür aber mehr Zucker beigemischt. Jeder Deutsche verbraucht knapp 34 kg Zucker im Jahr (in Multivitaminensäften, Ketchup, Eistee, Gummibärchen, Fruchtejoghurt etc.) – ungefähr vier Mal mehr als von der Weltgesundheitsorganisation empfohlen. Auch andere Länder kämpfen mit dem Problem und versuchen u.a. mit Verbrauchsteuern auf stark Zucker-haltige Getränke (besonders „energy drinks“) gegenzusteuern: so das Vereinigte Königreich³ und Mexiko. Verbrauchsteuern werden vom Produzenten erhoben, aber natürlich auf den Verbraucher überwältigt, so dass das Endprodukt teurer wird. In Deutschland wird die Wirksamkeit solcher „Lenkungssteuern“ bestritten; sie werden aber sehr wohl gegen Alkohol- und Tabakkonsum eingesetzt. Auf jeden Fall gibt es eine „negative Preiselastizität“; d.h. je höher der Preis (einschließlich Verbrauchsteuer), desto geringer der Konsum ...



... und trinken mehr grünen Tee ...

Epidemiologische Studien deuten darauf hin, dass der Verbrauch von grünem Tee eine gewisse Schutzwirkung gegen Leberkrebs (Hepatozelluläres Karzinom, HCC) verspricht.⁴ Das HCC ist die sechsthäufigste Form von Krebs und erfordert meist eine Lebertransplantation. Zusammen mit anderen Lebensgewohnheiten-bedingten Einflussfaktoren könnte also grüner Tee die Häufigkeit von HCC eindämmen und somit knappe Spenderorgane für andere lebensbedrohliche Lebererkrankungen bereitstellen ...



... und trainieren Sie Ihre Muskeln ...

Muskeltraining, auch im Alter, schützt vor Gebrechlichkeit und Osteoporose (Begleiterscheinungen insbesondere auch bei Transplantationspatienten). Günstig ist auf jeden Fall der Umgang mit Gewichten und Theraband.⁵ Sie erreichen jedoch auch einiges bei viel und regelmäßiger Bewegung in Form von „walking“⁶...

... und belohnen Sie sich dann mit etwas Schokolade ...

Schokolade erhöht nachweislich die Neurotransmitter Serotonin und Dopamin im Gehirn, die mit Wohlfühlen und Vergnügen assoziiert sind. Das Geheimnis ist natürlich – wie meist – Mäßigung. Zu gieriger Verbrauch wäre mit zu viel schädlichem Fett verbunden. Außerdem sollten Sie beachten, dass dunkle Schokolade (mit hohem Kakaogehalt) besser ist als Milkschokolade (oder gar weiße Schokolade, die keinen Kakao enthält)⁷...

... und lachen Sie viel.

Schon Cicero sagte, wer den Tag mit einem Lachen beginnt, hat ihn bereits gewonnen. Nutzen Sie also jede Gelegenheit zum Lachen oder Lächeln (statt über Krankheit zu klagen); es gibt mehr dieser Gelegenheiten, als man denkt.

Ulrich R. W. Thumm

- 1) Schrot und Korn 05/2018.
- 2) ReformhausKurier, Juni 2018.
- 3) ReformhausKurier, Juni 2018; Frankfurter Allgemeine Zeitung, 13/3/2018.
- 4) Hepatology, vol. 67, issue 1, Jan. 2018.
- 5) „Mehr Muckis, bitte“, Gesundheits-Nachrichten, Juli/August 2018.
- 6) „Keys to Aging Well“, Dr. Andrew Weil's Self Healing, Febr. 2017.
- 7) „Sweet on Chocolate“, ebenda.



Patienten-Ratgeber für Patienten mit Leber- und Gallenwegserkrankungen

Autoimmunhepatitis
(28 Seiten)
Bu 83

Wegweiser für
den Leberkranken
mit Richtlinien
zur Ernährung

Ernährung und
Ernährungstherapie
bei Leberzirrhose und
anderen chronischen
Leberkrankheiten
(71 Seiten)
F 80

Was Sie über
Gallenstein-
behandlung
wissen sollten
(29 Seiten)
U 85



Bu 83



F 80



U 83



U 85



Z 80 SW

Patiententagebuch
Leber- und Gallenwegs-
erkrankungen

Ratgeber
für Patienten
mit chronischen
Leber- und Gallenwegs-
erkrankungen
(80 Seiten)
U 83

Zink –
Ein lebenswichtiges
Spurenelement
(31 Seiten)
Z 80 SW

Die Broschüren
können kostenlos
angefordert werden
bei

Bitte ankreuzen und faxen oder per Post bestellen!



Bu 83



F 80



U 83



U 85



Z 80 SW

Adresse (bitte deutlich schreiben)

Name

Straße

PLZ, Ort

**Kostenlos
für Sie zum
Anfordern!**

FALK FOUNDATION e.V.



Leinenweberstr. 5
79108 Freiburg
Germany

www.falkfoundation.de