

LEBENS LINIEN



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

2/2016



Editorial	1
Wir trauern um Jutta Vierneusel	2
Organspende und -vergabe: Vertrauensfragen im Angesicht des Mangels	3

Transplantationsmedizin

„Leberrichtlinie“ geändert	5
Grenzindikatoren für Listung, Ent-Listung bzw. Ausschluss von Listung und ihre ethische und juristische Dimension	6
HCV ins Bild rücken	6
Erste Erfahrungen mit der neuen „Hirntodrichtlinie“: Was ist gut? Wo gibt es Probleme?	7
Tumoren nach Ltx – Risiken und Vorsorge	8
Operative Eingriffe nach Lebertransplantation	10
Hernienreparation nach Lebertransplantation	12
Buchbesprechung: Harro Albrecht Schmerz – Eine Befreiungsgeschichte	13
Lebertransplantation und Depression Ursachen – Verlauf – Perspektive	14
Nach der Ltx: Wenn (dann doch) die Psyche wackelt – Gefangen im Gesundungsprozess	16

Aus Wissenschaft und Forschung

HCV-Infektion: Langzeitperspektive · Leberdialyse · Fettleber	18
PSC/PBC · Verursachung von und Umgang mit HCC	19
Organallokation	20
Ergebnis der Ltx · Langzeitergebnis pädiatrischer Ltx · Lebendspende	21

Hepatologie

Die Leber freut sich über Bewegung und gesunde Ernährung	22
Stress in der Leber mit Folgen	22
122. Internistenkongress der DGIM in Mannheim	23
Prävalenz von Virushepatitis B und C bei Flüchtlingen	23
10 Jahre erfolgreiche Arbeit für die Lebergesundheit	24
Warum nicht jeder Alkoholiker eine Leberzirrhose entwickelt	25
Umgang mit Hepatitis-C-Virus-Infektion (HCV-Infektion) ...	25

Aus den Zentren

Uni-Klinikum Leipzig: Lebertransplantation heute Im Lichte des 16. Deutschen Lebertages	26
Homburg/Saar: Das Transplantationszentrum im Fokus	27
Regensburg: Arzt-Patienten-Seminar 2015	27
Als wär's ein Stück von mir Patiententag im Uni-Klinikum Tübingen (UKT)	28
Großhadern: Patientenveranstaltung und Regionaltreffen ...	29
Schwäbisch Hall: Arzt-Patienten-Forum Leber- und Nierenerkrankungen – Wann wird es ernst? ..	30
Freiburg: Arzt-Patienten-Seminar	31
Buchbesprechung: Regina Nagel – „Lea Löwenherz“	31

Transplantationsgesetz · Organspende

Herzessache Organspende – Entscheide Dich Tag der Organspende am 4.6.2016 in München	32
Gesetzentwurf zur Errichtung eines Transplantationsregisters	33
DSO veröffentlicht Verfahrensanweisungen	33
DSO Zahlen für 2015: Organspender stabil auf niedrigem Niveau	34
Eurotransplant Wintermeeting 2016 – Höhepunkte und Zusammenfassungen	35
Hinweis: 4. Deutscher Patiententag Lebertransplantation ..	36
Pressespiegel	37
Organspendeausweise	37
Buchbesprechung: Pater Klaus Schäfer SAC JA – Mein Bekenntnis zur Organspende	38
Auftaktveranstaltung Bündnis Organspende Bayern	39
Transplantationspreis für Mediziner aus Heidelberg	40

Gesundheit

Galle – Gallenblase – Gallengangssystem	41
Der Besuch bei meinem Arzt – Gut behandelt und ohne Frust wieder nach Hause!	42
Heilt eigener Speichel?	43
Sie fragen – Wir antworten	44

Recht · Soziales

116 117 – Kennen Sie diese Telefonnummer?	45
In vier Wochen beim Facharzt – Terminvergabe über die Terminservicestellen (TSS)	45

Geist · Körper · Seele

Geschichte zur Nächstenliebe	46
Haben Sie schon Ihren Brief an die Spenderfamilie geschrieben?	46
Besuch auf „meiner“ Intensivstation	46
Gedenken	47

Ernährung

Grillen, aber richtig.	48
-----------------------------	----

Vereinsgeschehen

1. Bundesweites Treffen für Angehörige von Organspendern	50
Jahrestagung mit Mitgliederversammlung – erstmalig in Leipzig	51
Dresden und Umgebung: Vereinsveranstaltung am 14.11.2015: Was war, was ist, was wird?	52
Kontaktgruppentreffen in Wuppertal: Schwerbehinderung und Reha vor und nach Ltx	52
Kontaktgruppentreffen in Mönchengladbach und Aachen: Selbsthilfe, die ankommt	52
Leserbrief	53
Neue Ansprechpartner	53

Vermischtes

Adresse Verein – Vorstand	54
Dank an Sponsoren – Impressum – Beitrittserklärung	55
Termine – Beitrittserklärung	56
Ansprechpartner/Kontaktgruppen – Koordinatoren	57
Fachbeiräte	60
Medizin mit dem gesunden Menschenverstand	U3



Hamburger Speicherstadt

Aquarell

Karin Dreyer, www.galerie-meerkunst.de

Wir danken der Künstlerin für die

Möglichkeit des kostenlosen Abdrucks.



Liebe Leserinnen und Leser,

Ende Dezember 2015 waren in Deutschland 2.180 Patienten aktiv für eine Lebertransplantation gelistet. Demgegenüber standen 701 im Jahr 2015 durchgeführte Lebertransplantationen (ohne die Leberteil-Lebendspenden). Von der Situation, zeitnah alle Wartelistenpatienten zum optimalen Zeitpunkt mit einem Spenderorgan versorgen zu können, sind wir also weit entfernt.

Seit 2012 erstellt die Bundesregierung gemäß Bundestagsbeschluss einen jährlichen Bericht über die Transplantationsmedizin in Deutschland. Auch dort wird auf diese Situation verwiesen. Im internationalen Vergleich ist Deutschland inzwischen Schlusslicht mit 10,7 Organspendern pro Million Einwohnern. An der Bereitschaft der Bevölkerung kann das wohl kaum liegen, wenn man die steigende Anzahl der Besitzer eines Organspendeausweises von 22% in 2012 auf 35% in 2014 betrachtet (Umfrage BZgA).

Es gilt also, die Gründe ernst zu nehmen, die im System „hausgemacht“ sind und deren Behebung einerseits zu mehr Organspenden führen, andererseits den kurz-, mittel- und langfristigen Transplantationserfolg verbessern könnte. Zu letzterem seien hier drei Beispiele genannt:

1. Der Transplantationsmediziner

Was in anglo-amerikanischen Ländern längst Standard ist, daran wird derzeit in Deutschland in fast allen Regionen immer noch „gebastelt“: eine standardisierte, curriculäre Ausbildung zum Transplantationsmediziner für Ärzte verschiedener Fachrichtungen, die den speziellen, interdisziplinären Anforderungen für die Behandlung der Transplantationspatienten gerecht wird. Eine solche Spezialisierung würde auch den Stand der Tx-Medizin an den Kliniken stärken, so manche von den oben angesprochenen Problemen für Patienten mildern und ein attraktiveres Berufsbild für den ärztlichen Nachwuchs ergeben. Entsprechende Konzepte wurden erarbeitet und warten nun auf Feinschliff, Genehmigung und Umsetzung. Lediglich aus Sachsen-Anhalt wurde vermeldet, einen solchen Ausbildungsgang nun eingeführt zu haben.

2. Das Transplantationsregister

Die Mitglieder von Lebertransplantierte Deutschland forderten schon in ihrer Mitgliederversammlung 2009, ein solches Register einzurichten. Dieses soll Aufschluss geben über den Zusammenhang der Kombination verschiedener Empfänger- und Spenderdaten mit dem entsprechenden Langzeittransplantationserfolg und so eine Optimierung der Allokationsregeln für die Organe ermöglichen. Mit dem Register sollen Transparenz und Qualität erhöht sowie der Zugang für die Forschung ermöglicht werden. Ein Kabinettsbeschluss für den Gesetzentwurf zur Errichtung eines Transplantationsregisters liegt nun seit Anfang Januar 2016 vor. Zu diesem Gesetzentwurf hatte LD e.V. im Vorfeld ausführlich Stellung genommen. Eine wichtige Forderung unsererseits war es z.B., dass auch retrospektiv Daten zusammengeführt werden sollen, um rasche Ergebnisse für eine zeitnahe Umsetzung zu erhalten, damit verwertbare Ergebnisse, die den Patienten dienen, vor Ablauf der nächsten 15 Jahre vorliegen!

3. Die Nachsorge

Um langfristigen Transplantationserfolg zu sichern, bedarf es der Optimierung der Nachsorge in Deutschland. Es gibt bis heute keine Leitlinien oder zwischen den Tx-Zentren abgesprochene Vorgehensweise bezüglich der Nachsorge und der notwendigen engen Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen innerhalb und außerhalb des Transplantationszentrums. Diese Zusammenarbeit und Betreuung funktioniert in vielen Zentren sehr gut, in manchen weniger, auf jeden Fall bestehen überall unterschiedliche, teils defizitäre Konzepte. Das Management der immunsuppressiven Therapie bei unterschiedlichen Grunderkrankungen und neu hinzukommender Probleme und Begleitmedikation ist nichts für Anfänger und Unerfahrene. Das sollte sich in der Kontinuität der Behandler (fördert die Adhärenz!!) und ganzheitlicher Betrachtung der Patienten ebenso zeigen wie in der finanziellen Ausstattung des ambulanten Bereichs. Die Betreuung der Transplantierten sollte im vom Zentrum empfohlenen Rhythmus auch dort erfolgen und von dort im Blick gehalten werden. Es darf nicht mehr sein, dass für an sich schon belastete Patienten der Kampf um Medikamente, Übernahme von Fahrtkosten*, Reha-Zusage, lange Wartezeiten auf psychologische Betreuung etc. dazukommt. Auf ein einheitliches, schlüssiges Gesamtnachsorgekonzept auch mit einheitlichen Aussagen für das Leben nach einer Transplantation hoffen Patienten durch die zügige Erstellung von Richtlinien für die Transplantationsmedizin inklusive des Bereichs Nachsorge.

Wir müssen bei drastischem Organmangel alles dafür tun, um die Rahmenbedingungen und Adhärenz für die Sicherung des Transplantationserfolges zu optimieren und so das Organüberleben zu verlängern, um Retransplantationen zu vermeiden. Es gibt immer noch viel zu tun – für die Politik, die Fachgesellschaften und natürlich immer auch für die Patienten selbst.

In diesem Sinne: Passen auch Sie auf sich und Ihr Organ gut auf.

Mit besten Wünschen für alle Leser

Ihre Jutta Riemer

** Fahrten werden übernommen zur Strahlentherapie, zur Chemotherapie und zur ambulanten Dialysebehandlung. Ausnahmefälle: Schwerbehinderte bekommen die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung erstattet, wenn sie einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) besitzen oder die Pflegestufe 2 oder 3 nachweisen können. Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist die zwingende medizinische Notwendigkeit der Fahrt und die Genehmigung der Krankenkasse. Auch wenn Sie keinen Schwerbehindertenausweis mit den relevanten Merkzeichen haben, kann Ihre Krankenkasse bei Vorliegen einer vergleichbar schweren Beeinträchtigung der Mobilität Fahrten zur ambulanten Behandlung genehmigen.*

Quellen:

- Deutsche Stiftung Organtransplantation (www.dso.de), Stiftung Eurotransplant: www.eurotransplant.nl
- Zweiter Bericht der Bundesregierung über den Fortgang der eingeleiteten Reformprozesse, mögliche Missstände und sonstige aktuelle Entwicklungen in der Transplantationsmedizin v. 16.1.2016 (www.bmg.bund.de)
- Bericht der Deutschen Transplantationsgesellschaft e.V. (DTG) zur Lage der Transplantationsmedizin in Deutschland im Jahr 2015 v. 8.10.2015 (www.d-t-g-online.de)
- Tätigkeitsberichte der Transplantationszentren und Qualitätsberichte (www.dso.de > Servicenter > Krankenhäuser > Transplantationszentren)

Wir trauern um Jutta Vierneusel



Jutta Vierneusel verstarb am 30. Januar 2016 für alle sehr plötzlich. Lebertransplantierte Deutschland e.V. verliert mit ihr die Gründerin und Ehrenvorsitzende des Vereins und auch für viele eine kluge Ratgeberin und Freundin.

Jutta hatte rund um ihre beiden Transplantationen eine schwierige Zeit mit Höhen und Tiefen durchzustehen. Ihre Kinder waren noch jung und sie war lange Phasen im Krankenhaus in Hannover gewesen. Die Bewältigung schwerer Krankheit und der Transplantationen war nicht nur ein einschneidendes Ereignis für den Körper, sondern auch für die Seele. Aus ihrem Erleben heraus wurde Jutta Vierneusel klar, dass ein wichtiger Teil der Betreuung nach Lebertransplantation in Deutschland fehlte und sie entwickelte die Idee und Konzeption für eine Selbsthilfegruppe speziell für Lebertransplantierte und Angehörige – zunächst rund um Heidelberg.

Sie nahm damals Kontakt zu Ärzten und Pflégern der Uniklinik Heidelberg auf und stellte dort sich und ihr Vorhaben vor. Sie konnte den Transplantationschirurgen Prof. Dr. Gerd Otto von der Idee überzeugen und auch weitere „Heidelberger“, wie z.B. Erich Frey und Dieter Eipl, unterstützten Jutta Vierneusel in ihrem Vorhaben und ihren Aktivitäten.

„Was du in anderen entzünden willst, muss in dir selbst brennen!“ Diese Weisheit des Aurelius Augustus lebte Jutta intensiv in ihrem Vorhaben und dessen Umsetzung in den folgenden Jahren: Sie hat es geschafft, weitere Mitstreiter für die Idee zu begeistern. So wurde 1993 die Selbsthilfegruppe Lebertransplantierte Heidelberg e.V. gegründet, der sie in den folgenden 10 Jahren als Vorsitzende vorstehen sollte. Die Arbeit des jungen Vereins stieß auch in anderen Regionen und Bundesländern auf Interesse. 1996 hatte der Verein schon 160 Mitglieder, 2015 sind es fast 10 Mal so viele. So verfolgte Jutta gemeinsam mit dem Vorstandsteam zielstrebig die Vision, Informationen und Hilfen bundesweit, netzwerkartig anzubieten und die hierfür notwendigen Strukturen aufzubauen.

Die mittlerweile in vielen Lebertransplantationszentren selbstverständlichen Angebote wie Arzt-Patienten-Seminare und Wartepatiententreffen wurden seinerzeit von ihr – zunächst in Heidelberg, dann in weiteren Zentren – initiiert und mitgestaltet. Auch das politische Engagement für die Patienteninteressen und das Engagement für die Organspende waren Jutta besonders wichtig.

Für diese zielstrebige, kontinuierliche Aufbauarbeit und das herausragende, mehr als 10-jährige ehrenamtliche Engagement für Transplantierte, Wartepatienten und deren Angehörige wurde Jutta Vierneusel am 3.10.2004 von Bundespräsident Horst Köhler das Bundesverdienstkreuz am Bande verliehen. Es hätte keine Würdigere treffen können. Jutta ging damit stets uneitel um und verwies auf die unabdingbar notwendige Gemeinschaftsarbeit im Verein.

Nach zehn Jahren Ehrenamt zog sich Jutta aus der Arbeit zurück, auch dies uneigennützig, denn sie wurde in ihrer Familie gebraucht – und die ging ihr absolut vor. Auch dieser Entschluss zeigte, dass sie ihre Prioritäten richtig zu setzen verstand. Auch nach ihrem Rückzug aus der Selbsthilfearbeit hat sie unsere Arbeit dennoch punktuell unterstützt und wir durften sie auch immer wieder bei Veranstaltungen begrüßen. Sie war mit dem Verein eng verbunden.

Jutta Vierneusel hat sich auch mit Vehemenz für die Förderung der Organspende eingesetzt. Ich hoffe, dass es uns allen ein Trost sein kann, dass sie durch zwei Organspenden 27 Lebensjahre geschenkt bekam.

Wir werden Jutta als zugewandten, geradlinigen und dynamischen Menschen nicht vergessen. Sie wird in unseren Gedanken bei der Verbandsarbeit bei uns sein – und uns trotzdem stets fehlen. Unsere Gedanken sind ebenso bei Jutta Vierneusels Familie. Ihr wünschen wir Trost und Kraft.

Danke, liebe Jutta, dass wir dich erleben durften, danke für deine Ideen und Visionen, deine Zielstrebigkeit und Taten.

Jutta Riemer

Organspende und -vergabe: Vertrauensfragen im Angesicht des Mangels

Fotos: privat



△ **Dipl.-Sozialwirt Michael Lauerer**

▷ **Gesundheitsökonomin, M.Sc. Katharina Kaiser**

▷▷ **Universitätsprofessor Dr. med. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel**

Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth

Segensreiche Erfolge der modernen Transplantationsmedizin geben Schwerstkranken und ihren Angehörigen Hoffnung. Die Transplantationsmedizin ist eine Retterin in lebensbedrohlichen Situationen und eröffnet Transplantierten Lebensperspektiven. Aufgrund der Lücke zwischen dem Bedarf an Spenderorganen und der geringeren Anzahl verfügbarer Organe kann jedoch nicht jeder Patient diese segensreiche Hilfe erfahren. 2014 starben 892 Menschen auf deutschen Wartelisten.¹ Vor dem Hintergrund des Mangels stellen sich Fragen, die nicht nur Experten, Betroffene und deren Angehörige adressieren. Vielmehr sind sie auch als drängende Anfragen an unsere Gesellschaft zu verstehen: **Wie können Organe gerecht verteilt werden? Wie können wir dem Mangel entgegenwirken?** Im Ringen um Antworten stellt sich unweigerlich eine dritte, gleichsam verbindende Frage: **Wie kann das Vertrauen in die Transplantationsmedizin gestärkt werden?** Der Stellenwert des Vertrauens wurde uns in jüngerer Vergangenheit auf dramatische Weise vor Augen geführt. Ab Sommer 2012 wurden Vorwürfe öffentlich, dass Ärzte Laborparameter verfälscht haben, um eigene Patienten bei der Vergabe von Organen zu bevorzugen. Eine Repräsentativstudie zeigt, dass 2014 etwa 50% der Deutschen das Vertrauen in das Organspendesystem verloren hatten.² Die schon vor 2012 rückläufige Zahl der Organspender sank bis 2014 weiter und erfuhr 2015 einen nur sehr moderaten Anstieg.³

Organe gerecht verteilen

Für die Zuteilung von postmortal gespendeten Organen gibt das Transplantationsgesetz (TPG) Leitkriterien vor. Organe sind nach **Erfolgsaussicht** und **Dringlichkeit** an geeignete Patienten zu vergeben (§ 12 Abs. 3 S.1). Diese Leitkriterien

sind jeweils für sich sehr gut begründbar. Die Berücksichtigung der Erfolgsaussicht folgt einer utilitaristischen Überlegung, d.h. letztlich der Überzeugung, dass mit den knappen Organen ein möglichst großer Nutzen erzielt werden soll. Eine Verteilung nach Dringlichkeit folgt hingegen der egalitaristischen Absicht, jene Patienten zu bevorzugen, die am schlechtesten gestellt sind. Allerdings kollidieren diese Ziele, da die Erfolgsaussichten einer Transplantation mit steigender Dringlichkeit sinken. Vor diesem Hintergrund zeigt sich die Tragik der Verteilung dergestalt, dass Patienten mit guten Aussichten hintenangestellt werden und das Risiko tragen müssen, dass sich ihr Zustand und die Prognose verschlechtern, wenn besonders dringliche Patienten priorisiert werden sollen. Umgekehrt müssen dringliche Patienten mit hohem Sterberisiko hintenangestellt werden, wenn Patienten mit guten Aussichten auf einen Transplantationserfolg und langfristig gute Transplantatfunktion priorisiert werden sollen. Dieses Spannungsverhältnis ist – solange Organe knapp sind – nicht auflösbar.

Damit kommt der Bundesärztekammer, an die der Gesetzgeber die konkrete Ausgestaltung der Organverteilung delegiert (§ 16 Abs.1 S.1 Nr. 5 TPG), die Aufgabe zu, eine Gewichtung zwischen den Leitkriterien vorzunehmen. Ebendiese Gewichtung fällt in den organspezifischen Richtlinien unterschiedlich aus: So folgt etwa die Vergabe von Spenderlungen (innerhalb verschiedener Patientengruppen) einem Score, der den gewonnenen Nutzen als Funktion der Lebenserwartung mit und ohne Transplantation ausdrückt.⁴ Damit kommt der utilitaristischen Theorie bzw. der Erfolgsaussicht eine zentrale Rolle zu. Bei der Vergabe von Spenderlebern hingegen nimmt der egalitaristische Ansatz bzw. die Dringlichkeit eine entscheidende Position ein. Sie orientiert sich mit dem MELD-

Score an der Wahrscheinlichkeit, innerhalb der nächsten drei Monaten ohne Transplantation zu versterben.⁵ Ein Mittelweg ist bei der Vergabe von Nieren zu erkennen.⁶ Die organabhängige Gewichtung der Leitkriterien ist zum Teil medizinisch begründbar. Das Ausmaß der Unterschiede können medizinische Aspekte jedoch nicht vollständig erklären. Dafür spricht auch, dass etwa Spenderlebern in der Vergangenheit anders verteilt wurden. Mit der stärkeren Fokussierung auf die Dringlichkeit durch Einführung des MELD-Score vor zehn Jahren konnte die Sterblichkeit auf der Warteliste reduziert werden, allerdings verschlechterten sich auch die Erfolgsparameter Sterblichkeit und Morbidität nach Transplantation.^{7,8} Vor diesem Hintergrund gibt es Forderungen, die Erfolgsprognose bei der Vergabe zu berücksichtigen, um die Schwelle akzeptabler Ergebnisse nicht zu unterschreiten.⁸ **Insgesamt wird deutlich, dass es keine Einigkeit darüber gibt, wie Erfolgsaussicht und Dringlichkeit gewichtet werden sollen.** Zum anderen führen faktische Unterschiede bei der Gewichtung, die nicht medizinisch erklärbar sind, zu ungleichen und ggf. ungerechten Verteilungsmustern innerhalb der Transplantationsmedizin.

Vor diesem Hintergrund wird auch deutlich, dass **Verteilungsentscheidungen** in der Transplantationsmedizin immer auch **Werturteile** sind. Die Medizin alleine ist hier überfragt. Neben normativen Disziplinen wie der Philosophie und Rechtswissenschaften sind nach Auffassung der Autoren auch die Bürger zu hören. Dafür sprechen verschiedene Gründe^{9,10}: Als potenzielle Spender und Empfänger sind Bürger von Vergaberegeln betroffen. Zudem kann die Berücksichtigung der Präferenzen von Bürgern die Akzeptanz und ggf. Legitimität von Entscheidungen sowie das Vertrauen in die Transplantationsmedizin stärken. Damit kommt der empirischen Wissenschaft, die für die **Konsultation von Bürgern** eine ganze Reihe an Methoden bereithält, eine wichtige Rolle zu. Eine Pilotstudie am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth deutet etwa darauf hin, dass Bürger, die einen Patienten für ein fiktives Spenderorgan auswählen, Erfolgsaussicht und Dringlichkeit in ausgeglichenem Maße berücksichtigen.¹¹

**Dem Mangel entgegentreten
Segensreicher, als die beste Lösung
für die Vergabe knapper Organe sein**

kann, wäre die Überwindung des Mangels an Spenderorganen. Für den Weg dorthin werden unterschiedliche Strategien vorgeschlagen, die entweder das Angebot an Organen zu erhöhen oder den Bedarf zu verringern intendieren. Diese Strategien müssen zum einen im Hinblick auf ihr **Potenzial** beurteilt werden. Zum andere gilt es, die einzelnen Strategien **ethisch** zu bewerten. Beides wird etwa an der Xenotransplantation bzw. Übertragung ganzer Organe von Tieren auf Menschen deutlich, die zum einen bislang nicht erfolgreich durchführbar und zum anderen hinsichtlich der Gefahren von Infektionen (Zoonosen) zu beurteilen ist. Exemplarisch kann auch ein Reziprozitätsmodell, das die Zuteilung von Organen mit der Spendebereitschaft verknüpft, angeführt werden: Es mag die Zahl potenzieller Spender erhöhen, würde im Falle einer Verweigerung der Transplantation aber ethische Konflikte aufwerfen. Ein Erfolg in der jüngeren Vergangenheit sind Innovationen in der Therapie nach Lebertransplantation aufgrund von Hepatitis C^{12,13}. Durch die Entwicklung neuer Arzneimitteltherapien kann verhindert werden, dass ein Patient ein zweites Organ benötigt.

Für weitere, kurzfristig spürbare Verbesserungen erscheinen Strategien im Bereich der Regulierung und Organisation besonders wichtig. Ein wichtiges Element ist die Einwilligung zur Organspende. **Statt einem Aufruf zur Dokumentation einer Entscheidung über die Spendebereitschaft wie bislang, ist eine restriktivere Lösung angezeigt.** Begründung erfährt diese Strategie in der Erkenntnis aus internationalen Vergleichen, dass restriktivere Regelungen mit höheren Spenderraten einhergehen.¹⁴ Auch wenn eine verpflichtende Äußerung zur eigenen Spendebereitschaft einen Eingriff in das Private darstellt, ist dies vor dem Hintergrund der drastischen Konsequenzen des Organmangels statthaft. Unter Berücksichtigung organisatorischer Aspekte und der Erfahrungen in Österreich ist auch eine Widerspruchslösung, bei der Jeder, der zu Lebzeiten nicht widersprochen hat, Organspender ist, in Betracht zu ziehen. Der Anteil an Organspendern an der Bevölkerung war 2014 in Österreich mehr als doppelt so hoch wie in Deutschland.¹ Weitere Elemente im Ringen gegen die Knappheit betreffen die **Professionalisierung bzw. Verbesserungen der Organisation am Beispiel des spanischen Transplantationsystems.** Kein anderes europäisches Land erzielt eine höhere Rate an Organspendern.¹⁵ Zu den Erfolgsfaktoren gehören etwa die Organización Nacional de Trasplantes als Institution am Gesundheitsministerium, das einen systemati-

schen und organisatorischen Ansatz verfolgt. Die hohe Spenderrate lässt sich zudem auf die in allen Krankenhäusern verfügbaren und speziell geschulten Transplantationskoordinatoren zurückführen, die dafür verantwortlich sind, potenzielle Organspender frühzeitig zu identifizieren.¹⁶



Vertrauen durch Aufklärung

Die Spende eines Organs kann als Ausdruck der **Solidarität** nach dem eigenen Tod verstanden werden. Sie verpflichtet zum vertrauensvollen Umgang mit dem Organ. Da die Spendebereitschaft vom Vertrauen in die Transplantationsmedizin abhängt, sind schwerstkranke Patienten auf dieses Vertrauen gleichsam angewiesen. Regelverstöße haben in diesem Zusammenhang dramatische Konsequenzen. Das zeigten Manipulationen, die 2012 öffentlich wurden und danach zur größten Krise in der Geschichte der Transplantationsmedizin in Deutschland führten. Vor diesem Hintergrund wird auch deutlich, dass es – unabhängig vom Ringen um eine adäquate Auswahl und Gewichtung von inhaltlichen Verteilungskriterien – grundlegende Anforderungen an die Verteilung von knappen Spenderorganen gibt. Dazu gehören Transparenz, eine adäquate Begründung und Überprüfbarkeit. Aber auch die **Aufklärung über die Organspende kann Vertrauen schaffen.** In einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung² zeigte sich, dass lediglich 7% sehr gut und 42% der Befragten gut über das Thema der Organ-/Gewebespende informiert sind. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich bezüglich der subjektiven Informiertheit. Es gilt also, weiter an der Aufklärung der Bürger zu arbeiten – auch weil sich die berechtigte Forderung, dass jeder eine Entscheidung über die eigene Spendebereitschaft trifft, nur auf **informierte Entscheidungen** beziehen kann. Uns muss es gelingen, möglichst viele Menschen zu erreichen – mit ausgewogenen und objektiven Informationen, **mit Herz und Verstand.**

Literatur

1 Eurotransplant International Foundation: Annual Report 2014. Leiden, 2015.

- 2 Caille-Brillet A-L, Schmidt K, Watzke D, Stander V: Bericht zur 2014 Repräsentativstudie „Wissen, Einstellung und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende“. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2015.
- 3 Deutsche Stiftung Organtransplantation: Jahresbericht 2015: Organspende und Transplantation in Deutschland. Frankfurt a.M., 2016.
- 4 Bundesärztekammer: Richtlinien zur Lungentransplantation, 2013.
- 5 Bundesärztekammer: Richtlinien zur Lebertransplantation, 2015.
- 6 Bundesärztekammer: Richtlinien zur Nierentransplantation, 2013.
- 7 Bobbert M, Ganten TM: Liver allocation: urgency of need or prospect of success? Ethical considerations. Clin Transplant 2013;25:34-39.
- 8 Weismüller TJ, Fikatas P, Schmidt J, Barreiros AP, Otto G, Beckebaum S, Paul A, Scherer MN, Schmidt HH, Schlitt HJ, Neuhaus P, Klempnauer J, Pratschke J, Manns MP, Strassburg CP: Multi-centric evaluation of model for end-stage liver disease-based allocation and survival after liver transplantation in Germany – limitations of the „sickest first“-concept. Transpl Int 2011; 24:91-99.
- 9 Bruni RA, Laupacis A, Martin DK: Public engagement in setting priorities in health care. Canadian Medical Association Journal 2008;179:15-18.
- 10 Williams I, Robinson S, Dickinson H: Rationing in Health Care: The Theory and Practice of Priority Setting. Bristol, Policy Press, 2011.
- 11 Dao Van M, Lauerer M, Schätzlein V, Nagel E: Organallokation im Spannungsfeld zwischen Erfolgsaussicht und Dringlichkeit – Ein Discrete Choice Experiment zur Erhebung von Präferenzen in der Bevölkerung. Das Gesundheitswesen 2016: Zur Publikation angenommen.
- 12 Kwo PY, Mantry PS, Coakley E, Te HS, Vargas HE, Brown RJ, Gordon F, Levitsky J, Terrault NA, Burton JR, Xie W, Setze C, Badri P, Pilot-Matias T, Vilchez RA, Forns X: An Interferon-free Antiviral Regimen for HCV after Liver Transplantation. New England Journal of Medicine 2014;371:2375-2382.
- 13 Schneider MD, Kronenberger B, Zeuzem S, Sarrazin C: Treatment of hepatitis C. Der Internist 2015;56:391-405.
- 14 Bruckmüller K, Schroth U: Power of Legal Concepts to Increase Organ Quantity; in Jox JR, Assadi G, Marckmann G (eds): Organ Transplantation in Times of Donor Shortage: Challenges and Solutions. Cham, Springer International Publishing, 2016, pp 167-177.
- 15 Transplantation TECoO: Newsletter Transplant: International figures on donation and transplantation 2014. Strasbourg, European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare of the Council of Europe, 2015.
- 16 Matesanz R, Dominguez-Gil B, Coll E, de la Rosa G, Marazuela R: Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken? Transplant International 2011;24:333-343.

„Leberrichtlinie“ geändert

Jutta Riemer

Die Arbeitsgruppe Leber der Ständigen Kommission Organtransplantation (StäKO) hat weitere Passagen der Richtlinie für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation gemäß dem Stand der medizinischen Wissenschaft überarbeitet. Die Vorschläge der Arbeitsgruppe wurden nach 1. und 2. Lesung in der StäKO verabschiedet und dem Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegt. Dieser hat die vorliegenden Änderungen in seiner Sitzung vom 10./11. Dezember 2015 beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 28. Januar 2016 der Richtlinienänderung zugestimmt. Mit Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt sind diese seit dem 26. Februar 2016 in Kraft.

Zuerkennung eines match-MELD bei HCC (Leberkrebs)

Erfüllt ein HCC-Patient die Standard-Kriterien (SE), wird ihm unabhängig von seinem durch Laborwerte errechneten MELD-Score ein match-MELD von 22 zuerkannt, der sich alle drei Monate um den Wert entsprechend 10% 3-Monats-Versterbeprobabilität – entsprechend bei anderen Erkrankungen –, erhöht. Dies ist notwendig, da sich die Schwere der Leberkrebserkrankung nicht in den Laborwerten für den „normalen“ lab-MELD abbildet, der Patient aber wegen der Gefahr des wachsenden Tumors transplantiert werden muss. Voraussetzungen sind nach wie vor, dass keine Metastasen außerhalb der Leber vorhanden sind und keine makrovaskuläre Infiltration besteht. Bis dahin nichts Neues.

Die bisherigen Richtlinien zeigten jedoch Differenzen zu den aktuellen S3-Leitlinien für das HCC. So wurden die Richtlinien den S3-Leitlinien und internationalen Standards angepasst. Diese Anpassungen beziehen sich auf die Präzisierung der diagnostischen Kriterien eines HCC und die Kriterien der Zuerkennung eines match-MELD. Außerdem wurden Dokumentation und Anforderungen an die Diagnostik präzisiert, damit eine Vergleichbarkeit der angegebenen Tumorgößen unabhängig vom jeweiligen Untersucher und einer vielleicht individuell bevorzugten Methode gegeben ist.

Inzwischen ist wissenschaftlich belegt, dass Patienten mit kleinen Einzeltumoren unter 3 cm oder mit mehreren sehr kleinen Tumoren von konservativen Therapien besser profitieren und länger überleben, als wenn sie transplantiert würden.

So erhalten seit Februar 2016 Zirrhose-Patienten, die einen Tumor zwischen 2 und 5 cm aufweisen oder 2–3 kleine Tumoren zwischen 1 und 3 cm (Unos-Stadium T2, die Eckwerte werden mit einbezogen: 1, 3, 2 und 5 cm), einen match-MELD zuerkannt. In der Regel werden die Tumoren während der Wartezeit auf ein Organ behandelt und so ggf. verkleinert oder gar entfernt. Hier gilt für den Erhalt des match-MELD der Zustand vor der Listung. Erreichen größere Tumoren erst durch solche Maßnahmen das T2-Stadium, erfolgt keine Zuerkennung eines match-MELD. Der Patient kann aber gelistet werden und unterliegt dann der Vermittlung gemäß seinem lab-MELD.

INR-Wert: MELD-Berechnung bei Einsatz von Vitamin-K-Antagonisten

Der Score für die Schwere einer Lebererkrankung und somit der Dringlichkeit für eine Transplantation – der lab-MELD-Score – errechnet sich über eine Formel aus den Laborwerten: Kreatinin (Nierenwert), Bilirubin (Leberwert) und INR (Blutgerinnung). Je größer alle Werte, desto kränker ist der Patient. Werden durch notwendige Therapien Medikamente erforderlich, die diese Laborwerte verändern, ohne dass sich die Schwere der Erkrankung ändert, spiegelt der daraus errechnete MELD eine verfälschte Situation wider. Dies genau passiert bei der Gabe von Vitamin-K-Antagonisten, die zur Hemmung der plasmatischen Blutgerinnung z.B. bei tiefen Beinvenenthrombosen, aber auch z.B. bei Pfortaderthrombosen – also auch bei Wartelistenpatienten – relativ häufig eingesetzt werden. Da diese Medikamente die Blutgerinnung und somit den Laborwert INR beeinflussen, hat die Gabe von Vitamin-K-Antagonisten direkte Auswirkung auf die Berechnung des MELD-Scores. Der INR-Wert hat somit eine zentrale Rolle für die Organzuteilung, weil dessen Höhe direkt mit der Priorität (Zahlenwert des MELD, Dringlichkeit zur Transplantation) korreliert.

So wurde in den überarbeiteten Richtlinien festgelegt, dass der INR nur dann Gültigkeit für die MELD-Berechnung hat, wenn der Patient aktuell keine Vitamin-K-Antagonisten erhält und auch in den letzten 14 Tagen vor Bestimmung keine erhalten hat. Denn: Die blutverdünnende Wirkung hält auch nach dem Absetzen der Medikamente bis zu 14 Tagen an. Ist eine Therapie mit solchen Medikamenten aber medizinisch notwendig, ist der letzte Wert vor Therapie zu verwenden oder die INR-Bestimmung muss zwei Wochen nach Absetzen der Therapie durchgeführt werden.

Primäre Hyperoxalurie: Sicherung der Diagnose ohne Leberpunktion!

Die primäre Hyperoxalurie Typ I ist eine seltene erbliche Stoffwechselerkrankung. Den Patienten mit Gendefekt in der Leber fehlt die Möglichkeit, ein bestimmtes Eiweiß (AGT-Enzym) zu produzieren. Dieser Eiweißstoff ermöglicht dem Gesunden Glyoxalat und Alanin umzusetzen in harmlose, weiter zu verstoffwechselnde Produkte. Beim Patienten mit Hyperoxalurie reichert sich das Glyoxalat an. Dieses wird zu Oxalat und bildet letztendlich wasserunlösliche Kalziumoxalat-Kristalle, die zu Stein- und Kristallbildung in den Nieren führen bis hin zu einer Nierenverkalkung mit Funktionsausfall der Nieren. Also ein Gendefekt der Leber, der zum Nierenausfall führen kann. Wird die Leber rechtzeitig transplantiert, ist die Erkrankung – durch die Spenderleber ohne Gendefekt – geheilt und das Nierenversagen verhindert.

Zu früherer Zeit konnte die genetisch bedingte Hyperoxalurie letztendlich nur durch eine Leberbiopsie eindeutig festgestellt werden. Durch die Verbesserung der Kenntnisse über die genetischen Ursachen ist eine sichere Diagnose inzwischen auch über die Bestimmung von typischen Mutationen im AGXT-Gen in einer Blutprobe zu sichern.

Dieses Vorgehen vermeidet unnötige Leberpunktionen. Die Richtlinie wurde hinsichtlich der Diagnosesicherung für die Vergabe eines match-MELD aktualisiert.

Anmerkung: Zu jeder Richtlinienänderung erarbeitet die Arbeitsgruppe eine ausführliche, wissenschaftliche Begründung. Nach der ersten Lesung in der StäKO wird die geplante Änderung auf der Homepage der Bundesärztekammer zur Stellungnahme für Jedermann veröffentlicht und diese Veröffentlichung den sogenannten Fach- und Verkehrskreisen zur Kenntnis gegeben.

Diese Richtlinie samt zugehöriger Begründung ist auf der Internetseite der Bundesärztekammer abrufbar unter

www.bundesaerztekammer.de > Richtlinien > Transplantationsmedizin > Wartelisten und Organvermittlung > Richtlinie zur Lebertransplantation.de

Die geltenden Richtlinien zur Organtransplantation sind generell abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de/organtransplantation.

Grenzindikatoren für Listung, Ent-Listung bzw. Ausschluss von Listung und ihre ethische und juristische Dimension



Foto: privat

Dr. med. Gertrud Greif-Higer MAE
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Liaisondienst Transplantationsmedizin
Universitätsmedizin Mainz

Die Transplantationsmedizin ist eine noch junge, gleichwohl aber sehr erfolgreiche Methode der modernen Hochleistungsmedizin, um die sich inzwischen eine Fülle von Hoffnungen und Vorannahmen, aber auch Idealisierung und Verknüpfungen rankt. Die Tatsache, dass die Anwendung der Methode stark rationiert ist – v.a. wegen des Organmangels –, hat den Mythos Transplantation verstärkt, der dieser Methode umfassende Heilkräfte zuschreibt, wenn man es nur schafft ein Organ zu „ergattern“.

Demgegenüber stellt sich die wissenschaftliche Realität sehr viel rationaler und differenzierter dar, die durch das Transplantationsgesetz in einen grundsätzlichen Rahmen gegossen wurde: Zu Recht wird vorgeschrieben, dass eine Aufnahme auf die Warteliste zur Transplantation nur dann gerechtfertigt ist, wenn bei einem Patien-

ten mit der bei ihm vorliegenden Erkrankung und Krankheitsphase eine hohe Wahrscheinlichkeit vorliegt, mit der geplanten Transplantation tatsächlich eine Lebensverlängerung oder erhebliche Verbesserung seiner Lebensqualität zu erreichen – also Notwendigkeit und Erfolgsaussicht bestehen (§ 10, Abs. 2, 2 TPG). Ebenso berechtigt ist es, die Organzuteilung an Erfolgsaussicht und Dringlichkeit zu koppeln (§ 12, Abs. 3 TPG). Diese Faktoren wurden in den abgeleiteten Richtlinien der Bundesärztekammer expliziert und konkretisiert.¹

Eine Organtransplantation stellt – unabhängig von dem Organ – nicht nur Rettung und Verbesserung für einen kranken Menschen dar, sondern kann auch von einer Fülle von Komplikationen und Folgeerkrankungen begleitet sein, die das Leben nach der Transplantation belasten, die Lebensqualität verschlechtern und sogar die Lebensdauer, verglichen mit dem Zustand vor der Transplantation, verkürzen können. Das Gelingen einer Transplantation hängt ganz entscheidend davon ab, dass neben einer Medizin auf höchstem qualitativem Niveau die Nachsorge und Langzeitbehandlung dauerhaft und stabil gesichert ist: eine dauerhaft stabile Adhärenz der Patienten bezogen auf eine große Zahl von Faktoren, die Sicherstellung der ununterbrochenen Medikamentenversorgung, gesicherte routinemäßige Kontrolluntersuchungen und die Bereitschaft zur

konsequenten Behandlung von Folgeproblemen sind entscheidende Faktoren.

Deshalb stellt eine sorgfältige Auswahl der für eine Organtransplantation geeigneten Patienten nicht nur eine juristische Vorgabe, sondern v. a. eine medizinische Notwendigkeit und eine ethische Verpflichtung dar, um Patienten bestmöglich und nicht zu ihrem Schaden einer Methode der Hochleistungsmedizin zu unterziehen – ganz unabhängig von den Zwängen, die sich aus dem Organmangel ergeben.

So kann es z.B. erforderlich sein, bei Patienten, bei denen die Eingangskriterien nicht oder auch nicht mehr erfüllt sind, bei Patienten, bei denen eine Langzeitbehandlung bzw. eine stabile Adhärenz nicht gesichert werden kann oder Patienten, bei denen gravierende Co-Morbiditäten vorliegen, die dem Erfolg einer Transplantation entgegenstehen, eine Aufnahme auf die Warteliste nicht vorzunehmen oder eine Listung zu beenden und im besten Interesse des Patienten mit allen Möglichkeiten der konservativen Medizin weiter zu behandeln.

Dem Mythos der Transplantationsmedizin soll deutlicher die Realität der Methode entgegengestellt werden, um bessere patientengerechte Entscheidungen transparent treffen zu können.

¹ (<http://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/transplantationsmedizin>).

HCV ins Bild rücken

Das Kunstprojekt geht weiter mit neuen Terminen im Herbst 2016. Am 28. und 29.10. in München, am 14. und 15.10. in Brühl (NRW) und am 11. und 12.11. in Leipzig können HCV-Betroffene durch das Schaffen eigener Kunstwerke ihrer Erkrankung ein Gesicht geben und eigenen Gefühlen künstlerisch Ausdruck verleihen. Teilnahme, Anreise und Verpflegung sind kostenlos, bei begrenzter Teilnehmezahl. HCV ins Bild rücken ist ein Projekt der Firma abbvie. Eingeladen sind HCV-Betroffene.

Anmeldungen gehen an: kunstprojekt.abbvie@agentur-suess.de

Weiterhin danken wir der Firma abbvie für die anteilige Förderung dieser Ausgabe der Lebenslinien.



Erste Erfahrungen mit der neuen „Hirntodrichtlinie“: Was ist gut? Wo gibt es Probleme?



Foto: Koop

Prof. Dr. med. Ralf Ketter
Universitätsklinikum des Saarlands
Klinik für Neurochirurgie

Um die Hirntoddiagnostik hat es zuletzt immer wieder Diskussionen gegeben. So sorgten Fälle für Aufsehen, in denen trotz unvollständiger Diagnostik bereits mit der Organentnahme begonnen worden war.

Die neue Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Transplantationsgesetz (TPG) für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 TPG und die neuen Verfahrensregeln zur Feststellung des **endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms** nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG sind im Sommer 2015 in ihrer vierten Fortschreibung im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht worden und legen besonderen Wert auf die nachgewiesene Qualifikation der Ärzte, die den Hirntod feststellen und damit den Körper eines Verstorbenen zur Organentnahme freigeben dürfen.

Zugleich finden apparative Methoden wie die Duplexsonographie und die CT-Angiographie Eingang in die **„Vierte Fortschreibung der Richtlinie zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls“**. Diese haben sich für den Nachweis des zerebralen Zirkulationsstillstandes bewährt und stehen zwischenzeitlich in vielen Krankenhäusern 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche zur Verfügung.

Der aktuelle Richtlinientext wurde in einem über zwei Jahre dauernden Verfahren von Mitgliedern des Arbeitskreises „Fortschreibung der Richtlinie zur Feststellung des Hirntodes“ des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Tonn und dem stellvertretenden Vorsitzenden Prof. Dr. Angstwurm erstellt.

Der Begriff „Hirntod“ wird vermieden

Eine wesentliche Neuerung ist, dass der Begriff „Hirntod“ nun bewusst vermieden wird. Stattdessen wurde die Befundkonstellation, die bisher mit der Bezeichnung „Hirntod“ gefasst wurde, nunmehr wissenschaftlich als „endgültiger, nicht behebbarer Ausfall der Gesamtfunktion

des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms (irreversibler Hirnfunktionsausfall)“ bezeichnet.

Auf diese Weise wird die Diskussion vermieden, ob der Mensch zum Zeitpunkt eines irreversiblen Funktionsausfalls des Gehirns auch nach einem philosophisch-ethischen Verständnis tot ist.

Diagnostik nur durch Fachärzte

Inhaltlich werden die Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte präzisiert: Sie müssen nicht nur wie bisher über eine mehrjährige intensivmedizinische Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit akuten und schweren Hirnschädigungen verfügen, sondern auch Fachärzte sein.

Neu ist auch, dass mindestens einer der den irreversiblen Hirnfunktionsausfall feststellenden Ärzte Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie mit mehrjähriger Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit akuten schweren Hirnschäden sein muss. Bei der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls von Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr muss zusätzlich einer der Ärzte ein den genannten Anforderungen entsprechender Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sein. Im Weiteren wird von den Untersuchern erwartet, dass sie die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten haben, um die Indikation zur Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls zu prüfen und die Ergebnisse der angewandten apparativen Zusatzdiagnostik im Kontext der hier beschriebenen diagnostischen Maßnahmen beurteilen zu können.

Dreistufiges Vorgehen

Am eigentlichen Prozedere der Hirntoddiagnostik hat sich jedoch wenig geändert. Weiterhin müssen mindestens zwei qualifizierte Ärzte den irreversiblen Ausfall der Hirnfunktionen unabhängig voneinander feststellen. Diese Ärzte dürfen nicht an der Entnahme oder der Übertragung von Organen oder Gewebe des Spenders beteiligt sein. Sie dürfen auch nicht Weisungen eines Arztes unterstehen, der daran beteiligt ist. Die klinischen Zeichen des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls gelten seit mehr als drei Jahrzehnten und sind wissenschaftlich etabliert und allgemein akzeptiert. Weiterhin erfolgt dessen Feststellung in drei Stufen:

1. Voraussetzungen
2. klinisches Syndrom
3. Unwiederbringlichkeit

Das oben beschriebene Grundkonzept der Diagnostik bleibt in der vierten Fortschreibung weiterhin unberührt, aber es gibt eine Reihe von Präzisierungen für die praktische Umsetzung der Diagnostik. Dies betrifft einschränkende Voraussetzungen (Toxikologie, Hypothermie), die Durchfüh-

rung des Apnoe-Testes sowie die Methoden zum Irreversibilitätsnachweis. Bei letzteren erfolgte die Anpassung an technische Entwicklungen, die Einbeziehung von zwei weiteren Verfahren zum Nachweis des zerebralen Zirkulationsstillstandes (Duplexsonographie und der CT-Angiographie) sowie die Festlegung darauf, dass alle diese Methoden als gleichwertig zu betrachten sind.

Verbesserte und transparentere Dokumentation

Der irreversible Hirnfunktionsausfall wird wie oben beschrieben in einem dreistufigen Verfahren festgestellt. Grundsätzlich gilt, dass der jeweils nächste Schritt erst dann durchgeführt werden darf, wenn der vorherige abgeschlossen ist. Diese strikte Reihenfolge ergibt sich daraus, dass ein Zusatzverfahren dazu dient, die Irreversibilität der klinischen Ausfallssymptome nachzuweisen. Hierbei soll unter keinen Umständen eine technische Untersuchung an die Stelle der klinischen Einschätzung treten. Durch die 4. Fortschreibung wird nun von den untersuchenden Ärzten gefordert, dass sie diese Reihenfolge im klinischen Alltag strikt einhalten.

Auch in der Dokumentation spiegelt sich der Anspruch auf eine umfangreichere und genauere Zusammenfassung der Ergebnisse der klinischen und praktischen Untersuchung durch die beteiligten Ärzte wider. Die nunmehr zwei Bögen fassen das oben beschriebene, mehrschrittige Vorgehen zusammen und machen die Untersuchungen auch in ihrer zeitlichen Abfolge transparent und nachvollziehbar. Darüber hinaus gibt der Untersucher seine fachärztliche Qualifikation an und bestätigt zu Beginn der Untersuchung, dass er die richtliniengemäße Qualifikation erfüllt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die neue Richtlinie zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls angesichts der Bedeutung einer korrekten Diagnostik für den Spender und insbesondere auch für das Vertrauen der Bevölkerung in die Organspende und damit auch in die Transplantationsmedizin eine deutliche Verbesserung erbracht hat. Durch die in der 4. Fortschreibung festgeschriebenen Qualitätsanforderungen wird zum einen die Facharztqualifikation vorgegeben und zum anderen werden inhaltliche Anforderungen so präzisiert, dass dem jetzigen Stand der Wissenschaft Rechnung getragen wird.

Die aktuelle Fortschreibung der Richtlinie zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls zeigt, wie wichtig klare Anweisungen sind, um dem Anspruch gerecht zu werden, dass eine Fehldiagnose nicht vorkommen kann.

Tumoren nach Lebertransplantation – Risiken und Vorsorge

Fotos: privat



△ **Dr. med. Sotiria Bedreli**¹

▷ **Prof. Dr. med. Kerstin Herzer**^{1,2}

¹ Gastroenterologie und Hepatologie,

² Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie

Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen

Lebertransplantierte Patienten haben ein erhöhtes Risiko, an einem bösartigen Tumor (= Malignom) zu erkranken. Das Risiko betrifft nicht nur Patienten, die aufgrund eines Malignoms transplantiert worden sind, sondern auch Patienten mit fehlender Tumoranamnese. Kürzlich publizierte Daten weisen darauf hin, dass Tumorpacienten nach Transplantation eine zweifach erhöhte Mortalität im Vergleich zu der normalen Bevölkerung aufweisen.¹ Männer und pädiatrische Patienten sind häufiger davon betroffen. Insgesamt entwickeln ungefähr 10% der Patienten einen neuen Tumor nach der Transplantation. Aufgrund dessen sind regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen nach der Transplantation unerlässlich.

Warum sterben transplantierte Patienten häufiger an einem Malignom als die Normalbevölkerung?

Es ist zwar sehr wahrscheinlich, aber noch nicht schlüssig gezeigt, ob verschiedene Immunsuppressiva den Verlauf einer Tumorerkrankung negativ beeinflussen. Allerdings ist es durch Studien belegt, dass Tumorpacienten nach einer Transplantation häufig weniger aggressiv im Rahmen einer Krebstherapie behandelt werden als die Tumorpacienten der Normalbevölkerung.² Gründe dieser zurückhaltenden Vorgehensweise sind einerseits die gehäuften Ko-Morbiditäten und andererseits die Intention, die Transplantatfunktion zu schützen.

Gibt es prädisponierende Faktoren, die die Entwicklung eines Tumors begünstigen?

Es gibt verschiedene Viren, die onkogen wirken können, das heißt sie begünstigen die Entstehung eines malignen Tumors. Diese onkogene Aktivität von Viren kann insbesondere unter Immunsuppres-

sion zum Tragen kommen. Z.B. wird der Epstein-Barr-Virus (EBV) häufig mit Lymphdrüsenkrebs (Hodgkin-Lymphom und non-Hodgkin-Lymphom) assoziiert.^{3,4} Der humane Herpesvirus 8 (HHV8) wird mit der Entstehung von Hautkrebs in Verbindung gebracht.⁴ Andere Viren wie z.B. die humanen Papillomviren (HPV), sind verantwortlich für Tumoren im Genital- und Analbereich.⁴⁻⁶ Die Hepatitis-B- und -C-Viren können unbehandelt zu Leberkrebs führen.⁷

Lebertumoren nach Lebertransplantation

Leberkrebs ist eine häufige Indikation zur Lebertransplantation. Das Risiko, an Leberkrebs zu sterben, ist 8-fach erhöht, wenn der Leberkrebs die Indikation zur Lebertransplantation stellte.¹ Primäre Tumoren der Leber sind zum Beispiel das Hepatozelluläre Karzinom (Leberkrebs stammend aus den Leberzellen) und das Cholangiozelluläre Karzinom (Leberkrebs stammend aus den Gallengängen). Zwar gibt es Regeln, die definieren, bis zu welcher Ausdehnung eines Leberzelltumors eine Lebertransplantation noch in Frage kommt. Trotzdem erleiden ca. ein Viertel der Patienten eine Rekurrenz des Tumors.⁸ Zu differenzieren gilt es in diesen Fällen, ob es sich um ein Rezidiv der Grunderkrankung handelt oder um einen De-novo-Tumor. Die Bildung von De-novo-Tumoren (d.h. Tumoren, die neu nach der Lebertransplantation in der Transplantatleber aufgetreten sind) betrifft nicht nur primäre Tumoren der Leber, sondern auch Metastasen. Die Metastasen sind Tochtergeschwülste aus Tumoren, die primär außerhalb der Leber wachsen. Sie können feingeweblich theoretisch aus allen Organen des Körpers stammen. Um die genaue Dignität eines Tumors in der Leber feststellen zu können, kann eine Biopsie bzw. die komplette Resektion des Tumors notwendig sein. Nur dann kann eine genaue Therapie geplant und eine Prognose gemacht werden.

De-novo-Tumoren außerhalb der Leber nach Lebertransplantation

Das genaue Risiko für die Entwicklung eines Tumors außerhalb der Leber ist bei lebertransplantierten Patienten noch nicht klar definiert. Grundsätzlich besteht ein erhöhtes Risiko für folgende maligne Erkrankungen: Blutkrebs, Hautkrebs, Tumoren des Nasen/Rachenbereichs, Darmkrebs oder Tumoren der Prostata.¹ Eine kürzlich publizierte Studie zeigte, dass nach Lebertransplantation zudem ein erhöhtes Risiko besteht, einen Tumor der Speiseröhre zu entwickeln.¹

Hauttumoren nach Lebertransplantation

Das Risiko für das Auftreten von sowohl gutartigen als auch bösartigen Hautveränderungen ist nach solider Organtransplantation, auch nach Lebertransplantation, deutlich erhöht. Eine der häufigsten Hautläsionen ist die aktinische Keratose, die eine Frühform des Plattenepithelkarzinoms (weißen Hautkrebses) darstellt.⁹ Eine andere Form des weißen Hautkrebses ist das Basaliom. Das Melanom (schwarzer Hautkrebs) sowie das Kaposi-Sarkom sind ebenfalls maligne Erkrankungen der Haut, die gehäuft nach Transplantationen auftreten können.¹⁰

Lymphoproliferative Erkrankungen nach Transplantation

Diese Krebsart ist die zweithäufigste nach Transplantation, ist häufig mit dem Epstein-Barr-Virus (EBV) verbunden und tritt meistens bei Kindern auf.¹¹ Die klinischen Manifestationen sind vielfältig und betreffen vergrößerte Lymphknoten, Vergrößerung der Leber oder der Milz, unklares Fieber, unklare abdominelle Beschwerden, Müdigkeit, Nachtschweiß oder Gewichtsverlust. Für die Diagnose kann eine Biopsie des Knochenmarks oder des betreffenden Organs notwendig sein.

Tumoren des Gastrointestinaltraktes nach Lebertransplantation

Es ist noch nicht klar definiert, ob das Risiko für Darmkrebs nach Lebertransplantation erhöht ist.¹² Studien zeigen jedoch, dass transplantierte Patienten aggressivere Formen des Darmkrebses aufweisen und deswegen von einer intensiveren Überwachung profitieren. Die Tumoren des Gastrointestinaltraktes nach Transplantation betreffen nicht nur die klassischen Formen des Magen- und Darmkrebses, wie zum Beispiel das Adenokarzinom, sondern auch Manifestationen einer lymphoproliferativen Erkrankung.¹¹ Die frühzeitige endoskopische Untersuchung und Entfernung prämaligener Läsionen (z.B. Polypen) kann das Risiko, an Magen- und Darmkrebs zu erkranken, reduzieren.

Screening und Früherkennung von Tumoren nach Lebertransplantation

Der frühzeitige Therapiebeginn eines Tumors oder am besten seine komplette Vorbeugung erfordern regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen (siehe Tabelle). Diese umfassen unter anderem jährliche Hautinspektionen des ganzen Körpers sowie einmal jährliche gynäkologische bzw. urologische Untersuchungen. Zusätzlich sind regelmäßige sonographische Kontrollen

der Leber ein wichtiger Bestandteil der Nachsorge nach Lebertransplantation, um Tumoren der Leber frühzeitig entdecken zu können. Die endoskopischen Untersuchungen mittels Gastroskopie und Koloskopie dienen der Früherkennung von Magen- und Darmkrebs. Eine regelmäßige Inspektion des Nasen/Rachen-Raums kann frühzeitig Tumoren in diesem Bereich diagnostizieren. Was die Leberkrebspatienten betrifft, sollten sie nach der Lebertransplantation regelmäßig mittels bildgebender Verfahren, wie z.B. Computer-Tomographie, für 3 Jahre halbjährlich und dann über Sonographie sowie Tumormarker überwacht werden, um Rezidive des Tumors rechtzeitig erkennen zu können.

Lebensstiländerung und Medikamente nach Lebertransplantation

Neben regelmäßigen Screening-Untersuchungen spielt der Lebensstil eine große Rolle. Die gesunde Ernährung, die regelmäßige körperliche Bewegung, die Nikotin- und Alkoholabstinenz sowie der ausreichende Sonnenschutz sind überaus wichtig.

Was die Immunsuppression betrifft, zeigen Studien, dass eine hohe Dosis an Calcineurin-Inhibitoren (z.B. Cyclosporin A, Tacrolimus) ein unabhängiger Risikofaktor für die Entwicklung eines De-novo-Tumors nach Lebertransplantation ist.¹³ Demgegenüber konnte gezeigt werden, dass der mTor-Inhibitor Everolimus eine antiproliferative Wirkung besitzt.¹⁴ Das bedeutet, dass die Einnahme von Everolimus nach Lebertransplantation das Risiko für die Entstehung von Tumoren reduziert.^{15,16} Aufgrund dessen empfiehlt sich nach Lebertransplantation die Ergänzung der immunsuppressiven Therapie mit Everolimus. Dies betrifft insbesondere Patien-

ten, die aufgrund eines Leberzelltumors transplantiert worden sind.

Insgesamt ist die Krebsprävention eine wichtige Aufgabe nicht nur des Arztes, sondern auch des Patienten. Krebs stellt heutzutage die zweithäufigste Todesursache der transplantierten Patienten dar und seine Vorbeugung beinhaltet eine Kombination aus gesunder Lebensweise, Medikamenten-Einstellung und Screening-Untersuchungen in regelmäßigen Zeitabständen.

Referenzen

1. Acuna SA, Fernandes KA, Daly C, et al. Cancer Mortality Among Recipients of Solid-Organ Transplantation in Ontario, Canada. *JAMA oncology*. 2016; 2: 463-9.
2. Ajithkumar TV, Parkinson CA, Butler A, Hatcher HM. Management of solid tumours in organ-transplant recipients. *The Lancet Oncology*. 2007; 8: 921-32.
3. Castillo JJ, Beltran BE, Miranda RN, Young KH, Chavez JC, Sotomayor EM. EBV-positive diffuse large B-cell lymphoma of the elderly: 2016 update on diagnosis, risk-stratification, and management. *American journal of hematology*. 2016; 91: 529-37.
4. Ulrich C, Hackethal M, Meyer T, et al. Skin infections in organ transplant recipients. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology : JDDG*. 2008; 6: 98-105.
5. Mangino M, Schena FP. [Skin cancer in renal transplant recipients]. *Giornale italiano di nefrologia : organo ufficiale della Società italiana di nefrologia*. 2010; 27 Suppl 50: S75-80.
6. Meyer T, Arndt R, Nindl I, Ulrich C, Christophers E, Stockfleth E. Association of human papillomavirus infections with cutaneous tumors in immunosuppressed patients. *Transplant international : official journal of the European Society for Organ Transplantation*. 2003; 16: 146-53.
7. Chang IC, Huang SF, Chen PJ, et al. The Hepatitis Viral Status in Patients With Hepatocellular Carcinoma: a Study of 3843 Patients From Taiwan Liver Cancer Network. *Medicine*. 2016; 95: e3284.
8. Piras-Straub K, Khairzade K, Gerken G, et al. Glutamate dehydrogenase and alkaline phosphatase as very early predictors of hepatocellular carcinoma recurrence after liver transplantation. *Digestion*. 2015; 91: 117-27.
9. Otley CC, Cherikh WS, Salasche SJ, McBride MA, Christenson LJ, Kauffman HM. Skin cancer in organ transplant recipients: effect of pretransplant end-organ disease. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2005; 53: 783-90.
10. Hassan G, Khalaf H, Mourad W. Dermatologic complications after liver transplantation: a single-center experience. *Transplantation proceedings*. 2007; 39: 1190-4.
11. Dierckx D, Cardinaels N. Posttransplant lymphoproliferative disorders following liver transplantation: Where are we now? *World journal of gastroenterology*. 2015; 21: 11034-43.
12. Rudraraju M, Osowo AT, Singh V, Carey EJ. Do patients need more frequent colonoscopic surveillance after liver transplantation? *Transplantation proceedings*. 2008; 40: 1522-4.
13. Rodriguez-Peralvarez M, Tsochatzis E, Naveas MC, et al. Reduced exposure to calcineurin inhibitors early after liver transplantation prevents recurrence of hepatocellular carcinoma. *Journal of hepatology*. 2013; 59: 1193-9.
14. Monaco AP. The role of mTOR inhibitors in the management of posttransplant malignancy. *Transplantation*. 2009; 87: 157-63.
15. De Simone P, Nevens F, De Carlis L, et al. Everolimus with reduced tacrolimus improves renal function in de novo liver transplant recipients: a randomized controlled trial. *American journal of transplantation : official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*. 2012; 12: 3008-20.
16. Fischer L, Saliba F, Kaiser GM, et al. Three-year Outcomes in De Novo Liver Transplant Patients Receiving Everolimus With Reduced Tacrolimus: Follow-Up Results From a Randomized, Multi-center Study. *Transplantation*. 2015; 99: 1455-62.

Screening-Empfehlungen nach Lebertransplantation am Essener Zentrum

Untersuchung	Intervall*	Ziel
Abdomensonographie	mind. alle 6 Monate	Ausschluss Tumoren der Leber, Milz, Nieren, Harnblase, Pankreas
Hautinspektion	mind. 1 × pro Jahr	Ausschluss Hauttumoren und ihrer Vorstufen
HNO-Konsil	alle 3 Jahre, bei Rauchern 1 × pro Jahr	Ausschluss eines Tumors im Nasen-Rachen-Bereich
Gynäkologie/Urologie	1 × pro Jahr	Ausschluss eines Tumors im Bereich der inneren und äußeren Geschlechtsorgane (u.a. Zervix, Prostata)
Gastroskopie/Koloskopie	alle 3–5 Jahre	Ausschluss eines Tumors der Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm, Dickdarm, After
Computer-Tomographie des Thorax und Abdomens**	Bei HCC als Ltx-Indikation: 6/12/24 und 36 Monate nach Ltx sowie bei Bedarf	Ausschluss eines Rezidivs oder von Metastasen
Tumormarker	alle 3 Monate bei positiven Werten vor Ltx	Frühzeitige Erfassung von Rezidiven oder Metastasen

* Bei pathologischem Befund können diese Intervalle modifiziert und verkürzt werden.

** Nach Lebertransplantation (Ltx) wegen eines Tumors in der Leber.

Operative Eingriffe nach Lebertransplantation



Foto: privat

Prof. Dr. med. Andreas A. Schnitzbauer
Universitätsklinikum Frankfurt
Zentrum für Chirurgie
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Einleitung

Die Lebertransplantation ist nach mittlerweile über 50 Jahren Erfahrung eine technisch gut etablierte Methode, die allerdings mehr als andere Eingriffe von den Begleitscheinungen der Grunderkrankung des Patienten abhängt. Die Zirrhose führt zu zahlreichen Veränderungen im menschlichen Körper. So leiden Patienten auf Grund der Mangelfunktion der Leber an Gerinnungsstörungen und neigen zu vermehrter Blutung während der Transplantation. Die Thrombozyten können auf Grund der oftmals großen Milz in Folge des Pfortaderhochdrucks stark erniedrigt und in ihrer Funktion stark eingeschränkt sein, was zu einer weiteren, oftmals diffusen Blutungsneigung führt. Diese erfordert ein sehr differenziertes „point-of-care“-Management und entsprechende Substitutionstherapie mit Gerinnungsfaktoren und Stabilisatoren der Gerinnung, wie der Tranexamsäure. Der generelle Immunstatus des Patienten ist reduziert, die Stoffwechsellaage häufig katabol und von schwerem Eiweißmangel geprägt. Die postoperative Immunsuppression trägt zu schlechter Wundheilung und reduzierter Fähigkeit zur Bekämpfung von Infektionen bei. All diese Faktoren und noch einige weitere führen letztendlich dazu, dass der technisch gut standardisierte Eingriff der Lebertransplantation zu einer Herausforderung im kurz- und langfristigen Verlauf werden kann. In diesem kurzen Übersichtsartikel soll erläutert werden, welche operativen Eingriffe potenziell auf einen Lebertransplantat-Empfänger zukommen können.

Frühe Eingriffe nach Ltx

Mögliche Folgeeingriffe, über die Empfänger auch präoperativ unbedingt aufgeklärt werden sollen, sind akute Blutungen aus einer Anastomose. Diese können in seltenen Fällen auftreten und müssen dringend operativ versorgt werden. Ein Sonderfall sind die Arrosionsblutung aus

beispielsweise infizierten Aussackungen der Arterienanastomose, die auf Grund der schwierigen Gewebsverhältnisse chirurgisch häufig nur schwer zu versorgen sind und ggfs. ein venöses Zwischenstück oder ein Umsetzen der Anastomose auf die Aorta erfordern und schlimmstenfalls zu einer Retransplantation führen können.

Bei gerinnungstechnisch schwer entgleisten Patienten während der Transplantation kann ein vorübergehendes Abstopfen des Bauchraumes mit Bauchtüchern zur Blutstillung erforderlich sein, die nach 48–72 h entfernt werden sollten. Dieses Vorgehen dient der Vermeidung von hohen Blutverlusten, bis die Leber die Funktion aufgenommen hat und schließlich für eine angemessene innere Blutstillung sorgt.

Weiterhin kann es vor allem früh nach Transplantation zu einer Arterienthrombose kommen. Die Duplex-Ultraschalluntersuchung stellt hier eine diagnostische Domäne dar und bei jedem Verdacht auf eine nicht durchblutete Arterie sollte weitere Diagnostik erfolgen bzw. eine sofortige operative Revision angestrebt werden. Laborchemisch äußert sich die akute Thrombose in einem rapiden Anstieg der Transaminasen, in einem Einbruch des Quickwertes, einem Anstieg der GLDH und des Laktats. Unklare signifikante Verschlechterungen dieser Werte sollten immer an eine Arterienthrombose denken lassen. Bei frühzeitiger operativer Intervention kann das Organ ohne größeren Schaden gerettet werden. Je länger die Zeitverzögerung bis zur erneuten arteriellen Durchblutung dauert, desto höher wird die Wahrscheinlichkeit, dass eine Retransplantation erfolgen muss.

Neben den Gefäßen kann die Gallengangsanastomose mannigfache Probleme bereiten. In der frühen postoperativen Phase dominieren die Leckagen, die entweder operativ übernäht oder neu angelegt werden können oder mittels ERC übersäht werden können. Unsere Empfehlung ist die frühe operative Revision innerhalb der ersten 10 Tage nach Transplantation und eher interventioneller Revision nach diesem Zeitraum. Bei einer weiterbestehenden, viel Galle fördernden Drainage muss eine Nekrose der Gallenwege ausgeschlossen werden, die im Endeffekt zu einer Retransplantation führen würde. Kann das Gallenwegsystem weit ins Gesunde zurückgekürzt werden, sollte eine Ableitung in den Dünndarm im Sinne einer biliodigestiven Anastomose erfolgen. Wichtig zu wissen ist, dass Gallenwegskomplikationen jeglicher Ausprägung in 25 % aller Lebertransplantationen auftreten und weiterhin die Achillesferse darstellen.

GLOSSAR

Abdominal-Vakuum-Saugsysteme:

Drainagen, die über einen Unterdruck Sekret aus dem Bauchraum absaugen

Anastomose: operative Verbindung zweier Gefäße

Arrosionsblutung: Blutung, die durch eine Zerstörung der Gefäßwand durch Schädigungen der umgebenden Strukturen bedingt ist

Arterienthrombose: Blutgerinnselbildung in einer Arterie

Aszites: Ansammlung von Flüssigkeit im Bauchraum

„ausgewitzelt“: Ableitung der Drainage in den Darm wie bei einer Witzel-Fistel = Ernährungssonde, die in den Magen oder Dünndarm eingelegt wird

biliodigestive Anastomose: operative Verbindung zwischen dem Gallengang und dem Dünndarm

Child B bis C: Die Leberzirrhose wird mit Hilfe des Child-Pugh-Scores in 3 Schweregrade A–C eingeteilt

Cholestase: Gallenstau

Duplex-Ultraschall: Ultraschall-Untersuchung, bei der die Fließgeschwindigkeit in den Blutgefäßen farblich und akustisch dargestellt werden kann

ERC: endoskopische retrograde Cholangiographie = Darstellung der Gallengänge durch Röntgenkontrastmittel, das mittels eines Endoskops in den Gallengang eingebracht wird. Über das Endoskop können auch andere Dinge eingebracht werden wie z.B. Stents

Gallengangsanastomose: operative Verbindung der Gallengänge des Spenders und des Empfängers

GLDH: weiteres Leberenzym

Hepaticojejunostomie: Verbindung vom Gallengang mit dem Dünndarm

interventionelle Revision: Versorgung des Lecks durch einen Stent

intrahepatische Abszesse: Eiteransammlungen in der Leber

Insuffizienz: Schwäche, Versagen

katabol: im Abbau begriffen

Laktat: Salz der Milchsäure; kann in der gesunden Leber wieder zu Glucose verstoffwechselt werden

Leckagen: Leckbildung mit Flüssigkeitsaustritt aus dem Gefäß

Sollten Blutungen und eine Peritonitis in Folge der Bildung von Abszessen (beispielsweise bei Patienten, die eine spontan bakterielle Peritonitis/infizierten Aszites in der Vorgeschichte aufweisen) oder eine gallige Peritonitis haben, so kann ein geplantes Ausspülen des Bauchraumes notwendig werden. Zu diesem Zweck können sogenannte Abdominal-Vakuumsaugsysteme eingebracht und die Bauchdecken temporär offen belassen werden. Ziel sollte es aber immer sein, einen kompletten Verschluss der Bauchdecken und der Haut zu erreichen, wenn kein Infektfokus saniert werden muss.

Weiterhin gibt es sehr häufig einen Erguss zwischen den Pleurablättern, die zu einer eingeschränkten Lungenfunktion durch eine Minderbelüftung meist der Unterlappen führen und die operative oder interventionelle Anlage einer Thorax-Drainage erfordern. Diese wird in der Regel in lokaler Betäubung angelegt. Anders verhält es sich bei Patienten, die eine lange Zeit auf der Intensivstation verbringen müssen und auf Grund mangelnder Kraft nach schwerem Krankheitsverlauf nur schwer vom Beatmungsgerät entwöhnt werden können. Bei diesen Patienten macht es absolut Sinn, einen Luftröhrenschnitt durchzuführen und sie über eine Kanüle, die direkt über den Hals in die Luftröhre eingeführt wird, zu beatmen. Hierdurch wird die Kommunikationsfähigkeit des Patienten gefördert, der grenzwertig selbstständig atmende Patient hat einen dauerhaft gesicherten Atemweg, der orale Kostaufbau kann initiiert werden und das Risiko von schweren Lungenentzündungen durch wiederholte Re-Intubationen nimmt ab.

In sehr seltenen Fällen (unter 1%) kann es zu einer schweren primären Nichtfunktion der Leber mit toxischem Lebersyndrom kommen. Der Patient ist in einer solchen Situation vital höchst gefährdet, das Transplantat sollte operativ zügig entfernt und ein portocaval Shunt angelegt werden. Eine Listung zur hochdringlichen Lebertransplantation sollte umgehend erfolgen (innerhalb 14 Tage nach Primärtransplantation möglich) und intensivmedizinische Maßnahmen mit Glukosegabe, dauerhafter Dialyse und ggfs. Leberersatzverfahren initiiert werden. Patienten lassen sich auf diese Weise für 48–72 h stabilisieren, sollten aber zügig retransplantiert werden, da eine Stabilisierung ohne Leber darüberhinaus faktisch nicht möglich ist.

Eingriffe im Langzeitverlauf

Neben den frühen Problemen kann es im weiteren Verlauf nach Lebertransplantation (Richtwert ab 6 Monate nach Transplantation) zu anderen Schwierigkeiten kommen, die einer operativen oder interventionellen Versorgung bedürfen. Die Gallenwege spielen hierbei wieder eine zentrale Rolle. Nun stehen vor allem Engstellen der Gallenwege mit Cholestase,

Fieber und ggfs. intrahepatischen Abszessen eine Herausforderung dar. In der Regel sollten Patienten zunächst interventionell gestentet und drainiert werden. Sollte ein Patient im Stentprogramm über 1 Jahr (hausinterner Algorithmus) weiterhin Probleme aufweisen, stellen wir die Indikation zur Anlage einer biliodigestiven Anastomose. Diese erfolgt in der Regel als Hepaticojejunostomie (Y-Roux-Rekonstruktion) mit oder ohne Anlage einer transhepatischen Neuhaus-Drainage, die über den Darm ausgewitzelt wird und bei einer Leckage als Schienung und Entlastung zum sekundären Abheilen dient. Die Einlage der Neuhaus-Drainage erfolgt vor allem bei feinen Gallengängen und diffizilen, in der Tiefe mit schmalem Zugang angelegten Anastomosen, die ein hohes Risiko für eine Insuffizienz aufweisen.

Daneben stellen vor allem Bauchwanddefekte, die entweder als Leistenhernie oder Nabelhernie bereits vorbestanden, Operationsindikationen dar. Diese Defekte werden bei uns grundsätzlich vor der Transplantation nur dann versorgt, sollte es zu einer Einklemmung kommen. Ansonsten besteht ein zu hohes Dekompensationsrisiko für Patienten, die sich mit einer Child B- bis C-Zirrhose einem operativen Eingriff unterziehen müssen. Als direkte Folge der verminderten Wundheilung unter Immunsuppression (nochmals erhöht, wenn Sie einen mTOR-Inhibitor wie Sirolimus oder Everolimus einnehmen müssen), treten vermehrt Narbenbrüche auf. Diese können mittels Trennen der einzelnen Faszienelemente und unter Zuhilfenahme von Kunststoffnetzen wirkungsvoll und kosmetisch ansprechend versorgt werden.

Sonstige chirurgische Eingriffe

Sollten andere operative Eingriffe notwendig sein und diese sind in ihrer Häufigkeit und ihrem Spektrum den Eingriffen in der nichttransplantierten Population in etwa gleichzusetzen, so sollte Ihr Operateur wissen, dass Sie transplantiert sind und welche immunsuppressiven Medikamente Sie einnehmen. Everolimus und Sirolimus sollten mindestens 1 Woche vor und 6 Wochen (ggfs. in der Fachinformation nachlesen) nach dem Eingriff nicht eingenommen und unter Spiegelkontrolle und Kontrolle der Nebenwirkungen auf eine andere immunsuppressive Medikation umgestellt werden. In Abhängigkeit von der Schwere des Eingriffs kann es darüberhinaus notwendig werden, einzelne Medikamente ganz abzusetzen oder zu pausieren. Die Behandlung in einer Klinik, die Erfahrung in der Betreuung transplantierter Patienten hat, ist aus unserer Sicht dringend zu empfehlen.

Schluss

Zusammenfassend kann im frühpostoperativen Verlauf die operative Revision

GLOSSAR

Leistenhernie: Leistenbruch

Nabelhernie: Nabelbruch

Nekrose: Absterben von Gewebe

Neuhaus-Drainage: Ableitung der Gallenflüssigkeit nach Punktion eines Gallengangs (unter Röntgenkontrolle) über eine Drainage nach außen

operative Revision: erneute Operation zur genauen Darstellung und Beseitigung von Komplikationen

Peritonitis: Bauchfellentzündung

Pfortaderhochdruck: erhöhter Druck in der Pfortader (führt Blut vom Darm zur Leber) durch die Dichtezunahme der Leber

Pleurablätter: Rippenfell (äußere Auskleidung des Brustraums) und Lungenfell (überzieht die Lunge)

portocaval Shunt: Umleitung des Blutflusses aus der Pfortader direkt in die zum Herzen führende Hohlvene unter Umgehung der Leber (im beschriebenen Fall fehlt diese)

Quickwert: Laborwert zur Überprüfung der Blutgerinnung

Retransplantation: erneute Transplantation

Stents: Röhrchen aus Metall oder Plastik, die ein Gefäß von innen schienen und dadurch offen halten

Thoraxdrainage: zwischen die Pleurablätter eingebrachter Schlauch, der Flüssigkeit aus dem Pleuraspalt absaugt

Tranexamsäure: Arzneimittel zur Unterstützung der körpereigenen Blutgerinnung

Transaminasen: Enzyme der Leberzellen, die nur bei einer Leberschädigung in die Blutbahn gelangen (GOT, GPT)

transhepatisch: durch die Leber hindurch

„Stenten“: mit einem Stent versorgen

Übernähung: Rekonstruktion durch Naht

Y-Roux-Rekonstruktion: Gallengang und Pankreasgang werden in eine blind endende Dünndarmschlinge eingeleitet, die zuvor aus der Darmkontinuität ausgeschaltet wurde

Glossar: Dr. Petra Matulla

von organbedrohenden Komplikationen notwendig werden. Blutungen, Gefäßverschlüsse, Galleleckagen und Pleuraergüsse sind hier die häufigsten Komplikationen. Im mittel- bis langfristigen Verlauf stehen vor allem Gallenwegskomplikationen und Bauchwandbrüche im Vordergrund.

Gar nicht so selten erleiden Patienten nach einer Lebertransplantation Narbenbrüche und es steht die Frage im Raum, ob operiert werden muss oder nicht oder ob diese Brüche gefährlich sind oder nicht. Auch verschiedene Operationsmethoden sind in der Diskussion. Wie so oft in der Medizin gibt es hier kein allgemeingültiges Ja oder Nein. Klarheit soll uns ein Interview zu dem Thema mit Dr. med. Mark Philipp, Facharzt für Chirurgie/Viszeralchirurgie vom Universitätsklinikum Rostock, bringen.

Hernienreparation nach Lebertransplantation



Foto: privat

Dr. med. Mark Philipp

Leiter Arbeitsbereich Minimalinvasive Chirurgie, Hernienchirurgie, Endokrine Chirurgie
Chirurgische Universitätsklinik Rostock

Sie leiten an der Chirurgischen Universitätsklinik Rostock den Arbeitsbereich für minimal-invasive Chirurgie und Hernienchirurgie. Was bedeutet das und inwiefern haben Sie mit lebertransplantierten Patienten zu tun?

In der Allgemein- und Viszeralchirurgie handelt es sich bei einer Hernie, die umgangssprachlich auch als „Bruch“ bezeichnet wird, um eine Lücke im Bereich der vorderen Bauchwand, durch die Eingeweide hindurchtreten können und woraus sich Probleme wie eine akute Einklemmung oder chronische Schmerzen ergeben können. Die Weiterentwicklung der „Schlüssellochtechniken“, die wir auch als minimal-invasive Chirurgie bezeichnen, hat sich auch im Bereich der RepARATION solcher Bauchwandbrüche fest etabliert, so dass wir das Zugangstrauma für das Einbringen eines Netzes, dies ist in der Regel bei einem Narbenbruch erforderlich, erheblich minimieren konnten. An der Chirurgischen Universitätsklinik Rostock sind wir ebenfalls Transplantationszentrum, so dass in der Nachbetreuung der lebertransplantierten Patienten ebenfalls Probleme der Bauchwand an mich herangetragen werden.

Wie häufig muss man mit einer solchen Hernie nach einer Lebertransplantation rechnen?

In großen Studien hat sich gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit für die Ausbildung eines Bauchwandbruchs nach Lebertransplantation zwischen 5 und 34 % variiert. Realistisch, und das spiegelt sich auch in unserem eigenen Patientengut wider, muss man mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 10 % für die Ausbildung

eines Bruches rechnen. Findet sich erst einmal eine Lücke in der bindegewebigen Schicht der Bauchwand (Faszie), ist meist mit einem Fortschreiten der Größe des Bruches zu rechnen. Dennoch gibt es kleine Bruchlücken, die unserer Statistik entgehen. Natürlich sind insbesondere lebertransplantierte Patienten in einem engen Nachsorgeschema, so dass hier auch Probleme im Bereich der Bauchdecke zügig erkannt werden können.

Das heißt, einer von zehn Patienten nach Lebertransplantation muss auf jeden Fall nochmals operiert werden? Das hört sich ganz schön viel an?!

Letztendlich muss man realistisch sagen, dass die Ausbildung einer Narbenhernie nach einem Eingriff am Bauch mit 10 % auch für andere Operationen als realistisch anzugeben ist. Bei der Lebertransplantation kommen Risikofaktoren hinzu. Eine vorbestehende Leberzirrhose mit Entwicklung von Bauchwasser (Aszites), die in vielen Fällen vor einer Lebertransplantation besteht, schwächt die Bauchdecke erheblich bereits vor der Transplantation. Die Gabe von Immunsuppressiva und Steroiden erhöht das Risiko für die Ausbildung von Wundproblemen, die dann in der Folge meist auch zu einer Schwäche der Bauchwandfaszie führen. Der klassische Zugangsweg zum Oberbauch für die Lebertransplantation besteht ja in einer queren Oberbauchlaparotomie, die sternförmig nach oben hin erweitert wird. Dieser Zugang ist für den Bauchdeckenverschluss durchaus als problematisch anzusehen und bildet nach einer Operation eine erhebliche Schwachstelle.

Wann muss man an das Einsetzen eines Netzes denken?

Grundsätzlich gilt heute bei einer Narbenhernie das Einbringen eines künstlichen Netzes als Standard, unabhängig von der Größe der Bruchlücke. Reparationen ohne die zusätzliche Verstärkung mit einem Fremdmaterial, also nur mit dem Gewebe des Patienten – hier gibt es verschiedene Techniken, die auch über viele Jahre sehr vielversprechend angewandt wurden –, führen in über 50 % der Fälle zu einem Wiederholungsbruch, wir sprechen dann von einem Rezidiv. Jede weitere Operation im Bereich eines Bruches wird schwieriger und kann mehr Kompli-

kationen erzeugen. Man darf nicht vergessen, dass jede erneute Eröffnung des Bauches mit erheblichen Problemen behaftet sein kann, insbesondere wenn der Patient unter Immunsuppression steht.

Wie kann man sich so ein Netz vorstellen?

Es handelt sich in der Regel um synthetische Materialien wie z.B. Polyester, die industriell hergestellt werden und eine flache, netzartige Struktur haben. Wichtig ist, dass es sich um leichtgewichtige Netze mit großen Poren handelt, die vom Körper durchwachsen werden, d.h. das Netz verstärkt die Bauchwand und sorgt für eine induzierte, also künstlich erzeugte Narbenbildung, dadurch wird eine dauerhafte Stabilität erreicht.

Gibt es Risiken bei dem Einbringen von Netzen?

Das Einbringen von Fremdmaterial wie im Fall eines Netzes zur Versorgung einer Hernie ist, ähnlich dem Einbringen von Endoprothesen, immer mit der Gefahr verbunden, dass, wenn sich eine bakterielle Entzündung ergibt, sie an solchen Fremdkörpern dauerhaft verbleibt (persistiert). Das kann im schlimmsten Fall zu einer ausgedehnten Infektion führen, die dann auch die Entfernung des Netzes erfordern kann. Minimal-invasive Techniken können sehr hilfreich sein, d.h. wir können heute bis zu einer bestimmten Bruchlücken-größe relativ elegant über kleine Schnitte auch beim voroperierten Patienten und sogar beim lebertransplantierten Patienten Netze in den Bauch einbringen und dadurch das Risiko der Infektion deutlich verkleinern. Solche in den Bauch eingebrachten Netze waren vor 20 Jahren noch relativ schwer vorstellbar. Zum einen befürchtete man die Verwachsungen, moderne Netze haben eine spezielle anti-adhäsive Beschichtung, zum anderen galt die Laparoskopie (Bauchspiegelung) beim Leberkranken und transplantierten Patienten als nicht durchführbar.

In der modernen Schlüssellochchirurgie gibt es hier keine Einschränkung mehr. Neuere Studien haben auch gezeigt, dass offensichtlich solche minimal-invasiven Netzverfahren (wir sprechen auch von der sogenannten IPOM-Technik, IPOM bedeutet intraperitoneales Onlay-Mesh) die Rate an Rezidiven (Wiederholungsbrüchen) niedrig halten.

Wie häufig sehen Sie denn solche Rezidive?

Ich hatte ja bereits darauf hingewiesen, dass die Art des Zugangs bei einer Lebertransplantation häufig in einem sternförmigen Oberbauchzugang liegt. Das Problem kann hier vor allem bei der offenen Operation sein, dass man eine gute Schicht finden muss, in die man ein Netz einlegt. Ein Rezidiv bleibt bei nicht ausreichend verstärkter Bauchwand durchaus im Bereich des Möglichen, weil sich die Druckverhältnisse nach der OP sofort verändern. Man muss sich vorstellen, dass ein Patient, der normal am Leben teilnimmt, zur Arbeit geht, Sport treibt, presst (Husten, Stuhlgang), regelmäßig Druck im Bauch aufbaut. Besteht eine Schwachstelle, wird sich wieder ein Bruch bilden können. Die Rate der Wiederholungsbrüche wird in den großen Studien, und das entspricht auch unseren Daten, mit etwa 15% angegeben. Dies liegt auf den ersten Blick höher als die ursprüngliche Bruchrate, zeigt aber eindeutig auch ein weiteres Problem, welches ich bisher noch nicht erwähnt habe: Es gibt offensichtlich Patienten, die eher zu Brüchen neigen. Zum einen kommen da die von mir schon genannten Risikofaktoren hinzu, zum anderen muss man auch daran denken, dass ein Nikotinabusus, der ja meist zu einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung führt (chronischer Husten) oder auch Beschwerden einer chronischen Verstopfung, die zu einem vermehrten Pressen beim Stuhlgang führen, aber eben auch genetische Dispositionen ein Problem sein können, d.h. ein Patient, der erst einmal einen Bruch ausbildet, wird eine gewisse Tendenz haben, immer zu Brüchen zu neigen, auch an anderer Lokalisation (Leistenbruch, Nabelbruch).

Merkt der Patient später das Netz im Alltag?

Die Netze haben eine Einheilungszeit von ca. sechs Monaten. Ich hatte schon die erwünschte Narbenbildung erwähnt

bzw. das Ein- und Durchwachsen von körpereigenem Gewebe. Der Patient wird nach einem Zeitraum von 6–12 Monaten das Netz nicht mehr merken. Man muss sich aber vorstellen, dass der Patient ja mit einer Bruchlücke in die Operation hineingeht, d.h. er hat Schmerzen und eine erhebliche Instabilität der Bauchdecke. Er profitiert von der Operation auf jeden Fall. Natürlich verbleibt eine große Bauchwunde und der Patient wird insbesondere, was die sportliche Aktivität angeht, also das ausgedehnte Training mit seinen Bauchmuskeln, immer dem gesunden bzw. nicht voroperierten Patienten unterlegen sein. Diese Einschränkung nimmt aber sowohl der Chirurg als auch der Patient dann in Kauf.

Und wenn später nochmals eine Operation am Bauch durchgeführt werden muss?

Das Interessante ist, dass wir durch die Verstärkung mit dem Netz und nach der o.g. Einheilungszeit im Prinzip jederzeit durch das Netz hindurch wieder den Bauch eröffnen können. Das erneute Vernähen des Netzes, das sich ja dann in den Bauchschichten befindet, stellt kein Problem dar. Man hat lange Zeit gedacht, dass man durch diese Netze hier Probleme erzeugt, dies hat sich aber nicht bestätigt.

Sie hatten vorhin die Art des Netzes erwähnt. Gibt es verschiedene Materialien, die man verwenden kann?

Prinzipiell ist der Markt für solche Netzmaterialien sehr groß und auch etwas unüberschaubar geworden. In Deutschland haben wir etablierte Firmen, mit denen wir zusammenarbeiten und die alle zertifizierte Produkte auf den Markt bringen. Wir verwenden Polypropylen- und Polyester-Netze. Es gibt Bemühungen, biologische Implantate in die Bauchwand einzubringen. Diese Implantate werden von meist tierischem Gewebe gezüchtet und azellularisiert (damit die Immunogenität

verschwindet). Diese Netze sind sehr teuer (meist im Bereich mehrerer tausend Euro) und müssen extra bei den Krankenkassen beantragt werden. Die Ergebnisse des Einbringens solcher biologischer Netze sind auch hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Wir haben uns darauf beschränkt, solche Netze einzubringen, wenn wir schon in eine von vornherein infektiöse Situation der Bauchdecke hineingehen; in seltenen Fällen kann es sein, dass eine Hernie mit einer Wundinfektion so hartnäckig fortschreitet, dass wir vor der Operation wissen, dass wir es mit Keimen zu tun haben. In diesem Fall sind biologische Netze eine gute Alternative unabhängig von deren Kosten. Hier geht es um die Sicherheit des Patienten und das Verhindern mehrerer weiterer Operationen. Eine weitere neue Entwicklung besteht in der Kombination eines synthetischen und gleichzeitig resorbierbaren Implantats (d.h. das Netz wird sich innerhalb der ersten 24 Monate auflösen). Die Idee ist, dass das Implantat bis zu seiner vollständigen Resorption (Auflösung) so viel Narbengewebe erzeugen kann, dass die Stabilität ausreicht. Leider sind die Ergebnisse hier noch nicht langfristig verankert – es fehlen Daten, die über fünf Jahre hinausgehen. Man sollte dies mit dem Patienten ausführlich besprechen. Gerade für diesen Fall haben wir eine eigene Sprechstunde, die sich mit solchen Problemen beschäftigt.

In diesem Zusammenhang sei vielleicht der Hinweis erlaubt, dass es sich bei einem Bruch im Bereich der Bauchwand keineswegs um eine Kleinigkeit handelt und damit der Patient an ein Zentrum gehört, insbesondere dann, wenn es sich um einen Narbenbruch handelt.

Vielen Dank für Ihre Mühe. Dr. Philipp ist für Interessierte mit spezifischen Problemen auch per Mail erreichbar: mark.philipp@med.uni-rostock.de

Die Fragen stellte Jutta Riemer.

Harro Albrecht Schmerz – Eine Befreiungsgeschichte

Schmerz ist eine menschliche Ur-Erfahrung und das Symptom, das Menschen am häufigsten zum Arzt treibt. Mehr als 16 Millionen Deutsche leiden unter andauernden oder wiederkehrenden Schmerzen. Doch die Schmerzmittel, die ihnen verordnet werden, haben mitunter schwere Nebenwirkungen und helfen nicht immer. Die Lösungsvorschläge der Pharmaindustrie und der Biomedizin erweisen sich zunehmend als Sackgasse. An ihre Stelle sind Neurobiologen, Psychologen und Soziologen getreten, die einen neuen Blick auf das Phänomen Schmerz erlauben. Der Arzt und Wissenschaftsjournalist Dr. med. Harro Albrecht, Jahrgang 1961, führt ebenso spannend wie erkenntnisreich durch die Welt des Schmerzes. Er spricht mit Medizinern, mit Naturwissenschaftlern ebenso wie mit Geisteswissenschaftlern, mit Leidenden, mit Hoffnungsvollen, mit lustvollen Schmerzgenießern und mit Verzweifelten. Sein Resümee: Schmerz ist weit mehr als eine körperliche Empfindung. Schmerz besitzt auch eine gesellschaftliche Dimension und erzählt von unserem Geist-Körper-Verhältnis ebenso wie von kulturellen Prägungen und religiösen Wertorientierungen. Diese Erkenntnis macht Mut: Linderung ist möglich. Aber wir müssen lernen, anders mit Schmerzen umzugehen.



Lebertransplantation und Depression Ursachen – Verlauf – Perspektive



Foto: privat

Dr. med. Gertrud Greif-Higer MAE
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Liaisondienst Transplantationsmedizin
Universitätsmedizin Mainz

Eine Lebertransplantation (Ltx) ist eine sehr erfolgreiche Behandlung, die es ermöglicht, schwer und schwerstkranken Menschen ein gutes Leben zu schenken.

Trotz Komplikationen, Medikamenten-Nebenwirkungen und Folgeerkrankungen, die die Betroffenen in ganz unterschiedlichem Maße treffen können, erscheint es zunächst wenig verständlich, weshalb seelische Beschwerden nach einer Ltx – also im Erfolgsfall – ein nennenswertes Problem darstellen könnten. Fakt ist allerdings, dass bei etwa 25–30% der Lebertransplantierten zumindest zeitweise depressive Beschwerden bestehen, oft kombiniert mit Angst und anderen Symptomen, die eine fachlich gute Behandlung benötigen. Das ist v.a. auch deshalb so wichtig, weil Transplantierte mit einer Depression ein deutlich schlechteres Überleben haben.

Was versteht man unter einer Depression?

Depressionen sind häufig vorkommende Störungen.¹ Es ist derzeit davon auszugehen, dass zwischen 8 und 11% der erwachsenen Bevölkerung unter relevanten depressiven Symptomen leiden, Frauen sind statistisch fast doppelt so häufig betroffen. Der Geschlechterunterschied kann zumindest teilweise darauf beruhen, dass Frauen depressive Beschwerden nicht nur häufiger wahrnehmen, sondern auch eher bereit sind, darüber zu sprechen und Hilfe zu suchen. Betroffene leiden typischerweise unter einer gedrückten Stimmungslage und einer Verminderung von innerem Antrieb und gelebter Aktivität. Hinzu kommen oft Schlaf- und Appetitstörungen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit. Vielfältige körperliche Symptome können hinzukommen, z.B. Schmerzen, Unwohlsein, Brust- und Bauchbeschwerden sowie Schwindel (Tabelle).

Vielfach liegen auch Angstsymptome vor. Die Spannweite der Ausprägung einer Depression ist hoch.

Im schlimmsten Falle fühlen sich die Erkrankten vollständig gehemmt und leben ohne Bedürfnisse, Interessen und Aktivitäten in einer Art „innerem Käfig“ (Depressive Störung; F32 und F33 nach ICD 10²). **Leichte Ausprägungen** von Depression zeigen v.a. eine gedrückte Stimmungslage, Antriebsstörungen und wechselnde Allgemeinbeschwerden (z.B. ICD 10 F34.1). In vielen Fällen stehen „scheinbare“ körperliche Symptome im Vordergrund. Das kann dazu führen, dass diese Fälle falsch eingeordnet, nicht als Depression erkannt und auch nicht korrekt behandelt werden.

Depressionen bestehen meist nicht dauerhaft, sondern es zeigen sich immer wieder Phasen der Besserung, an die sich dann wieder Krankheitsphasen anschließen. Oft lässt sich ein Auslöser für eine erneute depressive Phase finden. Depressionen reduzieren die Lebensqualität der Erkrankten schwerwiegend, führen langfristig zu Rückzug aus dem sozialen Leben mit allen Folgen, u.a. auch zu Arbeitsunfähigkeitszeiten und Berentungen.

Als **Ursache von Depressionen** ist nach heutigem Kenntnisstand ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren anzunehmen.³ Sowohl schwerwiegende lebensgeschichtliche Erlebnisse und Verletzungen können zur Entwicklung einer Depression führen (psychosoziale Faktoren), aber auch ererbte Komponenten, die die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, erhöht (neurobiologische Faktoren). Die beiden Komponenten kommen häufig zusammen. Im Einzelfall müssen die jeweils vorliegenden Faktoren sehr genau aufgeschlüsselt werden, um die Behandlung korrekt wählen zu können.

Wie lassen sich Depressionen diagnostizieren?

Das Herzstück der Diagnostik depressiver Erkrankungen ist ein diagnostisches Gespräch. Damit gelingt es sehr schnell, die Symptome herauszufinden, auch dann, wenn diese nur leicht oder atypisch ausgeprägt sind, z.B. in Form funktioneller körperlicher Beschwerden. Für die standardisierte Untersuchung stehen zahlreiche Fragebogen zur Verfügung, die die Diagnostik ergänzen.

In welcher Form kommen Depressionen bei Transplantierten vor?

Das Vorkommen von Depressionen bei körperlichen Erkrankungen, Störungen oder im Rahmen von schwerwiegenden Behandlungsmaßnahmen sind häufig.⁴ Am häufigsten sind Depressionen als von der körperlichen Erkrankung unabhängige, oft schon vorher vorliegende Störung (Co-Morbidität) sowie als Belastungsreaktion oder Anpassungsstörung als Reaktion auf die körperliche Krankheit oder auch auf eine eingreifende Behandlung. Dies trifft bei vielen Patienten vor und auch nach einer Ltx zu und wird in zahlreichen Studien bestätigt, ohne dass bisher wissenschaftlich genau belegte Daten vorliegen.

Vor einer Ltx können sich durch die schwere Lebererkrankung, die damit verbundenen, schweren körperlichen Beschwerden und v.a. die oft lange Wartezeit depressive Störungen entwickeln. Die Kranken und ihre Angehörigen müssen sich mit der Erkrankung und einer möglichen lebensbedrohlichen Verschlechterung, stationärer und auch intensivmedizinischer Behandlung und immer wieder mit den Ängsten, nicht rechtzeitig ein Transplantat zu erhalten, auseinandersetzen, ein täglicher Kampf zwischen Todes-

Tabelle: Depression – Klassische Symptome

Hauptsymptome	Gedrückte Stimmung, Traurigkeit, Niedergeschlagenheit Desinteresse Freudlosigkeit Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit, oft schon nach kleinen Anstrengungen
Nebensymptome	Appetitlosigkeit Schlafstörungen Konzentrations- und Entscheidungsstörungen Geringes Selbstwertgefühl Schuldgefühle Negativistische und pessimistische Zukunftsgedanken Verschiedene körperliche Beschwerden Selbsttötungsgedanken und -versuche

angst und Lebenshoffnung. Liegt schon seit längerem ein depressives Leiden vor, kann sich dieses verschlechtern. Durch die Niedergeschlagenheit, Mutlosigkeit und Antriebsminderung kann sich die Fähigkeit der Patienten zur Mitarbeit und zur Mobilisierung der eigenen Kräfte verschlechtern. Dies darf nicht mit Adhärenzstörungen per se verwechselt und im schlechtesten Fall als Kontraindikation für eine Ltx fehlverstanden werden.

Besonders bei Patienten, bei denen als Ursache der Lebererkrankung eine Alkohol-assoziierte Störung (Alkoholmissbrauch/Alkoholabhängigkeit) gilt, liegt eine problematische Situation vor. Nach Beendigung des Alkoholkonsums können verdrängte oder verleugnete depressive Symptome deutlicher hervortreten, die zusammen mit den geschilderten Belastungen der Wartezeit ein erhebliches Ausmaß annehmen können. Auch hier muss sehr sorgfältig differenziert werden. Fachliche Kompetenz durch Psychotherapeuten, Psychologen bzw. Psychiater ist unbedingt einzuholen, erforderlichenfalls auch als dauerhafte Mitbehandlung, insbesondere dann, wenn die Gefahr besteht, dass es durch die Depression zu einem Alkoholrückfall kommen kann.

Nach der Ltx besteht zunächst die Gefahr, dass bereits vorbestehende und möglicherweise nicht genügend beachtete depressive Beschwerden weiter bestehen können. Sie fallen oft erst zu dem Zeitpunkt auf, weil allgemein nach einer Transplantation Freude und Stimmungshhebung erwartet werden, die dann ausbleiben. Vor der Ltx scheint eine gedrückte Stimmung als „normal“ zu gelten. Bei einem Teil der depressiven Patienten kann die Stimmungslage aber auch in ein sehr starkes „Hoch“ umschlagen, als hypomane Stimmung bezeichnet. Dann scheint alles möglich, der Aktivitätswunsch ist sehr hoch, die Welt wird „umarmt“. Diese Stimmung besteht meist nur kurz, ist nicht stabil und führt dann in vielen Fällen zurück in die Depression mit allen negativen Folgen.

Bei einigen Patienten entstehen in dieser Phase erstmals depressive Symptome, oft erst nach einer Latenz von einigen Wochen und Monaten nach der Ltx. Die Ursachen sind häufig psychosoziale Faktoren, die z.B. in der Alltagssituation der Patienten zu suchen sind oder beim Auftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen.

Kranke, die oft sehr lange auf die lebensrettende Behandlung warten müssen, knüpfen daran vielfältige Hoffnungen. Dies betrifft auch Erwartungen an das private und berufliche Leben sowie neue Chancen der Lebensgestaltung, die sich dann so nicht einstellen. Aus dieser

Enttäuschung können sich depressive Symptome entwickeln, die dann oft nicht berichtet werden – in der fehlerhaften Vermutung, dass jeder nach einer Transplantation dankbar und gut gelaunt sein müsste. Das Auftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen können die Kapazität der Erkrankten überfordern, diese nun auch noch zu bewältigen, wieder und vielleicht mehrfach eine stationäre Behandlung „ertragen“ zu müssen. In jedem Fall ist es von herausragender Bedeutung, psychosomatisch-psychologische bzw. psychiatrische Fachbehandlung hinzuzuziehen, zumal sich durch die depressive Symptomatik auch gravierende Folgen für das Gesamtergebnis der Ltx ergeben können.

Ltx, Depression und Adhärenz

Zahlreiche Studien weisen eindrucksvoll darauf hin, dass depressive Störungen nicht nur die Lebensqualität der Transplantierten erheblich mindern und damit das Ergebnis der Behandlung reduzieren, sondern auch einen erheblichen negativen Einfluss auf die Fähigkeit zur stabilen Mitarbeit (so genannte Adhärenz) haben können.⁵ Diese Zusammenhänge bestehen während des gesamten Langzeitverlaufs. Auch Depressionen nach Jahren oder sogar Jahrzehnten nach einer Ltx mit einer Störung z.B. der Einnahme der Immunsuppression kann fatale Folgen haben. Die dann auftretenden Spätabstoßungen sind eine weit größere Gefahr, das Transplantat dauerhaft zu schädigen oder ganz zu zerstören mit der Folge einer Re-Transplantation oder eines Versterbens.

Wie können Depressionen behandelt werden?

Die Standardbehandlung von Depressionen besteht aus einer **psychotherapeutischen Behandlung** durch kompetente Therapeuten und bei schwerwiegenderen Formen durch antidepressiv wirkende Medikamente. Allerdings sind in Deutschland weniger als 10% der Betroffenen ausreichend behandelt, weniger als 5% auch dauerhaft.⁶ Bei Patienten mit schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen ist die Situation noch problematischer, weil die Symptome häufig übersehen oder in ihrer Bedeutung als unwesentlich eingeschätzt werden.

Die überarbeiteten Richtlinien der Bundesärztekammer⁷ schreiben zunehmend die systematische Einbeziehung **psychotherapeutischer Fachkompetenz** vor. Diese soll v.a. in die Entscheidung vor Listung zur Ltx und zur Verlaufsevaluation in der Wartezeit einbezogen werden. Es ist allerdings ebenso wichtig, im Verlauf bei Auftreten von Stimmungsveränderungen

der Betroffenen, bei besonders belasteten Entwicklungen der körperlichen Erkrankung(en) oder auch Problemen in der Therapieadhärenz psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung sofort mit einzubeziehen. Ziel ist es, die Patienten, aber auch ihre Angehörige, frühzeitig zu entlasten und eine Behandlung ohne große Hürden anzubieten. Sollte eine langfristige Behandlung erforderlich werden, kann diese auch wohnortnah stattfinden, sollte aber organisatorisch vom Transplantationszentrum unterstützt werden.

Die **medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva** ist sowohl vor als auch nach einer Ltx nicht einfach. Einige Punkte seien aufgezählt:

- Antidepressiva haben – ebenso wie andere wirksame Medikamente – eine Fülle von Nebenwirkungen, v.a. auch auf die Leberfunktion. Bei schweren Lebererkrankungen, die ja in der Regel vor einer Ltx vorliegen, kann sich diese unter Gabe von Antidepressiva verschlechtern. Das schließt nicht in jedem Fall die antidepressive Medikation aus, aber sie sollte nur nach sorgfältiger Abwägung der Vor- und Nachteile und bei kontinuierlicher Überprüfung der Leberfunktion gegeben werden. Nicht nur der wohnortnah behandelnde Arzt, sondern auch das Transplantationszentrum sollten in die Entscheidung zu dieser Behandlung zwingend einbezogen werden.
- Nach der Ltx muss eine dauerhafte immunsuppressive Behandlung durchgeführt werden. In vielen Fällen sind auch noch weitere Medikamente erforderlich, z.B. Antibiotika, Mittel zur Hepatitis-Behandlung und anderes mehr. Alle diese Medikamente haben auch Wirkungen untereinander. Antidepressiva können mit den bereits bestehenden Medikamenten interferieren und Medikamentenspiegel verändern. Auch dies schließt die Gabe von Antidepressiva nicht aus, allerdings nur unter engmaschiger Beobachtung der Laborparameter und des Befindens und nur in Rücksprache mit dem Transplantationszentrum.
- Eine Selbstmedikation mit frei käuflichen Präparaten, die häufig als ungefährlich eingestuft werden, verbietet sich immer! In vielen Präparaten sind Inhaltsstoffe enthalten, die ebenfalls auf die Medikamentenspiegel einwirken können. Dies betrifft insbesondere das Johanniskraut, bei dem eindeutig nachgewiesen wurde, dass die Spiegel von Immunsuppressiva verändert werden. Die Einnahme von Johanniskraut als Tablette oder auch in Beimischungen ist deshalb nach einer Ltx absolut verboten.

Bei fachgerechter Behandlung, die in Abwägung des bestehenden depressiven Krankheitsbildes, möglicher Ursachen und Auslöser, sonstiger bestehender Erkrankungen und Medikamente erfolgen muss, gelingt es aber gut, die Patienten auch im Kontext einer Ltx erfolgreich zu behandeln.

Zusammenfassung und TIPPS

- Depressive Symptome und depressive Störungen sind sowohl vor als auch nach einer Lebertransplantation häufig. In vielen Fällen stellt sich das Beschwerdebild nicht typisch dar oder wird im Schweregrad nicht korrekt eingeschätzt.
- Depressive Störungen können bereits vor der Lebererkrankung bestehen oder sich durch die Belastungen der Erkrankung und der Transplantation, aber auch durch andere Lebensereignisse entwickeln oder verstärken.
- Die Vielfalt der Ausprägung depressiver Syndrome ist groß. Eine exakte Diagnostik der Ursachen und Auslöser bedarf der Einbeziehung von Psychotherapeuten/Psychologen/Psychiatern. Nur so gelingt es, das richtige Behandlungskonzept zu ermitteln.
- Bei der antidepressiven Behandlung sind Vorsichtsmaßnahmen erforderlich. Zu achten ist v.a. auf einen Einfluss der Medikamente auf die Leberfunktion und

Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, insbesondere Immunsuppressiva. Die Behandlung sollte nur in Rücksprache mit dem Transplantationszentrum erfolgen. Auf Johanniskraut-Präparate ist zwingend zu verzichten!

- Als Betroffene sollten Sie Ihre Ärzte unbedingt über seelische Beeinträchtigungen, Stimmungslagen, Änderungen Ihrer Interessen und Aktivitäten und allgemeine Befindlichkeiten informieren. Sollten Sie selbst den Verdacht haben, dass Sie an einer depressiven Symptomatik leiden, bestehen Sie bitte auf einer Vorstellung bei den Psychotherapeuten/Psychologen/Psychiatern Ihres Transplantationszentrums!

Referenzen:

- 1 Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi, Michael Klose und Livia Ryl (2010): *Depression. Bundesberichtserstattung Heft 51*. Herausgeber: Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt, Berlin
- 2 ICD 10 bezeichnet ein standardisiertes diagnostisches Manual, in dem alle Erkrankungen in Form von Ziffern katalogisiert werden. *Seelische Störungen beginnen mit dem Buchstaben F*.
- 3 Busch, M.A.; Maske, U.E.; Ryl, L.; Schlack, R.; Hapke, U. (2013): *Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. Bundesgesundheitsblatt 56
- 4 Härter, M.; Baumeister, H.; Bengel, J. (2007): *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Springer-Verlag
- 5 Beispielhaft: Corruble, E.; Barry, C.; Varescon, I.; Durrbach, A.; Samuel, D.; Lang, Ph.; Castaing, D.; Charpentier, B.; Falissard, B. (2011): *Report of depressive symptoms on waiting list and mortality after liver and kidney transplantation: A prospective cohort study*. BMC Psychiatry 11, 182-193
- Gorevsky, E.; Succop, P.; Sachdeva, J.; Cavanaugh, T.M.; Volek, P.; Heaton, P.; Chisholm-Burns, M.; Martin-Boone, J.E. (2013): *Is there an association between immunosuppressant therapy medication adherence and depression, quality of life, and personality traits in the kidney and liver transplant population*. Patient Preference and Adherence 7, 301-307
- Dew, M.A.; Rosenberger, E.M.; Myaskowsky, L.; DiMartini, A.F.; DeVito Dabbs, A.J.; Posluszny, D.M.; Steel, J.; Switzer, G.E.; Shellmer, D.A.; Greenhouse, J.B. (2015): *Depression and anxiety as risk factors for morbidity and mortality after organ transplantation: A systemic review and meta-analysis*. Transplantation; www.transplant-journal.com
- 6 Hegerl, U.; Pfeiffer, T. (2003): *Das Kompetenznetz Depression, Suizidalität*. Hausarzt Kolleg. Neurologie Psychiatrie 1, 62-65
- 7 <http://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/transplantationsmedizin/>

Nach der Lebertransplantation Wenn (dann doch) die Psyche wackelt – Gefangen im Gesundheitsprozess

S.T. (Name der Redaktion bekannt)

Ich spüre eine Schmerzwellen aus dem Unterbauch, alles zieht sich zusammen. Dann wieder. An manchen Tagen nur selten, an anderen Tagen häufiger, gerne bis zu zwanzig Mal pro Stunde. Es dauert etliche Wochen, bis ich merke, dass diese Schmerzwellen immer auftaucht, wenn ich irgendeinen belastenden Gedanken habe. Das kann ein Blick auf die Uhr sein, der nächste Termin oder eine andere Kleinigkeit. Über Psychosomatik habe ich immer etwas gelächelt, jetzt lerne ich sie kennen.

Was war passiert? Gut vier Monate vorher war ich transplantiert worden. Am Tag der Operation war ich guter Stimmung, ich hatte mir fest vorgenommen, alle Widrigkeiten zu durchstehen. Und Widrigkeiten gab es durchaus, wie nach fast jeder Transplantation. Zwei Monate nach der Operation und Reha kam ich nach Hause, ich war fast schon euphorisch, denn es ging mir gut, nach fast zwei Jahrzehnten

mit einer langsam fortschreitenden Lebererkrankung war meine dauernde Müdigkeit verschwunden, ich freute mich auf mein neues Leben. Endlich frei! Keine Diskussionen mehr mit Ärzten oder Pflegepersonal, keine falsch einsortierten Medikamente. Nur ein paar Sorgen begleiteten mich: Darf ich diesen Käse essen? Reicht mein Sonnenschutz auch aus? Werden die Werte besser? Aber abgesehen von diesen Fragen ging es mir gut, ich war glücklich daheim zu sein und gelegentlich auch wieder ins Büro zu schauen.

Aber noch nicht einmal zwei Wochen später eine unglückliche Verletzung, die hatte eigentlich nichts mit der Leber zu tun. Wieder ins Krankenhaus, wieder Reha. Meine ursprünglichen Pläne für Regeneration und langsame Rückkehr in die Arbeit waren zerstört. Bei der Ankunft in der Reha schnürt es mir die Brust zusammen: Ich bin wieder dort, wo ich gerade erst hergekommen war, fremdbestimmt.

Bei der ersten Reha hatte ich um den Psychologen einen Bogen gemacht, dies-

mal nicht. Neben einem guten Gespräch machen wir eine sogenannte Klopftherapie, beim dritten Durchgang breche ich vor Lachen zusammen. Na immerhin, war zwar so nicht gemeint, aber was soll's. Nach zwei Wochen habe ich das Gefühl, dass ich nach Hause kann. Doch die drei Wochen müssen abgesessen werden, weiterhin fremdbestimmt. Parallel arbeite ich wieder, mit Laptop und Telefon, mein Arbeitgeber war gut zu mir, also bin ich es auch. Inzwischen verspüre ich beeindruckende Stimmungsschwankungen. Bleierne Schwere liegt auf der Brust, dann wieder Freude über ein gutes Essen. Endlich die Freilassung, wenige Tage später geht die Arbeit wieder los. Ich bin traurig, dass ich die Erholung nach der Transplantation verpasst habe, aber was, ich bin ja hart im Nehmen!

Die ärztlichen Kontrolltermine im behandelnden Zentrum rauben Freizeit, aber ich bin ja zäh und ausdauernd. Immer wieder passen irgendwelche Werte nicht, die Ärztin telefoniert mit dem Hämato-

Onkologen. Zuversicht fördert das nicht. Aber ich arbeite weiter, inzwischen sind es Überstunden. Freude macht es kaum noch, aber ich bin ja zäh und ausdauernd. Danke ich mir.

Doch es wird schwer. Weiterhin Stimmungsschwankungen, zu Hause schnürt es mir die Brust zusammen. Auf dem Weg zur Arbeit schnürt es mir die Brust zusammen, auf dem Weg nach Hause schnürt es mir die Brust zusammen. Bereits kleine Entscheidungen kosten viel Zeit.

Irgendwann stelle ich fest, dass es im Wesentlichen Angstgefühle sind, die mich bedrücken. Eingangs erwähnte Schmerzwellen aus dem Unterbauch entpuppt sich als entkoppelter Schreckreflex, er kommt bei minimalsten Anlässen. Aha, wir kommen der Sache näher. Ich lese zu den Nebenwirkungen im Beipackzettel vom Tacrolimus: „Angsterscheinungen, [...] Depression, Stimmungsschwankungen (häufig)“. Ich spreche mit meiner Ärztin. Auch aus anderem Grund erfolgt nun eine Dosisreduktion vom Tacrolimus in Verbindung mit zusätzlicher Gabe von Everolimus. Wieder zweimal pro Woche Kontrolltermine, daneben die Arbeit. Everolimus begrüßt mich mit Kopfschmerzen. Nach zwei Monaten erneute Umstellung auf eine andere Kombination. Wieder Kontrolltermine. Es reicht allmählich. Dann Durchfall, Fieber, ein Virus. Es nervt. Die Stimmung ist immer wieder am Boden. Die Arbeit läuft aber.

Zwischenzeitlich hat eine Bekannte eine Psychotherapie empfohlen. Und ich werde konfrontiert mit den wahren Engpässen im Gesundheitswesen. Ich frage meine Ärzte und überall bekomme ich lange Listen mit Therapeuten, die alle keine Zeit haben. Immerhin, ein Arzt vermittelt einen Ausweichtermin. Wir sprechen, und das Kind bekommt einen Namen: „Anpassungsstörung“, das ist so etwas wie eine kurz andauernde posttraumatische Belastungsstörung. Also liegt die Psychoshow vielleicht nicht nur am Tacrolimus. Nach weiterem Hin und Her lande ich bei einem Therapeuten, der zumindest meinen Lebensweg nachvollziehen kann. Es sind neun Monate seit der Operation vergangen und ein halbes Jahr seit den ersten Stimmungsschwankungen.

Um die Ecke wohnt der Therapeut nicht, und so gehen drei Stunden für jeden Termin drauf. Meine Freizeit besteht zu einem guten Teil aus Kontrollterminen im Zentrum und Besuchen beim Psychologen. Nach zehn Terminen habe ich von ihm gelernt, dass meine Situation völlig verständlich sei, bei der ganzen Situation, das vegetative Nervensystem sei überlastet. So richtig viel hilft das nicht. Aber die eine oder andere Erkenntnis ist dabei – und ein Hinweis auf Entspannungsverfahren,

um die Überlastung des Körpers zu reduzieren.

Wirklich praktische Lebenshilfe bekomme ich woanders. Ich treffe jemanden, der nach einer schweren Operation mit der Psyche gekämpft hat, sein Motto gegen Grübeln und Entscheidungsschwierigkeiten: „Nicht denken, sondern machen.“ Ich lasse meinen Therapeuten an der langen Leine laufen, überlege zu wechseln, finde keinen anderen Therapeuten, mache dann wieder weiter (bloß keine Pause von mehr als sechs Wochen, sonst verfällt die Zahlungszusage). Eines Tages entscheide ich, dass mir die Termine mehr Stress bringen als Vorteile. Ich beschließe, lieber gesund zu sein, als regelmäßig über Psyche und Gesundheit zu sprechen. Es sind eineinhalb Jahre seit der Transplantation. Endlich werden die Kontrolltermine weniger, aber da kommt noch der längst fällige Jahres-Check. Wieder Arzttermine, wieder wird Freizeit verbrannt. Dann ist endlich Ruhe. Erstmals vergehen zwei Monate zwischen den Kontrollterminen. Ich bin wieder normal. An manchen Tagen vergesse ich sogar meine Leber. Nur der Stress in der Arbeit bleibt. Aber daran arbeite ich.

Kurz nach dem ersten Besuch beim Therapeuten habe ich im Internet nach Büchern zum Thema recherchiert, und damit begann eine sehr erfolgreiche „Bibliotherapie“. Es gibt Bücher voller konkreter Tipps, Hilfestellungen und Erläuterungen. Ich besorgte mir eine schöne DIN A5-Kladde mit Gummiband und begann, aus den Büchern die für mich hilfreichen Tipps, Erkenntnisse und Vorsätze herauszuschreiben. In den Notizen kann man dann immer mal wieder blättern, das hilft und so gehen die guten Vorsätze und Ideen nicht verloren.

Gegen die Angst hat die Natur die Gewöhnung gesetzt. Ich werde gelassener. Mal reißt der eine Wert aus, mal ein anderer. Hier ein Zipperlein, da ein Wehwehchen, dort eine Sorge. Aber ich lerne: „Man muss nicht aus jedem Laborwert eine Krankheit machen“ (das Sprüche-Lexikon für Ärzte kennt keine Grenzen).

Und hier meine Erste-Hilfe-Weisheiten:

- 1) Sich Zeit geben und Zeit nehmen für Regeneration und Erholung.
- 2) Nicht denken, sondern machen.
- 3) Rausgehen, andere Menschen treffen, auch solche, denen man nichts von der Transplantation erzählt.
- 4) Kleine und größere Ziele setzen und daran arbeiten.
- 5) Den Alltag planen, insbesondere auch das Wochenende.
- 6) Frühzeitig einen Therapeuten suchen.
- 7) Bücher zu Rate ziehen und damit arbeiten.

Meine Buchempfehlungen:

Die Liste ist nicht abschließend. Ich habe nicht alle Bücher vollständig durchgearbeitet, sondern mir Tipps aus verschiedenen Quellen geholt. Die Beschreibung ist meine persönliche Wertung.

Doris Wolf/Rolf Merkle: Gefühle verstehen, Probleme bewältigen – Eine Gebrauchsanleitung für Gefühle (pal, ISBN 978-3-923614-18-9)

(Erste schnelle Hilfe bei den verschiedensten unangenehmen Gefühlen, auch Ängsten und Depressionen. Wohl der beste Einstieg unter den hier genannten Büchern. Kurz und doch gut lesbar.)

Doris Wolf: Ängste verstehen und überwinden (pal, ISBN 978-3-923614-32-5)

(Erste schnelle Hilfe speziell bei Angstgefühlen)

David A. Clark/Aaron Beck: Ängste bewältigen – ein Übungsbuch (Junfermann, ISBN 978-3-87387-925-6)

(Eine gute Ergänzung, wenn der Therapeut keine Übungen, sondern nur Gesprächstherapie macht. Sehr konkret mit vielen guten Anleitungen. Erfordert aber etwas mehr Beschäftigung.)

Barbara Sher: Ich könnte alles, wenn ich nur wüsste, was ich will (dtv, ISBN 978-3-423-34662-7)

(Hervorragend für Menschen, deren Lebenssituation sich plötzlich geändert hat – oder die ansonsten über Beruf und Ziele im Leben nachdenken)

Christiane Stenger, Lassen Sie Ihr Gehirn nicht unbeaufsichtigt – Gebrauchsanweisung für Ihren Kopf (Campus, ISBN 978-3-59350012-6)

(Zusammengesammelte Weisheiten zu Psychologie und Selbstorganisation, aber unterhaltsam geschrieben – und ohne therapeutischen Beigeschmack)

David Allen: Getting Things Done, The Art of Stress-Free Productivity (Penguin, ISBN 978-0-14-200028-1), auch auf Deutsch erhältlich (Titel: Wie ich die Dinge geregelt kriege: Selbstmanagement für den Alltag)

(Etwas am Rande des Themas, aber hilfreich bei der Selbstorganisation)

John Kabat-Zinn: Gesund durch Meditation (Knaur, ISBN 978-3-426-87568-1)

(Standardwerk zu Achtsamkeit und Meditation. Umfangreich, aber man muss ja nicht alles lesen.)

Robert Stargalla: Progressive Muskelentspannung (Audio-CD, Neptun, ISBN 978-3-89321-510-2)

(Eine gute CD mit einer sehr unaufdringlichen Kombination aus progressiver Muskelentspannung und autogenem Training)

Von Ulrich R. W. Thumm

HCV-Infektion: Langzeitperspektive

Mit den zahlreichen, vor Kurzem entwickelten DAA-Wirkstoffen (DAA = Direct Acting Agents = direkt antivirale Wirkstoffe, die gezielt in die Vermehrung des HCV eingreifen) kann eine HCV-Infektion (Hepatitis-C-Virus) praktisch geheilt werden, im Sinne einer nachhaltigen Reduktion/Eliminierung der Viruslast (SVR = Sustained Virologic Response). Vor der Heilung bedarf es jedoch einer korrekten Diagnose. Dabei sollte man insbesondere beachten, dass bei Verschleppung der Infektion das Risiko, an Leberkrebs zu erkranken und zu sterben, sehr hoch ist; auch andere Krebsarten außerhalb der Leber (besonders Lunge, Pankreas, Non-Hodgkin-Lymphom, Nieren, Rektum) treten bei chronisch HCV-Infizierten signifikant häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung, mit entsprechend erhöhtem Sterberisiko. Frühzeitige Therapie ist also entscheidend.³ Es

wird aber geschätzt, dass bis zur Hälfte der HCV-Infizierten sich ihrer Infektion nicht bewusst sind oder nichts dagegen unternehmen. Dies gilt wahrscheinlich besonders für Migranten (siehe Kasten „Prävalenz von Virushepatitis (B und C) bei Flüchtlingen“ in der Rubrik Hepatologie). Somit haben die Empfehlungen der EASL von 2015 zum Umgang mit Hepatitis C (Screening und Behandlung) eine ganz besondere Bedeutung (siehe Kasten „Umgang mit Hepatitis-C-Virus-Infektion“ in der Rubrik Hepatologie).

Chronische HCV-Infektion führt meist zu Leberzirrhose und -krebs und bedarf zur Heilung in der Regel einer Ltx. Allerdings kann die Infektion auch nach Ltx wieder auftreten, es sei denn, der Patient wäre schon vor der Ltx mit den neuesten DAA (Interferon-freien)-HCV-Medikamenten behandelt worden. Ein italienisches

Ärzteteam bezweifelt jedoch, dass diese Art der Präventiv-Behandlung (analysiert auf Grundlage einer für alle Genotypen des HCV anwendbaren Behandlung mit Sofosbuvir/Ribavirin® bei zirrhotischen Patienten vor Ltx) angesichts der hohen Medikamentenkosten gerechtfertigt sei (nicht cost-effective).⁴ Die Medikamentenkosten müssten stark sinken, damit sie dem potenziellen Nutzen⁵ entsprächen. Diese Überlegungen werden jedoch von R. S. Brown von der Columbia University wegen methodischer Mängel und letztlich auch ethischer Überlegungen entschieden zurückgewiesen; immerhin könne eine Präventivbehandlung bei zirrhotischen Patienten auch dazu führen, dass eine Ltx nicht erforderlich wäre bzw. nach Ltx das Risiko eines Organverlustes oder von Morbidität verringert würde.⁶

Leberdialyse

Akutes und akutes-auf-chronisches Leberversagen (Acute Liver Failure, ALF; Acute on Chronic Liver Failure, ACLF) sind häufige Todesursachen bei zirrhotischen Patienten. Heilung ist praktisch nur durch zeitnahe Ltx möglich. Angesichts des Organmangels sind die Wartezeiten jedoch lang. Daher wurden (bioartifizielle und mechanische) Leberunterstützungsverfahren zur Überbrückung bis zu einer Ltx entwickelt.⁷ Mit dem meist verwendeten Verfahren (MARS®) konnte jedoch kein positiver Überlebensnutzen nachgewiesen werden;⁸ dies gilt auch für Prometheus®, ein

ähnliches, ebenfalls in Deutschland entwickeltes Leberdialyseverfahren. Die Verfahren wurden inzwischen weiterentwickelt, ausgehend von der Annahme, dass ihr Versagen darauf zurückzuführen sei, dass sie das angeborene Immunsystem nicht adäquat reduzierten und den Kreislauf von Albuminmolekülen zur Entgiftung der Leber des Patienten nicht in ausreichendem Maße wiederherstellten. In einer vielversprechenden, vorklinischen Studie (mit einem Schweinemodell) wurde das neue Verfahren untersucht im Vergleich zu Kontrollgruppen.⁹ Dabei wurde bei den

Schweinen ALF ausgelöst durch eine Überdosis von Acetaminophen (= in Deutschland: Paracetamol) mit lebertoxischen Wirkungen. Diejenige Gruppe von Schweinen (n = 9), die mit der neuartigen Leberdialyse behandelt wurde, hatte ein um 67 Prozent reduziertes Sterberisiko. Das University College London – Liver Dialysis Device (UCL-LDD = Leberdialysegerät des Universitätskollegs London) wurde vom Hersteller des ursprünglichen MARS-Verfahrens entwickelt. Aufgrund des positiven Ergebnisses stünde nach Auffassung der Autoren einer klinischen Studie nichts im Wege.

Fettleber

Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (nonalcoholic fatty liver disease, NAFLD) ist die hepatische Manifestation des metabolischen Syndroms. Sie ist in den letzten Jahren weltweit aufgrund zunehmenden Übergewichts und Fettleibigkeit zu einer der führenden Ursachen für chronische Lebererkrankungen geworden und ist assoziiert mit Diabetes und ischämischer oder koronarer Herzerkrankung. Eine aggressivere Form von NAFLD ist **NASH** (non-alkoholic steatohepatitis = nicht-alkoholische Fettleberentzündung). In einer kubanischen Prospektivstudie (mit spanischer und amerikanischer Beteiligung) wurden im Tertiären Medizinischen Zentrum von Havanna im Zeitraum von Juni 2009 bis Mai 2013 293 Patienten mit histologisch nachgewiesener NASH jeweils für 52 Wochen einem Programm mit **veränderter Lebensführung** (Niedrig-Kalorie-Diät, 750 kcal/Tag, und Bewegung, Gehen 200 Minuten/Woche) unterworfen.¹⁰ Die

Patienten wurden intensiv begleitet und überwacht. Alle Patienten reduzierten ihr Gewicht und verzeichneten Gewebe-Verbesserungen. Patienten mit über 10 Prozent Gewichtsabnahme waren sogar frei von NASH und hatten einen Rückgang der Fibrose. In einem Editorial im selben Heft von Gastroenterology¹¹ werden **verschiedene Ansätze zur Behandlung von NASH** verglichen: Gewichtsreduktion durch Diät und Bewegung; bariatrische Operation mit Magenverkleinerung; verschiedene medikamentöse Therapien. Auch wenn die Autoren etliche Beschränkungen in der kubanischen Studie monieren, geben sie per Saldo doch diesem Ansatz, den man vielleicht minimalistisch und natürlich nennen könnte, den Vorzug. Dabei wird betont, dass eine enge Begleitung und Beratung unerlässlich seien. Es ist wahrscheinlich auch kein Zufall, dass dieser Ansatz in Kuba untersucht wurde, wo Naturmedizin unter dem Zwang des allgemeinen Wirt-

schaftsboykotts als fast alleinige Therapiestrategie verfolgt werden musste.

Ein Alternativansatz gegen NASH wird in einer multizentrischen (italienisch-finnischen) Studie untersucht, und zwar unter **Verwendung von Statin** (= Cholesterinsynthese-Enzymhemmer, CSE, vulgo: Cholesterinsenker).¹² 1.201 Patienten wurden per Biopsie auf vermutete NASH untersucht; davon wurden 107 Patienten mit Statin behandelt. Der durchschnittliche BMI lag bei 34,0 kg/m² bei den 1.094 nicht mit Statin behandelten (N-S) und bei 36,2 bei den mit Statin behandelten Patienten (S). Bei den N-S-Patienten hatten ca. 25 Prozent Diabetes 2, bei den S-Patienten 52 Prozent. Es ergab sich, dass der Einsatz von Statin, je nach Dosierung, das Risiko von NASH und Fibrose sowie anderen Leberschäden reduziert. Die Autoren betonen jedoch, dass weitere Untersuchungen unerlässlich seien.

PSC/PBC

Cholestatische Erkrankungen wie Primär biliäre Cholangitis (PBC) und Primär Sklerosierende Cholangitis (PSC) werden durch Gallenstau in der Leber hervorgerufen und verursachen die Zurückhaltung toxischer Bestandteile der Galle. Unbehandelt führt Cholestase zu Fibrose und Zirrhose und schließlich zu Leberversagen. Gegenwärtig wird in der Behandlung nur Ursodesoxycholsäure (UCDA, Ursfolk®) eingesetzt, die bei PBC den Fortschritt der Erkrankung verlangsamt, bei PBC aber weit-

gehend unwirksam ist, somit die Notwendigkeit für alternative Therapien. Rezeptoren in den Zellkernen (nuclear receptors, NR) sind von kritischer Bedeutung im „Transportsystem“ der Leber und ein Ziel für die Behandlung der Cholestase; von besonderer Bedeutung ist der Rezeptor PPARalpha, der durch die Regulierung bestimmter Gene für die Erhaltung des Gleichgewichts von Cholesterin, Lipid (Fett) und Gallensäure verantwortlich ist. Die Gene werden im Zuge der Choles-

tase verändert; der Vorgang und dessen Wirkung auf PPARalpha ist aber nicht ausreichend untersucht. In einer Literaturbasierten Übersichtsstudie¹³ werden die Wirkungen einer PPARalpha-Bindungs-Therapie mit dem Medikament Fenofibrat (einem Lipid-/Cholesterinsenker) untersucht. Insgesamt wird festgestellt, dass man PPARalpha-Agonisten wie etwa Fenofibrat erfolgreich gegen cholestatische Krankheiten einsetzen könnte. Weitere klinische Studien sind aber erforderlich.

Verursachung von und Umgang mit HCC

An dieser Stelle berichten wir mit ziemlicher Regelmäßigkeit über Entstehen, Verbreitung und Behandlung von Leberkrebs (häufigste Form: hepatozelluläres Karzinom, HCC). HCC nimmt in den wissenschaftlichen Zeitschriften weiterhin einen prominenten Platz ein, ist es doch weltweit bei Männern die fünfthäufigste Form von Krebs, bei Frauen die neunthäufigste. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen wird bei Männern auf über 550.000 geschätzt, bei Frauen auf ca. 230.000. Unter den Krebstoten ist Leberkrebs die zweithäufigste Ursache (fast 750.000 p.a. = 9 Prozent). **Chronische HBV- und HCV-Infektionen** sind die wichtigsten Risikofaktoren für HCC. In einer großangelegten Meta-Analyse (unter Einbeziehung von 260 Studien in 50 Ländern mit insgesamt 119.000 HCC-Fällen) hat ein französisches Forscherteam die relative Bedeutung von HBV- und HCV-Infektionen (nachgewiesen durch Vorhandensein von HBsAg bzw. anti-HCV im Serum) in verschiedenen geographischen Zonen herausgearbeitet.¹⁴ Generell lässt sich sagen, dass in „westlichen“ Industrieländern (einschließlich Japan) HCV-Infektion als Ursache für HCC stark überwiegt, während in Entwicklungs- und Schwellenländern (einschließlich Russland) HBV-Infektion die führende Ursache ist. Ausnahmen sind Ägypten und Pakistan, wo jeweils die HCV-Infektion dominant ist. Insgesamt wird ein Ansteigen des HCC festgestellt, das auf HCV-Infektionen zurückzuführen ist. Ein weiterer, zunehmend wichtigerer Risikofaktor für HCC ist die **Zunahme von Fettleibigkeit** (BMI > 30 kg/m²) im frühen Erwachsenenalter (Alter Mitte zwanzig bis Mitte vierzig). Übergewicht (BMI > 25 kg/m²) und Fettleibigkeit haben im Zeitraum zwischen 1980 und 2013 bei Erwachsenen um 27,5 Prozent, bei Kindern um 47,1 Prozent zugenommen. Eine US-Studie unter Einbeziehung von 622 Patienten, die zwischen Januar 2004 und Dezember 2013 neu mit HCC diagnostiziert wurden, und 660 gesunden Kontrollpatienten hat mit Hilfe multivariater statistischer Verfahren

ermittelt, dass das HCC-Risiko bei jungen, fettleibigen Erwachsenen insgesamt um einen Faktor von 2,6 erhöht ist, bei Männern um einen Faktor von 2,3, bei Frauen 3,6. Das Risiko nimmt mit zunehmendem BMI zu; mit einem Anstieg des BMI um einen Punkt nimmt das HCC-Eintrittsalter um etwa 3,9 Monate ab.¹⁵ Die Autoren, unter Bezugnahme auf andere Studien, behaupten zwar, dass Fettleibigkeit den Verlauf des HCC nicht beeinflusse. Auch sonst hat die Studie wohl einige Einschränkungen wie etwa, dass NASH (nicht-alkoholische Fettleber-Hepatitis) als Ursache von HCC nicht isoliert und das Gewicht (ohne Berücksichtigung von Aszites) anhand von Eigenangaben der Studienteilnehmer erhoben wurde.¹⁶ Dennoch sollte das Hauptergebnis, also die Assoziation von Fettleibigkeit und HCC, ernst genommen werden, insbesondere wegen des besorgniserregenden weltweiten Trends zur weiteren Zunahme. Die Autoren betonen insbesondere, dass man versuchen müsse, dem Problem der Fettleibigkeit durch Aufklärung und Erziehung zu begegnen.

Für die **Behandlung des HCC** gibt es verschiedene Optionen: von Resektion, Ablation, Embolisation bis hin zur Transplantation (Ltx). Entsprechend der Richtlinien der europäischen und amerikanischen Leberstudienverbände (EASL, AASLD) ist die **Resektion** die bevorzugte Behandlung bei Patienten mit einem einzigen Tumor (jeglicher Größe), Child-Pugh-A-Zirrhose, normalem Bilirubin und ohne klinisch bedeutsamen Pfortaderhochdruck. In einer umfangreichen Übersichtsstudie ging ein internationales Team der Frage nach, inwiefern die Richtlinien eingehalten werden und welche Ergebnisse nach Richtlinien-konformen Operationen erzielt wurden. Bedeutender war noch die Gegenfrage, welche Ergebnisse bei Vorgehensweisen zu verzeichnen waren, die von den Richtlinien abwichen.¹⁷ Die Untersuchung basiert auf der BRIDGE-Studie, einer Datenbank von Patienten in den Regionen Asien-Pazifik, Europa und Nord-

amerika, die zwischen dem 1.1.2005 und 30.6.2011 neu mit HCC diagnostiziert und behandelt wurden. Insgesamt wurden 8.656 Patienten von 20 Behandlungszentren über einen medianen Zeitraum von 27 Monaten verfolgt. Die Patienten wurden in vier Gruppen eingeteilt: A, 718 Idealkandidaten, die operiert wurden; B, 144 Idealkandidaten, die nicht operiert wurden; C, 1.624 Nicht-Idealkandidaten, die operiert wurden; D, 6.170 Nicht-Idealkandidaten, die nicht operiert wurden. Multivariate Analyse ergab, dass bei den Idealkandidaten (A und B) für die Gruppe B (mit anderer Behandlung als Resektion) ein zweifach erhöhtes Sterberisiko zu verzeichnen war; dass bei allen operierten Patienten (A und C) Pfortaderhochdruck und erhöhtes Bilirubin nicht mit erhöhter Sterblichkeit assoziiert waren; dass bei den Nicht-Idealkandidaten (C und D) Resektion mit besserem Überleben assoziiert war im Vergleich zu Embolisation (Schrumpfung der Tumoren), jedoch schlechter als bei Ablation (Verödung der Tumoren) und Ltx. Es wird also festgestellt, dass eine Mehrzahl der operierten Patienten nicht ideal (Richtlinien-konform) war und dass Nicht-operieren mit höherer Sterblichkeit verbunden war. Es wird empfohlen, dass die Richtlinien leicht modifiziert bzw. flexibler gehandhabt werden sollten, um Patienten mit leichtem Pfortaderhochdruck und leicht erhöhtem Bilirubin für eine Resektion zu empfehlen. Eine Modifizierung hinsichtlich der Charakteristika der Tumoren, der Leberfunktion oder des „performance status“ (= Grad des allgemeinen Wohlbefindens bei Krebspatienten) wird ausdrücklich nicht empfohlen wegen höherer Sterbewahrscheinlichkeit. Embolisation und „sonstige“ Behandlungen führen im Vergleich zu Ablation, Ltx und Resektion zu kürzerem Überleben. Mit der Zunahme des **metabolischen Syndroms (MS-HCC)** als HCC-Ursache werden in einer multizentrischen italienischen Studie die Ergebnisse von HCC-Resektionen untersucht,¹⁸ und zwar je nach Verursachung: MS-HCC im Vergleich zu HCV-HCC (= HCC

nach HCV-Infektion). Insgesamt werden 1.563 Patienten mit HCC-Resektion an sechs großen Zentren zwischen 2000 und 2012 retrospektiv analysiert: 96 (= 6,1 Prozent) waren MS-HCC Fälle; ihnen wurden ebenfalls 96 HCV-HCC Fälle gegenübergestellt, die aufgrund von Alter, Zirrhose, Child-Pugh-Klasse, Pfortaderhochdruck sowie Anzahl und Durchmesser der Tumoren vergleichbar waren. In jeder Gruppe brauchten 42,7 Prozent einen massiven Eingriff (major hepatectomy). Die MS-HCC-Gruppe hatte mehr Fälle von Fettleber (25,0 Prozent) gegenüber der HCV-HCC-Gruppe (9,4 Prozent). Für den Laien überraschend waren die Ergebnisse (Fünf-Jahres-Überleben und rezidivfreies Überleben) bei der MS-HCC-Gruppe deutlich besser. Es wird festgestellt, dass eine Resektion für beide Gruppen von Patienten ein sicheres Verfahren sei und dass Zirrhose, nicht aber Fettleber das kurzfristige Ergebnis beeinflusse.

Die Operationstechnik für HCC-Resektion wurde in jüngerer Zeit auch weiterentwickelt: **laparoskopische Eingriffe** (LLR = laparoscopic resection; bildgebender Eingriff in die Bauchhöhle durch kleine Einschnitte) haben im Vergleich zu offenen Eingriffen (OLR = open liver resection) nach anfänglichem Zögern zunehmend an Akzeptanz gewonnen. In einer koreanischen Retrospektivstudie (insgesamt 389 HCC-Resektionen am Bundang-Hospital der Nationalen Universität in Seoul zwischen 2004 bis 2013) werden je 88 Fälle von LLR und OLR verglichen.¹⁹ Bei

LLR war der Krankenhausaufenthalt nur acht Tage (OLR: 10 Tage) und die Nach-OP-Morbidität niedriger (12,5 vs. 20,4 Prozent). Ein-, Drei- und Fünf-Jahres-Überleben bei LLR (im Vergleich zu OLR): 91,6 (93,1), 87,5 (87,8) und 76,4 (73,2) Prozent. Krankheitsfreies Ein-, Drei- und Fünfjahresüberleben war: 69,7 (74,7), 52,0 (49,5) und 44,2 (41,2) Prozent. Insgesamt werden in dieser (etwas begrenzten) Studie Sicherheit und Effizienz von LLR nachgewiesen.

Die **radikalste Behandlung** bei HCC ist eine **Ltx**. Angesichts des Mangels an Organen bedarf es allerdings einer sorgfältigen Auswahl der HCC-Patienten, die auf die Ltx-Wartelisten kommen sollen. Gegenwärtig gelten die Milan-Kriterien (1 Tumor < 5 cm; bis zu 3 Tumoren, alle < 3 cm; keine extrahepatische Manifestation = keine Metastasierung; keine vaskuläre Invasion = keine Tumorthrombose der Pfortader und/oder Lebervenen) für die Ltx-Listung von HCC-Patienten. Zugeständnisse jenseits der Milan-Kriterien sind umstritten. In einer internationalen, multizentrischen Prospektiv-Studie wurden die Ltx-Ergebnisse von 233 Wartelisten-Patienten verglichen: 195 waren innerhalb, 38 jenseits der Milan-Kriterien.²⁰ Für die 38 Patienten jenseits der Milan-Kriterien wurden modifizierte Kriterien zugrundegelegt: ein totales Tumolvolumen (TTV) von < 115 cm³ und Alpha-Fetoprotein (AFP) < 400 ng/ml. 166 Patienten wurden transplantiert, 65 wurden von der Warteliste genommen, da sie nicht mehr

das TTV/AFP-Kriterium erfüllten, ihr Allgemeinzustand sich verschlechtert hatte oder sie verstorben waren. Die Wartezeit war für beide Patientengruppen ähnlich; beide Gruppen wurden auch während der Wartezeit behandelt mit Embolisation, Ablation oder sogar Resektion. Die Ergebnisse (Zwei- und Vierjahresüberleben, auch ohne Krankheiten) nach Ltx waren für beide Gruppen ähnlich gut. Die Anwendung des TTV/AFP-Kriteriums statt der Milan-Kriterien würde ungefähr 20 Prozent mehr HCC-Patienten erlauben, auf die Ltx-Warteliste zu kommen. In ähnlicher Weise wird der **Ltx-Nutzen** in einer italienischen Studie untersucht, die als Wartelisten-Aufnahmekriterium ebenfalls das AFP-Modell zu Grunde legt;²¹ dabei wird der Index etwas modifiziert im Vergleich zu der vorstehend besprochenen Studie: die Tumoren werden nach Anzahl (1 bis > 4) und Durchmesser (< 3 bis > 6 cm) und AFP nach verschiedenen Niveaus (< 100 ng/ml bis > 1000) mit Punkten bewertet und summiert. Wenn die Summe innerhalb eines Bereichs von 3 bis 7 Punkten liegt, wird eine Ltx als cost-effective bewertet. Nach Ansicht der Autoren wäre eine Listung eines Patienten mit einer derartigen Einstufung und Prognose gerechtfertigt.

NB: Derartige Überlegungen zur Ltx-Listung müssten natürlich für sämtliche Grunderkrankungen in ähnlicher Weise durchgeführt werden, um keine systematischen Verzerrungen in den Allokationskriterien hervorzurufen.

Organallokation

Im Eurotransplant-Verband und in den USA (sowie in einigen anderen europäischen und außereuropäischen Ländern) wird der MELD-Score (mit gewissen Modifizierungen) als Allokationsalgorithmus für postmortale Leberspenden angewendet. In den USA hat der Kongress im Jahre 1998 die „Final Rule“ angenommen, die Chancengleichheit beim Zugang zur Organtransplantation gewährleisten sollte. Sie basiert auf zwei ethischen Prinzipien: **Gerechtigkeit** (justice) und **Nützlichkeit** (utility). Der für Ltx geltende **MELD-Score** betont **Gerechtigkeit** (definiert als Bedürftigkeit/Dringlichkeit entsprechend der Schwere der Erkrankung) unabhängig vom Alter des Empfängers und der Nützlichkeit (= Überleben nach Ltx). Diese Vorgehensweise wird aus den verschiedensten Gründen hinterfragt. Etliche Forscherteams in verschiedenen Ländern haben alternative Modelle vorgeschlagen, in denen beide ethischen Grundsätze zum Tragen kommen würden.²² Die neuesten Vorschläge stammen aus Italien. Alessandro Cucchetti²³ et al. entwickeln ein sophistiziertes Modell, das Gerechtigkeits- und Nut-

zenüberlegungen zusammenführt durch die Berücksichtigung von Empfänger- und Spenderalter in Form von „**age mapping**“ (Abbilden des Alters und entsprechende Restlebenserwartung beim Empfänger nach Ltx). Dabei wird das Konzept „verlorener Lebensjahre“ (= years of life lost, YLL) eingeführt. Dieses Konzept basiert auf Bevölkerungsstatistik und der statistischen (Rest-)Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Ltx, die bei jüngeren Menschen größer ist als bei älteren Menschen. Potenziell erleidet also ein jüngerer Mensch mehr verlorene Lebensjahre durch eine Lebererkrankung im Endstadium als ein älterer. Durch die Versorgung des jüngeren Patienten mit einem jüngeren („besseren“) Spenderorgan könnte man diesen Verlust so gering wie eben medizinisch möglich halten. Dieses Prinzip einer altersspezifischen Angleichung von Spender- und Empfängeralter nennen die Autoren „**prudential lifespan equity**“ (was vielleicht mit „ausgleichende Fairness im Hinblick auf die Lebenserwartung nach Ltx“ wiedergegeben werden könnte). Grundsätzlich hätten nach diesem Ansatz

in einem ersten Schritt alle Wartepatienten (je nach Krankheitsgrad, ausgedrückt durch MELD und mit gewissen Anpassungen je nach Grunderkrankung) die gleiche Chance, ein Organ zu erhalten; in einem zweiten Schritt wird dann das age mapping eingeführt mit dem Ergebnis einer Verringerung der Summe der verlorenen Lebensjahre. Das age-mapping-Modell wurde mit Daten aus zwei großen italienischen Transplantationszentren und mit Hilfe sophistizierter statistischer Methoden geschätzt. Daten von 2.476 Ltx-Kandidaten und von 1.371 effektiv zwischen 1999 und 2012 durchgeführten Ltx gingen in die Modellrechnungen ein. Bei Anwendung des Modells als Allokationsalgorithmus wären rechnerisch 522 YLL (= 14 Prozent der statistischen Lebenserwartung aller Ltx-Patienten) vermieden worden. Der Versuch, Gerechtigkeit und Nützlichkeit zu verbinden, ist sicherlich interessant, könnte aber auch noch verfeinert werden, wie von zwei Kritikern²⁴ dringend gefordert. Im Ergebnis ist das Modell mit der Vorgehensweise von Eurotransplant im „Old for Old“ bei der Nierentransplantation verwandt.

Der zweite Ansatz listet Prinzipien und Parameter, die in einem neuen Allokationsmodell zur Revision der in Italien seit 2012 gültigen Allokationspolitik zu berücksichtigen wären. Er ist das Ergebnis einer Konsensus-Konferenz italienischer Transplantationsmediziner.²⁵ Es handelt sich nicht um ein formalisiertes (mathematisches) Modell. Vielmehr werden verschiedene Gesichtspunkte und Indikatoren evaluiert (basiert auf wissenschaftlicher Evidenz und Expertenempfehlungen): **Dringlichkeit** (= urgency), (individueller) **Nutzen** (= benefit) und (gesellschaftliche) **Nützlichkeit** (= utility). Als Indikator für Nutzen wird das Potenzial der Lebensrettung durch ein Spenderorgan formuliert, gemessen durch das Fünfjahresüberleben nach Ltx. Als Nützlichkeit werden die Mi-

nimalerwartungen hinsichtlich der Ergebnisse nach Ltx genommen unter Berücksichtigung des Risikos, von der Warteliste entfernt zu werden. Daraus wird ein komplexes Priorisierungssystem abgeleitet, das ausgeht vom MELD-Score und Zusatzpunkten für verschiedene Erkrankungen, auch unter Berücksichtigung der Wartezeit. Die obersten Prioritäten sind „super urgent“ bei fulminantem Leberversagen oder Notwendigkeit einer erneuten Ltx, gefolgt von „urgent“ bei labMELD > 30. PBC- und PSC-Patienten mit unerträglichem Pruritus würden ab MELD 15 gelistet und bekämen einen Extrapunkt für alle zwei Monate auf der Warteliste (wobei die Wartezeit eigentlich kein Prädiktor für Dringlichkeit oder Nutzen ist). Dieser Ansatz hat sicherlich das Verdienst, dass

sehr viel Literatur systematisch evaluiert wurde zur Ableitung von **Gesichtspunkten, die in einem modifizierten System zu berücksichtigen wären**. Insgesamt wäre das System aber wohl relativ kompliziert anzuwenden und in starkem Maße auf die italienischen Besonderheiten zugeschnitten,²⁶ einschließlich der Frage, ob je nach Priorität Organe aus dem gesamten Land oder nur aus der Region in die Allokationsentscheidung einbezogen werden sollen – ähnlich der „share 35 policy“ in den USA. Diese wird seit 18. Juni 2013 angewendet. Bei MELD > 35 werden größere Gebietseinheiten mit entsprechend größerem Spenderorganaufkommen für die Allokation zugrunde gelegt. So werden die Chancen für den betroffenen Patienten erhöht, rechtzeitig ein Organ zu erhalten.

Ergebnis der Ltx

Wie im voranstehenden Abschnitt erwähnt, ist der MELD-Score kein guter Prädiktor für das Ergebnis einer Ltx. Um aber der Dringlichkeit einer Ltx auch deren erwartete Nützlichkeit an die Seite zu stellen, wird in einer US-Studie der Zusammenhang zwischen dem Krankenhausstatus der Wartepatienten (Warten zu Hause, im Krankenhaus oder auf der Intensivstation) und dem Überleben drei, sechs und zwölf Monate nach Ltx untersucht.²⁷ Der Unter-

schied im Überleben der Patienten nach Ltx zwischen Warten zu Hause und im Krankenhaus in Allgemeinversorgung ist nur wenig bedeutend; allerdings ist eine signifikante Verschlechterung (höhere Sterberaten) festzustellen, wenn der Patient vor Ltx auf der Intensivstation war. Dieser Unterschied ist stärker ausgeprägt als der Unterschied zwischen verschiedenen Höhen des labMELD-Score; außer bei MELD 35–40, wo deutlich schlechtere Ergeb-

nisse (deutlich ansteigendes 3-, 6-, 12-Monatsversterben) verzeichnet werden. Der Anteil dieser letzten Gruppe von Patienten ist im Laufe der Zeit – die Untersuchung deckt die Zeit von 2002 bis 2014 ab – deutlich angestiegen wegen des akuten Organmangels. Die Autoren befürworten eine **Risikoeinteilung zusätzlich zum MELD-Score**, die sich am Krankenhausstatus orientieren sollte, um so eine effizientere Verwendung knapper Organe zu erzielen.

Langzeitergebnis pädiatrischer Ltx

In einer (auf ein Zentrum beschränkten) koreanischen Studie wird das erfreuliche Langzeitergebnis von Ltx im Kindesalter dokumentiert.²⁸ Zwischen Juni 1996 und Oktober 2003 wurden insgesamt 57 Kinder (mit einem medianen Alter von 0,8 Jahren) lebertransplantiert, die meisten

wegen biliärer Atresie (= Verschluss der Gallengänge). Mit einigen klinischen Episoden und zehn Todesfällen (die meisten schon kurz nach Ltx) haben 44 Kinder mehr als zehn Jahre überlebt und sich in einem Aufholprozess normal entwickelt (Größe und Gewicht). 41 der 44 Überle-

benden hatten eine Lebendspende bekommen. Nur wenige bedürfen einer Behandlung wegen mangelhafter Nierenfunktion, Bluthochdruck oder Stoffwechselstörungen. Bemerkenswert ist auch, dass die meisten Kinder mit sehr niedriger Tacrolimusdosierung zurechtkommen, fünf sogar ohne jegliche Immunsuppression.

Lebendspende

Angesichts des akuten Mangels an postmortalen Spenderorganen ist die Lebendspende zunehmend bedeutsam. Mit Verbesserungen in Operationstechnik und Nachsorge ist die Lebendspende nicht nur ultima ratio, sondern näher ins Zentrum der Behandlungsoptionen gerückt. Es besteht aber weiterhin eine Situation, in der der Spender Gesundheitsrisiken eingeht ohne Nutzen für die eigene Gesundheit. Es ist daher wichtig, dass die Spender den Gesamtprozess der Organspende und -transplantation voll verstehen. Auf diesem Hintergrund wurden im Rahmen einer Prospektivstudie an der Northwestern University in Evanston/Chicago 30 strukturierte Interviews mit Lebendspendern durchgeführt.²⁹ Es wird festgestellt, dass zwar 90 Prozent der Lebendspender sag-

ten, sie seien über den Prozess recht gut (a great deal) informiert, dass aber nur 60 Prozent von sich behaupteten, sie verstünden den Vorgang gut (a great deal), während 40 Prozent Verständnisschwierigkeiten zugaben. Die Autoren betonen, dass wesentlich bessere Aufklärung erfolgen müsse, damit man wirklich von **informiertem Einverständnis zur Lebendspende** (informed consent) sprechen könne. Dazu müsse der Informationsprozess standardisiert werden, was letztlich zu größerer Zufriedenheit und Lebensqualität nach Organspende beitragen könne.

In einer anderen Studie zur Lebendspende (in der Türkei) wird der **Empfänger** in den Mittelpunkt gerückt.³⁰ Am Spital der naturwissenschaftlichen Universität in Istanbul wurden zwischen 2005 und

2013 insgesamt 469 Ltx mit Lebendspende durchgeführt; zwölf dieser Patienten waren **70 und mehr Jahre alt**; sie erhielten den rechten Leberlappen des Spenders; ein Patient verstarb nach der OP aufgrund einer Lungeninfektion, ein weiterer sechs Monate nach Ltx wegen Transplantatversagen. Alle Patienten hatten 84 Prozent Ein- und Dreijahresüberleben (Transplantat und Patient), und die über 70-Jährigen wiesen keine signifikanten Unterschiede zu den jüngeren Patienten auf. Die Autoren schließen, dass man eine Lebendspende-Ltx sicher durchführen könne bei alten Patienten, die keine anderen Krankheiten außer der Lebererkrankung hätten. Dieses Ergebnis ist allerdings von sehr eingeschränkter Aussagekraft, da nur wenige Fälle an einem einzigen Zentrum beobachtet wurden.

Referenzen:

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

Die Leber freut sich über Bewegung und gesunde Ernährung

Fast jeder weiß es: Gesunde Lebensweise mit ausgewogener Ernährung und Bewegung ist gesundheitsförderlich. Viele denken hier vor allen Dingen an das Herz-Kreislauf-System oder die Gelenke. Aber gerade auch die Leber profitiert davon.

Davor, die überflüssigen Kilos mit „Gewaltdiäten“ und Hungerkuren zu bekämpfen, raten Ärzte und Ernährungswissenschaftler jedoch ab. Keiner sollte sich von superschlanken Figuren auf den Titeln und in der Werbung zu Radikalkuren verführen lassen. Denn: Stellen sich die alten Gewohnheiten wieder ein, geht der Zeiger der Waage schnell wieder nach oben und der gefürchtete Jojo-Effekt bringt das alte Übergewicht oder sogar noch mehr zurück. Außerdem schadet ein zu schnelles Schmelzen der Pfunde der Leber mehr, als es ihr nutzt.

Viele aktuelle Studien zeigen, dass es die Bewegung ist, die vor chronischen Krankheiten schützt – weitgehend unabhängig davon, ob wir etwas zu viel auf die Waage bringen. Also: Nicht jede Frau

muss aussehen wie ein Topmodel und nicht jeder Mann braucht einen Waschbrettbauch. Der Fokus sollte nicht auf einen superschlanken, unerreichbaren Traumkörper gelegt werden. Besser ist es, fit zu sein und nicht zu schlank, als untrainiert, schlapp und superdünn. Wichtig sind gesunde Ernährung und möglichst viel Bewegung. Diese Faktoren sind auch mitentscheidend für die Gesundheit eines der wichtigsten Organe: der Leber.

Das Risiko für die Entstehung einer Fettleber wird durch starkes Übergewicht und Bewegungsmangel erhöht. Auch wenn sich bereits eine Fettleber gebildet hat, kann sich eine solche durch Veränderung des Lebensstils auch wieder zurückbilden, sodass eine Entzündung und in der Folge ein Leberzellkrebs vermieden werden kann.

Neben der dauerhaften Lebensstiländerung ist besonders auch die Früherkennung von Lebererkrankungen wichtig. Deshalb: Die Leberwerte (besonders aussagekräftig: Der GPT-Wert) beim „Check-up“ nicht vergessen – und auch den Check-up nicht vergessen!

Was für die „Normalbevölkerung“ gilt, trifft für Lebertransplantierte genauso zu. Die Bedeutung der Bewegung und des Sporttreibens im Sinne der Lebergesundheit des Spenderorgans und der Prophylaxe von Begleiterkrankungen durch jahrelange immunsuppressive Therapie wie Bluthochdruck und Diabetes sind nicht zu unterschätzen.

Quelle: PM der Deutschen Leberstiftung vom 1.2.2016

Stress in der Leber mit Folgen

In einer Studie konnte gezeigt werden, dass übermäßige Fettverbrennung in der Leber eine Stressreaktion hervorruft, die den Zusammenhang zwischen Übergewicht, Insulinresistenz und Fettlebererkrankungen erklärt.

Die Fettleber ist die häufigste krankhafte Leberveränderung in den westlichen Industrienationen. Zunehmend sind die Ursachen weniger ein übermäßiger Alkoholkonsum, sondern Übergewicht und Typ-2-Diabetes. Diese nicht-alkoholischen Fettleber-Erkrankungen (NAFLD) stellen in den USA mittlerweile die häufigste Ursache von Leberzirrhose und Leberkrebs dar.

In dieser Düsseldorfer Studie wurde erstmals die Funktion der Mitochondrien*, der sogenannten Kraftwerke der Zelle, in

der Leber von Gesunden und Patienten direkt untersucht. Wissenschaftler haben nun entdeckt, dass stark übergewichtige Patienten mit NAFLD eine deutlich erhöhte Aktivität der Mitochondrien in der Leber aufweisen. Mit dem weiteren Fortschreiten zur Fettleberentzündung (NASH) nehmen die Leistung der Mitochondrien ab und der oxidative Stress aber zu. „In frühen Stadien des Übergewichtes verbrennt die Leber zuerst vermehrt überschüssiges Fett, wird dadurch aber überlastet und die Erkrankung kann fortschreiten. Diese Erkennt-

nisse sollen künftig neue Ansätze zur Vorbeugung und Behandlung nicht-alkoholischer Fettleber Erkrankungen liefern.

Mitochondrien und nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD)

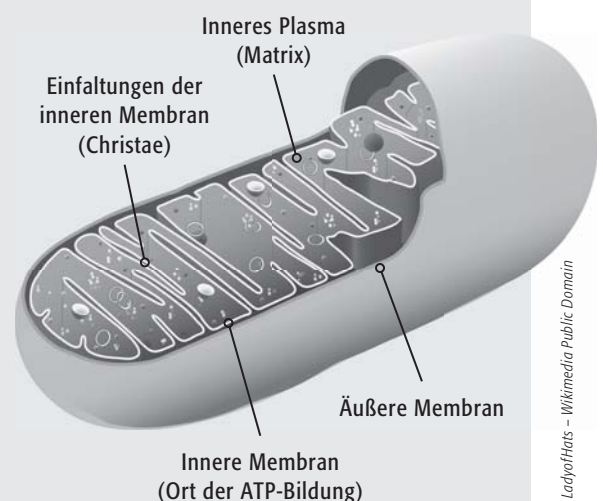
Mitochondrien regulieren die Verbrennung von Nahrungsstoffen in der Zelle und stellen so der Zelle Energie bereit. NAFLD umfasst nicht nur die Fettleber und NASH, bei der die Leber mehr als fünf Prozent Fett enthält, sondern auch nicht-alkoholische Leberzirrhose und Leber-

Mitochondrien sind eine Form der Zellorganellen, d.h. kleinste Bestandteile in Zellen mit definierten Aufgaben und typischem Aufbau. Mitochondrien sind ca. 1 µm groß und weisen eine Doppelmembran auf, wobei die innere Membran zum Zweck der Oberflächenvergrößerung stark gefaltet ist. Mitochondrien nennt man auch die „Kraftwerke der Zelle“, weil in ihnen die Energiegewinnung unter Sauerstoffverwendung abläuft. So enthalten Zellen mit großem Energiebedarf entsprechend viele Mitochondrien.

Die Energie unserer Nahrung (Kohlenhydrate, Fette, Eiweiß) wird oxidativ (mit Sauerstoff) für den Aufbau der energiereichen Verbindung Adenosintriphosphat (ATP) aus Adenosindiphosphat (ADP) verwendet (die Hälfte aller aufgenommenen kcal!). Dieser Aufbau geschieht in den Mitochondrien. Benötigen wir Energie, zerfällt energiereiches ATP unter Freisetzung von Energie in energieärmeres ADP und Phosphatrest, das dann wieder zum Aufbau von ATP zur Verwendung steht. Die freiwerdende Energie setzen wir z.B. in Bewegung oder Wärme um. Zum Größenvergleich:

Durchschnittliche Größe einer Körperzelle des Menschen: 0,1–0,01 Millimeter (100–10 µm)

Durchschnittliche Größe von Mitochondrien: 1 µm (1.000 µm = 1 Millimeter)



krebs. Aufgrund anfangs nur geringster Symptomatik wird NAFLD häufig nur zufällig oder erst spät entdeckt. Gewichtsreduktion hilft nur in den Anfangsstadien, für NASH ist jedoch bisher keine Therapie etabliert.

Originalveröffentlichung: Koliaki C, Szendroedi J, Kaul K, Jelenik T, Nowotny P, Jankowiak F, Herder C, Carstensen M, Krausch M, Knoefel WT, Schlensak M, Roden M: Adaptation of Hepatic Mitochondrial Function in Humans with Non-Alcoholic Fatty Liver Is Lost in Steatohepatitis;

Cell Metabolism, Volume 21, Issue 5, 2015, Pages 739-746

Quelle: PM Deutsches Zentrum für Diabetesforschung e.V. vom 20.5.2015

122. Internistenkongress der DGIM in Mannheim



Jutta Riemer

Anfang April trafen sich Internisten verschiedener Fachrichtungen in Mannheim zum Austausch und zur Weiterbildung. Der Kongress der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) stand unter dem Motto „Demographischer Wandel fordert Innovationen“, setzt aber auch weitere verschiedene Schwerpunkte, die über mehrere Tage in zahlreichen Sitzungen und Vorträgen diskutiert wurden.

Ein Hauptthema widmete sich den besonderen Herausforderungen an die Medizin und an die Ärzte durch die aktuell starke Migration. Nach langer, beschwerlicher Reise sind Flüchtlinge oft doch bei relativ guter körperlicher Gesundheit. Das Robert-Koch-Institut weist darauf hin, dass manche Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Diphtherie oder Meningitis) bei Flüchtlingen verstärkt auftreten können. Kein Grund, Panik zu verbreiten, denn diese Erkrankungen sind meist gut behandelbar. Wichtig sind die rechtzeitige Erkennung und die dahingehende Fortbildung der

niedergelassenen Ärzte.

Auch Touristen bringen unerwünschte „Mitbringsel“ nach Deutschland: Bakterien, gegen die viele Antibiotika nicht mehr wirken. Im Rahmen einer Studie wurde festgestellt, dass 30% gesunder Fernreisender Träger von sog. ESBL-bildenden Enterobakterien (Bakterien im Verdauungstrakt) waren. Diese Bakterien können Antibiotika zersetzen und unwirksam machen. Der mit dem Thema befasste Forscher, Prof. Dr. Christoph Lübbert aus Leipzig, weist darauf hin, dass alle neu aufgenommenen Krankenhauspatienten nach Fernreisen befragt und dann entsprechend durch Stuhltests diagnostiziert sowie ggf. isoliert werden sollten. So können die Verbreitung eingedämmt und Antibiotika-Resistenzen vermindert werden (s.a. Kasten „Prävalenz von Virushepatitis B und C bei Flüchtlingen“ auf dieser Seite).

Ein weiterer Schwerpunkt bestand beim Thema „Sport bei chronischen Erkrankungen“. Ging man früher davon aus, dass Sport bei vielen internistischen Erkrankungen nicht empfehlenswert ist, hat hier ein Umdenken eingesetzt.

Sport zur Krebsbekämpfung? Mit dieser Fragestellung setzte sich Dr. Karen Steinhoff vom DKZF (Deutsches Krebsforschungszentrum) Heidelberg auseinander. Ein aktiver Lebensstil könne das Erkrankungsrisiko für bestimmte Krebsarten senken. Auch als begleitende Therapie während und nach einer Krebstherapie eignet sich Sport, um therapie- und krankheitsbedingte Begleitscheinungen zu lindern, wie z.B. das Fatigue-Syndrom (chronisches Müdigkeitssyndrom). Erste Beobachtungen weisen darauf hin, dass systematische körperliche Aktivitäten positive Auswirkungen auf das Überleben und die Rezidivrate (Wiederauftreten der Erkrankung) haben.

Parallel dazu fand auch das Falk-Symposium statt. Hier wurden spezifische Themen rund um Leber- und Darmerkrankungen thematisiert und wir waren mit einem gut frequentierten Informationsstand dabei.

Quelle: Pressemitteilungen der DGIM anlässlich des Jahreskongresses

Prävalenz von Virushepatitis B und C bei Flüchtlingen

Ulrich R. W. Thumm

Die starke Zunahme der internationalen Bevölkerungswanderungsbewegungen, insbesondere die Zuwanderung nach Deutschland, hat neben den allgemein diskutierten Aspekten wie Unterbringung, Bildung und Integration auch wichtige Konsequenzen für die Volksgesundheit.¹ Es wird geschätzt, dass 300–420 Millionen Menschen (5–7% der Weltbevölkerung) chronisch mit HBV infiziert sind; für HCV-Infektion wird die Prävalenz auf 120–170 Millionen (2–3%) geschätzt (WHO). HBV-Infektion ist stark (>5% der Bevölkerung) in China, Südostasien, Afghanistan, im mittleren Osten (Türkei, Syrien, arabische Halbinsel), Algerien, Ostafrika, Teile von Westafrika und Südafrika konzentriert (zur HCV-Prävalenz siehe Kasten „Umgang mit HCV-Infektion“). Viele Flüchtlinge kommen aus Gebieten, in denen HBV- und HCV-Infektionen endemisch sind. Die Übertra-

gung der Infektionen erfolgt vorwiegend vertikal (Mutter-Kind) und sexuell sowie durch unzulängliche Gesundheitsversorgung. Flüchtlinge aus diesen Weltgegenden sind in wesentlich stärkerem Maße Infektionsträger als die Bevölkerung in den Zielländern, insbesondere Deutschland. Außerdem sind viele Flüchtlinge Männer im Alter von 20–40 Jahren; von ihnen geht ein besonders hohes Übertragungsrisiko aus. Das Gesundheitsbewusstsein ist allgemein unterentwickelt, insbesondere aber bei den Zuwanderern. Ohne adäquate Vorsorge besteht die Gefahr, dass die Krankheitslast (chronische Lebererkrankung, Leberzirrhose, HCC) in den Zielländern längerfristig wieder stark ansteigt. In der EU gibt es gegenwärtig kein obligatorisches Screening als Vorbedingung für Einwanderung. HBV-Impfprogramme für Säuglinge und Heranwachsende gibt es in 24 EU-Ländern. Laut Auskunft des Gesundheitsamtes Karlsruhe (für die Landesaufnahmestelle für Flüchtlinge des Landes Baden-

Württemberg) vom 25. November 2015 gibt es in Baden-Württemberg kein systematisches Screening von HBV- und HCV-Infektionen. Bei allen Flüchtlingen wird (mit Hilfe von Dolmetschern) jedoch eine Anamnese erhoben; außerdem erfolgen Röntgenuntersuchungen im Hinblick auf Tbc; lediglich bei Schwangeren werden auch Blutuntersuchungen vorgenommen. Angesichts der potenziellen Krankheitslast könnte ein HBV/HCV-Screening und adäquate Therapie sehr cost-effective sein. In ihren HCV-Richtlinien von 2015 empfiehlt die EASL (European Association for the Study of the Liver) allgemeines Screening von HCV; dies könnte angesichts der Wanderungsbewegung sicherlich auch auf HBV ausgedehnt werden.

¹ Siehe dazu einen Artikel von Autoren aus Kanada, den Niederlanden und der Schweiz. Suraj Sharma et al.: Immigration and viral hepatitis, *Journal of Hepatology*, vol. 63, issue 2: 515-522 (August 2015).

10 Jahre erfolgreiche Arbeit für die Lebergesundheit

Deutsche Leberstiftung

Um die Arbeit des „Kompetenznetz Hepatitis“ nach Auslaufen der staatlichen Förderung zu sichern, wurde die Deutsche Leberstiftung gegründet und am 1. Dezember 2006 anerkannt.

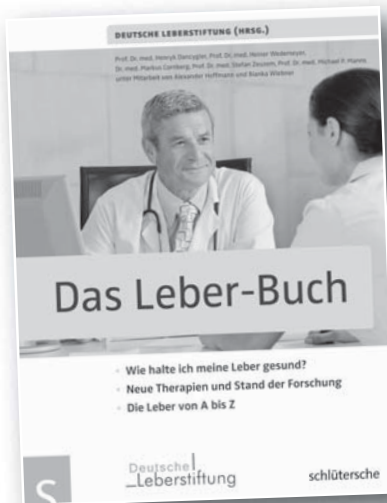
In diesem Jahr feiert die Deutsche Leberstiftung also ihr zehnjähriges Bestehen und kann eine positive Bilanz ziehen. Ob Aufklärung über Risiken, Früherkennung und Verbesserung der Patientenversorgung oder Forschungsvernetzung, Projektförderung und Netzworkebildung: Die Deutsche Leberstiftung baut ihr vielfältiges Engagement kontinuierlich und ziel führend aus.

„Ich freue mich über die in den zurückliegenden zehn Jahren gemeinsam erreichten Ziele. Auch zukünftig werden wir uns mit großem Engagement dafür einsetzen, die Versorgung von Menschen mit Lebererkrankungen zu verbessern“, kündigt Prof. Dr. Michael P. Manns, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Leberstiftung, an.

Zusätzlich zur Weiterführung der erfolgreichen Arbeit des „Kompetenznetz Hepatitis“ wurden in der Satzung der Deutschen Leberstiftung nachhaltige Ziele festgelegt. So sollen Grundlagenforschung sowie klinische Forschung gefördert und vernetzt sowie der Wissenstransfer verbessert werden. Ziel aller Maßnahmen ist die Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Lebererkrankungen. Außerdem sind die Steigerung des öffentlichen Bewusstseins und die Erhöhung der Gesundheitsprävention in der Zielsetzung der Deutschen Leberstiftung verankert.

Speziell bei Lebererkrankungen sind die Bereiche Aufklärung und medizinische Information wichtig, denn Lebererkrankungen sind wenig bekannt, aber weit verbreitet. Experten schätzen, dass mindestens fünf Millionen Menschen in Deutschland an einer Lebererkrankung leiden. Viele davon, ohne es zu merken.

Dieser Herausforderung stellt sich die Deutsche Leberstiftung seit ihrer Gründung erfolgreich. Sie klärt umfassend und über die komplette Bandbreite der Kommunikationsmittel auf. Neben klassischen Broschüren und Faltblättern, zum Teil in zahlreichen Fremdsprachen, gehören eine Website mit Download-Angeboten, eine Telefonsprechstunde für Patienten und Ärzte, individuelle E-Mail-Beratung, Öffentlichkeitsarbeit sowie „Das Leber-Buch“ zu den Informationsangeboten. Intensive



Öffentlichkeitsarbeit trägt zur Steigerung der Aufmerksamkeit für Lebererkrankungen und damit zur Früherkennung bei.

Dazu kommt die immer weiter ausgebauten Forschungsförderung. Die Stiftung vergibt inzwischen Stipendien zur Forschungsvernetzung und zur Förderung von klinischen Studien und Projekten sowie einen Preis für eine herausragende Publikation im Bereich der Leberforschung. Gut besuchte Veranstaltungen wie das HepNet Symposium und eine Zeitschrift informieren über die aktuellen Entwicklungen in der Hepatologie. Außerdem werden wissenschaftliche Projekte sowie Studien und Register zur Therapieverbesserung in der Deutschen Leberstiftung durchgeführt und in anderen Institutionen gefördert.

„Die positive Bilanz, die wir nach zehn Jahren Stiftungsarbeit ziehen dürfen, basiert auf einer großartigen Teamleistung.

Deutsche Leberstiftung

Ich bedanke mich bei allen, die uns mit ihrer ehrenamtlichen Arbeit unterstützen, allen Mitarbeitern, Partnern und Förderern. Ich freue mich auf die Fortführung unserer Arbeit im Kampf gegen Lebererkrankungen“, sagt Professor Manns.

Zu den Gründungstiftern und damit zu den Gremienmitgliedern (im Stiftungsrat und im Kuratorium) der Deutschen Leberstiftung gehören die wichtigsten Fachgesellschaften im Bereich der Leberforschung, Universitätskliniken und Patientenselbsthilfegruppen. Der Vorstand ist besetzt durch hochrangige Ärzte und Wissenschaftler. Damit ist die Deutsche Leberstiftung hervorragend geeignet, die Kräfte im Bereich der Leberforschung zu bündeln.

Ein Mitglied im Kuratorium und im Stiftungsrat ist die bundesweit tätige Patientenselbsthilfeorganisation „Lebertransplantierte Deutschland e.V.“, vertreten durch Egbert Trowe. „Für uns ist es wichtig, dass wir auch die Patienten in die Stiftungsarbeit einbinden. Sie können uns sagen, was für Betroffene tatsächlich relevant ist. Deshalb freue ich mich sehr über die Mitarbeit“, betont Professor Manns die Bedeutung dieser Mitwirkung.

Neben der aktiven Teilnahme an den Gremiensitzungen unterstützt die Patientenselbsthilfeorganisation die Deutsche Leberstiftung seit vielen Jahren auch in der Öffentlichkeitsarbeit, bspw. bei Pressemitteilungen zur Organspende, bei der Erstellung von Informationsmaterial zu diesem Thema sowie bei der Durchführung des jährlichen Deutschen Lebertages, der von der Stiftung gemeinsam mit der Gastro-Liga und der Deutschen Leberhilfe ausgerichtet wird.



Der Stiftungsrat der Deutschen Leberstiftung (v.l.n.r.): M. Cornberg, J. Schölmerich, M. P. Manns (für den Vorstand), T. Berg, T. Mertens, J. Maas, E. Roeb, P. Buggisch, B. Herder, A. Tecklenburg, E. Trowe

Warum nicht jeder Alkoholiker eine Leberzirrhose entwickelt

Nicht jeder starke Trinker entwickelt eine Leberzirrhose. Warum manche Menschen die lebensbedrohliche Erkrankung eher bekommen als andere, hat ein Forscherteam nun in einer großen Genom-Studie herausgefunden. Demnach hängt das individuelle Risiko unter anderem davon ab, welche Varianten dreier Gene ein Mensch im Erbgut trägt.

„Alkoholkonsum ist tief in der westlichen Kultur verankert und interessanterweise besteht eine individuell sehr unterschiedliche Veranlagung für die verschiedenen alkoholbedingten Organschäden“, sagt Professor Dr. med. Jochen Hampe, Leiter des Bereichs Gastroenterologie und Hepatologie am Uniklinikum Dresden und einer der federführenden Autoren der Studie. Doch allzu oft hat der Alkoholgenuß schwerwiegende Folgen: Schätzungen zufolge leiden bis zu einer Million Menschen in Deutschland an einer alkoholischen Leberzirrhose, einer unheilbaren Erkrankung, bei der das Gewebe der Leber immer mehr vernarbt und das Organ seine Funktionen nach und nach einbüßt. Letztlich kann nur eine Transplantation das Leben der Patienten retten.

Die Studie

Durch eine Untersuchung des gesamten menschlichen Erbguts (Genom) haben Forscher des Uniklinikums Dresden und dutzender kooperierender Einrichtungen in Deutschland, der Schweiz, Österreich, Belgien und England nun herausgefunden, dass Varianten dreier Gene im Erbgut die Gefahr einer Leberzirrhose steigern. Hier-



zu hatten die Wissenschaftler mit Hilfe von Blutproben die DNA von über 4.000 Alkoholkranken mit und ohne Leberzirrhose untersucht. Für ein bereits bekanntes und zwei neu gefundene Gene konnten die Forscher einen eindeutigen statistischen Zusammenhang mit dem Zirrhose-Risiko belegen. Für Träger dieser Gene ist demnach das Zirrhose-Risiko 5–10-fach erhöht. Alle drei Gene spielen eine Rolle im Fettstoffwechsel.

Früherkennung

Die Ergebnisse der Studie eröffnen den Medizinern nun die Möglichkeit, besonders gefährdete Menschen früh zu identifizieren. Außerdem helfen sie den Wissenschaftlern, den Entstehungsprozess einer Leberzirrhose besser zu verstehen. Wenn der Prozess auf molekularer Ebene verstanden wird, können wirksame Therapien entwickelt werden.

Wesentlich ist jedoch die Früherkennung. So forderte die DGVS im Rahmen des Lebertrages 2015 die Aufnahme eines Lebertests in das Vorsorgeprogramm der gesetzlichen Krankenkassen. Obwohl zum Beispiel beim „Checkup 35 plus“ eine Blutentnahme erfolgt, gehört die Erhebung der Leberwerte bislang nicht zum Programm. Dabei könnte die Früherkennung einer Hepatitis oder einer Fettleber Folgeerkrankungen und deren Behandlungskosten reduzieren.

Die Erkenntnisse dieser Studie zeigen, dass pauschale Richtlinien für unschädlichen Alkoholgenuß nicht generell gültig sind. Kein Individuum weiß, welche Genvariante es in seinem Genom aufweist. Deshalb empfiehlt es sich, Alkohol nur in sehr gemäßigter Form und nur gelegentlich zu sich zu nehmen. Für bereits lebertransplantierte Patienten, insbesondere diejenigen mit einer alkoholischen Grunderkrankung, verbietet sich der Alkoholabusus per se.

Quellen: Pressemitteilungen 10/2015 und 11/2015 der DGVS (Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten) – <http://www.dgvs.de/presse/aktuelles/>

Umgang mit Hepatitis-C-Virus-Infektion (HCV-Infektion)

Ulrich R. W. Thumm

HCV-Infektion ist eine der weltweit häufigsten Ursachen für chronische Lebererkrankungen. Die weltweite Prävalenz von HCV-Infektionen wird auf 120–170 Millionen geschätzt (WHO), stark konzentriert in Ägypten, Zentralafrika, Mongolei (> 10% Prävalenz) sowie Afghanistan, Pakistan, Irak, Westafrika und Rumänien (2,5–9,9%), also auch in Herkunftsländern der gegenwärtigen Flüchtlingsströme. In Deutschland wird die Prävalenz auf lediglich 0,4% der Bevölkerung geschätzt. Die Infizierung erfolgt parenteral (also nicht über den Magen-Darm-Trakt, sondern durch intramuskuläre/intravenöse Injektion sowie sexuell und vertikal, d.h. von der Mutter auf das Kind). Infizierung auf dem Wege der Bluttransfusion ist in Deutschland und anderen „westlichen Ländern“ heute praktisch ausgeschlossen; dies gilt allerdings leider nicht weltweit.

Mit der Verfügbarkeit neuer, direkt antiviral wirksamer Medikamente (seit 2014) kann eine HCV-Infektion praktisch (bei bis zu 90% der Betroffenen) geheilt werden. Über die verfügbaren Medikamente und ihre Anwendung haben wir ausführlich in Heft 2/2015 der „Lebenslinien“ berichtet; ebenfalls über die aktualisierten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS).

Um die Heilungschancen zu erhöhen, müsse der Zugang zu den entsprechenden Behandlungsmethoden erweitert werden, nach korrekter Diagnose der Infektion. Die European Association for the Study of the Liver (EASL, Europäischer Verband für Leberstudien) empfiehlt in ihren Leitlinien von 2015 „targeted screening“ (= gezielte Untersuchungen kritischer Bevölkerungsgruppen entsprechend der geographischen Prävalenz). Das Screening müsse auf das Erkennen von HCV-Antikörpern ausgerichtet sein, wobei auch Schnellverfahren verwendet werden könnten. Ziel sei in jedem

Fall das Früherkennen einer Infektion und die Verhinderung von Langzeitfolgen wie Leberzirrhose und -krebs (einschließlich der Vermeidung einer Ltx) durch entsprechende Therapie mit DAA-Medikamenten. Adhärenz sei natürlich unerlässlich für hohe und nachhaltige Reduktion der Viruslast (SVR). Außerdem müssten nicht-zirrhose Patienten 48 Wochen nach Erstbehandlung wieder auf HCV getestet werden; zirrhose Patienten und Patienten mit fortgeschrittener Fibrose sollten per Ultraschall auf HCC untersucht werden. Bei Patienten mit Lebererkrankung im Endstadium kommt nur noch eine Ltx in Frage. Eine Behandlung der HCV-Infektion vor Ltx wird ebenfalls empfohlen; sie könne eine Infektion des Transplantats nach Ltx verhindern und die Leberfunktion vor Ltx verbessern. Alle Empfehlungen erfolgen unter rein medizinischen Gesichtspunkten ohne Berücksichtigung von Behandlungskosten, die wegen der hohen Medikamentenkosten beträchtlich sind.

Leipzig: Lebertransplantation heute

Im Lichte des 16. Deutschen Lebertages



Hans-Jürgen Frost

Der Deutsche Lebertag findet jährlich am 20. November statt. Um diesen bundesweiten Aktionstag ranken sich zahlreiche regionale Veranstaltungen wie Arzt-Patienten-Seminare, Lebertest-Aktionen usw. In unserer Region Süd-Ost kam es zu beeindruckenden, fachlichen und sachlichen Arzt-Patienten-Foren in Dresden, Jena und Leipzig.

Zum nunmehr 3. Mal traf man sich im Hörsaal des Universitätsklinikums Leipzig. Hier konnten die Verantwortlichen mehr als 110 Wartepatienten, Transplantierte, Angehörige und Ärzte des Klinikums zu einem „Arzt-Patienten-Forum“ willkommen heißen. Nach der Begrüßung durch Prof. **Dr. Wolfgang E. Fleig**, Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums, und der Übernahme der Moderation des Tages durch **Prof. Dr. Thomas Berg**, Leiter der Sektion Hepatologie, übernahm der stellv. Vorsitzende unseres Verbandes Lebertransplantierte Deutschland e.V., **Egbert Trowe**, das Wort. Er überbrachte die Grüße des Vorstands des Verbandes und seiner Vorsitzenden Jutta Riemer. In seinem Grußwort würdigte er die gute und harmonische Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen des Klinikums, des Transplantationszentrums um Prof. Dr. Bartels und mit der Sektion Hepatologie und ihres Leiters, Herrn Prof. Berg, sowie den Koordinator unseres Verbandes, Hans-Jürgen Frost. Ausdrücklich galt der Dank Frau Dr. Hannelore Tenckhoff für die Koordination und die stete Unterstützung für diese, zur

Tradition gewordene Veranstaltung. Gleichzeitig unterstrich er, dass jetzt – auch mit Unterstützung eines weiteren Ansprechpartners für Leipzig und Umgebung, Herrn Gottfried Geringer, die Arbeit und der Aufbau einer Kontaktgruppe aktiviert werden muss.

In Fortführung dieser Veranstaltung vermittelten zahlreiche Referenten in kurzen Statements Einblicke in aktuelle Entwicklungen bzw. Studien vor und nach Transplantationen. **Dr. Cornelius Engelmann**, Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Rheumatologie der Uniklinik, übermittelte aktuelle Aspekte der Entwicklung der Lebertransplantation in Deutschland. Eindrucksvoll konnte **Prof. Dr. Dietmar Schneider**, Klinik und Poliklinik für Neurologie der Uniklinik, über seine jahrelangen Erfahrungen und neue Regelungen zum Hirntod berichten. Dabei nahm die 4. Fortschreibung der Bundesärztekammer einen breiten Raum ein. Danach geht man jetzt nicht mehr vom „Hirntod“, sondern vom „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“ aus. Welche psychischen und familiären Situationen vor Patienten während des Wartens auf ein Spenderorgan stehen, konnte **Mag. phil. Julia Rehsmann** vom Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern anschaulich vermitteln. **Dr. Hans-Michael Tautenhahn**, Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Uniklinik Leipzig, referierte darüber, was bei der Auswahl von Spenderorganen wichtig ist. Eindringlich berichtete **Dr. Niklas Müller**, Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Rheumatologie, über die Risiken des Alkohols vor und nach

Transplantationen. Interessant auch, dass jährlich ca. 74.000 Menschen an den Folgen ihres riskanten Alkoholkonsums sterben.

Mit den Darlegungen eines lebertransplantierten Sportlers, Herrn **Dietmar Steude**, wurde anschaulich sichtbar, zu welchen Leistungen man nach einer erfolgreichen Transplantation in der Lage sein kann.

Unter der Leitung von Prof. Dr. Berg stellten sich zum Abschluss alle Referenten unter dem Leitgedanken „Patienten fragen – Ärzte antworten“ den wissbegierigen Teilnehmern. Dieses Angebot wurde zahlreich genutzt. Die Veranstaltung wurde mit Informationsständen umrahmt, so auch von einem stets umringten Stand unseres Verbandes, unterstützt durch Mitglieder der Selbsthilfegruppe aus Rudolstadt.

Insgesamt können wir, die Organisatoren unseres Verbandes und insbesondere die Verantwortlichen des Uni-Klinikums Leipzig, einschätzen, dass dies erneut eine gelungene und informative „Arzt-Patienten-Veranstaltung“ und ein Beweis dafür war, wie man die Zusammenarbeit zwischen Klinikum, Transplantationszentrum und Patientenorganisation gestalten kann. Gedanken für das 4. Treffen im Jahr 2016 wurden bereits fixiert. Um die Unterstützung und Zusammenarbeit mit Verantwortlichen im Universitätszentrum braucht uns dabei nicht bange zu sein, wie es Prof. Dr. Berg uns gegenüber erneut unterstrich.

Mitglieder, die sich im Ehrenamt einbringen wollen, können sich bei den Ansprechpartnern melden.

Fotos: LD e.V.



Homburg/Saar: Das Transplantationszentrum im Fokus



UKS
Universitätsklinikum
des Saarlandes

Mariele Höhn

In Homburg ist eine Vertreterin von Lebertransplantierte Deutschland e.V. Mitglied im Fachbeirat. Im Rahmen der Fachbeiratssitzung im März 2016 stellte **Prof. Dr. Matthias Glanemann**, Direktor der Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinikum des Saarlandes Homburg/Saar, Zahlen und Ergebnisse des Ltx-Zentrums in Homburg vor. Das Wichtigste sei vor allem, Vertrauen in die Transplantationsmedizin durch Transparenz zurückzugewinnen, obwohl in Homburg keine Manipulationen festgestellt wurden.

Im Jahr 2015 gab es 13 postmortale Leberspenden (3 weibliche und 10 männliche), das Ziel seien aber 20. Das Durchschnittsalter der Spender betrug 57,2 Jahre. Bei 12 Empfängern waren es 10 Männer und 2 Frauen, hier betrug das Durchschnittsalter 54,2 Jahre und der MELD-Score lag bei 25,4 Punkten. Die Wartezeit

lag (ohne HU) bei bis zu 504 Tagen. 3 von 12 Patienten (25%) waren privat und 9 von 12 (75%) kassenärztlich versichert.

Wichtig, so Prof. Glanemann, sei der regionale Bezug zum Homburger Zentrum. Das Zentrum in Homburg, betonte er, gehöre zu den 14 Kompetenzzentren in Deutschland und Sorge für eine wohnortnahe Versorgung der Patienten mit einer Lebertransplantation. Fast alle Empfänger kämen aus der unmittelbaren Region. Der weiteste Explantationsort war 345 km entfernt. Zukünftig wolle man auch Patienten aus dem nahen Luxemburg gewinnen.

Die Gründe für eine Lebertransplantation waren:

Alkohol. Lebererkrankung	8
Hepatitis C	1
Leberzirrhose, Kryptogen	1
Initial Nicht-Funktion	1
PSC	1
Morbus Wilson	1

Dem Zentrum stehen insgesamt 4 Ltx-Chirurgen zur Verfügung. Die Eingriffe dauerten 2015 durchschnittlich 4 Std. 51 Minuten. Die Kalte Ischämiezeit betrug 8 Std. 38 Min. Die Patienten lagen im



Chirurgie und Innere Medizin des Uniklinikums Homburg/Saar

Foto: Mariele Höhn

Schnitt 16,6 Tage auf der ITS und die Beatmungsstunden bei 329 Stunden (2014: 20 Std.). 45,8 Tage verweilen die Transplantierten durchschnittlich im Krankenhaus.

Das Entnahmeteam, bestehend aus 5 Viszeralchirurgen und 6 Assistenzärzten, teilt sich die Aufgaben mit den Ärzten der Zentren in Mainz und Kaiserslautern.

Homburg engagiert sich auch bei der Organspende: 2015 wurden 18 Lebern entnommen, 2014 waren es 24. 2015 seien 6 Menschen auf der Warteliste verstorben, 2014 waren es 5. Prof. Glanemann bemängelte, dass die Organqualität zunehmend schlechter würde.

Regensburg: Arzt-Patienten-Seminar 2015



UKR
Universitätsklinikum
Regensburg

Simone Maier
Peter Schlauderer

Nunmehr zum 11. Mal fand am 5. Dezember 2015 im Uniklinikum Regensburg das Seminar zum Thema Lebertransplantation statt. Durchgeführt wurde die Veranstaltung gemeinsam vom „Lebertransplantationszentrum Regensburg“ und „Lebertransplantierte Deutschland e.V.“. Ärzte, Angehörige und Betroffene berichteten von ihren Erfahrungen, der Vorsorge bei Lebererkrankungen und dem Leben sowie den dazugehörigen Herausforderungen mit einer neuen Leber.

Professor Dr. Schlitt, Direktor der Klinik und Poliklinik für Chirurgie, begrüßte die gut einhundert Gäste. Besonders wies er auf die Problematik der Leber-Wartepatienten (derzeit 1.336 deutschlandweit) und die teils unbefriedigenden Verteilungsregularien der Spenderorgane hin. Diese werden nach dem MELD-Score ver-



Foto: privat

teilt (je nach Schweregrad der Lebererkrankung). Prof. Dr. Schlitt erwähnte auch den Bericht von Anne-Gret Rinder, der Vorsitzenden der Prüfungskommission der Bundesärztekammer. Sie führte drei Jahre Visitationen an deutschen Transplantationszentren durch, wobei sie im Leberprogramm in Regensburg keine Unregel-

mäßigkeiten feststellen konnte. Im Namen des Vereins Lebertransplantierte Deutschland e.V. hielt auch **Peter Schlauderer** eine kurze Begrüßungsrede. Er wies auf die Möglichkeit des Dankbriefes hin, den man nach einer Transplantation an die Angehörigen der Organspender anonym über die DSO schreiben könne.

Nach den begrüßenden Worten referierte **Prof. Dr. Reichert** zum Thema „Wenn das Loch im Zahn mein Organ gefährden kann“. Meist gehe einer Transplantation eine Gebissanierung voraus. Auch nach einer Transplantation sei eine regelmäßige Zahnkontrolle und selbstverständliche Zahnpflege unbedingt notwendig. Sollten Bakterien über den Mund in die Blutbahn gelangen, können Transplantierte eventuelle Infektionen oft nicht allzu leicht wegstecken.

Beatrix Häuslemer, eine betroffene Transplantierte, berichtete über ihre Krankengeschichte hinsichtlich ihrer Zystenlebererkrankung bis zur Transplantation vor einem halben Jahr und der Zeit danach. Dabei zeigte sie mit einem Maßband, wie groß ihr Bauchumfang mit 1,07 m vor ihrer Lebertransplantation war. Wegen der Raumforderung der fast 7 kg großen Leber konnte sie nur noch sehr kleine Mahlzeiten zu sich nehmen und die Auswahl der Kleidung war sehr eingeschränkt. Sie wurde vor und während der Wartezeit wieder-

holt angesprochen, wann es denn soweit sei mit dem Baby. Dies war eine zusätzliche Belastung für sie, weil sie wegen der hohen Wahrscheinlichkeit von 50%, mit der diese Krankheit weitervererbt wird, auf Kinder verzichtet hatte. Jetzt nach ihrer Transplantation ist sie auf dem besten Weg zurück in ein normales Leben.

Anschließend sprach Ernährungsberaterin **Magda van de Laar** über die Ernährungsproblematik vor einer Transplantation, um einer möglichen Enzephalopathie, einer neurologischen oder neuropsychologischen Störung, vorzubeugen. Sie empfiehlt eine kohlenhydratreiche Kost mit Ballaststoffen und pflanzlichen Proteinen, auch um nach der Transplantation wieder Muskulatur aufzubauen und nicht adipös zu werden. Eine vorgeschriebene Diät gebe es jedoch nicht, aber sie betonte die Wichtigkeit, auf einen hohen Hygienestandard zu achten.

Mit Pianoklängen von Jakob Rossmann wurde in die Pause geleitet.

„Alle Kunst wäre vergebens ... Die Mit-

arbeit des Patienten einfordern“ lautete die Botschaft von **Professor Dr. Martin Loss**. Zahlreiche erschreckende Statistiken belegen die häufig unzureichende Mitarbeit der Transplantierten. Neben zu wenigen Arztbesuchen nach der Transplantation führt auch die reduzierte oder nicht durchgeführte Einnahme von Immunsuppressiva zu Problemen und zur eventuellen Abstoßung des Organs. Er wies zudem darauf hin, dass das Problem der „Non-Compliance“ bei jugendlichen Transplantierten häufiger auftrete.

Jutta Riemer, die Vorsitzende unseres Vereins Lebertransplantierte Deutschland e.V., sprach über das kürzlich entwickelte Dankschreiben für die Spendenkrankenhäuser. Ohne diese gäbe es keine Transplantationen. Dabei sei jeder Transplantierte aufgefordert, sich in seinem nächstgelegenen Krankenhaus mit Transplantationsbeauftragten vorzustellen und ein Dankschreiben zu überbringen.

Abschließend gab es die Möglichkeit zur Diskussion und Beantwortung von Fragen.

Tübingen: Als wär's ein Stück von mir

Patiententag im Uni-Klinikum (UKT)

Ulrich R.W. Thumm

Am 24. April 2016 fand der gut besuchte Patiententag/Tag der offenen Tür für Organspende und Transplantation am UKT statt unter dem obigen, zur Tradition gewordenen Titel. Nach der Begrüßung durch **Prof. Königsrainer** gab **Prof. Nadalin** einen Überblick über die Aktivitäten des Transplantationszentrums im Jahr 2015. Das UKT konnte sich der allgemeinen Entwicklung mit auf niedrigem Niveau stagnierenden Organspenderzahlen und abnehmenden Transplantationen sowie der abnehmenden Qualität der Spenderorgane nicht entziehen. Der Organmangel habe im Fall der Ltx dazu geführt, dass man erst ab einem matchMELD von 27 überhaupt bei der Organzuteilung zum Zuge käme. Prof. Nadalin betonte, dass das Tx-Zentrum Tübingen trotz der prekären Spendersituation und des Mangels an transplantablen Organen weiterhin Spitzenresultate (gemessen am bis zu 3-Jahres-Überleben bei Ltx und geringen Komplikationen) erziele und mit an der Spitze der Tx-Zentren in Deutschland liege. Also weiterhin: **klein, aber fein**. In einem späteren Referat stellte Prof. Nadalin die **Leberlebenspende** als zunehmend zu begehenden Weg aus dem Spenderorganmangel dar. Sämtliche Alternativen wie etwa Organspende nach Herztod und split liver (mit



gigantischen logistischen Problemen in Deutschland) wurden als wenig versprechend eingeordnet. Zur Ergänzung seines Referats stellte unsere Ansprechpartnerin **Heidi Nesper-Eckstein** ihre Erfahrung mit Lebendspende dar. Sie hatte von ihrer Schwester ein Organ bekommen und beiden, Empfängerin und Spenderin, geht es nach etlichen Jahren sehr gut, sie sind mit diesem entscheidenden Schritt in ihrer beider Leben hoch zufrieden. Bereits in seiner Begrüßung hat Prof. Königsrainer betont, dass Ltx bei Kindern ohne Lebendspende praktisch nicht durchführbar wäre.

Prof. Malek stellte die neuen Allokationskriterien für Ltx bei Leberkrebs (HCC) vor. Bei HCC nach alkohol-toxischer Leberzirrhose gelte eine sechsmonatige Karenzzeit (Alkoholabstinenz) als unabdingbar für die Aufnahme auf die Warteliste. Ausnahmen seien unter eng definierten Bedingungen möglich, mit letztllicher Geneh-

migung durch die Bundesärztekammer. Hinsichtlich der Größe der Tumoren sei entschieden worden, die Milano-Kriterien (1 Tumor nicht größer als 5 cm Durchmesser; bei 3 Tumoren Tumorgöße max. 2 cm) strikt beizubehalten. Das Schrumpfen von Tumoren durch Chemoembolisation sei in Deutschland nicht möglich. Da alkohol-toxische Leberzirrhose eine Frage des Lebensstils sei, fragte ein Zuhörer, ob angesichts der rapide zunehmenden Zahlen von Fettlebererkrankungen in diesen Fällen nicht auch analoge Auflagen wie bei Alkohol, in diesem Fall also Gewichtsabnahme, vorzusehen wären. Prof. Malek stimmte dieser Erwartungshaltung ausdrücklich zu.

Von der **Compliance zur Adhärenz** ein weiteres wichtiges Thema. Dazu sprachen **PD Heyne** und unsere Vorsitzende, **Jutta Riemer**. Beide Sprecher betonten, dass das Zusammenwirken von Arzt und Patient für Adhärenz (aufgrund „höherer“, informierter Einsicht des Patienten und „aufklärender“ Unterstützung durch den Arzt) entscheidend seien; nur so könne man erwarten, dass ein komplexer Medikationsplan nach Tx eingehalten und der erwünschte Erfolg erzielt werde.

Es gab noch weitere Themen, über die zu berichten jedoch den Rahmen sprengen würde. Unser herzlicher Dank gilt allen Mitarbeitern des UKT und der Patientenverbände.



Großhadern: Patientenveranstaltung und Regionaltreffen

Annemarie Abeltshauser

Bereits zum 17. Mal konnte **Prof. Dr. Alexander L. Gerbes** am 30.4.2016 die Veranstaltung eröffnen und die Anwesenden herzlich willkommen heißen. Besonders begrüßte er Josef Theiss, der mit ihm vor Jahren den Anstoß für diese Veranstaltungsreihe gegeben hatte. Er gab das Mikrophon auch gleich weiter an **Prof. Dr. J. Werner**, dem Chef der Chirurgie. Prof. Werner gab einen Rückblick auf spannende zwei Jahre, die einiges an Veränderungen und Weiterentwicklungen gebracht haben.

Helmut Thaler, der Koordinator Südbayern vom Verband Lebertransplantierte Deutschland e.V., bedankte sich in seinem Grußwort für die gute Betreuung der Patienten und die große Hilfe, die unserem Verband vom Klinikum Großhadern immer wieder zuteilwird. Er bat auch um tatkräftige Mitarbeit und Unterstützung für die vielfältigen Aufgaben unseres Verbandes. Durch den Verlust von langjährigen Weggefährten wären wir sehr dankbar, wenn sich der/die eine oder andere zur Mitarbeit bereit erklären könnte. Ein weiteres Treffen findet am 11.6.2016 in Dachau statt. Die Einladungen liegen auf. Wir freuen uns auf zahlreiche Teilnahme.

Prof. Markus Guba gab einen Einblick in die aktuellen Entwicklungen und eigenen Ergebnisse. So ist leider trotz vielfältiger Bemühungen kein Anstieg der Spenderzahlen erkennbar und die Spenderrate weiterhin gering. Trotzdem konnten in Großhadern die Zahlen schrittweise von 40 auf ca. 60 Ltx jährlich angehoben werden. Dies ist u. a. auf die Kooperation mit den Kliniken Rechts der Isar und Erlangen zurückzuführen. Hier werden durch eine wöchentliche Tele-Transplantationskonferenz der Teams in den Kliniken sowohl der Austausch und die Überwachung der aktuellen Ergebnisse als auch wohnortnahe und persönliche Betreuung der Wartepatienten ermöglicht. Um die Transplantationen weiterhin ohne Qualitätseinbußen steigern zu können, wurden nunmehr sowohl Organe von älteren Spendern, die Leber-Lebendspende als auch die Teilleber-Transplantation in den Fokus genommen.

Die Interdisziplinäre Betreuung vor und nach Transplantation wurde durch Herrn **PD Dr. Gerald Denk** vorgestellt. Er stellte die Grundlagen für die Feststellung des MELD-Score dar. Dieser ergibt sich



aus den Laborwerten Bilirubin, Kreatinin, und INR. Die Skala reicht von einem Wert von 6 (gesund) bis 40 (todkrank). Bei einem Wert von ca. 15 überwiegt der Vorteil einer Ltx gegenüber dem Risiko. Bei einer alkoholischen Leberzirrhose ist weiterhin 6 Monate Abstinenz Grundbedingung. Diese kann durch die Kontrolle von Urin hinreichend belegt und nachgewiesen werden.

Bei der Transplantation wird nach Intensivstation, Normalstation und Reha die Betreuung durch die Leberambulanz übernommen. Dr. Denk gab einen Überblick über mögliche Komplikationen, die aber in der Regel gut in den Griff zu be-



kommen sind. Hier gilt es, achtsam mit seinem Körper und dem geschenkten Organ umzugehen. Fieber, ein Anstieg der Leberwerte und Durchfall sind gute Gründe, sich sofort mit dem Zentrum in Verbindung zu setzen!

Der Patient im Mittelpunkt – Transplantierte berichten

Wieder einmal ein spannendes Medium, um die Schicksale, aber auch das Glück der Transplantierten hautnah zu erfahren.

Dr. Florian Reiter stellte eine Patientin mit akutem Leberversagen vor. Frau Schilio wurde bei einem LKW-Unfall als Radfahrerin schwer verletzt und war nach einem Politrauma und Knochenbrüchen bereits in der Reha in Bad Wiessee. Danach stellte sich ein Leberversagen ein, so dass eine Ltx unvermeidbar war. Die Patientin befindet sich zurzeit noch im Krankenstand, wird aber bald wieder ihren Dienst als Polizistin im Außendienst aufnehmen. Ein sehr gutes Beispiel, wie man nach Ltx sein „altes Leben“ wieder zurückerobern kann.

Ein richtiges Original wurde uns mit Herrn Reich durch **Dr. Andreas Benesic** vorgestellt. Mit seiner pragmatischen Art und seinem trockenen Humor hätte er durchaus Talent zu einer Karriere als Kabarettist. So erzählte er von seiner Hepatitis C, mit der er 35 Jahre lang gelebt und von dem Karzinom, das sich gebildet hatte. Auch über die Fahrt zur Ltx erzählte er unaufgeregt und trocken.

Frau Duxi, die von Prof. Guba vorgestellt wurde, erzählte von ihrer Erkrankung, einer kryptogenen Zirrhose. Mit dieser war sie bereits seit etwa 10 Jahren in Behandlung. Dann entstand ein Tumor. Sie erzählte auch von ihren Empfindungen, als es dann so weit war.

Den Patienten, die sich hier zur Verfügung gestellt haben und so frei von ihren Erlebnissen erzählt haben, sei hier nochmals ganz herzlich gedankt. Mögen sie noch lange mit ihren geschenkten Organen ihr „altes Leben“ mit allen Sinnen genießen, das wünsche ich ihnen von Herzen.

Gemeinsam stark – Rolle der Patientenselbsthilfe

Josef Theiss nahm in Vertretung der Bundesvorsitzenden des Verbandes Lebertransplantierte Deutschland e.V., Jutta Riemer, an der Veranstaltung teil. Sein Vortrag befasste sich mit dem Thema „Organspende heute – und in der Zukunft“ und

gab einen Abriss über die Vergangenheit, aber auch Blick in die Zukunft.

Das Transplantationsgesetz ist ein Bundesgesetz. Die Ausführung ist jedoch Länderangelegenheit. Die wenigsten Bundesländer haben zwischenzeitlich ihre Gesetze, Ausführungsverordnungen und Verwaltungsvorschriften entsprechend angeglichen.

In Bayern wurde in den letzten Tagen das Bündnis Organspende ins Leben gerufen (s. S. 39). Hier sind auch wir aufgerufen, die Werbung für die Organspende weiterzutragen.

Im Schlusswort warb Professor Guba ebenfalls dafür, positiv über die Organspende zu informieren. Es sei unbedingt notwendig, die Menschen vom Gespräch über die Organspende in den Familien zu überzeugen. Nur wenn jeder einzelne die Entscheidung, was mit seinem Körper im Falle seines Todes geschieht, **selbst** trifft, erspart er seinen Angehörigen die Entscheidung in einer traumatischen Situation.

Und wir sollten mit Lebensfreude für diese gute Sache Werbung betreiben.

Schwäbisch Hall: Arzt-Patienten-Forum Leber- und Nierenerkrankungen – Wann wird es ernst?

 **Das Diak:**

Fotos: privat

Jutta Riemer

Das Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall (DIAK) lud am 19.3.2016 gemeinsam mit den Patientenvereinen Lebertransplantierte Deutschland e.V. und Niere Baden-Württemberg e.V. zu einem Arzt-Patienten-Forum ein. Die VHS stellte dankenswerterweise als Kooperationspartner die Räumlichkeiten zur Verfügung. Interessierte Bürger, aber auch erkrankte und bereits transplantierte Patienten fanden sich unter den Zuhörern. Unter die Gäste hatte sich auch der frühere Leiter der Inneren Medizin im DIAK, Prof. Dr. Heißmeyer, gemischt. Im Mittelpunkt der Veranstaltung im Haus der Bildung standen die Funktion und Bedeutung der Organe und die Therapiemöglichkeiten fortgeschrittener Leber- und Nierenerkrankungen.

Jutta Riemer, Vorsitzende Lebertransplantierte Deutschland e.V., und Prof. Dr. Markus Menges, Chefarzt der Inneren Medizin 2 im DIAK, begrüßten die Besucher.



Prof. Dr. Markus Menges vom Diakonie-Klinikum zeigte auf, dass die Endstrecke der meisten chronischen Lebererkrankungen eine Leberzirrhose sei, die ohne geeignetes Eingreifen voranschreitet und in einem Leberversagen enden könne. Hier gilt es, einerseits das Voranschreiten durch eine geeignete Therapie möglichst zu verhindern. Sollte dies nicht möglich sein, muss man rechtzeitig erkennen, welche Patienten von einer Transplantation profitieren. Ausführlich besprach der Mediziner die Kriterien, die an eine Aufnahme in eine Transplantationsliste geknüpft sind sowie mögliche Probleme damit. Er verdeutlichte auch den Zusammenhang der Schwere der Erkrankung, der Chance, ein Spenderorgan zu erhalten, und der Erfolgsaussicht, mit diesem lange leben zu können.



Im Anschluss daran informierte **Dr. Nahed Nazli** vom Nierenzentrum Schwäbisch Hall über geeignete Therapiemöglichkeiten bei chronischen Nierenerkrankungen bis zum vollständigen Funktionsverlust des Organs. Dazu erklärte er zunächst Aufbau und Wirkung des Organs. Bei einer Erkrankung der Niere, in deren

Verlauf eine Dialyse notwendig wird, unterscheidet man zwei Formen. Die Hämodialyse sei die bei Patienten mit Nierenschwäche am meisten angewandte. Bei diesem Verfahren zur Blutwäsche filtert und reinigt ein Gerät mit einer Membran das Blut außerhalb des Körpers. Man spricht auch von „künstlicher Niere“. Bei der wesentlich seltener angewandten Peritonealdialyse (Bauchfelldialyse) benutzt man das gut durchblutete Bauchfell des Patienten als körpereigene Filtermembran.

Er betonte, dass gerade für jüngere Patienten, also bis weit über die 50 Jahre hinaus, die Transplantation der bessere Weg ist, da die Hämodialyse keine perfekte Ersatztherapie darstellt und für die Patienten mit erheblichen Nebenwirkungen einhergehen kann. Für ältere Patienten wurde ein spezielles Organvermittlungsprogramm vorgestellt, bei dem Empfänger über 65 Jahre die Chance haben, über das ESP (European Senior Program) schneller eine Niere eines ebenfalls älteren Empfängers zu erhalten. Ältere Nieren werden bevorzugt eher nicht an jüngere Menschen vermittelt.



Denise Banza, Heidelberg, Koordinatorin der Deutschen Stiftung für Organtransplantation, sprach über die gesetzlichen Regeln, Richtlinien und Voraussetzungen für Organspenden und Organtransplantationen in Deutschland. Sie informierte über den Organspendeausweis ebenso wie über die gültige Entscheidungslösung und den irreversiblen Hirnfunktionsausfall als Voraussetzung für eine Organspende. Sie betonte nochmals, dass nur die wenigsten Organspender einen Ausweis besitzen. Die meisten Organspenden kommen über den sogenannten mündlichen Willen zustande, d. h. der Verstorbene hat sich bei Verwandten, dem Partner usw. positiv für eine Organspende geäußert und die Angehörigen entscheiden für ihn. Sie mahnte dringend, die eigene, persönliche Entscheidung zu treffen, um die Angehörigen im Ernstfall zu entlasten.



Eindrücklich schilderte der Gaildorfer **Wilfried Hess** von Lebertransplantierte Deutschland e.V. als Betroffener über das Leben mit einem Spenderorgan. Bei Wil-

fried Hess wurde im Jahr 1998 eine Virushepatitis festgestellt. Die Transplantation erfolgte 2011 in Heidelberg. Nach dem Anruf der Klinik, dass ein Spenderorgan vorliege, reiste er sofort nach Heidelberg. Allerdings musste sein neu transplantiertes Organ wegen inneren Blutungen entfernt werden und erneut eine Transplantation eines weiteren Spenderorgans vorgenommen werden. Das war am 8. Oktober 2011. Nach drei bis vier Monaten in der Klinik ging es zum Jahreswechsel 2012 für Herrn Hess in die Reha. Dort lernte er wieder gehen. Heute macht er wieder gerne Sport und ist viel in der Natur.

Das Arzt-Patienten-Gespräch stellt wichtige Weichen für die Therapie leber- und nierenerkrankter Menschen. „Wie schaffen es Patienten und Angehörige, Gespräche mit Ärzten auf Augenhöhe zur beiderseitigen Zufriedenheit zu führen?“, dieser Frage widmete sich **Jutta Riemer** im Austausch mit den Besuchern. Alle haben ein gemeinsames Ziel – die Verbesserung der Situation des Patienten, im Idealfall bis zur Genesung. Das Gespräch sollte immer von gegenseitigem Respekt getragen werden, wobei eine gute Vorbereitung und die Einhaltung einfacher Regeln auf beiden Seiten Zeit spart für wichtige Gesprächsinhalte.



V.l.n.r.: Wilfried Hess, Prof. Dr. Markus Menges, Denise Banza; Dr. Nahed Nazli, Jutta Riemer

Im Rahmen der abschließenden Diskussionsrunde wurden offene Fragen beantwortet. Am Ende des Forums waren sich Besucher, Vortragende und Referenten einig, dies ist das passende Format für Spezialisten, Interessierte und Betroffene, um sich gemeinsam in guter Atmosphäre austauschen zu können.

Quelle: PM DIAK SHA vom 21.3.2016



Freiburg: Arzt-Patienten-Seminar

Inge Nußbaum

Am Samstag, den 23.4.2016 fand an der Medizinischen Universitätsklinik in Freiburg ein Arzt-Patienten-Seminar zum Thema „Lebertransplantation“ statt. **Prof. Dr. med. J. Rasenack** begrüßte etwa 50 Teilnehmer und hieß alle herzlich willkommen. Anschließend erteilte er **Peter Hellriegel**, Ansprechpartner der Kontaktgruppe Karlsruhe, das Wort.

Peter Hellriegel stellte zuerst unseren Verband „Lebertransplantierte Deutschland e.V.“ vor. Er nannte die aktuellen Mitgliedszahlen, die Anzahl der Kontaktgruppen und die Aufgaben der einzelnen Kontaktgruppen. Danach fuhr er mit seinem eigentlichen Thema „Bewegung und Sport“ fort. Dieses ist nicht nur für transplantierte Patienten, sondern für jedermann interessant. „Sportschuhe statt Pantoffeln“: Unter diesem Motto können alle Menschen durch Bewegung ihr Immunsystem stärken, den Muskelaufbau fördern, den Stoffwechsel aktivieren, die Knochen kräftigen und nicht zuletzt auch die Kommunikation untereinander fördern. Ausreden, die immer gefunden werden, sollte man ignorieren und stattdessen mit kleinen Schritten in ein sportlich aktiveres Leben starten. Dabei sollte man sich kleine Ziele setzen, die dann langsam gesteigert werden können. Peter Hellriegel ist in der Sportgruppe TransdiaSport Deutschland e.V. aktiv und hat schon viele Auszeichnungen in diversen sportlichen Disziplinen erhalten. Er hat uns alle angeregt mitzumachen und dabei zu sein – vor allem für sich selbst und für die eigene Gesundheit.

Der nächste Programmpunkt wurde von **Dr. med. Ch. Neumann-Haefelin** von der Universitätsklinik Freiburg abgehalten. Dr. Neumann-Haefelin klärte die Besucher über die Wichtigkeit der Laborwerte vor und nach der Lebertransplantation

auf. Er erläuterte die einzelnen Blutwerte im Detail.

Nach diesem Vortrag gab es eine kleine Pause mit Imbiss. Während der Pause war genug Zeit für Gespräche untereinander und mit den Ärzten. **Georg Hecht-fischer** und ich, **Inge Nußbaum**, waren am Stand des Verbandes Lebertransplantierte vertreten und standen den interessierten Gästen für Fragen zur Verfügung. Wir legten verschiedenes Informationsmaterial des Verbandes über Themen rund um die Lebertransplantation und Organspende aus und es fanden sehr interessante Gespräche statt.



Nach einer halben Stunde Pause wurde das Seminar fortgesetzt. **Prof. Dr. med. Peter Schemmer** von der Universitätsklinik Heidelberg gab einen Einblick in eine Lebertransplantation aus chirurgischer Sicht. Er erwähnte dabei auch die Hemmschwelle zur Bereitschaft, Organe zu spenden, die auch durch die vergangenen Skandale leider erhöht wurde. Ebenfalls zeigte er anhand von Tabellen das Verhältnis von benötigten Organen zu den Spenderzahlen und deren Entwicklung im zeitlichen Verlauf. An diversen Schautafeln erläuterte er auch die Definition des Hirntods und erklärte mit Hilfe von Bildern den Vorgang der Organentnahme, der Organkonservierung, den Transportmöglichkeiten und den Verpackungstechniken von Organen. Die Zeiten, die von der Organentnahme bis hin zur Transplantation eingehalten werden müssen,

wurden an einer Tabelle gezeigt. Dabei ging es aber nicht nur um Leberspenden, sondern um alle zu transplantierenden Organe. Prof. Schemmer erklärte, wie die Zuordnung und Verteilung einer Leber abläuft. Zum Ende des Vortrags von Prof. Schemmer wurde ein Video über verschiedene Operationstechniken bei der Lebertransplantation vorgestellt. In Zukunft soll mehr mit Robotertechnik gearbeitet werden. Dies ist stressfreier für den Patienten und für den Chirurgen.

Die Zeit verging sehr schnell und schon stand der letzte Programmpunkt mit **Prof. Dr. med. J. Rasenack** auf der Tagesordnung. Prof. Rasenack hatte das Thema „Meine Transplantleber und ich – was muss ich beachten“. Zur Einführung präsentierte er eine Statistik zu den Überlebenschancen und eventuellen Krankheiten nach einer Lebertransplantation. Jeder Transplantierte kann sehr viel selbst dazu beitragen, dass der Gesundheitszustand stabil wird und auch bleibt. An oberster Priorität steht die pünktliche und genaue Einnahme der lebenswichtigen Medikamente (Immunsuppressiva etc.). Ganz wichtig sind auch Bewegung und Sport. Übergewicht sollte vermieden werden. Eine gesunde Ernährung ist sehr zentral. Hygienevorschriften sollen eingehalten werden. Um das Hautkrebsrisiko gering zu halten, ist auf genügend Sonnenschutz zu achten. Der Umgang mit Haustieren soll vorsichtig angegangen werden. Wenn all diese Maßnahmen beachtet werden, so steht einem Leben mit einem Spenderorgan für viele Jahre nichts mehr im Wege.

Bei der Veranstaltung war auch ein Mitglied anwesend, das bereits seit 25 Jahren mit einer Spenderleber lebt.

Nach den Vorträgen war noch Zeit für Fragen aus dem Publikum. Zusammenfassend kann man sagen, dass durch die Veranstaltung vorhandenes Wissen aufgefrischt und viel Neues aufgenommen werden konnte.

Foto: privat

Regina Nagel – „Lea Löwenherz“

„Wo ist mein Herz? Wie kann ich es finden?“ Mit dieser Frage beginnt das Kinderbuch Lea Löwenherz. Lea hat eine schwere Herzmuskelerkrankung und damit verändert sich ihr ganzes Leben. Sie zeigt sich als sehr starke Persönlichkeit und durchlebt Höhen und Tiefen. Erfährt schöne Momente, in denen man mit ihr lacht und hofft, aber auch Momente voller Angst und Traurigkeit.

Themen, angefangen vom Umgang mit der Krankheit, Abschied, Dankesbrief und Gedenken, sind ebenso in Leas Leben gegenwärtig wie die Gedanken, dass niemand für sie sterben soll.

Feinfühlig und emotional geschrieben von Regina Nagel, Gemeindereferentin und Wirtschaftspsychologin. Sie hat aus eigener Betroffenheit geschrieben, da sie seit Sommer 2012 selber auf ein Herz wartet. Eingeführt wird dieses Buch durch ein Geleitwort von Univ. Prof. Dr. med. Brigitte Stiller.

Mein Herz liegt in der Unterstützung der Angehörigen und so freut es mich, dass ich Ihnen ein, nach meiner Meinung, sehr gutes Buch vorstellen kann. Es kann eine wertvolle Unterstützung bei der thematischen Erarbeitung mit Jugendlichen sein. Aber auch Erwachsene können, wie ich, diese Buch nach ein paar Seiten nicht mehr aus den Händen legen. Es erwartet Sie eine außergewöhnliche Geschichte mit sehr viel Herz.

Viel Spaß beim Lesen, Jörg Hülsmann



Herzenssache Organspende – Entscheide Dich

Tag der Organspende am 4.6.2016 in München

Annemarie Abeltshauser

Wir waren schon recht gespannt auf den Tag der Organspende, der in diesem Jahr, „direkt vor unserer Haustüre“, in der bayerischen Landeshauptstadt München gefeiert werden sollte.

Um 10.30 Uhr begann der Ökumenische Dankgottesdienst in der Kath. Pfarrkirche Hl. Geist am Viktualienmarkt. Die Leitung hatten **Barbara Kittelberger**, die Stadtdekanin des Evang.-Lutherischen Dekanatsbezirks München, **Msgr. Dr. Siegfried Kneissl** von der Erzdiözese München/Freising und **Apostolos Malamoussis**, der Erzpriester der Griechisch-Orthodoxen Metropole.

Das Motto des Gottesdienstes lautete: „Die Liebe hört niemals auf“. 1. Kor. 13,8.

Die bewegende Feier wurde vom **Gospelchor St. Lukas München** unter der Leitung von **Bastian Pusch** und dem **Pianisten Josef Reßle, dem Byzantinischen Kantorenchor München** unter der Leitung von **Dr. Konstantinos Nikolakopoulos** sowie dem Organisten von Heilig Geist, Herrn **Stefan Moser**, musikalisch umrahmt.

Besonders berührend waren die Statements der Betroffenen, die Einblicke in ihre ganz persönliche Geschichte im Bezug auf die Organspende gaben. Frau Kittelberger wählte in ihrer Predigt „Das hohe Lied der Liebe“ zum Thema.

In der Symbolhandlung wurden die beiden Motivhälften am Ende zu einem Ganzen („Nun aber bleibt Glaube, Hoffnung, Liebe, diese drei; aber die Liebe ist die größte unter ihnen“) zusammengesetzt. Die Bereitschaft zur Organspende

ist letzten Endes eben auch ein unbedingtes Zeichen grenzenloser Liebe. In den Fürbitten wurden alle Beteiligten – die Spender, die Empfänger, die Angehörigen, die Warte-Patienten, die Transplantations-Koordinatoren, die Ärzte und alle Menschen in die Bitte um Beistand in allen Lebenslagen mit eingeschlossen.

Nach dem Gottesdienst wurde das Programm auf dem Marienplatz mit Grußworten vom **Bundesminister** für Gesundheit, **Hermann Gröhe**, der Bayerischen **Staatsministerin** für Gesundheit und Pflege, **Melanie Huml**, dem **zweiten Bürgermeister** der Stadt München, **Josef Schmid**, eröffnet. Es sprachen außerdem der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, **Dr. Max Kaplan**, **Dr. Heidrun M. Thaiss**, die Leiterin der BZgA, **Dr. Axel Rahmel** und **Thomas Biet**, MBA vom Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation, sowie **Jutta Riemer**, die Bundesvorsitzende des Verbandes Lebertransplantierte Deutschland e.V.

Es folgten eine gemeinsame Luftballon-Aktion sowie die Aktion „Geschenkte Lebensjahre“, bei der Transplantierte ihre Lebensjahre auf Schildern vorzeigten.

Weiter gab es Interviews und Gesprächsrunden u.a. zu den Themen „Tag der Organspende“, Organspende, Transplantation, Organspende und Religion, Transplantation und Sport und Organspende im Film, in denen sich **Dr. Axel Rahmel**, **Prof. Dr. Eckhard Nagel**, **PD Dr. Ana Paula Barreiros**, **PD Dr. Helmut Arbogast**, **Dr. Asllan Tahiraj**, **Dr. Doris Gerbig** von ärztlicher Seite zur Verfügung stellten. Weitere Teilnehmer waren **Jutta Riemer** als Vertreterin unseres Bundesverbandes, **Brigitte Herzog** und **Heiner Röschert** als Angehörige von Organspendern, **Sophia**

und **Kathrin Müller-Menrad** als lebertransplantiertes Mädchen mit seiner Mutter, **Simone Bauer** als nierentransplantierte Sportlerin und **Peter Kreilkamp** als Dialyse-Patient und Sportler.

Die kirchlichen Stellungnahmen gaben Frau Stadtdekanin **Barbara Kittelberger**, Msgr. Dr. **Siegfried Kneissl** und der Pallottinermonch **Pater Klaus Schäfer** ab.

Drehbuchautor **Benedikt Röskau**, der Redakteur **Wolfgang Oppenrieder** und **Martin Bromber** von der UFA Fiction GmbH beleuchteten die Organspende im Film, ebenso die Schauspielerinnen **Michaela May** und **Annette Frier**.

Dazwischen gab es immer wieder Auftritte von bekannten und beliebten Künstlern, die durch ihre temperamentvollen Darbietungen den Tag zum unvergesslichen Erlebnis werden ließen. Musik gehört eben auch zum Leben und macht vieles erträglicher. **Die Dandys**, **Sydney Youngblood**, **Natascha Wright – The Voice of La Bouche**, **Bernie Paul** und **Hot Banditoz** sangen mit sehr viel Temperament und Freude. **Mary Roos** und **Claudia Jung** machten uns mit ihren Liedern ebenfalls sehr viel Freude.

Alles in allem war es ein sehr gelungener Tag mit guten Gesprächen, viel Begeisterung und Engagement der Akteure. Die eindeutige Botschaft des Tages aber war:

Denkt darüber nach, was im Falle Eures Todes mit Eurem Körper geschehen soll. Entscheidet Euch, sprecht darüber mit Euren Familien und dokumentiert dies im Organspendeausweis. Ob pro oder kontra – bürdet diese Entscheidung nicht Euren Angehörigen auf – entscheidet selbst!



Fotos: Jürgen Pauli

Gesetzentwurf zur Errichtung eines Transplantationsregisters

Jutta Riemer

Das Bundeskabinett hat am 23.3.2016 den Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters beschlossen. Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates und soll noch in diesem Jahr in Kraft treten.

Der entsprechende Referentenentwurf lag Lebertransplantierte Deutschland e.V. (LD e.V.) schon Ende 2015 vor. Der Verband hat anlässlich der Anhörung eine ausführliche schriftliche Stellungnahme abgegeben. LD e.V. begrüßt es sehr, dass der Gesetzentwurf nun beschlossen ist. Angesichts des herrschenden Organmangels, der Zunahme des durchschnittlichen Spenderalters, von Organen mit erweiterten Spenderkriterien und der Tatsache, dass Patienten häufig erst transplantiert werden, wenn sie sich in einem schon sehr bedrohlichen Gesundheitszustand befinden, ist es besonders bedeutsam, die zur Verfügung stehenden Organe aufgrund nationaler Datenlage und -analyse optimal zu vermitteln.

Mit dem Transplantationsregister werden erstmals Daten von verstorbenen Organspendern, Organempfängern und Lebendspendern bundesweit zentral zusammengefasst und miteinander ver-

knüpft. Dabei haben das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und der strenge Schutz der sensiblen Patientendaten oberste Priorität. Die Daten der Organempfänger und der lebenden Organspender werden nur mit ihrer ausdrücklichen Einwilligung an das Transplantationsregister übermittelt. Das Transplantationsregister wird unter der Aufsicht der Bundesbeauftragten für den Datenschutz (BfDI) stehen.

Das Register soll langfristig unter anderem dazu beitragen, die Wartelistenkriterien sowie die Verteilung der Spenderorgane weiterzuentwickeln. Denn es liefert fundierte Informationen darüber, zu welchem Organempfänger ein Spenderorgan am ehesten passt. Die Verknüpfung der Daten kann zudem Hinweise darauf geben, wie Transplantationszentren ihre Qualität noch weiter verbessern können. Außerdem ist es möglich, die Datennutzung zu wissenschaftlichen Forschungszwecken im Bereich der Transplantationsmedizin zu beantragen.

Der Gesetzentwurf legt fest, dass die Selbstverwaltungspartner (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Bundesärztekammer) geeignete Stellen mit der Errichtung und dem Betrieb einer Transplantationsregisterstelle sowie einer unabhängigen Vertrauensstel-

le für die Pseudonymisierung personenbezogener Daten vertraglich beauftragen.

Die Übermittlung der transplantationsmedizinischen Daten an das Transplantationsregister wird auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen Datensatzes erfolgen. Dieser Datensatz wird parallel zum Gesetzgebungsverfahren erarbeitet, um eine möglichst zügige Aufnahme der Arbeiten des Transplantationsregisters sicherzustellen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit hat das Robert-Koch-Institut (RKI) hierfür eine Arbeitsgruppe eingerichtet, in der Expertinnen und Experten aller maßgeblichen Institutionen vertreten sind.

Bei der Transplantationsregisterstelle wird ein Fachbeirat eingerichtet, der sowohl die Registerstelle als auch die Vertrauensstelle fachlich beraten und unterstützen soll.

LD e.V. hofft auf eine möglichst zeitnahe Umsetzung des Registers, auch unter Nutzung retrospektiver Daten, damit der positive Effekt einer Datenzusammenführung für die Optimierung der Organverteilung schon in naher Zukunft genutzt werden kann.

Quelle: PM des Bundesministeriums für Gesundheit vom 23.3.2016

DSO veröffentlicht Verfahrensanweisungen

Jutta Riemer

Die neuen Verfahrensanweisungen beziehen sich auf die Tätigkeiten und die Zusammenarbeit in allen Phasen des Organspende-Prozesses. Der Gesetzgeber hat die DSO zur Erstellung dieser Anweisungen aufgrund einer EU-Richtlinie (2010/53/EU) beauftragt. Sie tragen weiter zur Transparenz und Sicherheit in den Abläufen für die handelnden Personen und letztendlich für die Organempfänger bei. Auch sollen diese Richtlinien dazu beitragen, die Angehörigen bei der stabilen Entscheidungsfindung bestmöglich zu begleiten.

Das vorhandene Potenzial an Organspendern soll, im Sinne der Wartelistenpatienten, besser ausgeschöpft und die Risiken für die Organempfänger möglichst niedrig gehalten werden. Während einige Verfahrensanweisungen in erster Linie die

Tätigkeit der DSO selbst betreffen, richten sich andere auch an die Entnahmekrankenhäuser und die Transplantationszentren.

Was sich zunächst technisch anhört, ist jedoch dringend notwendig u.a. für die Arbeit an den Schnittstellen verschiedener Beteiligter, z.B. bei der Entdeckung der potenziellen Spender und der Meldung dieser an die DSO, den qualifizierten Gesprächen und der Betreuung der Angehörigen und weitere Tätigkeiten rund um die Organspende. Diese Verfahrensanweisungen klären detailliert Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für die Teilbereiche des Organspende-Prozesses. Dazu gehören:

- Die Spendermeldung an die DSO (Verantwortung bei den behandelnden Ärzten für Diagnose und Behandlung in Verantwortung bis zur Feststellung des Hirntods ...)
- Die Überprüfung der Spenderidentität (Personaldokument ...)

- Die Einwilligung oder Zustimmung (ist ein rechtsgültiger Ausweis vorhanden, wer darf, muss entscheiden ...)
- Die Organ- und Spendercharakterisierung (Anamnese, Labor, Infektionsdiagnostik zum Spenderschutz ...)
- Die Entnahme, Konservierung und Verpackung (Verträge mit Entnahmekirurgen, Verpackungen der Organe lt. EU-Norm ...)
- Die Rückverfolgung (Dokumentation. Jedes Organ muss lückenlos rückverfolgbar sein ...)
- Der Umgang mit schwerwiegenden Zwischenfällen/unerwünschten Reaktionen (Meldeweg, Analyse, Aufarbeitung; Abschluss-Bericht ...).

Diese Verfahrensanweisungen traten am 5. November 2015 in Kraft.

Quelle: DSO, Verfahrensanweisungen der DSO gemäß §11 des TPG
Die kompletten Verfahrensanweisungen finden Sie unter: www.dso.de

DSO-Zahlen 2015 stabil, 2016 Tendenz fallend: Organspender stabil auf niedrigem Niveau

DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung **DSO**

Dennis Phillips

Nachdem die Zahl der Organspender seit 2010 um fast ein Drittel stark rückläufig war (2010: 1.296 vs. 2015: 877), ist sie um 1,5 Prozent im Jahre 2015 ein kleines bisschen angestiegen. Damit zeigt sich die Anzahl der Organspender (OS) wieder stabil, aber auf einem niedrigen Niveau.

Obwohl die Zahl der OS leicht angestiegen ist, wurden mit 2.900 **weniger Organe gespendet** als 2014 – 2.989 –, was möglicherweise mit dem höheren Durchschnittsalter der Spender zu tun hat. Da es für die Organspende keine Altersbegrenzung gibt, mit zunehmendem Alter jedoch die Wahrscheinlichkeit von Begleiterkrankungen zunimmt, sind insbesondere bei älteren Spendern häufiger weniger Organe für eine Transplantation geeignet, erklärt die DSO.

Bundesweit konnten **3.083 Organe transplantiert** werden, d.h. es wurden 183 Organe mehr als die in Deutschland entnommenen Organe vermittelt. Das zeigt, wie wichtig der internationale Organaustausch durch Eurotransplant ist. Von diesem internationalen Organaustausch mit den anderen sieben Eurotransplant-Ländern haben 183 deutsche Patienten profitiert.

Man sieht das insbesondere bei der Leber: Nur 730 Lebern wurden in Deutschland gespendet (**-4,3 Prozent** vs. 763 im Jahr 2014), aber 846 (**+15,9%**) wurden dank Eurotransplant transplantiert. Man sieht, dass 116 leberkranke Patienten hier gerettet wurden durch eine Ltx dank der Organspender anderer ET-Länder.

Die Statistik zeigt, dass in Deutschland nur 10,8 Spender auf eine Million Einwohner (pmi) kommen. Der EU-Schnitt liegt bei 19,5 pmi. Die größte Spenderbereitschaft in Europa findet man in Spanien, mit 39,7, ein europäischer Rekord. Mit halb soviel Einwohnern wurden in Spanien 1.852 Spender (2015) gezählt mit 4.769 Organen. Das entspricht 13 Transplantationen pro Tag berichtet der Spanische Direktor der Nationalen Organisation für Transplantation Rafael Matesanz dem Berliner Tagesspiegel.

In Deutschland entwickelte sich die Organspende unterschiedlich. So wurde in der **DSO-Region Ost** (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) mit 16,2 Spendern pmi die höchste Spenderrate erreicht. Nach Meinung der DSO zeigt diese Rate, dass auch im restlichen Bundesgebiet deutlich mehr Spenden möglich wären.

Die niedrigste Spenderrate im letzten Jahr wurde in der **DSO-Region Nord**

Organspender* (Januar–Dezember)

DSO-Region	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nord	191	213	193	168	135	153	113
Nord-Ost	146	144	129	113	102	108	89
Ost	159	155	166	119	106	111	137
Bayern	196	192	189	155	118	120	139
Baden-Württemberg	127	134	115	119	98	96	106
Mitte	139	202	165	141	123	106	107
Nordrhein-Westfalen	259	256	243	231	194	170	186
Deutschland	1.217	1.296	1.200	1.046	876	864	877

* ohne Lebendspender; vorläufige Zahlen für 2015

	Transplantierte Organe ¹			Postmortale Organspenden ²		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Herz	313	304	286	300	294	278
Lunge	371	352	295	327	330	270
Niere	1.547	1.508	1.550	1.512	1.481	1.520
Leber	884	879	846	773	763	730
Pankreas	128	120	105	119	114	101
Dünndarm	5	6	1	4	7	1
	3.248	3.169	3.083	3.035	2.989	2.900

1) ohne Transplantationen nach Lebendspende, ohne Dominotransplantationen.

2) Organe in Deutschland entnommen und in Deutschland sowie im Ausland transplantiert; ohne Lebendspenden

Quelle: DSO-Jahresbericht 2015; Stand: März 2016

(Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein) mit 9,7 pmi festgestellt. Bei den Bundesländern (mit Zahlen aus 2015) lag Schleswig-Holstein am niedrigsten mit nur 7,7, gefolgt von Niedersachsen mit 7,9 pmi. Die beste Spenderrate pro Mil. Einwohner erzielte Mecklenburg-Vorpommern mit 19,4 pmi, gefolgt von Sachsen-Anhalt mit 18,4 pmi – aber beide weit niedriger als die beste Spenderrate 2014 mit 25,7 pmi.

„Wir sehen es als die zentrale Aufgabe der DSO an, das Personal in den Entnahmekrankenhäusern zu allen Fragen der Organspende zu informieren und im Spendenprozess zu entlasten“, sagte Dr. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der DSO. Die bundesweit rund 1.300 Entnahmekrankenhäuser haben 2015 bessere Kontakte zwischen den Krankenhäusern und der DSO-Koordinierungsstelle hergestellt (+3,4%). Dieser Trend ist vor allem dem zunehmenden Engagement der Kliniken ohne Neurochirurgie zu verdanken, berichtet die DSO.

Leider sind die ersten vorläufigen Zahlen für 2016 wieder schlechter als im Vor-

jahr. Von Januar–März 2016 ist die **Zahl der Organspender** in Deutschland wieder stark gesunken, **-13,6%** auf 209 bundesweit (vs. 242 Januar–März 2015, d.h. 33 Organspender weniger), belegen die neusten Zahlen der DSO.

Dieser Rückgang machte sich besonders in **Bayern mit -44,7%** auf 26 Organspender und in **Baden-Württemberg mit -25,8%** auf 23 Spender bemerkbar. Nur in den DSO-Regionen Nord, Nord-Ost, und Mitte wurden mehr Organspender gezählt als im selben Zeitraum des Vorjahres.

2016 waren genau 178 Lebern (ohne Lebendspende) in Deutschland gespendet worden, ein **Rückgang von 12,3 Prozent** im Vergleich zu Januar–Februar 2015. In allen anderen sieben Eurotransplant-Ländern ist die Zahl der gespendeten Lebern gestiegen. Nur dank importierter Lebern aus dem Eurotransplant-Verbund konnten 193 Lebern in Deutschland transplantiert werden (ohne Lebendspende, ohne Domino Ltx), vs. 233 im Jahresvergleich mit 2015 -17,1 Prozent.

Quelle: DSO, Eurotransplant, Der Tagesspiegel

Eurotransplant-Wintermeeting 2016 – Höhepunkte und Zusammenfassungen

Dr. Undine Samuel

Medizinische Direktorin Eurotransplant

Eurotransplant blickt zurück auf ein erfolgreiches Wintermeeting 2016, das vom 20.–22. Januar 2016 in Alpbach, Österreich, stattfand. Es hat uns sehr gefreut, 126 Experten aus dem Bereich Organspende und -transplantation aus 13 verschiedenen Ländern begrüßen zu können. Das Wintermeeting ist eine wissenschaftliche Tagung, bei der Fachleute für verschiedene Organe die neuesten Trends und Entwicklungen in dem betreffenden Arbeitsfeld diskutieren und in interaktiven Workshops zusammen neue Methoden zur weiteren Verbesserung der Transplantationsergebnisse, der Arbeitsweisen und der Allokationsverfahren entwerfen.



Im Folgenden bieten wir Ihnen ein paar Höhepunkte aus den Diskussionen des diesjährigen Wintermeetings zum Thema Lebertransplantation und verwandten Themen. Eine umfassendere Zusammenfassung finden Sie auf der Eurotransplant-Webseite (www.eurotransplant.org), wo auch ein einfacher Zugang zu Video- und Foto-Impressionen sowie ausführlichere Berichte aller Sitzungen und Workshops verfügbar sind.

Behandlungsmöglichkeiten bei Hepatitis-C-Infektion

Prof. Ferenci aus Wien präsentierte einen ausführlichen Überblick über die in den letzten Jahren durchgeführten Studien, die die Behandlung des Hepatitis-C-Virus (HCV) untersucht haben. Der Einsatz von sowohl nukleosid- als auch nicht-nukleosid-NS5B-Inhibitoren wurde diskutiert; ebenso wurden die Nebenwirkungen dieser Medikamente kritisch in Augenschein genommen. Auch die Kombinationstherapie mit einem NS5A-Inhibitor für ein noch besseres Ansprechen wurde diskutiert. Die einzelnen HCV-Genotypen reagieren allerdings unterschiedlich auf die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten. Aus diesem Grund gibt es derzeit in der Literatur die Empfehlung, eine Kombinationstherapie eines NS5B-Inhibitors mit einem NS5A-Inhibitor zu vermeiden.

Momentan lässt sich nicht genau vorhersagen, welcher Patient positiv auf die Behandlung reagieren wird und bei welchem Patienten sie nicht anschlägt. Auch kann derzeit keine Vorhersage über die möglichen Nebenwirkungen getroffen werden. Ein weiterer Aspekt ist, dass sich durch die effektive HCV-Behandlung auch der Zustand des Patienten verbessert, der MELD-Score sinkt und somit sich auch die Dringlichkeit einer Lebertransplantation vermindert. Gleichwohl haben diese Patienten unverändert eine schwere Leberzirrhose, die den Ausschlag gegeben hat, dass sie auf die Warteliste aufgenommen wurden. Aus diesem Grund muss die Mortalität auf der Warteliste in Zukunft sehr genau beobachtet werden.

Die Verwendung von HCV-positiven Spenderorganen befindet sich noch im Stadium der Erforschung: Wird es eine Möglichkeit geben, die entsprechende antivirale Behandlung vor der Organentnahme zu beginnen? Kann eine Maschinenperfusion eventuell die Virenpartikel aus der Leber „herausspülen“? Wann sollte die antivirale Behandlung nach Transplantation einer HCV-positiven Leber starten? Wer wird die Kosten für die Behandlung übernehmen? Es gibt noch viele Fragen, die es zu beantworten gilt.

In jedem Fall ist der HCV-Genotyp des Spenders von Bedeutung. Er sollte stets bei der Entnahme bestimmt und auf dem Spenderbericht vermerkt werden, da er die Entscheidung des Transplantationszentrums, ein Organ zu akzeptieren, beeinflussen kann.



Telomerase-basierte Strategien zur Leberregeneration

PD Dr. Wege vom Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg gab einen Überblick über die bisherige Forschung, wie das Enzym Telomerase bei der Leberregeneration wirkt. Telomerase schützt und verlängert Chromosomen, welche eine wichtige Rolle bei der Regeneration der Leber spielen. Ein Anstieg des Telomerasegehaltes in der Leber kann nachgewiesen werden, wenn zum Beispiel eine Leberresektion erfolgte. Andere Untersuchungen zei-

gen, dass der Gehalt an Telomerase mit zunehmender Alterung der somatischen Zellen abnimmt, welches am Ende zum Zelluntergang, zur sogenannten Apoptose führt. Untersuchungen bei Patienten mit Leberzirrhose konnten nachweisen, dass bei diesen Patienten wesentlich häufiger Genmutationen vorlagen, welche zu Fehlfunktion der Telomerase führten. Bisher konnte in Studien gezeigt werden, dass eine Fehlfunktion der Telomerase oder ein geringeres Vorkommen zu Leberschäden führt.

PD Dr. Wege informierte die Zuhörer ebenfalls, dass ein Anstieg der Telomerase bei Vorkommen von Leberkrebs gefunden werden konnte. 80% der hepatozellulären Karzinome zeigten diese Veränderung. Eine Erklärung kann sein, dass eine Überexpression von Telomerase zu ungebremstem Wachstum und zur Unsterblichkeit der Zelle führen kann, mit der Möglichkeit der Entstehung von multiplen Tumoren. In seiner Zusammenfassung wurde deutlich, dass die Telomerase einen Beitrag zur Regeneration der Leber leisten kann, dass dies aber mit einem hohen Risiko verbunden ist, da ein nicht kontrolliertes Zellwachstum auch zur Krebsentstehung führen kann. Hier muss in der Zukunft noch weiter geforscht werden, auch in Richtung Entstehung hepatozelluläres Karzinom und Zirrhose, um eine weitere Behandlungsmöglichkeit zu finden, durch die eine Lebertransplantation vermieden werden kann.



Leberspender und Lebertransplantationen in Eurotransplant

Wir laden Sie herzlich ein, in unserer statistischen Datenbank sich weitere Daten über die Anzahl von Organspendern, Transplantationen und Wartelistenpatienten in Deutschland und allen anderen Eurotransplant-Mitgliedsstaaten anzusehen. Hier finden Sie die verschiedenen Grafiken und Daten zu jedem Organ, ganz besonders auch zur Anzahl der Leberspender, Lebertransplantationen sowie die Anzahl der Patienten auf der Warteliste. Jeweils nachzulesen für die verschiedenen ET-Mitgliedsländer und per Jahr. Bitte besuchen Sie uns auf <http://statistics.eurotransplant.org>.



4. Deutscher Patiententag Lebertransplantation in Hamburg

Schirmherr: Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery,
Präsident der Bundesärztekammer, Präsident der Ärztekammer Hamburg

Veranstalter: Lebertransplantierte Deutschland e.V.
In Kooperation mit dem UKE – Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf



Samstag, 1.10.2016 Patientenveranstaltung im Uniklinikum – Eintritt kostenfrei

Beginn: 10:00 Uhr

Begrüßung: Prof. Dr. Burkhard Göke, *Ärztlicher Direktor UKE*
Jutta Riemer, *Vorsitzende Lebertransplantierte Deutschland e.V.*

Grußworte: Prof. Dr. Björn Nashan, FACS FEBS FRCS
Direktor der UKE – Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie
Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, *Präsident der Bundesärztekammer, Präsident der Ärztekammer Hamburg*

VORTRÄGE: Selbsthilfe in Deutschland – Wirkungen, Erfahrungen, Potenziale

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, *Leiterin der Patientenuniversität der MHH – Medizinischen Hochschule Hannover*

Von den Anfängen des Verbandes und Neues aus der Transplantationsmedizin

Prof. Dr. Gerd Otto, *ehem. Leiter der Transplantationschirurgie Mainz und Ehrenmitglied LD e.V.*

Keine Lebertransplantation ohne Organspende

1. Wie steht die Bevölkerung zur Organspende?

Peter Lang, *stellv. Leiter der BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*

2. Restrukturierung der Organspende

Prof. Dr. Björn Nashan, *Direktor der UKE – Klinik für Hepatobiliäre und Transplantationschirurgie*

3. Wer erhält wann welches Organ? Aus der Richtlinienarbeit der Ständigen Kommission Organtransplantation

Prof. Dr. jur. Hans Lilie, *Vorsitzender STÄKO bei der Bundesärztekammer*

Mittagspause mit kleinem Imbiss

WORKSHOPS FÜR PATIENTEN:

Einführung: Wo drückt der Schuh? Situation der Transplantation in Deutschland aus Patientensicht

I. Hepatitis C: Neue Medikamente – wer erhält diese?

Prof. Dr. med. Christian Strassburg, Bonn / Egbert Trowe

II. Nachsorge nach Ltx – was ist wichtig?

Prof. Dr. med. Felix Braun, Kiel / Petra Ramke

III. Reiseplanung – Krisenmanagement unterwegs!

Prof. Dr. med. Lutz Fischer, Hamburg / Bernd Hüchemann

IV. Transplantation – Ein Ereignis für die ganze Familie!

Dr. phil. Sylvia Kröncke, Hamburg / Peter Mohr

RAHMENPROGRAMM

Freitag, 30.9.16, 19:00 Uhr:

Möglichkeit zur Teilnahme am Begrüßungsabend mit Abendessen im Övelgöner Museumshafen mit Livemusik des Liedermachers Tom Kirk

Samstag, 1.10.16, 19:00 Uhr:

Möglichkeit zur Teilnahme am gemeinsamen Abendessen am Hamburger Fischmarkt

Sonntag; 2.10.16, 11:00 Uhr:

Möglichkeit zur Teilnahme an einer gemeinsamen Barkassenfahrt durch den Hamburger Hafen

INFO:

Herzlich eingeladen sind alle Mitglieder von Lebertransplantierte Deutschland e.V., deren Angehörige, Transplantierte, Wartelistenpatienten, Ärzte, Pflegende und alle Interessierten. Es ist eine **verbindliche Voranmeldung** notwendig.

Alle Mitglieder von LD e.V. werden separat angeschrieben und können sich mit einem Rückmeldeabschnitt anmelden. Flyer werden auch an die Transplantationszentren verteilt. Unter www.lebertransplantation.de (im Terminkalender unter Veranstaltungen) können Sie sich ab Mitte Juli 2016 anmelden.

Weitere Informationen bei Egbert Trowe, Tel. 0 51 39/982 79 30, egbert.trowe@lebertransplantation.de

Rahmenprogramm: Verzehr und Kosten für die Barkassenfahrt tragen die Teilnehmer selbst. Die Personenzahl für die Teilnahme am Begrüßungsabend, dem Lokalbesuch am Hamburger Fischmarkt und der Barkassenfahrt ist begrenzt, die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt!

Pressespiegel

Die erste Lebertransplantation Deutschlands in Bonn

Es ist fast 50 Jahre her, als Prof. Dr. Alfred Gütgemann, Chef der Bonner Chirurgischen Universitätsklinik, die erste Lebertransplantation Deutschlands durchgeführt hat. Das war genau am 19. Juni 1969.

Damals gab es noch kein Transplantationsgesetz. Der Patient, Volkmars Gauding, 30, konnte nicht länger warten. Er hatte Leberkrebs, seine Leber war schon vier Mal größer als normal und wog fünf Kilogramm.

Ein Ärzte-Team von 40 Ärzten und Krankenschwestern in der Bonner Uniklinik stand für diese erste Ltx bereit. Und sie war erfolgreich, obwohl der Patient und seine Frau wussten, dass das Transplantat nicht lange halten würde. Erst Jahre später wurde die notwendige Immunsuppressions-Medizin entwickelt.

Nach sieben Monaten ist Herr Gauding an einer Hepatitis gestorben. Aber vorher hatte er dem WDR ein Fernseh-Interview gegeben, drei Monate nach seiner Ltx. Er war noch optimistisch – obwohl die Ärzte ihn nach der Ltx sieben Mal operieren mussten.

Die Zeitungen berichteten sehr kritisch mit Schlagzeilen wie „Professor ‚stahl‘ dem Toten die Leber“ und mit Artikeln wie „Darf ein Arzt töten?“ Die Leber war ohne Einwilligung des (hirntoten) Spenders und der Angehörige transplantiert worden. Die Gerichte hatten die Transplantation wegen der Dringlichkeit des kranken Empfängers erlaubt. Das erste Transplantationsgesetz wurde erst später erlassen.

Bei vorherigen Lebertransplantationen hatte man versucht, den kranken Patienten mit Affenlebern zu helfen, aber das hat nicht funktioniert.

Quelle: ARD-Mediathek

Ein Vergleich: Organspende in Spanien und Deutschland

In der EU kommen auf eine Million Einwohner (pmi) durchschnittlich 19,5 Organspender. In Spanien, Nr. 1 weltweit, waren es im Jahr 2015 39,7 pmi. Deutschland bleibt weit dahinter mit nur 10,8 Spender pmi.

Obwohl Spanien nur halb so viel Einwohner hat wie Deutschland, wurden letztes Jahr 1.851 Organspender gefunden. Im Vergleich dazu waren es in Deutschland nur 877.

Es gibt große Unterschiede in OS-Systemen. In Spanien dürfen jedem Hirntoten Organe entnommen werden – wenn er oder seine Angehörigen dem zuvor nicht ausdrücklichen widersprochen haben. (Red.: Dieses System wird auch in Österreich und Belgien praktiziert. In Deutschland muss aufgrund der Zustimmungslösung jeder einer Organentnahme zustimmen.)

„Die Widerspruchslösung lebt in gewisser Weise von der Passivität der Menschen, die Zustimmungslösung leidet darunter“, sagte Dr. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). In Spanien seien auch die Klinikstrukturen anders als in Deutschland. Dort gibt es nur 186 Entnahmekliniken, während es in Deutschland 1.326 Krankenhäusern sind. Durch diese Konzentration würden Patienten in Spanien eher identifiziert als potenzielle Organspender.

„Wenn in den meisten unserer Kliniken gerade einmal alle fünf oder sechs Jahre eine Organentnahme stattfindet, fehlt es einfach an Erfahrung“, sagte Rahmel.

Die Transplantationsbeauftragten in Spanien sind der Organspende-Organisation direkt unterstellt. In Deutschland wird Wert auf Unabhängigkeit gelegt, um sich nicht dem Verdacht einer Einflussnahme auf Angehörige auszusetzen. Das müsste aber auch so bleiben, sagte Dr. Rahmel.

Auch Patientenverfügungen ohne eine klare Äußerung zu Organspenden spielen eine wichtige Rolle hier in Deutschland.

Und in Spanien gibt es einen „ganz anderen gesellschaftlichen Konsens“ – viel positiver als hier – aus Sicht Dr. Rahmels. Spanische Kliniken seien stolz darauf, viele Organspender vorweisen zu können. Aber in Deutschland täten sich viele Klinikmitarbeiter schwer damit, Angehörige auf die Möglichkeit einer Organspende anzusprechen.



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

Organspendeausweis ausschneiden und ausgefüllt
bei den Personalpapieren tragen

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.



Organspende
schenkt Leben.

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

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.



Organspende
schenkt Leben.

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

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.



Organspende
schenkt Leben.

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

Infotelefon

Organspende

0800/90 40 400

Montag bis Freitag · 9 bis 18 Uhr · Gebührenfrei



Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung



DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung

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

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

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

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

Name, Vorname Telefon

Straße PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum Unterschrift

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

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

Name, Vorname Telefon

Straße PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum Unterschrift

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

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

Name, Vorname Telefon

Straße PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum Unterschrift

Infotelefon

Organspende

0800/90 40 400

Montag bis Freitag · 9 bis 18 Uhr · Gebührenfrei

Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung

DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung **DSO**

Fortsetzung von Seite 37

In Spanien sind Tx-Beauftragte ausgebildete Intensivmediziner, die auch dafür freigestellt werden. In Deutschland wird diese Aufgabe oft nur fast nebenbei erledigt und sehr oft ohne besondere Bezahlung für die Ärzte/Tx-Beauftragten. Geld dafür geht direkt an der Kliniken.

Auszeichnungen für besonderes Spenden-Engagement werden oft nicht im Eingangsbereich einer Klinik, sondern im Verwaltungstrakt ausgehängt, in der Sorge, Patienten und Angehörige könnten befürchten, das Klinikum sei mehr an der Gewinnung von Spenderorganen interessiert als an bestmöglicher gesundheitlicher Versorgung. Ohne Spitzenmedizin seien Organspenden gar nicht möglich, so Dr. Rahmel.

Aber um die Spendebereitschaft zu erhöhen, dürfte man keinen Druck ausüben, warnt der DSO-Mediziner. Sonst erreiche man nur das Gegenteil. Wichtig sei es, noch mehr Vertrauen ins System zu schaffen und auch die Kliniken zu entlasten. Außerdem muss man sich auf die Schulung der Tx-Beauftragten in den Kliniken konzentrieren, sagte Dr. Rahmel.

Quelle: Der Tagesspiegel, Berlin, 17.1.2016

Doppelt so viele Organspender in Österreich

Im vergangenen Jahr (2015) gab es in Österreich mehr als doppelt so viele Organspender, 22,8 auf eine Million Einwohner (= pmi) als in Deutschland mit nur 10,5 pmi.

In Österreich, wie in Belgien und Spanien, gilt die Widerspruchsregelung, d.h. jeder ist Organspender, wenn er nicht ausdrücklich widersprochen hat. In Deutschland gilt die Zustimmungslösung. Hier muss sich jeder erst als Organspender deklarieren. In Deutschland gibt es viel weniger Organspender, und die Wartepatienten müssen auch länger auf ein Organ warten.

Aber es gibt keinen „Organ-Tourismus“ zwischen Österreich und Deutschland, sagte Birgit Priebe vom Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). Erstens müsste jemand viele Jahre in Westösterreich leben und auch dort versichert sein, um überhaupt auf die Warteliste des Transplantationszentrums Innsbruck zu kommen. Der EU-Gleichheitsgrundsatz werde nicht für Organe angewandt, weil Organe explizit ausgenommen waren von der EU-Patientenrichtlinie. Österreich ist auch Mitglied von Eurotransplant (ET), Südtirol und Trient werden Österreich zugeordnet als Teil der ET-Verbunds.

Die Zuteilung der Organe läuft ausnahmslos über ET, wobei es für jedes Organ ein eigenes Verfahren gibt.

Quelle: Tiroler Tageszeitung, 26.2.2016

BUCHBESPRECHUNG

JA – Mein Bekenntnis zur Organspende

Ein Buch von Pater Klaus Schäfer SAC

Weshalb schlagen die Herzen von Organspendern länger?
Weshalb engagiert sich ein Pallottiner und Priester für die Organspende?
Was sagen Medizin, Rechtsstaat und Bibel zur Organtransplantation?

Diese handliche Schrift klärt verständlich und sachlich korrekt über Hirntod und Organtransplantation auf und gibt somit Sicherheit für die eigene Entscheidung. Krankheit kann jeden treffen, bereits morgen. Oft kann die Medizin den drohenden Tod abwenden und die Gesundheit wieder herstellen. Manchmal ist dies jedoch nur möglich, wenn ein gespendetes Organ zur Verfügung steht. Hierzu müssen jedoch Menschen JA zur Organspende sagen.

Über den Autor: Pater Schäfer lebt und arbeitet in der Kommunität der Pallottiner in Bruchsal. Er war fünfzehn Jahre Krankenhausseelsorger in den St. Vincentius-Kliniken in Karlsruhe (1999–2014) und ist heute Rektor der Hausgemeinschaft des Paulusheims in Bruchsal. Als engagierter Christ und ausgewiesener Fachmann hat Pater Schäfer zahlreiche Schriften veröffentlicht und hält auf Anfrage Vorträge und Schulungen.

Über das Buch: Verkaufspreis: 5,90 EUR, 73 Seiten, gebunden (Softcover), ISBN: 978-3-87-614035-3, u



Auftaktveranstaltung Bündnis Organspende Bayern

Helmut Thaler

Am 14. März 2016 war es nun nach langer Vorbereitungszeit und auch nach wiederholten Interventionen durch unseren Verband endlich so weit: im geschichtsträchtigen Hubertussaal des Schloss Nymphenburg in München wurde das Bündnis Organspende Bayern durch die bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, **MdL Melanie Huml**, aus der Taufe gehoben.

Anlässlich der Auftaktveranstaltung sagte die Ministerin: „Organspende rettet Leben! Deshalb ist es mir ein Herzensanliegen, die bisherigen Aktivitäten in diesem Bereich zu bündeln. Es ist wichtig, die Menschen zu sensibilisieren und sich gesamtgesellschaftlich für eine Kultur der Organspende einzusetzen.“

Zu der Auftaktveranstaltung waren mehr als 60 Partner aus den gesundheitspolitischen Institutionen, der Kirchen, den Kliniken und Transplantationszentren, Sozialverbänden, Selbsthilfegruppen und Verbänden (wie eben auch unser Verband) sowie Vertreter der Medien eingeladen.

Staatsministerin Huml betonte: „Mit dem Bündnis setzen wir gemeinsam ein Zeichen: Organspende geht alle Menschen an. Jeder sollte sich deshalb mit diesem schwierigen Thema befassen. Wer zu Lebzeiten eine klare Entscheidung trifft und diese dokumentiert, entlastet auch seine Angehörigen in sehr schweren Stunden.“ Die Ministerin fügte hinzu: „Der Anstieg bei den Organspenden ist ein wichtiges Signal. Aber immer noch warten deutlich mehr Menschen auf eine Leber

oder Niere, als Spenderorgane zur Verfügung stehen. Ich freue mich deshalb, dass wir so viele Partner bei unserem Bündnis haben!“

Im Jahr 2015 gab es 139 Organspender in Bayern. Das waren 19 mehr als im Jahr davor. Derzeit warten allerdings über 1.500 schwerkranke Menschen im Freistaat auf ein neues Organ.

Im Anschluss an die Rede von Ministerin Huml folgte ein hochinteressantes Referat von **Prof. Dr. Georg Marckmann** zum Thema Organspende.

Frau **Kathrin Müller-Menrad**, Mutter eines bereits im frühen Kindesalter lebertransplantierten Mädchens, trug in einem anschaulichen Bildvortrag den teilweise dramatisch verlaufenen Genesungsprozess so professionell vor, dass sogar hartgesottene Mannsbilder weiche Knie bekamen. Umso erfreulicher war dabei, dass Ministerin Huml der Tochter – mittlerweile eine hübsche, junge Dame –, unter allgemeinem Applaus einen großen Blumenstrauß überreichen konnte.

Herr **Dr. Hans Neft**, Ltd. Ministerialrat am Ministerium für Gesundheit und Pflege, stellte in seinem Vortrag leider sehr deutlich heraus, dass Deutschland im europäischen Vergleich bei den Organspenderzahlen das Schlusslicht abgibt! Unter seiner Leitung sollen in seinem Referat die verschiedenen gesellschaftlichen Kräfte gebündelt werden. Überschneidende



Peter Schlauderer und Melanie Huml

Einzelmaßnahmen könnten somit vermieden, Initiativen noch effizienter und schlagkräftiger werden. Durch das Bündnis Organspende Bayern soll das Thema Organspende zu einem selbstverständlichen Bestandteil des gesellschaftlichen Alltags werden.

Zum Abschluss wurde auf einer großen Bayernwand der gemeinsame Bau des Bündnisses vollzogen. Jeder Teilnehmer am Bündnis brachte auf dieser Wand einen Würfel mit dem Logo seiner Institution an.

Herausstellen möchte ich hier noch die Worte von Ministerin Huml: „Ein ausgefüllter Organspendeausweis ist mehr als ein bloßes Stück Papier. Es ist der dokumentierte Wille des Einzelnen, der respektiert und umgesetzt werden muss.“

Der natürlich auch anwesende und der Organspende sehr zugeneigte **MdL Bernhard Seidenath**, gesundheitspolitischer Sprecher der CSU-Landtagsfraktion, bezeichnete den Gründungstag „als guten Tag für die mehr als 2.000 schwerkranken Menschen in Bayern“. Die Gründung des Bündnisses mache den Betroffenen neuen Mut! Seidenath: Die Botschaft, die vom Bündnis ausgehen soll, lautet: rechtzeitig muss man sich Gedanken über seine Bereitschaft zur Organspende machen und diese in einem Organspendeausweis dokumentieren. „Organspende schenkt Leben – möglicherweise einmal Ihr eigenes.“



Organspende Bayern



v.l.: Helmut Thaler, Melanie Huml, Bernhard Seidenath, Irmi Hobmaier, Prof. Dr. Alexander Gerbes

Transplantationspreis für Mediziner aus Heidelberg

Johannes B. Kerner moderiert Veranstaltung – Sportstars helfen mit

Die Kinderhilfe Organtransplantation e.V. (KiO) hat den Heidelberger Transplantationsmediziner **Prof. Dr. Burkhard Tönshoff** mit dem renommierten Helmut-Werner-Preis ausgezeichnet und damit seine Verdienste für organkrankte Kinder und Jugendliche gewürdigt. Die Auszeichnung wurde in Frankfurt bei einer von KiO-Mentor Johannes B. Kerner moderierten Veranstaltung übergeben. KiO unterstützt organkrankte Kinder und deren Familien in sozialen Notlagen.

Burkhard Tönshoff ist seit 2002 Leiter der Oberarzt und stellvertretender Ärztlicher Direktor am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Heidelberg. Er hat die pädiatrische Transplantationsmedizin sowohl klinisch als auch wissenschaftlich entscheidend geprägt. Unter seiner Regie entwickelte sich

das Nierentransplantations-Program für Kinder und Jugendliche in Heidelberg seit 1999 zum größten in Deutschland. Mit seinem interdisziplinären Team aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Diätassistenten und Transplantations-Krankenschwestern professionalisierte er speziell die Nachsorge.

Der mit 5.000 Euro dotierte Helmut-Werner-Preis wird seit 2005 jedes Jahr vergeben und ist nach dem ehemaligen Automobilmanager benannt, der 2004 an den Folgen eines Leberversagens starb. Helmut Werner hatte als Mitglied im Verein „Sportler für Organspende“ die Gründung der Kinderhilfe ermöglicht, konnte selbst aber nicht mehr rechtzeitig durch eine Organspende gerettet werden.

Deutsche Sportstars engagieren sich seit 20 Jahren für die Organspende.

Die Verleihung des Helmut-Werner-Preises war Teil einer Veranstaltung der „Sportler für Organspende“ und der Kinderhilfe Organtransplantation. Sie stand diesmal unter dem Leitgedanken „Organspende und Sport“. Seit 1996 werben deutsche Olympiasieger, Welt- und Europameister nach einem Aufruf des zwei Jahre vorher erfolgreich lebertransplantierten Tischtennis-Nationalspielers und ehemaligen Sporthilfe-Chefs, Hans Wilhelm Gäb, für die Organspende; es sind inzwischen mehr als 100. Dazu gehören Stars wie Timo Boll, Georg Hackl, Britta Heidemann, Felix Neureuther oder Matthias Steiner. Für die Kinderhilfe Organtransplantation hat der FC Bayern München seit zwei Jahren eine offizielle Patenschaft übernommen, Weltmeister Thomas Müller engagiert sich als Botschafter des Hilfvereins.

KiO unterstützt organkrankte Kinder und deren Familien vor und nach einer Transplantation in sozialen Notlagen. Der gemeinnützige und mildtätige Verein hilft in Härtefällen finanziell und hat spezielle Freizeit-Programme entwickelt, die Kindern nach oft jahrelanger Krankheit neues Selbstvertrauen geben und dem Zusammenhalt der Familien gut tun. Angebote wie ein Beratungstelefon und eine Medikamenten-App helfen transplantierten Jugendlichen auf ihrem Weg in die Selbstständigkeit. KiO (www.kiohilfe.de) finanziert sich ausschließlich aus Spenden und Mitgliedsbeiträgen (ab 48 Euro pro Jahr). Ins Leben gerufen worden ist KiO im Februar 2004 vom Verein „Sportler für Organspende“.

Quelle: PM KiO v. 15.4.2016



Der Vorsitzende von KiO überreicht den Preis an Prof. Dr. Tönshoff



Im Rahmen der Veranstaltung überbrachten Jutta Riemeier und Egbert Trowe herzliche Glückwünsche zum 80. Geburtstag an unser Mitglied Hans-Wilhelm Gäb und konnten ihm auch direkt zur 20-jährigen Mitgliedschaft im Verband Lebertransplantierte Deutschland mit Urkunde und Ehrennadel gratulieren.

Galle – Gallenblase – Gallengangssystem

Oft hören wir ganz salopp dahingesagt: „Ich habe keine Galle mehr. Die hat man mir rausoperiert!“ Nun kann genau dies der beste Chirurg nicht – und es wäre dazu noch fatal. Zum häufig missverständlichen Sprachgebrauch und zur Bedeutung des Gallengangsystems und der Gallenflüssigkeit habe ich den Internisten **Dr. med. Winfried Diehl** befragt.

Was versteht man denn eigentlich unter „der Galle“?

Die meisten Menschen verstehen unter dem Begriff „Galle“ den Abschnitt unseres Gallengangsystems, welcher die Gallenflüssigkeit in einem Speicherorgan sammelt. Dieser Teil heißt aber Gallenblase. Diese Gallenblase ist ein Reservoir für die Gallenflüssigkeit – auch „die Galle“ genannt –, welche nach Bedarf in den Dünndarm zur Fettverdauung abgegeben wird.

Wo entsteht diese Gallenflüssigkeit?

Unter der „Galle“ versteht man also die Flüssigkeit, welche in den Leberzellen gebildet wird und über im Kaliber zunehmende Gangsysteme weitergeleitet (drainiert) wird, bevor sie über den Zwölffingerdarm in den Dünndarm ausgeschieden wird. Das Gallengangsystem durchzieht in immer feiner werdenden Verästelungen die gesamte Leber.

Wie ist sie zusammengesetzt und welche Funktion hat sie?

Im Dünndarm unterstützt die Gallenflüssigkeit die Fettverdauung und die Aufnahme fettlöslicher Stoffe (z.B. einen Teil der Vitamine). Ihre Farbe ist gelb bis grünlich und wird überwiegend durch die Gallenfarbstoffe (Bilirubin und Biliverdin) bestimmt. Durch ihre emulgierenden Eigenschaften hilft sie bei der Fettverdauung und unterstützt die Beseitigung schwer

wasserlöslicher Abfallprodukte der Leber. Die Galleflüssigkeit besteht zu mehr als 80% aus Wasser und Blutsalzen, ca. 10% aus Gallensäuren, Enzymen, Lecithinen und Fetten sowie Abbauprodukten der Leber. Besonders bedeutend ist das Bilirubin – ein Abbauprodukt des Blutfarbstoffs Hämoglobin. Das Verhältnis der einzelnen Substanzen (Lecithin, Gallensalze, -farbstoffe und Cholesterin) und der PH-Wert der Flüssigkeit dürfen nur gering schwanken, da sonst Steine entstehen können. Insgesamt werden täglich etwa 700 ml Galleflüssigkeit gebildet.

Manches Mal muss die Gallenblase entfernt werden. Wo können die Gründe liegen?

Die Gallenblase ist als Sackgasse und Speicherorgan an das große extrahepatische Gallengangsystem angeschlossen und gibt nach Bedarf gespeicherte Galle in den Zwölffingerdarm ab. Wenn sich in der Gallenblase oder dem extrahepatischen Gangsystem Steine bilden und den Abfluss behindern oder zu Entzündungen führen, verursacht dies oft Beschwerden z.B. Schmerzen oder Fieber, die eine medizinische Intervention, oft auch eine Operation erfordern. Andere, relativ seltene Gründe, die zur Entfernung der Gallenblase führen können, sind nicht beherrschbare Infektionen oder bösartige Neubildungen.

Kann man auch ohne Gallenblase normal leben?

Da die Gallenblase ein reines Speicherorgan darstellt, ist ihre operative Entfernung meist problemlos. Fettreiche Nahrung und die darin enthaltenen Stoffe (z.B. fettlösliche Vitamine) können möglicherweise schlechter verwertet werden und so Probleme entstehen.

GLOSSAR

Bilirubin: hepatisches Abbauprodukt des Blutfarbstoffs

Emulsion: durch Zusatzstoffe lösliches Gemisch von Fetten in Wasser

Enzym: Eiweiße, die Stoffwechselprozesse, z.B. bei der Nahrungsaufnahme, unterstützen.

Lecithin: ein Fett, das die Wasserlöslichkeit von Fetten verbessert

Bei jeder Lebertransplantation wird die Gallenblase entfernt. Warum eigentlich?

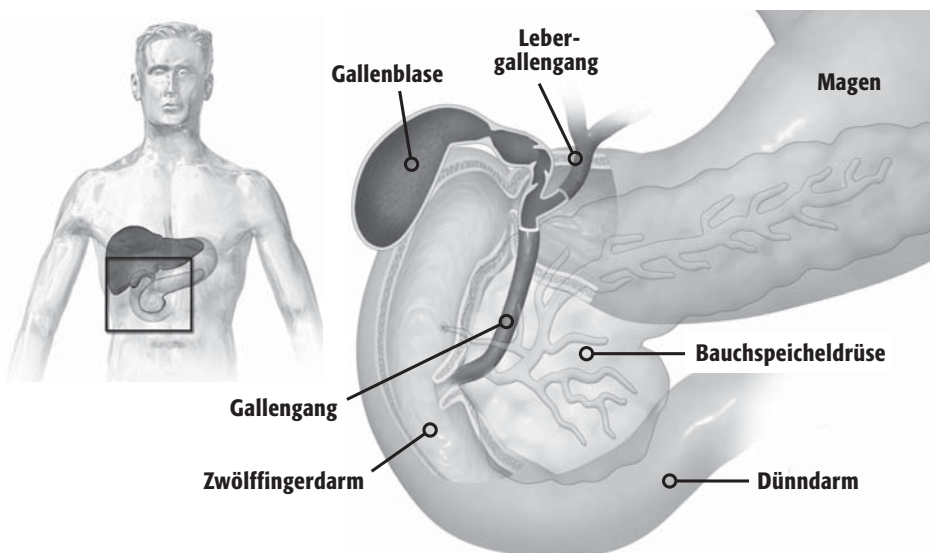
Bilden sich Steine in den großen, außerhalb der Leber gelegenen Gallenwegen oder der Gallenblase, bedingen sie eine Störung bzw. Unterbrechung des Galleabflusses in den Zwölffingerdarm. Dies kann zu Beschwerden wie kolikartigen Schmerzen, Infektionen mit Fieber, entfärbtem Stuhl, dunklem Urin und Gelbsucht führen. Aufgrund dieser möglichen Komplikationen seitens der Gallenblase wird diese prophylaktisch bei der Implantation der Spenderleber entfernt.

Es gibt Patienten, die chronisch entzündliche Gallengangserkrankungen aufweisen (PBC, PSC). Weshalb bekommen die Patienten bei fortschreitender Erkrankung eigentlich eine Leberzirrhose, obwohl „nur“ die Gallengänge betroffen sind?

Bei Entzündungen der kleinen, in der Leber gelegenen Gallenwege kommt es zur Schädigung und Zerstörung benachbarter Lebergewebes. Aufgrund dieser chronischen Schädigung und nachfolgenden Reparationsversuchen kann oft eine Zirrhose entstehen.

Die Entzündung der Gallenwege führt durch Vernarbung zu Abflussstörungen. Aufgrund des behinderten Galleflusses können leichter Keime einwandern und eine Infektion bedingen. Der gestörte Galleabfluss erschwert die antibiotische Behandlung, da in der Galleflüssigkeit selbst nur unzureichende Antibiotika-Konzentrationen erzielt werden. Die Infektion verursacht Schmerzen, Fieber etc. Da vor allem bei der Entzündung der Gallenwege vermehrt bösartige Tumore an Leber und Gallenwegen auftreten, besteht bei längerem Vorliegen dieser Erkrankung eine dringliche Transplantationsindikation zur Minderung des Krebsrisikos.

Die Fragen stellte Jutta Riemer.



Der Besuch bei meinem Arzt – Gut behandelt und ohne Frust wieder nach Hause!

Jutta Riemer

Haben wir es nicht alle schon einmal erlebt: Nach langer Wartezeit auf den Termin ist es endlich soweit. Man fährt zum Arzt, legt sich alles, was man fragen will „ganz vorne auf die Zungenspitze“ zurecht – und ist danach unzufrieden. Es ging zu schnell, man hat nicht alles verstanden, man hat sich nicht getraut nachzufragen und außerdem doch wieder etwas vergessen anzusprechen. Außerdem fallen einem zu dem Rezept mit den neuen Medikamenten erst jetzt noch die wichtigen Fragen ein ... zu spät!

Arzt und Patient – Partner mit gleichen Zielsetzungen

Arzt und Patient haben das gleiche Ziel: die richtige Diagnose, das Finden der wirklichen Therapie, die Verbesserung des Zustands und Wohlbefindens bzw. Heilung des Patienten und beiderseitige Zufriedenheit damit! Der Weg dahin ist zu einem großen Anteil davon abhängig, wie die Kommunikation zwischen Arzt und Patient verläuft. Eine große Herausforderung für zwei ungleiche Partner, die sich vielleicht noch nicht kennen, aber bedeutsame Inhalte für beide Seiten zufriedenstellend besprechen wollen.

Patienten haben es nicht leicht ...

Patienten sind beim ambulanten Termin wie auch im Krankenhaus oftmals aufgeregt, emotional stark beteiligt, denn es geht ja um die eigene Gesundheit, vielleicht um die Übermittlung problematischer Diagnosen oder richtungsweisende Therapieentscheidungen. Da bleibt kaum jemand ganz entspannt. So kann es passieren, dass man nur die Hälfte dessen wahrnimmt, was einem der Arzt wirklich sagt – und man filtert sich noch das Positive, Gewünschte heraus (selektives Hören). Es können Ängste, Schmerzen oder Medikamentenwirkungen die Aufnahmefähigkeit und die Konzentration beeinträchtigen oder auch eine nicht auf den Patienten angepasste Sprache des Arztes. Vielleicht ist der Patient auch abgelenkt durch private Probleme wie Trennungen, Todesfälle, Streit in der Familie etc.

... Ärzte aber auch nicht

In der Situation eines ständigen Zeitdrucks und finanzieller Zwänge müssen sich Ärzte in kurzer Zeit auf die verschie-

densten Patienten einstellen, werden mit komplexen Krankheitsbildern und Situationen konfrontiert, müssen auch mal Misserfolge wegstecken und begegnen so manches Mal Patienten, zu denen sie keinen rechten Zugang finden oder die sich an gemeinsam erarbeitete Therapievereinbarungen nicht halten (fehlende Adhärenz). Sie stoßen sicherlich auch so manches Mal an ihre eigenen fachlichen Grenzen und müssen andererseits dem überinformierten Patienten „Generation Internet“ die schon selbst gestellte Diagnose wieder ausreden.

Gibt es Lösungen?

Patentrezepte gibt es sicher nicht, denn es gibt auch nicht **den** Arzt oder **den** Patienten. Beide Seiten sollten aber Verständnis für die Situation und Eigenarten des Anderen aufbringen. Empathie/Zuwendung, Respekt, Ehrlichkeit, gute Vorbereitung, Ruhe und Ungestörtheit während

*„Der alte Arzt spricht lateinisch,
der junge englisch,
der gute die Sprache des Patienten“*

(Ursula Lehr, frühere Bundesgesundheitsministerin)

des Gesprächs sind in der Summe – von beiden Seiten erbracht! – schon mal gute Voraussetzungen. Hierzu nur einige Beispiele: dass der Patient respektiert, dass der Arzt nicht beim Vorbeilaufen auf dem Gang auf Anliegen angesprochen wird, sein Handy während des Gesprächs stumm schaltet und er ehrliche Angaben zur Situation macht, gehört hier ebenso dazu wie eine Zuwendung des Arztes zum Patienten, ohne Ablenkungen und „Fremdzuhörer“ (was im Krankenhaus nach wie vor ein großes Problem darstellt, Datenschutz!), mit Blickkontakt und respektvoller Behandlung sowie die Kenntnis der Situation des Patienten und Eckdaten der Patientenakte.

Welche Tipps gibt es für mich als Patienten?

1. Terminvereinbarung. Schon die Terminvereinbarung kann Weichen stellen. Einen Terminvorlauf von 8 Wochen können Sie sicher gut akzeptieren, wenn es sich um einen geplanten Vorsorgetermin handelt. Ist aber ein akutes Problem eingetreten, dessen Tragweite Sie nicht einschätzen können, formulieren Sie das auch direkt bei der Terminvereinbarung. Z.B.

„Ich hätte gerne schnell einen Termin bei Frau Dr. X, weil sich die Wunde am Finger nicht schließt und sich entzündet hat.“ Wenn es doch keinen zeitnahen Termin gibt, fragen Sie, wann Sie mit dem Arzt persönlich telefonieren können oder bitten Sie Ihren Hausarzt, für Sie Druck zu machen. Auch kann man sich an die Terminservicestellen der KBVen wenden (s. S. 50) oder in manchen Fällen gibt es auch Terminvereinbarungsstellen bei der Krankenkasse. Wie überall im Leben sollten wir auf die Verhältnismäßigkeit und den Ton achten, der ja bekanntlich „die Musik macht“.

2. Selbstbewusstsein. Seien Sie selbstbewusst. Die Zeit der „Halbgötter in Weiß“ ist vorbei. Seit den 80er Jahren wird zunehmend auf Patientenautonomie gesetzt und der Patient in die Entscheidungsprozesse aktiv eingebunden. Der Arzt soll als Partner des Patienten verstanden werden. Es besteht freie Arztwahl und gegen den Willen des Patienten darf keine Behandlung durchgeführt werden und sei sie noch so sinnvoll. Patienten sollten nur dann einer Therapie oder Diagnosemethode zustimmen, wenn im Gespräch alle Fragen geklärt wurden und die Sinnhaftigkeit akzeptiert wurde.

Lassen Sie sich Untersuchungsergebnisse erklären. Fragen Sie nach alternativen Behandlungen, nach Vorteilen, Nachteilen, eventuellen Nebenwirkungen oder Gefahren der geplanten Maßnahme und wie häufig diese schon durchgeführt wurde. Und übrigens: Es gibt das Recht auf eine Zweitmeinung!

3. Vorbereitung. Gehen Sie gut vorbereitet in das Gespräch. Die Antwort auf die Frage: Wie geht es Ihnen? sollten Sie schon parat haben. Wo genau liegt das Problem? Wird es besser oder schlimmer? Was wurde schon unternommen etc.?

Auch eine Liste mit den Punkten, die geklärt werden sollen, nach Priorität sortiert, dürfen Sie offen auf den Tisch legen. Sie hilft, Struktur ins Gespräch zu bringen und Sie vergessen nichts anzusprechen. Medikamentenplan und einen Überblick über frühere OPs und Untersuchungen ersparen langes „Ermitteln“ und die oft kurz bemessene Zeit bleibt fürs Gespräch zur Verfügung.

4. Rückfragen sind wichtig, wenn Sie etwas nicht verstanden haben. Trauen Sie sich auch, ein Gefühl zu äußern („Vor diesem Medikament habe ich Angst, weil ...“). Bleiben Sie beim Thema und kommen sie anfangs schnell auf den Punkt,

denn Untersuchungen haben gezeigt, dass der Arzt die Schilderungen seines Patienten nach spätestens 18 Sekunden unterbricht.

5. Zuhören. Auch das Zuhören ist wichtig. Konzentrieren Sie sich auf die aktuell gesprochenen Worte. Suchen Sie nicht krampfhaft nach Ihrer nächsten Frage (die steht auf Ihrem Zettel!), sonst fehlen Ihnen vielleicht wichtige Informationen. Bestätigen Sie oder fassen auch mal zusammen („Habe ich das richtig verstanden? Ich soll das Medikament X weglassen weil ... und dafür das neue Medikament Y einnehmen?“). Und wenn es doch mal wieder zu „lateinisch“ wird, hilft eine kleine Frage zwischen durch: „Gibt es dafür auch eine deutsche Bezeichnung?“

6. Der Überblick. Auch die Zeit der verschlossenen Arztbriefe ist vorbei! Lassen Sie sich immer Ihre Befunde, Laborwerte und Berichte mitgeben oder zusenden. Das ist Ihr Recht. So haben Sie Ihre Unterlagen komplett. Das ist wichtig für Ihren eigenen Überblick und für den Fall, dass Sie doch einmal den Arzt wechseln oder einen anderen Arzt z.B. im Urlaub kurzfristig aufsuchen müssen. Außerdem haben Sie dann die Kontrolle, ob der Bericht des Facharztes schon beim Hausarzt eingetroffen ist und ob er vielleicht Fehler oder Ungenauigkeiten enthält, die korrigiert werden müssen. Denn wie schnell sind eine Medikamentendosierung falsch eingetippt oder Angaben falsch verstanden worden. Nutzen Sie das Angebot von

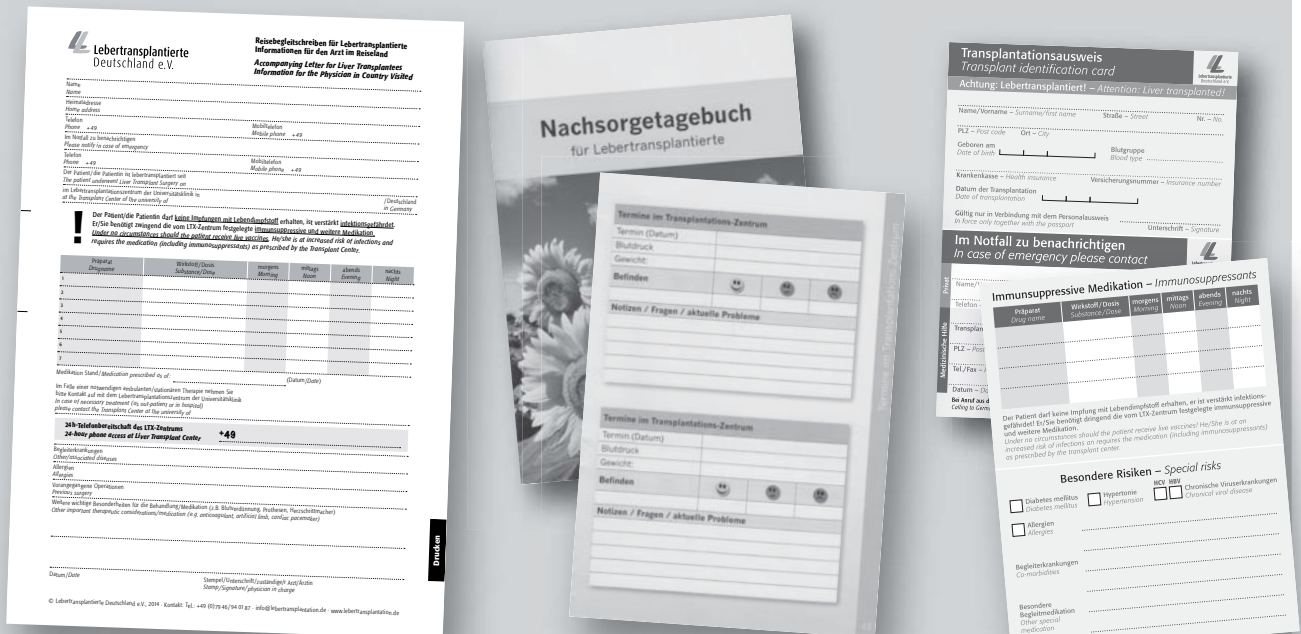
Patiententagebüchern oder Notfallausweisen. Unser Verband hat speziell solche Unterlagen für Transplantationspatienten entwickelt; Sie erhalten diese gegen einen frankierten Rückumschlag.

Quelle: fit-das Gesundheitsmagazin der DAK 1/16
Einen kurzen Film mit Dr. Eckart von Hirschhausen zu diesem Thema finden Sie unter Faktencheck Gesundheit:

<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/eckart-von-hirschhausen-so-wichtig-ist-das-arzt-patient-gespraech-a-888684.html>

Anmerkung: Natürlich soll mit dem Text auch die Patientin und Ärztin angesprochen sein. Aus Vereinfachungsgründen wurde die männliche Form benutzt.

Hilfen unseres Verbandes für den perfekten Überblick:



1. Reisebegleitschreiben englisch/deutsch mit Medikamentenliste (DIN A4)
2. Nachsorgetagebuch, speziell für Lebertransplantierte (DIN A5, 60 Seiten, verschiedene Rubriken)
3. Ltx-Ausweis, scheckkartengroß faltbar, englisch/deutsch

Zu beziehen bei:
Lebertransplantierte Deutschland e.V.,
Bebbelsdorf 121,
58454 Witten
(Bitte einen frankierten Rückumschlag mitschicken!)

Heilt eigener Speichel?

Peter Mohr

Viele Menschen sind der Ansicht, es sei hilfreich, bei kleineren Verletzungen etwas eigenen Speichel aufzutragen. Dies desinfiziert und helfe bei der Wundheilung. Im Onmeda Gesundheitsnewsletter März 2016 wird auf diese Ansicht eingegangen.

In einer Untersuchung niederländischer Forscher zeigte sich, dass Speichel tatsächlich kleinere Verletzungen der Wangenschleimhaut heilen kann. Das Eiweiß Histatin ist verantwortlich für die heilende Wirkung.

Allerdings erscheint es unklar, ob eine heilende Wirkung auch bei anderen Wunden, zum Beispiel am Finger, besteht. Gesunden Personen dürfte es nicht schaden,

sich ihre Wunden zu lecken. Allerdings enthält Speichel auch Keime, die teilweise gefährlich sind. Daher wird Personen, die unter Immunsuppression stehen, vom Lecken ihrer Wunden abgeraten.

In dem Artikel des Gesundheitsnewsletters wird ein Fall zitiert, bei dem einem an Diabetes erkrankten Patienten ein Finger abgenommen werden musste, der sich nach „Behandlung“ mit Speichel entzündet hatte.

Sie fragen – Wir antworten

Mariele Höhn

Ich bin lebertransplantiert und war stark erkältet. In der Apotheke hatte man mir pflanzliche Präparate empfohlen. Zuhause habe ich dann gelesen, dass diese Alkohol enthalten. Darf ich die trotzdem einnehmen?

Die meisten pflanzlichen und homöopathischen Medikamente, meist in flüssiger Form, enthalten Alkohol (in den Beipackzetteln oft als Ethanol deklariert). Der Alkohol macht die Präparate länger haltbar, d.h. er ist ein natürliches Konservierungsmittel und sorgt dafür, dass die Pflanzenbestandteile herausgelöst werden. Es wird ein höherer Wirkstoffgehalt erzielt. Durch den Einsatz von Alkohol in Arzneimitteln kann auf andere, künstliche Konservierungsstoffe verzichtet werden.

Der größte Teil des Alkohols wird über die Leber abgebaut, deshalb sollte man damit vorsichtig sein. Alkoholranke müssen unbedingt auf diese Medikamente verzichten. Auch bestimmte Gemüsesorten, Apfelsaft oder Johannisbeernektar und sogar Brot enthalten zum Beispiel etwas Alkohol.

Mittlerweile kann man aber auch bei Hustensaft und anderen Erkältungsmitteln auf alkoholfreie Präparate zurückgreifen. Das muss man dem Apotheker aber mitteilen und auch selbst den Beipackzettel genau lesen.

Falls doch Medikamente mit Alkohol notwendig sind, bitte immer den behandelnden Arzt fragen.

Ich habe eine Autoimmunhepatitis mit dem Overlap-Syndrom einer PSC und möchte mir gerne ein Tattoo stechen lassen. Leider konnte ich bis jetzt nirgendwo lesen, ob das bei meiner Erkrankung möglich ist. Meine Leberwerte sind aktuell gut und im grünen Bereich.

Ein möglicher Zusammenhang zwischen einer Tätowierung und dem Verlauf einer autoimmunen Lebererkrankung wurde nicht systematisch untersucht. Allerdings wurde bislang keine Verschlechterung der Krankheitsaktivität einer Autoimmunhepatitis oder einer PSC als sichere oder wahrscheinliche Folge einer Tätowierung bekannt.

Dennoch: Bei jeder Tätowierung besteht das Risiko einer Übertragung von gefährlichen Krankheitserregern. Dies umfasst z.B. bekannte Viren, wie Hepatitis-B/D-Viren und das Hepatitis-C-Virus, aber auch HIV. Eine entsprechende Infektion stellt für Patienten mit einer vorbestehenden Lebererkrankung ein erhöhtes Risiko dar. Zudem kann auch die Übertragung noch unbekannter Erreger natürlich nicht ausgeschlossen werden.

Was muss ich beachten, wenn ich Medikamente mit ins Ausland nehme und kann ich dort günstig Medikamente kaufen?

Normalerweise ist es kein Problem, Medikamente für den Eigenbedarf mitzunehmen. Das hängt vom einreisenden Land ab. Innerhalb der EU ist es erlaubt, Medikamente für den Eigengebrauch einzuführen.

Viele Medikamente sind im Ausland preiswerter als in Deutschland. Aber Vorsicht: Die Zusammensetzung kann eine andere sein. Gerade bei Immunsuppressiva sind die aus Deutschland am sichersten.

Wer Medikamente im Ausland kaufen möchte und sicher gehen will, findet auf der Internetseite des Auswärtigen Amtes für jedes Land Reise- und Sicherheitshinweise, wo auch die jeweils geltenden Regeln zur Einfuhr von Arzneien aufgeführt sind. Außerhalb der EU drohen gefälschte Mittel oder fragliche Haltbarkeitsdaten.

Grundsätzlich ist es erlaubt, Medikamente für sich selbst über die Grenze mitzuführen. Die Sonderregeln für den Eigenbedarf sind in § 73 Abs. 2 des Arzneimittelgesetzes (AMG) definiert.

Sinnvoll ist es, immer ausreichend Medikamente, besonders Immunsuppressiva, mitzunehmen. Bei Flugreisen sollte man sie am besten mit ins Handgepäck nehmen, falls die Koffer abhanden kommen.

Müssen viele Arzneien eingenommen werden, ist es empfehlenswert, ein Schreiben des Arztes, auch in Englisch, zu haben mit dem Hinweis, dass die Medikamente zum persönlichen Gebrauch und nicht zum kommerziellen Nutzen mitgeführt werden. Vordrucke gibt es meist im Transplantationszentrum. Die maximale Menge richtet sich nach der Dosierungsempfehlung des Beipackzettels. Hier geht man von 3 Monaten aus.

Werden starke Schmerzmittel eingenommen, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, benötigen Sie eine Bescheinigung des Gesundheitsamtes. Fragen Sie bitte bei Ihrem Arzt nach.

Empfehlenswert ist es, einen Transplantationsausweis immer mit sich zu führen und ein Reisebegleitschreiben unseres Verbandes, beides jeweils in Deutsch/Englisch.

Weitere Infos unter: <http://www.auswaertiges-amt.de>.

Quellen: PD Dr. Martin-Walter Welker, gesundheit.de, Auswärtiges Amt, Apothekenmagazin „Reflex“



Foto: privat

116 117 – Kennen Sie diese Telefonnummer?

Dahinter verbirgt sich seit 2012 die bundesweit einheitliche Nummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung.

Jutta Riemer

Wenn Menschen außerhalb der Sprechzeiten ihres Hausarztes, also auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen unerwartet starke gesundheitliche Probleme bekommen, die nicht bis zur nächsten Sprechstunde warten können, sollte diese Nummer angerufen werden. Das unerwartet hohe Fieber, die starken Bauchschmerzen u.a. behandelt dann ein

KBV

Kassenärztliche
Bundesvereinigung

niedergelassener Arzt in relativer Wohnortnähe. Vom Handy und vom Festnetz: ohne Vorwahl, bundesweit und kostenlos funktioniert diese Telefonnummer. Deutschland ist das erste Land der EU, das eine solche einheitliche Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst eingeführt hat.

Für welche Fälle ist sie nicht geeignet?

Bitte nicht verwechseln mit dem Rettungsdienst. Bei lebensbedrohlichen Zuständen (Verdacht auf Schlaganfall, Herzinfarkt, schweren Unfällen etc.) sollte nach wie vor die 112 gewählt werden! Auch bei akuten Problemen mit den Zähnen hilft nur der zahnärztliche Bereitschaftsdienst in der Region

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung (KBV)/
www.kbv.de

In vier Wochen beim Facharzt – Terminvergabe über die Terminservicestellen (TSS)

Jutta Riemer

Im Zuge des Patientenstärkungsgesetzes hat die Bundesregierung die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) verpflichtet, bis zum 23.1.2016 (14.1.2016) sogenannte Terminservicestellen (TSS) einzurichten. Ihre Aufgabe ist es, gesetzlich Krankenversicherten innerhalb einer Woche einen Termin beim Facharzt zu vermitteln – wenn eine entsprechend gekennzeichnete Überweisung vorliegt. Wie diese Kennzeichnung aussehen muss, legen die KVen fest. Die Wartezeit auf den Termin darf höchstens vier Wochen betragen. Für Termine bei Augen- und Frauenärzten können Patienten auch ohne Überweisung den Terminservice nutzen.

Die Vier-Wochen-Frist

Nach dem Anruf des Patienten erhält dieser innerhalb einer Woche einen Termin bei einem Facharzt. Zwischen Anruf des Patienten und Termin liegen maximal 4 Wochen. Kann die Frist nicht eingehalten werden, vermittelt die TSS einen ambulanten Termin in einem Krankenhaus. Die Behandlung im Krankenhaus beschränkt sich dabei auf die Leistung des Fachgebietes entsprechend der Überweisung. Sollten Folgebehandlungen notwendig sein, können diese i.d.R. bis 6 Wochen lang dann in dem Krankenhaus durchgeführt werden.

Die Ausnahmen

Ausgenommen davon sind Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen und Vorsorgetermine, wobei der Patient wohl kaum eine Überweisung wegen einer Bagatellerkrankung erhält.

Generell ausgenommen vom Terminvergabesystem sind solche bei Zahnärzten, Kieferorthopäden, Hausärzten, Kinder- und Jugendärzten (ohne Schwerpunktbezeichnung) – sowie Psychotherapeuten.

Bei welchem Arzt bekomme ich den Termin?

Es werden keine Termine beim Wunscharzt vermittelt. Der TSS vermittelt dorthin, wo es im fraglichen Zeitraum Termine gibt. Das kann auch eine weitere Anfahrt im Rahmen einer zumutbaren Entfernung mit sich bringen. Die Zumutbarkeit bei allgemeinfachärztlicher Versorgung (z.B. Augenärzte, Hautärzte) ist die Entfernung zum nächsten solchen Arzt plus einer Fahrzeit von 30 Minuten (mit öffentlichen Verkehrsmitteln). Bei spezialisierten Fachärzten (wie fachärztlich tätige Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen) sind das zusätzliche 60 Minuten.

Wo kann ich anrufen?

Hier finden Sie die entsprechenden Telefonnummern der Terminservicestellen der KVen. Diese sind meist während der üblichen Bürozeiten zu erreichen.

Baden-Württemberg:	07 11-78 75-39 66
Bayern:	09 21-78 77 75-550 20
Berlin:	030-3 10 03-383
Brandenburg:	03 31-98 22 99 89
Bremen:	04 21-98 88 58-10
Hamburg:	040-55 55 38 30
Hessen:	069-400 50 00-0
Mecklenburg-Vorp.:	03 85-743 18 77
Niedersachsen:	05 11-56 99 97 93
Nordrhein:	02 11-59 70 89 90;
Rheinland-Pfalz:	0 61 31-885 44 55
Saarland:	06 81-85 77 30
Sachsen:	03 41-23 49 37 33
Sachsen-Anhalt:	03 91-627-88 88
Schleswig-Holstein:	0 45 51-30 40 49 31
Thüringen:	0 36 43-779 60 42
Westfalen-Lippe:	02 31-94 32 94 44

Haben Sie schon Erfahrungen mit dem TSS gesammelt?

LD e.V. ist interessiert an Ihren Rückmeldungen zu Ihren Erfahrungen mit dem neuen System. LD e.V. beobachtet die Realisierung des nicht unumstrittenen Lösungsversuchs des Terminproblems kritisch und freut sich auf Ihre Erfahrungsberichte mit dem neuen TTS-System. Kann es für Transplantierte geeignet sein? Schreiben Sie uns Ihre Erfahrungen und Meinungen (redaktion@lebertransplantation.de oder an Redaktion Lebenslinien, Maiblumenstraße 12, 74626 Bretzfeld)

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung /
www.kbv.de

Geschichte zur Nächstenliebe

Moni Kühlen

Im Februar 2000 stellte man bei mir eine schwere Lebererkrankung fest. Ich war plötzlich desorientiert, orientierungslos, meine Haut war am ganzen Körper gelb und ich musste mit dem Rettungswagen sofort in die Klinik. Dort fiel ich das erste Mal ins Koma.

Danach kam ich auf die Idee, ob man mich nicht lebertransplantieren könnte. Als ich beim zweiten Krankenhausaufenthalt aus dem Koma kam, sprach ich die Ärztin auf die Transplantation an. So konnte ich mich in einem Transplantationszentrum vorstellen und hoffte, dort auf die Warteliste zu kommen. Ich verfiel immer wieder in den Zustand, dass ich ins Krankenhaus musste.

Leider wurde ich abgelehnt und kam in einem anderen Zentrum auf die Liste. Insgesamt war ich fast 11 Monate im Kran-

kenhaus und 7 Mal bis zu einer Woche im Koma. Ich war ständig auf der Intensivstation und durfte auch sonst fast nur liegen. Am 21. Dezember 2000 sagte man mir, dass ich höher in die Warteliste gestuft wurde. Doch was das genau bedeutete, wusste ich nicht, denn meine Hirnfunktion war durch Hepatische Enzephalopathie stark verringert.

Bei meiner Entlassung am 23.12.2000 hatten die Ärzte meinen Töchtern vorher gesagt: „Feiern Sie noch einmal Weihnachten mit Ihrer Mutter, denn es ist das letzte Mal. Sie wird Silvester und das nächste Koma nicht mehr überleben.“ Eine schreckliche Nachricht für meine Töchter, die erst 16 und 19 Jahre alt waren.

So saßen wir Weihnachten zusammen. Am Abend des 27.12.2000 um 19.10 Uhr, wir wollten am PC das Spiel „Wer wird Millionär“ spielen, da schellte das Telefon. Es war die Uniklinik Bonn,

die uns sagte, dass man eine Leber für mich hätte.

In der Nacht wurde ich 10 Stunden transplantiert und seither geht es mir bis heute nur gut.

Als Ansprechpartnerin von „Lebertransplantierte Deutschland e.V.“ setze ich mich ehrenamtlich mit vielen Info-Aktionen für die Organspende ein, betreue Lebererkrankte, Lebertransplantierte und deren Angehörige.

Dadurch weiß ich, dass meine Organspenderin Weihnachten 2000 ganz plötzlich am Hirntod verstorben war. In dieser schrecklichen Situation waren deren Angehörige bereit, die Organe zur Spende freizugeben, um anderen Menschen das Leben zu retten. Das ist für mich das größte Zeichen der Nächstenliebe. Deshalb zünde ich am 27.12. jedes Jahres in der Kirche Kerzen an, um meiner unbekannten Organspenderin und deren Angehörigen zu danken.

Haben Sie Ihren Brief an die Spenderfamilie schon geschrieben?

Jutta Riemer

Bei der Knochenmarkspende ist es erlaubt, dass sich Spender und Empfänger nach einem Jahr, wenn beide einverstanden sind, kennen lernen. Organspende und Transplantation müssen lt. Gesetz in Deutschland generell anonym ablaufen. Dennoch haben viele Transplantierte das Bedürfnis, sich bei der Familie der Organspender zu melden und zu danken. Genau wie Spenderfamilien sich in den meisten Fällen über einen solchen Brief freuen würden, der die Verarbeitung und Trauerbewältigung positiv beeinflussen kann. Deshalb

gibt es die Möglichkeit, einen anonym gehaltenen Brief an die Spenderangehörigen zu schreiben. Dieser wird dann über die DSO weitergeleitet an die Spenderfamilie – es sei denn, diese lehnt das schon im Vorfeld ab. „Mit dem Erhalt des Briefes vom Empfänger der Lunge meines Bruders konnte ich mit den Vorgängen rund um die Organspende abschließen“, erklärte mir einmal die Schwester eines Organspenders.

Was selbst ein Brief nach langer Zeit bewirken kann, können Sie in der nachfolgenden Mail lesen, die mich im Dezember 2015 erreicht hat.

Mail vom 11.12.2015

Betreff: Überraschung

Liebe Frau Riemer,
gestern habe ich schon ein kostbares Weihnachtsgeschenk erhalten. Eine Nierenempfängerin, aufgrund der Spende meines Mannes, hat sich nach 17 Jahren bedankt. Es geht ihr gut und die Niere funktioniert bestens. Diese Nachricht hat mich sehr froh gemacht, allerdings auch emotional überwältigt. Ich hoffe, Ihnen geht es gut?

Liebe Grüße

M.P. (Name der Redaktion bekannt)

Besuch auf „meiner“ Intensivstation

Jutta Riemer

Beim Arzt-Patienten-Seminar in Heidelberg hatten wir das Foto erstellt, das dann auf das „Dank-Plakat“ für die Ärzte und das Pflegepersonal kam, die sich in den Spenderkrankenhäusern um die Organspende und die Betreuung der Spenderangehörigen kümmern. Erst dadurch werden Organspenden und somit auch lebensrettende Transplantationen möglich.

Wir hatten auch alle Zuhörer ermutigt, sich mal wieder auf „ihrer“ Intensivstation sehen zu lassen, um zu zeigen, dass es ihnen gut geht und sich für die Pflege rund um die Transplantation zu bedanken.

Hintergrund ist, dass das Pflegepersonal auf den Intensivstationen nur die schwer kranken Patienten kurz vor und nach der Transplantation sieht und dann leider lange Zeit auch nur diejenigen mit den vielen Komplikationen und solche Patienten, die die Transplantation insgesamt nicht lange überleben. Diejenigen, die von der Normalstation ins Leben durchstarten, sehen diese am Gelingen der Transplantation so wichtigen Menschen nicht. So entsteht bei manchen Ärzten, Pflegerinnen und Pflegern eine gewisse Frustration, und der subjektive Eindruck, dass Transplantationen keine sinnvolle Therapie darstellen, festigt sich.

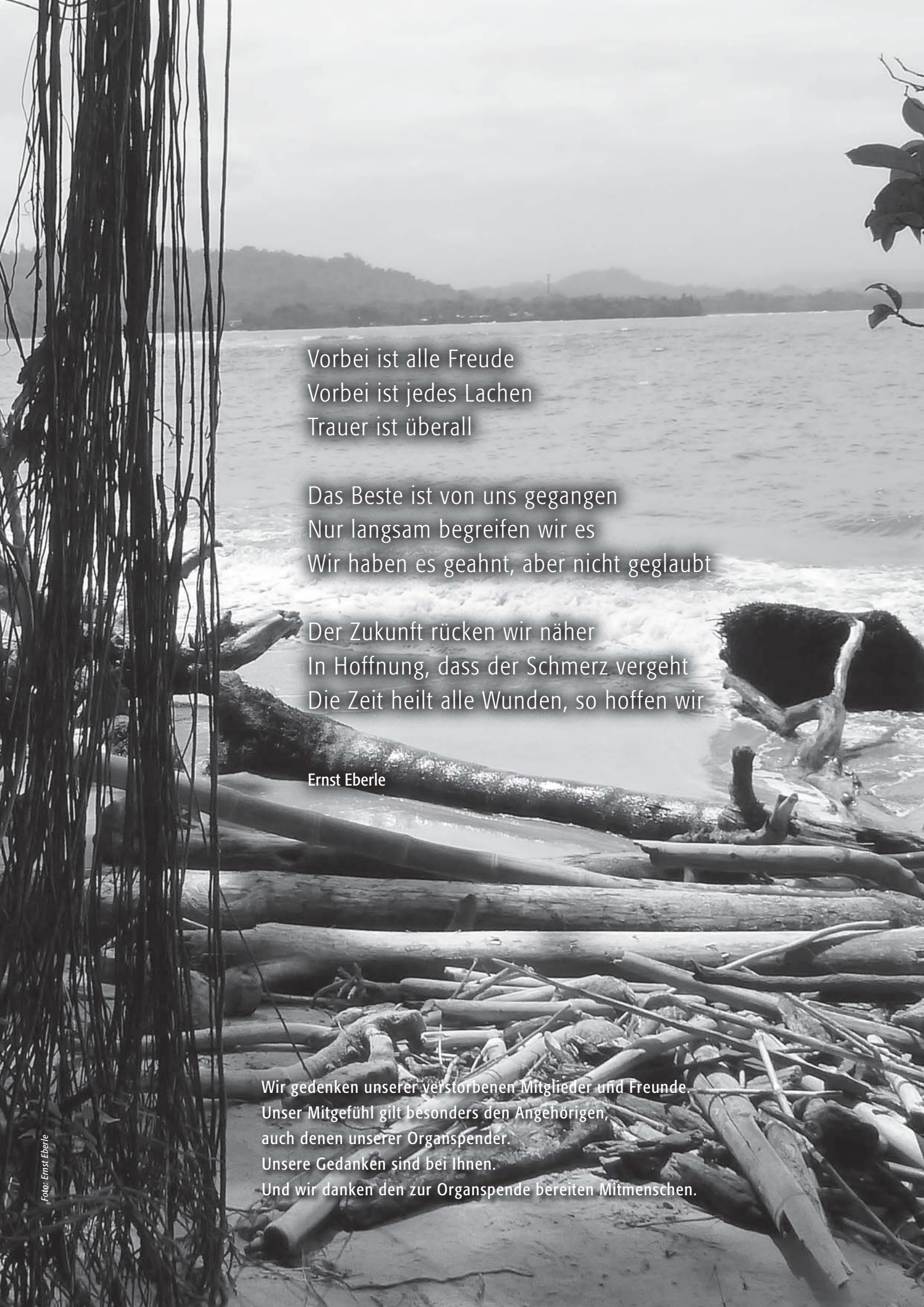
Fassen Sie sich doch auch mal ein Herz, so wie es eine Seminarteilnehmerin getan

hat. Über nachfolgende Mail haben wir Organisatoren uns besonders gefreut.

Liebe Frau Sebastian!

„... Wir waren tatsächlich noch auf der IMC Station „VTS“ und haben uns bedankt, das wurde mit großer Freude aufgenommen! Da zeigt sich wirklich, so scheint es, niemand je mehr. Es war für mich auch etwas schwierig zu klingeln, mich zu trauen zu stören, schließlich war man dort völlig geschwächt, ich hatte ein Durchgangssyndrom ... Aber ich bin sehr froh, dass wir beide uns dort bedankt haben! Also danke für den Hinweis beim Seminar!

Ihre C.N. (Autorin der Redaktion bekannt)

A black and white photograph of a beach. In the foreground, there is a large pile of driftwood and logs on the sand. To the left, a dense thicket of dark, vertical vines hangs down. In the background, a calm body of water stretches to a distant, hazy shoreline with some trees and a small structure. The sky is overcast.

Vorbei ist alle Freude
Vorbei ist jedes Lachen
Trauer ist überall

Das Beste ist von uns gegangen
Nur langsam begreifen wir es
Wir haben es geahnt, aber nicht geglaubt

Der Zukunft rücken wir näher
In Hoffnung, dass der Schmerz vergeht
Die Zeit heilt alle Wunden, so hoffen wir

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.

Grillen, aber richtig.

Ulrike und Ernst Eberle

Das Grillen von allen möglichen Lebensmitteln ist heutzutage ein allgemeines Kulturgut geworden. Wenn im Frühjahr die ersten warmen Tage sich ankündigen, ist es eine Lust, unter freiem Himmel den Grill anzuwerfen und mit Freunden ein paar schöne Stunden zu verbringen. Frische Luft, Sonne und der Duft von frisch Gegrilltem erzeugen ein wohliges Gefühl und gute Stimmung.

Hier ein paar Tipps, wie man das Maximum an Essensfreude erreichen kann.

Die erste Frage ist immer, mit was grille ich? Nach meinem Empfinden bekommt man nur mit Holzkohle das richtige Feeling und den besten Geschmack. Wenn Sie einen Elektro- oder einen Gasgrill verwenden, können Sie das Grillgut auch genauso gut in der Küche zubereiten.

Was gegrillt wird, ist jedem selbst überlassen. Von Fleisch über Fisch bis zu Gemüse ist alles möglich, und es müssen nicht immer Schweinehals und Würstchen sein!

Hier ein paar Anregungen, wie man den besten Erfolg erzielt. Wichtig ist jedoch grundsätzlich, dass die Holzkohle nicht mehr offen brennt, sondern über einer „satten“ Glut gegrillt wird.

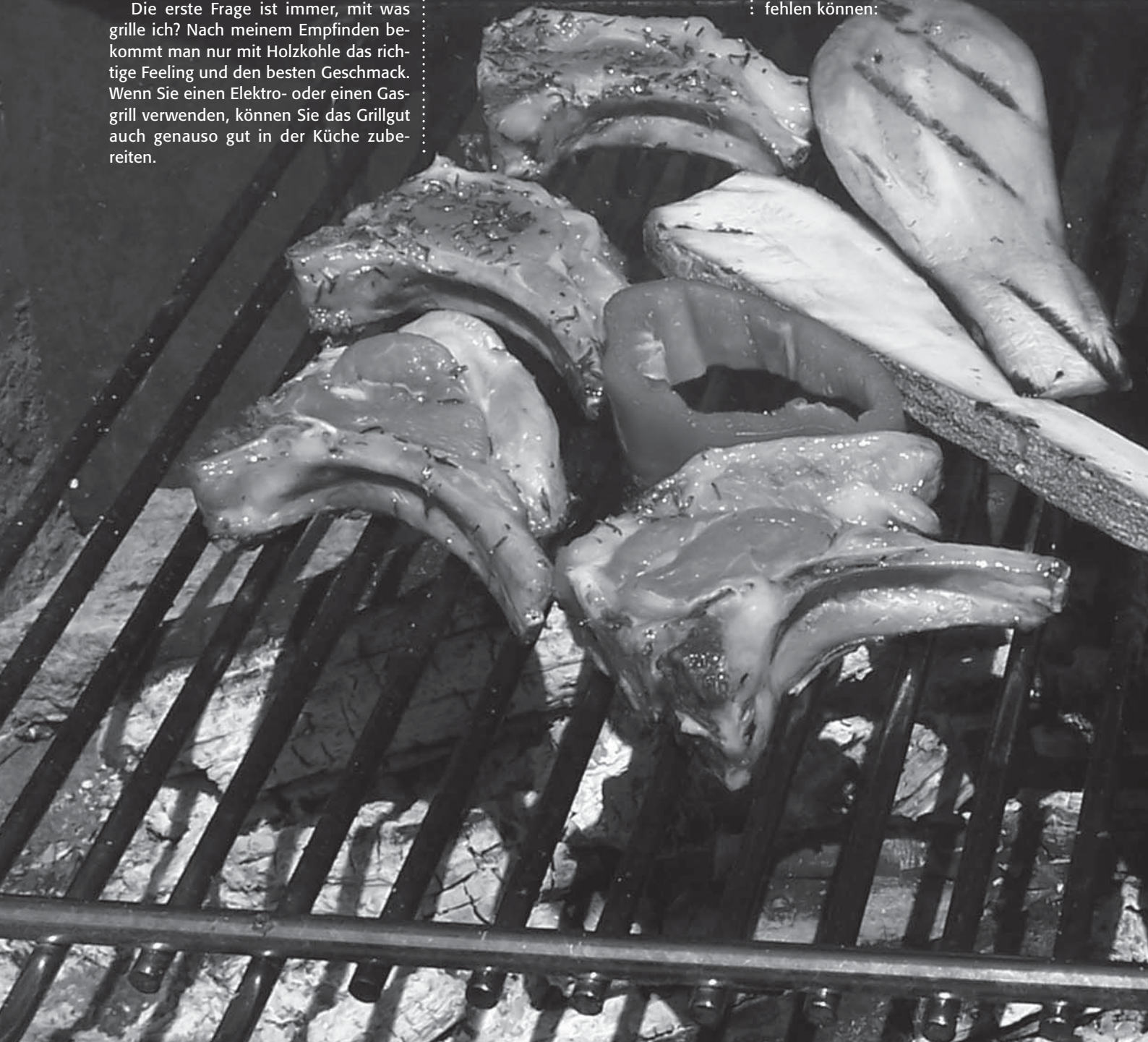
Beim Fleisch hat sich leider die Unsitte verbreitet, es mit leichter Hitze langsam zu grillen. Dabei wird das Fleisch mehr getrocknet als gegrillt. Viel besser ist es, bei höchster Hitze kurz auf beiden Seiten

anzubraten und danach noch 10 Minuten bei niedriger Hitze ruhen zu lassen. So bekommen Sie Röstaromen und das Fleisch ist butterzart und saftig.

Fisch dagegen kann man bei mittlerer Hitze grillen, aber nicht zu lange, da er sonst zu trocken wird. Nehmen Sie möglichst fettreiche Fische, wie z.B. Hering oder Makrele. Fischfilet ist nicht so geeignet, weil es gerne beim Grillen auseinander fällt.

Bei Gemüse gibt es kaum Schwierigkeiten. Ideal sind hier Auberginen, Zucchini, Gurken und Paprika.

Nun ein paar Rezepte, die wir empfehlen können:



Gemüse mit Kräutern in Alufolie oder in der Alugrillschale

Paprika, Zucchini, Zwiebeln, Gurke, Lauch – oder was Sie sonst gerne essen.

Blattpetersilie, Liebstöckel, Salz, Pfeffer und eventuell Knoblauch.

Gemüse in größere Stücke schneiden, salzen und pfeffern, in Alufolie einwickeln, ein Stückchen Butter hinzufügen und neben der Grillglut garen. Wenn man die Folie öffnet, kommt einem ein herrlicher Duft entgegen!

Gegrillte Auberginen

Auberginen in dickere Scheiben schneiden und neben der Grillglut grillen. Da das Gemüse sehr leicht zerfällt, würzen wir es erst nach dem Grillen mit Salz und Pfeffer.

Folienkartoffeln mit Dipp

Große, mehlig kochende Kartoffeln mit Schale und Alufolie

Für den Dipp:

Griechischer oder türkischer Joghurt (6 oder 10%), Salz, Pfeffer, Knoblauch, klein geschnittener Dill, ein paar Tropfen Olivenöl.

Kartoffeln waschen und trocken tupfen. Einzeln in Alufolie einwickeln und auf den Grill legen. Da die Kartoffeln eine relativ lange Garzeit haben, lege ich diese schon vorab auf den Grill. Die Kartoffel ist gar, wenn die Schale beim Auspacken „runzelig“ und dunkelbraun ist.

Dipp: Joghurt, Salz, Pfeffer und klein gehackten Knoblauch gut vermengen. Anschließend den klein geschnittenen Dill und letztendlich ein paar Tropfen Olivenöl unterziehen. Hier empfehle ich, diesen Dipp ein bis zwei Stunden vor dem Grillen zuzubereiten und kalt zu stellen. Dadurch verbinden sich die Zutaten besser. Wer möchte, kann auch Schmand oder Crème fraîche verwenden.

Als Variante (ohne Knoblauch) kann man auch gekochte Krabben unterheben.

Gegrillte grüne Heringe als „Steckerlfisch“

Pro Person ein bis zwei frische Heringe, Salz, Pfeffer, je nach Geschmack geschnittene Blattpetersilie und Zitronen.

Die Heringe sauber waschen, trocken tupfen und von innen und außen würzen. Mit der Petersilie füllen. Jeweils auf einem langen Spieß vom Fischmaul bis zum Schwanz aufspießen oder in einem Fischgrillgitter befestigen und über (oder neben) der Glut unter mehrmaligem Wenden gar grillen.

Dazu passt hervorragend Baguette.

Wachteln vom Grill

Pro Person eine bis zwei frische Wachteln, Salz, Pfeffer und Oregano, ein paar Tropfen Zitronensaft.

Die Wachteln am Rücken aufschneiden und platt drücken. Mit Salz und Pfeffer würzen. Auf die Grillglut legen und unter mehrmaligem Wenden maximal 10 Minuten knusprig grillen. Zum Servieren reichlich mit Oregano bestreuen und mit Zitronensaft beträufeln.

Spanferkel-/Lammrippen

Das Rippenstück zerteilen, jeweils ca. 3–4 Rippen pro Portion. Mit Salz, Pfeffer und Rosmarin würzen. Auf die Grillglut legen und unter mehrmaligem Wenden etwa 10 Minuten grillen – so einfach ist das!

Guten Appetit!

1. Bundesweites Treffen für Angehörige von Organspendern

Marita Donauer

Auf Initiative von Jutta Riemer und Brigitte Herzog fand am 23.4.2016 im Kloster Himmelspforten, Würzburg, ein erstes bundesweites Treffen für Angehörige von Organspendern statt. Dieser Tag sollte dem Kennenlernen, Austausch, aber auch der sachlichen Information über die aktuelle Situation der Organspende in Deutschland dienen. Spenderangehörige, Transplantierte sowie Experten wie die DSO-Koordinatorin Alexandra Greser und die Transplantationsbeauftragte der Uniklinik Heidelberg, Nadja Komm, diskutierten in einem geschützten Rahmen verschiedenste Aspekte rund um das brisante Thema Organspende. Die Teilnehmer waren aus Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Sachsen und verschiedenen Regionen Bayerns angereist.

Jutta Riemer betonte, wie wichtig es sei, als Organtransplantierte sich mit dem Thema Organspende zu beschäftigen, denn die persönliche Geschichte der Lebensrettung fängt bei jedem Transplantierten mit einer Organspende an. Schon in der ersten Satzung des Transplantiertenverbandes ist auf den Kontakt mit und die Betreuung von Spenderangehörigen hingewiesen worden. Der Kontakt mit Spenderangehörigen – nicht mit den „eigenen“, denn das ist in Deutschland nicht erlaubt – empfindet sie als besonders wichtig für die Situations- und Krankheitsverarbeitung nach der Transplantation.

Jeder Teilnehmer konnte eine Kerze anzünden. Die meisten dachten dabei an ihr verstorbenes Familienmitglied oder im Falle der Transplantierten anonym an den eigenen Organspender und dessen Angehörige. Diese Kerzen brannten während des gesamten Seminars und ließen die verstorbenen Menschen ein Stück weit bei uns sein.

Die anwesenden Spenderangehörigen verschiedener Regionen berichteten über die vielfältigen Fragen und individuellen Belastungen im Zusammenhang mit (Hirn-)tod und Spende. Sie berichteten über ihre Erfahrungen mit den Abläufen in den Entnahmekrankenhäusern und wie wich-

tig es ist, diese so optimal wie möglich zu organisieren sowie das wichtige, gute Betreuungsangebot der DSO.

Die transplantierten Patienten ihrerseits legten ihren lebensbedrohlichen Krankheitsverlauf und ihren Weg zurück in ein normales Leben dar. Für sie ist es besonders wichtig, sich immer wieder zu verdeutlichen, dass eine andere Person nicht für sie verstorben ist. Nicht zuletzt deswegen kann für sie der Austausch mit Spenderangehörigen sehr hilfreich sein.

Für beide Personengruppen ist es wichtig zu wissen, dass die Organe nach strengen und möglichst gerechten Verteilungskriterien transplantiert werden. Jutta Riemer berichtete in diesem Zusammenhang kurz über die Arbeit der Ständigen Kommission Organtransplantation bei der Bundesärztekammer, die die Vergaberichtlinien erarbeitet und die Einhaltung derselben streng überprüft, auch und gerade im Hinblick auf die Organverteilungskandale in der jüngsten Vergangenheit.

Frau Greser berichtete über die Angehörigentreffen in der Region Bayern und über die neuesten Entwicklungen hinsichtlich der Spenderzahlen. Sie betonte das bereits vielfach vorhandene Engagement in den Krankenhäusern und betonte, dass dieses unbedingt weiter verstärkt werden müsse.

Die Angehörigen der Organspender schrieben auf Karten, welche Erfahrungen im Krankenhausablauf seinerzeit für sie positiv, welche negativ waren. Frau Komm sammelte die Aufschriebe und wertete sie für alle aus. Ob aus negativer oder positiver Betrachtungsweise war zu erkennen, dass für die Angehörigen im Akutfall der Spende der Faktor Zeit besonders wichtig ist. Angehörige wollen nicht gedrängt oder gar bedrängt werden. Auch sachlich gute Information rund um die Situation und die verständliche Erklärung des Hirntodes, der respektvolle Umgang mit dem Verstorbenen und den Angehörigen wurde als bedeutsam erachtet. Auch sollten alle Personen des medizinischen Personals immer alle auf dem aktuellen Stand sein, damit nicht widersprüchliche Informationen bei den Angehörigen ankommen. Als Transplantationsbeauftragte war es Frau Komm wichtig aufzuzeigen,

wie essentiell eine fundierte Entscheidung der Angehörigen in der Akutsituation sei, denn diese müssen mit ihrer Entscheidung weiterleben. Auch eine Entscheidung gegen eine Spende könne eine richtige Entscheidung sein. Wichtig sei, dass Angehörige spüren, dass ein wirkliches Interesse besteht, ihnen und ihrer persönlichen Situation gerecht zu werden.

Herr Röschert (Spenderangehöriger) informierte die Anwesenden über das sich im Entstehungsprozess befindliche Netzwerk aus Angehörigen und Transplantierten in Bayern mit dem Ziel, den Spendern eine ihnen gebührende Anerkennung zukommen zu lassen, das Vertrauen in die Organspende in der Öffentlichkeit zu stärken und Interessen zu vertreten.

Von allen Anwesenden wurde das Treffen als sehr gelungen gewertet und der Wunsch nach zeitnaher Wiederholung geäußert.

Es erreichten uns mehrere positive Rückmeldungen, die uns bestärken, dass dieses Projekt sinnvoll und hilfreich für beide Seiten war. Stellvertretend hier die Rückmeldung einer Teilnehmerin:

Liebe Frau Riemer,
das Treffen hat mir gut gefallen. Ich würde mich freuen, wenn es weitere Treffen gibt.

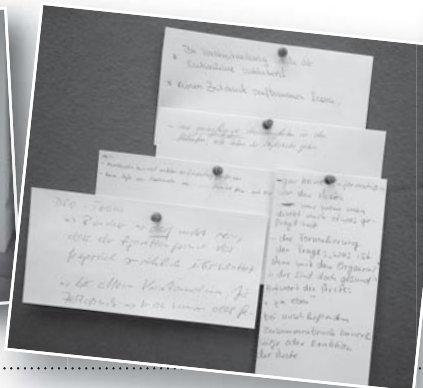
Es hat mich sehr bewegt, dass alle eine Kerze für ihren Spender angezündet haben. Ich hoffe, die Organempfänger meines Sohnes denken auch so liebevoll an ihn.

Es ist für mich auch nicht selbstverständlich, dass die Empfänger sich so um die Angehörigen kümmern, Sie könnten ja auch einfach froh sein, gesund zu sein und es dabei belassen. Es ist bestimmt emotional nicht einfach anzuhören, wie die Familienangehörigen des Spenders sich zu dieser schweren Zeit gefühlt haben und noch fühlen.

Ich danke Ihnen und den anderen, dass Sie das für uns Angehörige tun.

Ich wünsche Ihnen alles Gute und hoffe, dass wir uns wiedersehen.

Liebe Grüße
S. Harner



Fotos: privat

Jahrestagung mit Mitgliederversammlung – erstmals in Leipzig

Josef Theiss

Traditionell findet sie am 2. Samstag im März statt: die Jahrestagung von Lebertransplantierte Deutschland e.V. Um möglichst vielen Mitgliedern immer wieder eine unkomplizierte Teilnahme zu ermöglichen, lädt der Vorstand jährlich wechselnd in verschiedene Bundesländer und Städte ein und führt die Tagung bevorzugt gemeinsam mit Transplantationszentren durch.

Nach Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen war nun Sachsen an der Reihe. Die fast 80 Mitglieder, Angehörigen und Interessierte fanden den Weg ins schöne Leipzig. „Schön, dass wir uns hier treffen ...“ oder „Wir haben uns aber lange nicht gesehen, ich freue mich so!“ Das waren Ausrufe, die wir beim Eintreffen der Teilnehmer oft hören konnten. Denn die Jahrestagung ist auch immer willkommene Gelegenheit, Freunde und Bekannte wieder zu treffen. Die Sitzungsleitung hatte altbewährt **Ulrich Kraus** übernommen. Unsere Vorsitzende **Jutta Riemer** gedachte zunächst mit einfühlsamen Worten der verstorbenen Mitglieder, der Organspender und deren Angehörigen. Sie wies im Besonderen auf den traurigen und so plötzlichen Tod unserer Ehrenvorsitzenden und Vereinsgründerin Jutta Vierneusel hin (s. S. 2), gedachte auch der 2015 verstorbenen Ansprechpartnerinnen Sigrid Müller/Bonn, Irmgard Klein/Nürtingen und dem Ansprechpartner für Hanno-

ver und früheren Vorstandsmitglied Werner Pollakowski sowie Alfred Truger, dem langjährigen Ansprechpartner für München.

Ausführlich berichteten die Vorstandsmitglieder **Dieter Bernhardt**, **Christina Hülsmann**, **Egbert Trowe** und Jutta Riemer über die umfangreiche Arbeit des Vorstands und der weiteren Aktiven im Verband im Jahr 2015. Nach einem sehr positiven Bericht der Revisoren ist der Vorstand durch die Mitglieder entlastet worden. Eine zuvor vorgelegte Wahlordnung wurde diskutiert und beschlossen. Der offizielle Teil der Jahrestagung – die Mitgliederversammlung schloss mit der Ehrung der 10-, 15- und 20-jährigen Mitglieder.

Außerdem gab es noch einige „Personalien“ zu vermelden. Birgit Schwenke und Josef Theiss haben nach vielen Jahren Einsatz als Koordinatoren diese Aufgabe in andere Hände gelegt. Die Vorsitzende dankte ihnen dafür im Namen der Mitglieder und des Vorstands. Rudi Hildmann hatte sein Vorstandsamt Ende des Jahres 2015 nach fast drei Jahren aus privaten Gründen niedergelegt. Auch ihm dankte die Vorsitzende für die geleistete Arbeit. Alle drei bleiben dem Verband aber als Ansprechpartner für ihre Gruppen und Patienten erhalten. An Roland Schier, als langjährigem Ansprechpartner für Leipzig und Umgebung und Initiator mehrerer Dankgottesdienste in der Leipziger Thomaskirche zusammen mit Prof. Dr. Hauss – der ebenfalls anwesend war –, wurde von

der Vorsitzenden ein Dank ausgesprochen verbunden mit einem kleinen Buchgeschenken.

Für den Nachmittag konnte der Vorstand hochkarätige Referenten gewinnen: **Prof. Dr. Thomas Berg**, der Leiter der Klinik für Gastroenterologie und Rheumatologie Sektion Hepatologie am Uniklinikum Leipzig, referierte über die Lebertransplantation im Langzeitverlauf, **Prof. Dr. Daniel Seehofer** von der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Charité Berlin erläuterte, welche chirurgischen Eingriffe nach Lebertransplantation auf die Patienten zukommen können. Unser Schirmherr **Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel**, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften am Uniklinikum Bayreuth, vermittelte uns das Thema: „Transplantation und Organspende – Themen im Deutschen Ethikrat. Was wurde bearbeitet? Was steht an?“ Zu allen Themen gab es eine lebhaft Diskussion. Die Inhalte der beiden medizinischen Vorträge und weitere interessante Informationen können unsere Mitglieder in der Zeitschrift „Lebenslinien intern“ nachlesen. Diese wird ausschließlich an Mitglieder des Verbandes versandt. Prof. Dr. Nagel und Dr. Laurer haben den Inhalt des Vortrags zur Ethik für die „Lebenslinien“ zusammengefasst (s. S. 3). Hans-Jürgen Frost gebührt ein Dank für die umfangreiche Organisation der Tagung vor Ort, dem Klinikum für die Bereitstellung der Räume und die unkomplizierte Unterstützung.



Fotos: privat

Dresden und Umgebung: Vereinsveranstaltung am 14.11.2015

Was war, was ist, was wird?

Karin Fischer
Wolfgang Benthin

Mit dieser Kurzformel lässt sich der Extrakt eines hochinteressanten Vortrags zur Organtransplantation beschreiben, der unserer spätherbstlichen Zusammenkunft in Dresden das Gepräge gab. Prof. Dr. med. Utz Settmacher, Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Jena, konnte sich der Aufmerksamkeit und Spannung der zahlreich erschienenen Mitglieder unserer Kontaktgruppe, ihrer Angehörigen und Freunde mit seinem „Streifzug“ durch dieses Thema sicher sein. Mit Wort und Bild wurde er dabei von seiner Kollegin, Frau Dr. med. Christina Malessa, Oberärztin in dieser Klinik, unterstützt.

Wir waren erstaunt, dass Ärzte bereits in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts, also vor 135 Jahren, erste Versuche zur Verpflanzung von lebendem Gewebe in den menschlichen Körper unternahmen, jedoch dauerhafte Erfolge nicht erzielt werden konnten. Erst mit der Entdeckung der Blutgruppen und der Herausbildung wissenschaftlicher Grundlagen der mo-



Dank und Anerkennung für Regina Nüßgen durch den „neuen AP“ Siegfried Frank; Frau Dr. Malessa und Prof. Dr. Settmacher (v.l.)

dernen Transplantationsimmunologie waren ab den fünfziger Jahren des 20. Jahrhunderts die Voraussetzungen für erste längerfristige Erfolge gegeben (Niere 1954, Lunge und Leber 1963, Herz 1967). Seitdem hat sich die Organtransplantation zu einer anerkannten und viele Leben rettenden, chirurgischen Intervention entwickelt, die derzeit durch zwei wesentliche Erscheinungen geprägt ist: die lebenslange Einnahme von Immunsuppressiva zur Unterdrückung von Abstoßungserscheinungen und den Mangel an Spenderorganen. Ersteres wurde von Prof. Settmacher als

Gegenstand permanenter medizinischer Forschung und letzteres als gesellschaftliches Problem charakterisiert und auch erläutert.

Eine lebhaft Diskussion zeigte, wie sehr uns das Thema interessierte und als kleiner Dank wurde den beiden Experten aus Jena Dresdner Christstollen präsentiert.

Hans-Jürgen Frost, Regionalkoordinator und beratendes Vorstandsmitglied, informierte in einem kurzen Beitrag über einige organisatorische Fragen des Vereins und brachte darüber hinaus auch die Wertschätzung des Vorstands zur Arbeit der Kontaktgruppe Dresden zum Ausdruck. So etwas hörten wir natürlich gern.

Die Aufgabenteilung in unserer Gruppe wurde insofern verändert, dass sie durch eine „Doppelspitze“ nach außen vertreten wird: in erster Linie Siegfried Frank und – weiterhin – Regina Nüßgen sind die Kontaktpartner; Regina wurde für ihre langjährige Arbeit mit großem Beifall und einem kleinen Präsent gedankt.

Bei Kaffee und Kuchen und angeregten Gesprächen und Erfahrungsaustausch saßen wir noch eine ganze Weile zusammen.

Foto: privat

Schwerbehinderung und Reha vor und nach Ltx

Kontaktgruppentreffen in Wuppertal

Birgit Schwenke

Zu diesem Thema hatten wir eine Sozialarbeiterin der Allgemein-Chirurgie der Uniklinik Essen in unser Kontaktgruppentreffen am 5. März 2016 eingeladen.

Das erste Thema war die Anschlussheilbehandlung, was diese bedeutet, wer sie beantragt und wer die Kosten trägt. Dann erklärte sie auch, was eine medizinische Rehabilitation ist und wem diese zusteht. Sie nannte einige speziell für Lebertransplantierte Patienten geeignete Rehakliniken und wies darauf hin, dass man nicht in jede x-beliebige Einrichtung gehen solle, sondern nur in die, die sich mit transplantierten Patienten auskennen. Anschließend zeigte sie auf, wie man nach erfolgreicher Ltx und Reha wieder ins Be-

rufsleben einsteigen kann, dass es für den Einstieg das sog. Hamburger Modell gibt, eine stufenweise Wiedereingliederung.

Zum Thema Schwerbehinderung erklärte sie, dass man ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50% von einer Schwerbehinderung spricht. Die Höhe des GdB wird vom jeweiligen Versorgungsamt festgestellt. Ab 50% gibt es sog. Nachteilsausgleiche, wie z.B. erhöhten Kündigungsschutz, steuerliche Vorteile und weitere. Nach einer Lebertransplantation ist eine Heilungswährung abzuwarten und während dieser Zeit bekommt man 100% zugesprochen, meist für 2 Jahre. Danach wird geschaut, wie der Gesundheitsstand ist, aber es stehen dem Patienten mindestens 60% zu.

Als leberkranker oder transplanterter Patient zählt man als chronisch krank.

Diese müssen jährlich höchstens 1% des jährlichen Familienbruttoeinkommens bei Medikamenten etc. zuzahlen. Hier kann ein Antrag bei der Krankenkasse gestellt werden mit einer ärztlichen Bescheinigung.

Auch wies sie darauf hin, wann eine Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung sinnvoll und wichtig ist und dass diese aber auch jederzeit widerrufbar sind.

Zum Abschluss blieb Zeit für Fragen, die auch reichlich gestellt und beantwortet wurden.

Insgesamt 26 Betroffene mit ihren Angehörigen sind der Einladung gefolgt. Darunter auch mehrere neue Mitglieder.

Natürlich kam auch der Austausch untereinander bei selbst gebackenem Kuchen und Kaffee nicht zu kurz. Es war ein interessanter und gelungener Nachmittag.

Selbsthilfe, die ankommt

Kontaktgruppentreffen in Mönchengladbach und Aachen

Rudolf Hildmann

Die Angebote zu den Kontaktgruppentreffen in Aachen und Mönchengladbach hatten auch im Jahr 2016 wieder einen guten Start. Zum offenen Treffen in Mönchengladbach am 3. Februar trafen

sich 18 Mitglieder und Interessierte zum Austausch ihrer Erfahrungen. Besonders erfreulich, dass auch viele neue Interessenten kamen, von denen einige sich so begeistern ließen, dass sie sofort Mitglied wurden.

Das zweite Kontaktgruppentreffen des Jahres fand am 19. Februar im Uniklinikum

Aachen statt. Als besonderer Programmpunkt stand dort ein Vortrag im Mittelpunkt, gehalten von der Ärztin der dortigen Ltx-Ambulanz Dr. Daniela Kroy. Dieser stand unter dem Motto: „Was kann ich alles tun, damit es meiner neuen Leber möglichst lange gut geht?“ Nicht nur Frau Dr. Kroy freute sich über die extrem große

Resonanz. 39 Mitglieder und Interessierte waren gekommen, um sich den Vortrag anzuhören und danach ihre Fragen direkt zu stellen. Auch hier war die Reaktion überaus positiv.

In den Lebenslinien intern 1/2015 berichtete Prof. Dr. Kai Reimers in „Medikation in Versorgungsnetzwerken“ über einen seit etwa fünf Jahren in Aachen bestehenden Arbeitskreis (Learning Community). U.a. ist in dieser Learning Community Rudolf Hildmann als Patient und Vertreter von Selbsthilfegruppen vertreten. Zu den Ergebnissen ist jetzt ein Buch



mit dem – zugegeben etwas sperrigen – Titel: „Arzneimitteltherapiesicherheit im

Spannungsfeld von vollständiger Medikationsübersicht, mündigen Patienten und idealisierter Medikation“ erschienen. Besonders erfreulich ist, dass dieses Projekt am 13. Februar mit dem „Zukunftspreis Öffentliche Apotheke“ ausgezeichnet wurde (2. Preis). Besonders hervorgehoben wurde bei der Auszeichnung die neue Form des Zusammenwirkens von Akteuren, sprich die Einbindung aller von einer Medikation Betroffenen. Die Ergebnisse sollen demnächst auch in einem Patientenseminar in der Uniklinik Aachen vorgestellt werden.

Foto: privat

Liebe Frau Riemer,

herzlichen Dank, dass Sie mich persönlich eingeladen haben, zur Mitgliederversammlung nach Leipzig zu kommen, um dort für 10 Jahre Mitgliedschaft geehrt zu werden. Leider kann ich nicht kommen. Leipzig ist zu weit für nur ein Wochenende. Ganz herzlich danke ich Ihnen für Ihr persönliches, großes Engagement für den Verein. Ich lese immer wieder in Ihren Rundschreiben und der Mitgliederzeitung davon.

Insbesondere in meiner langen Wartezeit bis zur Transplantation, als ich noch gar nichts wusste zum Thema Transplantation, und in der Zeit danach waren mir die Selbsthilfegruppe mit ihren Schriften und die Gespräche mit Betroffenen eine große Hilfe. Ich habe versucht, etwas zurückzugeben, aber die nächste Gruppe traf sich immer mehr als eine Stunde Autofahrt entfernt. Inzwischen gibt es eine näher gelegene Gruppe, hier verpasste ich leider die ersten zwei Termine. Bei den Klinikterminen treffe ich auf andere Betroffene, hier versuche ich zu ermutigen. Im beruflichen Umfeld und im Freundeskreis werbe ich für Organspendeausweise und versuche, durch Beispiel zu zeigen, wie wichtig und gut Transplantationen sind.

Meine Mitgliedschaft ist auch ein wenig von diesem Zurückgeben.

Trotz erheblicher Komplikationen im Zuge der Transplantation (2 x Ltx), habe ich den Rollstuhl und die eigentlich festgestellte 100%ige Erwerbsunfähigkeit wieder hinter mir gelassen, bin erneut mit gefühlten 120% in die Arbeitswelt eingestiegen und fülle inzwischen sogar wieder zwei Jobs aus. Mein Interesse ist es, in der Selbsthilfegruppe nicht zu klagen, sondern Dankbarkeit und Optimismus zu zeigen und zu leben. Mit der richtigen Einstellung kann man auch danach wieder sehr viel leisten, auch wenn man zwar schneller krank wird, Nebenwirkungen hat und nicht mehr so fit wie vorher ist. Aber mit Optimismus geht fast alles und mit Optimismus ist das Leben wieder sehr schön und sehr lohnend.

Mit den besten Grüßen

J.P. (Name der Redaktion bekannt)

Neue Ansprechpartnerinnen

Kornelia Schäfer, Bereich Frankfurt a.M.



Mein Name ist Kornelia Schäfer. Ich bin verheiratet und habe einen 1996 geborenen Sohn. Wir leben in Neu-Anspach (Hochtaunuskreis).

Am 22.3.1999 wurde ich nach fast zwei Jahren auf der Warteliste in der Medizinischen Hochschule in Hannover wegen einer PSC lebertransplantiert. Seit meinem 8. Lebensjahr besteht zudem die Diagnose Colitis ulcerosa, wegen welcher vor und nach der Transplantation auch andere Operationen durchgeführt wurden.

Nachdem ich bereits seit 1997 Mitglied des Vereins bin, freue ich mich, anderen Betroffenen und ihren Familien als Ansprechpartnerin zur Verfügung zu stehen. Vielleicht können die von meiner Familie und mir gemachten Erfahrungen anderen Hilfe und Unterstützung sein.

Inge Nußbaum, Bereich Mittelbaden



Ich möchte mich als Ansprechpartnerin für den Bereich Mittelbaden vorstellen. Mein Name ist Inge Nußbaum, ich bin 58 Jahre jung, habe zwei erwachsene Söhne, einen lieben Lebensgefährten und wohne im schönen Schwarzwald.

Mein Schicksal begann wohl schon vor 35 Jahren. 1980 wurden nach einer Schwangerschaft stark erhöhte Leberwerte festgestellt. Dank regelmäßiger fachärztlicher Betreuung und sehr gutem Wohlbefinden war außer gesunder Lebensweise keine Therapie erforderlich.

2013 hat meine Leber dann sehr rasch ihre Aufgaben nicht mehr erfüllt und sukzessive die Funktion eingestellt. Als High-urgency-Patientin mit einem sehr hohen MELD-Score kam für mich die Rettung durch eine Lebertransplantation in letzter Minute.

Schon in der Uniklinik Heidelberg stand für mich fest: Wenn ich wieder fit werde, will ich als Ansprechpartnerin bzw. Kontaktperson unter dem Motto „Betroffene helfen Betroffenen“ aktiv werden. Bereits während meines Klinikaufenthaltes in Heidelberg wurde ich regelmäßig von einer Ansprechpartnerin aus der Kontaktgruppe Mannheim/Heidelberg besucht. Dies hat mir sehr viel Aufschwung gegeben.

Da ich kontaktfreudig bin und auch gerne mit Menschen zusammen arbeite, kann ich mir vorstellen, dass mir dieses Ehrenamt viel Spaß macht und ich mit meinen persönlichen Erfahrungen anderen Betroffenen zur Seite stehen kann.

Fotos: privat

**Lebertransplantierte
Deutschland e.V.**
www.lebertransplantation.de

Geschäftsstelle
Bebbelsdorf 121 · 58454 Witten
Tel. 0 23 02 -1 79 89 91
E-Mail: geschaeftsstelle@
lebertransplantation.de
Mo.–Do.: 10.00–15.00 Uhr

Jutta Riemer, Vorsitzende
Maiblumenstr. 12 · 74626 Bretzfeld
Tel. 0 79 46 -94 01-87
Fax 0 79 46-94 01-86
E-Mail: jutta.riemer@
lebertransplantation.de

Der Schirmherr

Foto: Uniklinik Essen



Univ.-Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel

Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement
und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth

Der Vorstand

	Funktion Name	Straße PLZ, Ort	Telefon Fax	E-Mail
	Vorsitzende Jutta Riemer	Maiblumenstr. 12 74626 Bretzfeld	0 79 46-94 01-87 0 79 46-94 01-86	jutta.riemer@lebertransplantation.de
	Stellvertr. Vorsitzender Egbert Trowe	Alter Postweg 2a 30938 Burgwedel	0 51 39-9 82 79 30	egbert.trowe@lebertransplantation.de
	Kassenwart Dieter Bernhardt	Kampstr. 111 42781 Haan	0 21 29-37 74 66 —	dieter.bernhardt@lebertransplantation.de
	Beisitzerin Regina Henkel	Bahnhofstr. 10 38170 Winnigstedt	0 53 36-92 97 19	regina.henkel@lebertransplantation.de
	Beisitzerin Christina Hülsmann	Brennweg 1 32257 Bünde-Dünne	0 52 23-4 89 71	christina.huelsmann@lebertransplantation.de
	Beisitzerin Helga Schubert	Hinterm Parkhaus 2 31582 Nienburg	0 50 21-6 03 93 12	helga.schubert@lebertransplantation.de
	Beisitzer Roland Stahl	Kieselweg 3 90610 Winkelhaid	0 91 87-41 05 08	roland.stahl@lebertransplantation.de
	Beisitzerin Susan Stracke	Ardeystr. 287 58453 Witten	0 23 02-91 30 73 0 23 02-91 30 75	susan.stracke@lebertransplantation.de
	Beisitzerin Gaby Winter	Rennershofstr. 24 68163 Mannheim	06 21-97 66 56 61	gaby.winter@lebertransplantation.de

Beratende Vorstandsmitglieder: Hans-Jürgen Frost, Ulrich Kraus, Josef Theiss

Den Vorstand unterstützend mit Sonderaufgaben:

Heidrun vom Baur, Mariele Höhn, Birgit Ketzner, Peter Mohr, Dennis Phillips, Anne Quickert, Andrea Sebastian, Helmut Thaler, Dr. Ulrich R. W. Thumm, Christina Wiedenhofer

Impressum**Lebenslinien**

Informationen für Patient und Arzt
Ausgabe 2/2016

Herausgeber:

Lebertransplantierte Deutschland e.V.
Gemeinnütziger Verein, VR 2031
Maiblumenstr. 12, 74626 Bretzfeld
Tel. 0 79 46/94 01-87, Fax -86
E-Mail: info@lebertransplantation.de
www.lebertransplantation.de

Bankverbindung: Sparkasse Heidelberg
IBAN: DE60 6725 0020 0006 6024 95
BIC: SOLADES1HDB

Redaktion: Jutta Riemer (verantwortlich)
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:*

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

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

AOK Baden-Württemberg, AOK Hessen, BKK Arge NRW, BKK Herford-Minden, GKV Bremen, IKK Classic, Knappschaft

3. Darüber hinaus erhielten wir Spenden und Unterstützung durch:

Abbvie Deutschland GmbH & Co. KG, Astellas Pharma GmbH, Biotest AG, Novartis Pharma GmbH

Dreikönig Apotheke, Schwäbisch Hall, Frasch Apotheken OHG, Gaildorf, Sparkasse Schwäbisch Hall, Stadt Frankfurt

Anlass-Spenden: Familie Schmiedl, Familie Vierneusel

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

Gravermann, Brigitte; Henning, Wilfried; Kaufmann, Gerhard; Kuhlen, Moni; Naumann, Ludwig; Neubauer, Stefan; Rode, Peter; Saum, Siegfried; Tönsmann, Karin; Ulber, Dr. Bernd

Auch allen anderen Spendern danken wir für ihre Unterstützung.

Beitrittserklärung

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig. Sie helfen uns, unser Angebot gezielter auf Ihre Wünsche auszurichten.

Bitte senden an: **Lebertransplantierte Deutschland e.V. – Geschäftsstelle – Bebbelsdorf 121 – 58454 Witten**

☐ **Einzelmitgliedschaft**

(Betroffener Jahresbeitrag € 40,-)

☐ **Familienmitgliedschaft**

(Betroffener u. ein Angehöriger Jahresbeitrag € 55,-)

☐ **Fördermitgliedschaft**

(Beitrag/Spende mind. € 40,-/Jahr)

Vorname: _____ Name: _____

Str./Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Geb.-Dat.: _____ Tel.Nr.*: _____ Beruf*: _____

Mail*: _____ Förderbeitrag/Spende _____

Angehöriger

Vorname: _____ Name: _____

Str./Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

☐ **Weiterer Familienangehörige/r** Jahresbeitrag nur € 25,-/Person

Vorname: _____ Name: _____

Str./Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

☐ **Jugendliche, Schüler, Auszubildende und Studenten** Jahresbeitrag € 20,- (Kinder beitragsfrei)

☐ **Ich bin/Wir sind mit jährlichem Bankeinzug einverstanden***. Das entsprechende SEPA-Lastschriftmandat füge ich der Beitrittserklärung bei (siehe Dokument: SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen). Ich habe zur Kenntnis genommen, dass mir meine Mandatsreferenz separat mitgeteilt wird. Der Beitrag im Eintrittsjahr wird quartalsweise berechnet.

☐ **Die datenschutzrechtlichen Hinweise auf der Rückseite habe ich gelesen und stimme der Erfassung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten einschließlich meiner freiwilligen Angaben ausdrücklich zu.**

Datum: _____

Unterschrift: _____

bitte Rückseite beachten!

Termine 2016/17

- 27.8. Transplantierte und Angehörige von Transplantierten und Organspendern „rocken den Brocken“, Torhaus (Harz)
- 7.9. Treffen für Wartelistenpatienten und Angehörige gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Kiel
- 10.9. Selbsthilfetag, Limburg
- 12.9. Treffen für Wartelistenpatienten und Angehörige gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Heidelberg
- 21.–24.9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen und Viszeralmedizin, Hamburg
- 23.–25.9. Wochenende der Begegnung, Bad Soden-Allendorf
- 30.9.–2.10. 4. Deutscher Patiententag Lebertransplantation, Hamburg
- 5.–8.10. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft, Essen
- 6.10. Patientencafé für Wartepatienten und Transplantierte, Mainz
- 15.10. Treffen für Wartelistenpatienten und Angehörige gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Essen
- 21.–23.10. Zentrales Seminar für Ansprechpartner von LD e.V., Heppenheim
- 24.10. 15-jähriges Kontaktgruppenjubiläum Essen
- 3.–4.11. Jahreskongress der DSO, Frankfurt
- 10.11. Treffen für Wartelistenpatienten und Angehörige gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Tübingen
- 19.11. Arzt-Patienten-Seminar, Leipzig
- 30.11. Infocafé für Wartepatienten, Transplantierte und Angehörige, Frankfurt a.M.
- 3.12. Arzt-Patienten-Seminar und Regionaltreffen gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Regensburg
- 7.12. Treffen für Wartelistenpatienten und Angehörige gemeinsam mit dem Universitätsklinikum München Großhadern
- 11.3.2017 Jahrestagung und Mitgliederversammlung, Regensburg
- 13.5.2017 Update Lebertransplantation – Arzt-Patienten-Veranstaltung gemeinsam mit dem Lebertransplantationszentrum München Großhadern

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

Datenschutzrechtlicher Hinweis

- Der Verein erfasst, verarbeitet und nutzt Ihre personenbezogenen Daten automatisiert.
- Die Felder Vorname, Name, Geb.-Datum, Str./Nr., PLZ und 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:	_____																																	
Str./Nr.:	_____	PLZ, Ort:	_____																																	
IBAN:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																D	E																		
D	E																																			
BIC:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				(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.

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	Georg Hechtfisher*	0761-4882798		georg.hechtfisher@lebertransplantation.de
Heidelberg/Mannheim	Andrea Sebastian	06201-508613		andrea.sebastian@lebertransplantation.de
Heidelberg/Mannheim	Gaby Winter*	0621-97665661		gaby.winter@lebertransplantation.de
Heidelberg/Mannheim	Wolfgang Weber	06226-6267		wolfgang.weber@lebertransplantation.de
Heilbronn/Hohenlohe	Heidi Nesper-Eckstein*	07130-400463		heidi.nesper-eckstein@lebertransplantation.de
Hohenlohe/Schwäbisch Hall	Wilfried Hess	07971-8112		wilfried.hess@lebertransplantation.de
Hohenlohe/Schwäbisch Hall	Silvia Hübner	0791-59903		silvia.huebner@lebertransplantation.de
Karlsruhe	Peter Hellriegel*	07257-902499		peter.hellriegel@lebertransplantation.de
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
Ostalbkreis	Gerhard Kaufmann*	07361-42390	07361-49454	gerhard.kaufmann@lebertransplantation.de
Rems-Murr-Kreis	Josef Theiss (komm.)	07142-57902	07142-7739333	josef.theiss@lebertransplantation.de
Schwarzwald/Baar/Heuberg	Alfred Schmidt* (komm.)	0751-3525520	0751-3525521	alfred.schmidt@lebertransplantation.de
Stuttgart/Esslingen	Heinz Suhling	0711-1205256	0711-3002325	heinz.suhling@lebertransplantation.de
Stuttgart/Esslingen	Rosemarie Weiß	0711-372737		rosemarie.weiss@lebertransplantation.de
Stuttgart/Esslingen	Ernst Eberle	07025-6366	07025-7178	ernst.eberle@lebertransplantation.de
Tübingen und Umgebung	Jutta Riemer (komm.)	07946-940187		jutta.riemer@lebertransplantation.de
Bayern				
Augsburg	Helmut Thaler (komm.)	08131-736959		helmut.thaler@lebertransplantation.de
Umgebung Augsburg	Annemarie + Johann Abeltshauser	08441-496605		annemarie.abeltshauser@lebertransplantation.de
Mittelfranken	Roland Stahl*	09187-410508	09187-410509	roland.stahl@lebertransplantation.de
München und Umgebung	Helmut Thaler* (komm.)	08131-736959		helmut.thaler@lebertransplantation.de
Niederbayern	Gerhard Muhlberger	08503-1252	08503-922121	gerhard.muehlberger@lebertransplantation.de
Oberfranken/Oberpfalz	Peter Schlauderer* (komm.)	09441-1744949		peter.schlauderer@lebertransplantation.de
Regensburg	Peter Schlauderer*	09441-1744949		peter.schlauderer@lebertransplantation.de
Südl. Mittelfranken/Nörtl. Schwaben	Friedrich Meyer*	09145-6303		friedrich.meyer@lebertransplantation.de
Südostbayern	Annegret Braun	08082-312039		annegret.braun@lebertransplantation.de
Unterfranken	Christina Wiedenhofer*	0177-2781056		christina.wiedenhofer@lebertransplantation.de
Berlin/Brandenburg				
Berlin/Brandenburg	Wolfram Maaß	030-83102525		
Berlin/Brandenburg	Siegfried Maaß	03302-221350		siegfried.maass@lebertransplantation.de
Hessen				
Frankfurt/Main	Dennis Phillips*	069-5963894		dennis.phillips@lebertransplantation.de
Frankfurt/Main	Horst Schmidtman	069-395882		
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
Südhausen	Harry Distelmann	06151-318093		harry.distelmann@lebertransplantation.de
Westerwald/Rhein/Lahn	Mariele Höhn*	02602-81255		mariele.hohn@lebertransplantation.de
Westerwald/Rhein/Lahn	Georg Minde	06434-1656		georg.minde@lebertransplantation.de
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		

(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 regelmäßige Kontaktgruppentreffen für Mitglieder und Interessierte (teilweise zusammen mit benachbarten Ansprechpartnern).** Nehmen Sie bei Interesse Kontakt auf.

Kontaktgruppe	Name	Telefon	Fax	E-Mail
Niedersachsen/Bremen				
Bremen/Unterweser	Udo Schmidt*	0421-3962654		udo.schmidt@lebertransplantation.de
Göttingen	Nicola Meyer	05509-9209157		
Hannover/Braunschweig	Helga Schubert	05021-6039312		helga.schubert@lebertransplantation.de
Lüneburg	Peter Mohr	04131-53217		peter.mohr@lebertransplantation.de
Oldenburg	Gerhard Hasseler*	04489-5900		gerhard.hasseler@lebertransplantation.de
Osnabrück	Margret Smit	05401-40003		
Osnabrück	Reinhold Waltermann	05402-4253		reinhold.waltermann@lebertransplantation.de
Ostfriesland	Barbara Backer*	04954-994568	04954-8932896	barbara.backer@lebertransplantation.de
Nordrhein-Westfalen				
Aachen/Städteregion Aachen	Rudolf Hildmann*	02163-4210	03212-1175985	rudolf.hildmann@lebertransplantation.de
Aachen/Städteregion Aachen	Axel Hülsmann*	02161-48831		axel.huelsmann@lebertransplantation.de
Bonn	Michael Bessell (komm.)	02236-3278045		michael.bessell@lebertransplantation.de
Düsseldorf	Claudia Meier-Schreiber*	0157-54300387	02195-933980	claudia.meier-schreiber@lebertransplantation.de
Essen/Duisburg	Moni Kuhlen*	0201-3657664		moni.kuhlen@lebertransplantation.de
Herford/Bielefeld/Minden	Christina Hülsmann*	05223-48971		christina.huelsmann@lebertransplantation.de
Hochsauerlandkreis	Angelika Grimaldi	02932-37976		
Kleve/Wesel	Barbara Fibicher*	02821-26681		barbara.fibicher@lebertransplantation.de
Köln	Michael Bessell	02236-3278045		michael.bessell@lebertransplantation.de
Mönchengladbach und Umgebung	Rudolf Hildmann*	02163-4210	03212-1175985	rudolf.hildmann@lebertransplantation.de
Mönchengladbach und Umgebung	Axel Hülsmann*	02161-48831		axel.huelsmann@lebertransplantation.de
Münster	Wolfgang Alferts*	02581-632243		wolfgang.alferts@lebertransplantation.de
Münster	Andreas Wißing*	05971-17444		andreas.wissing@lebertransplantation.de
Münster	Kirsten Athmer*	05971-64512		kirsten.athmer@lebertransplantation.de
Oberbergischer Kreis	Cigdem Kleinjung*	02263-481648		cigdem.kleinjung@lebertransplantation.de
Oberbergischer Kreis	Birgit Schwenke*	02195-69231	02195-933980	birgit.schwenke@lebertransplantation.de
Paderborn	Michael Bessell*	02236-3278045		michael.bessell@lebertransplantation.de
Ruhrgebiet	Udo Biemann*	02361-16490		udo.biemann@lebertransplantation.de
Wuppertal	Birgit Schwenke*	02195-69231	02195-933980	birgit.schwenke@lebertransplantation.de
Rheinland-Pfalz				
Frankenthal	Heinz Reiter	06233-638880		heinz.reiter@lebertransplantation.de
Kaiserslautern	Anne Herrmann	0631-3704807		anne.herrmann@lebertransplantation.de
Mainz	Mariele Höhn*	02602-81255		mariele.hoehn@lebertransplantation.de
Trier/Eifel/Hunsrück	Dr. Winfried Diehl	06501-14962		winfried.diehl@lebertransplantation.de
Westerwald/Rhein/Lahn	Mariele Höhn*	02602-81255		mariele.hoehn@lebertransplantation.de
Westerwald/Rhein/Lahn	Georg Minde	06434-1656		georg.minde@lebertransplantation.de
Saarland				
Saarland	Mariele Höhn (komm.)	02602-81255		mariele.hoehn@lebertransplantation.de
Sachsen				
Dresden und Umgebung	Siegfried Frank	03727-659442		siegfried.frank@lebertransplantation.de
Dresden und Umgebung	Regina Nüßgen	03504-613794		regina.nuessgen@lebertransplantation.de
Leipzig und Umgebung	Gottfried Geringer	0344-46348433		gottfried.geringer@lebertransplantation.de
Leipzig und Umgebung	Roland Schier	0341-6515427		
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
Sachsen-Anhalt				
Magdeburg	Hans-Jürgen Frost (komm.)	03672-410173		hans-juergen.frost@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
Schleswig-Holstein/Hamburg				
Hamburg	Bernd Hüchtemann*	04103-3826		bernd.huechtemann@lebertransplantation.de
Hamburg	Petra Ramke*	040-464719		petra.ramke@lebertransplantation.de
Kiel	Siegfried Neumann	0431-712002		siegfried.neumann@lebertransplantation.de
Lübeck	Stefan Zastrau			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. Kinder + Jugendl.	Joachim F. Linder	0171-1234188	03212-1234188	joachim.f.linder@lebertransplantation.de
Eltern lebertransplant. Säugl. + Kleinkinder	Petra Dahm	0208-304375-1	0208-304375-3	petra.dahm@lebertransplantation.de
Angehörige von Betroffenen	Gudrun Hildmann	02163-4210	03212-2342779	gudrun.hildmann@lebertransplantation.de
Angehörige von Betroffenen	Jörg Hülsmann	05223-48971		joerg.huelsmann@lebertransplantation.de
Angehörige von Betroffenen	Renate Pauli	08761-60119		renate.pauli@lebertransplantation.de
Hinterbliebene von Organspendern	Brigitte Herzog	09406-90402		brigitte.herzog@lebertransplantation.de
Lebensspende	Nicole Köhler			nicole.koehler@lebertransplantation.de
Lebensspende	Heidi Nesper-Eckstein	07130-400463		heidi.nesper.eckstein@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	Helmut Thaler	08131-736959		helmut.thaler@lebertransplantation.de

Sie planen Aktionen zum Thema Organspende, benötigen Material oder Hilfe? Sie haben Fragen zum Thema Organspende? Dann wenden Sie sich an unsere **Koordinatoren Organspende** der entsprechenden Region:

Region	Name	Telefon	Fax	E-Mail
Nord	Egbert Trowe	05139-9827930	05139-9840533	egbert.trowe@lebertransplantation.de
Ost	Hans-Jürgen Frost	03672-410173		hans-juergen.frost@lebertransplantation.de
Mitte	Mariele Höhn	02602-81255		mariele.hoehn@lebertransplantation.de
Süd (Baden-Württemberg)	Josef Theiss (komm.)	07142-57902	07142-7739333	josef.theiss@lebertransplantation.de
Süd (Bayern)	Peter Schlauderer	09441-1744949		peter.schlauderer@lebertransplantation.de

Fachbeiräte

Name	Transplantationszentrum/Krankenhaus/Institution
Ärztliche Fachbeiräte an Lebertransplantationszentren	
Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein	Klinikum und Fachbereich Medizin Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M., Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Prof. Dr. med. Thomas Becker	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel, Klinik für Allgemeine Chirurgie und Thoraxchirurgie
Prof. Dr. med. Markus Wolfgang Büchler	Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie
Univ.-Prof. Dr. med. Peter Galle	Universitätsmedizin Mainz, I. Medizinische Klinik und Poliklinik
Prof. Dr. med. Michael Geißler	Leberzentrum Klinikum Esslingen, Klinik für Allgemeine und Innere Medizin
Prof. Dr. med. Alexander Gerbes	Klinikum der Universität München Campus Großhadern, Medizinische Klinik und Poliklinik II
Prof. Dr. med. Guido Gerken	Universitätsklinikum Essen, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie
Prof. Dr. med. Johann Peter Hauss (em.)	Universitätsklinikum Leipzig, Department für Chirurgie
Prof. Dr. med. Ernst Klar	Universitätsklinikum Rostock Chirurgische Klinik u. Poliklinik, Abt. f. Allgemeine, Thorax-, Gefäß- u. Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Otto Kollmar	Universitätsklinikum Göttingen, Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Alfred Königsrainer	Universitätsklinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Tübingen
Prof. Dr. med. Ulrich Leuschner	Fachärztliche Praxis Innere Medizin/Hepatologie, Frankfurt a.M.
Prof. Dr. Dr. h. c. Klaus-Peter Maier	Diakonie-Klinikum Stuttgart, Expertenzentrum Hepatologie
Univ.-Prof. Dr. med. Michael P. Manns	Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie
Prof. Dr. med. Björn Nashan	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Peter Neuhaus	Charité Campus Virchow-Klinikum Berlin, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Gerd Otto (em.)	Universitätsmedizin Mainz, Abteilung für Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Hans J. Schlitt	Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Chirurgie
Univ.-Prof. Dr. med. Norbert Senninger	Universitätsklinikum Münster, Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Prof. Dr. med. Utz Settmacher	Universitätsklinikum Jena, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
Prof. Dr. med. Ulrich Spengler	Universitätsklinikum Bonn, Medizinische Klinik und Poliklinik I, Leiter Hepatologie
Prof. Dr. med. Wolfgang Stremmel	Universitätsklinikum Heidelberg, Innere Medizin IV
Prof. Dr. med. Christian Trautwein	Universitätsklinikum Aachen, Klinik für Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen und Internistische Intensivmedizin
Prof. Dr. med. Stefan Zeuzem	Klinikum und Fachbereich Medizin Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M., Medizinische Klinik I
weitere ärztliche Fachbeiräte	
Prof. Dr. med. Joachim Arnold	Diakoniekrankenhaus Rothenburg (Wümme) gGmbH, II. Medizinischen Klinik, Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen, Diabetes-Zentrum
Prof. Dr. med. Klaus Böker	Facharztpraxis Hepatologie, Hannover
Prof. Dr. med. Karel Caca	Klinikum Ludwigsburg, Klinik für Innere Medizin
Prof. Dr. med. Martin Katschinski	DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus Bremen, Medizinische Klinik I
Prof. Dr. med. Ulrich Leuschner	Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M., Medizinische Klinik II
Prof. Dr. med. Eggert Stockfleth	Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Dortmund
Fachbeiräte Psychologie/Psychosomatik	
Dr. med. Gertrud Greif-Higer	Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dr. med. Dipl. Psych. Brigitte Schlehofer	Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Prof. Dr. med. Dr. phil. Karl-Heinz Schulz	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie, Transplantationspsychologie
Fachbeirat Pflege	
Ellen Dalien	Universitätsklinikum Heidelberg, Transplantationszentrum
Juristische Fachbeiräte	
Dr. jur. Rainer Hess	Rechtsanwalt, Köln
Prof. Dr. jur. Hans Lilie	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Geistliche Fachbeiräte	
Pfarrerin Barbara Roßner	Pastoralpsychologin, Heidelberg, Tel. 06221-484678
Pfarrer Horst Tritz	Kath. Klinikseelsorge, Heidelberg, Tel. 06221-5636598

Medizin mit gesundem Menschenverstand

Vermeiden Sie „Glückspillen“ ...

Immer mehr Menschen greifen zu Psychopharmaka, die im Markt zahlreich verfügbar sind und ihnen auf Rezept gegeben werden zur Bewältigung von Stress, Nervosität, Ängsten, Schlafstörungen bis hin zu Depression. Diese Beruhigungspillen und Antidepressiva mögen zwar die gewünschte Wirkung erzielen, sie können aber abhängig machen und haben oft sehr schwere Nebenwirkungen; sie können sogar jene Zustände auslösen, die man gerade bekämpfen möchte, und auch zu Gedächtnisschwund führen. Frauen sind verstärkt betroffen, während bei Männern die Ängste oft mit Alkohol betäubt werden.¹ In der Regel bedarf es professioneller Hilfe, die aber vorzugsweise auf Verhaltensänderungen ausgerichtet sein sollte zur Erreichung eines gesunden inneren Rhythmus.²

... schlafen Sie sich stattdessen gesund ...

Machen Sie sich die Erkenntnisse der Chronobiologie zunutze und passen Sie Ihren Tag-Nacht-Rhythmus (Wach-Schlaf-Rhythmus) mehr der inneren Uhr an. Für Berufstätige ist das oft nicht so einfach; die vielen Nicht-Berufstätigen unter uns müssen „nur“ frühere Gewohnheiten ändern. Dazu gehört, dass man tagsüber möglichst viel Licht bei Aufenthalt im Freien wirken lässt und dass man nachts für viel Dunkelheit sorgt. Konkret bedeutet das, dass man sportliche Betätigung oder auch Einkaufen und sonstige außerhäusliche Tätigkeiten auf den Vormittag verlegt und dass man am Abend eine Stunde vor dem Schlafengehen nicht mehr auf Computer, TV oder Smartphone starrt. Nächtliches Licht und chronischer Schlafmangel verkürzen die Lebenserwartung und erhöhen das Risiko für fast alle Krankheiten. Ausreichender Schlaf sorgt für körperliches und mentales Wohlbefinden. Ebenso wichtig sind regelmäßige kurze Pausen bei sämtlichen Aktivitäten (auf Neudeutsch: power naps = Kraftnickerchen bzw. auch Pausen mit Übungen, z.B. Yoga-Übungen). Natürlich sollten Sie auch nach Möglichkeit Ihre Essgewohnheiten dem natürlichen Rhythmus anpassen: gutes Frühstück, ordentliches Mittagessen und sparsames Abendessen mit wenig Kohlehydraten.³

... und machen Sie Entspannungsübungen ...

Sie können der Alltagshektik Einhalt gebieten mit Meditation und Entspannungsübungen. Sie können sich beispielsweise in einem abgedunkelten und ruhigen Raum bequem setzen und sich auf eine Kerze konzentrieren. Wenn Ihre Gedanken abschweifen, lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit wieder auf die Kerze in Ihrem Blickfeld. Oder Sie können sich in demselben Raum verschiedene Dinge bewusst machen und so oft wiederholen, wie Sie möchten: was Sie sehen, was Sie hören, was Sie fühlen. Schließlich könnten Sie sich auf Ihre Atmung konzentrieren: ich atme ein, ich atme aus etc.⁴

... oder versuchen Sie es mit „guided imagery“ ...

Guided Imagery (= Verbildlichung, Vorstellung; guided = geführt, d.h. unter Anleitung) ist eine besondere Art der Meditation, ein verhaltenspsychologisches Verfahren, bei dem der Teilnehmer sanft dahin geführt wird, sich Bilder von bestimmten Dingen zu machen einschließlich der Gerüche, Geräusche und emotionalen Ausstrahlungen. Diese Übungen können außerordentlich beruhigend und heilend sein. Der Autor dieser Seite hat dies im Endstadium seiner Lebererkrankung vor der Ltx regelmäßig selbst geübt (nach anfänglicher Anleitung) und sich so seine Leber, die verengten Gallengänge und den Gallenstau vor Augen geführt, um sich dann Bilder von „Reinigungsprozessen“ vorzustellen. Auch imaginäre Reisen, etwa als Vogel durch die Lüfte zu schweben mit sanfter Begleitmusik, können die erwünschte Entspannung und eine heilende Wirkung herbeiführen.⁵

... und, zum Schluss, fördern Sie Ihre Stimmung zusätzlich mit ein bisschen Schokolade.

Einige Inhaltsstoffe der Schokolade wie Theobromin (ähnelt dem Koffein) und Tryptophan (Ausgangssubstanz für Serotonin, einem natürlichen Antidepressivum) wirken anregend und stimmungsaufhellend. Bitterschokolade (mit einem Kakaoanteil von bis zu 85 Prozent) enthält außerdem herzschützende Antioxidantien wie Epicatechin; zusammen mit anderen Polyphenolen kann sie daher blutdrucksenkend wirken und das Risiko eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls mindern. Allerdings sind die Inhaltsstoffe meist in äußerst geringen Mengen vorhanden, so dass Sie die positiven Wirkungen nicht überschätzen sollten. Und Vorsicht: Schokolade hat einen sehr hohen Energiegehalt und könnte bei zu hohem Konsum gegenteilige Wirkungen durch Gewichtszunahme bewirken!⁶

Ulrich R. W. Thumm

1) Luiz Sánchez-Mellado: Pastilleras anónimas, El País, 15/11/2015.

2) Weleda. Ratgeber Gesundheit, 2008, „Nervosität und Schlafstörungen“.

3) Peter Spork: Wake up! Aufbruch in eine ausgeschlafene Gesellschaft, Hanser 2014; siehe auch „Gute Nacht – glücklicher Tag“, Reformhauskurier, November 2015; auch Ursula Kals: Kleine Fluchten, große Erholung, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 21./22. November 2015.

4) Der konzentrierte Blick auf mich selbst, Reformhauskurier, Dezember 2015.

5) The Healing Power of Guided Imagery, Dr. Andrew Weil's Self Healing, Creating Natural Health For Your Body And Mind, 2015 Annual Edition.

6) Prof. Dr. Claus Leitzmann: Die süße Verführung. Schokolade in Maßen wirkt gesundheitsfördernd, Zeitschrift „natürlich“ 12.15.



don't take your **organs** to heaven
heaven knows **we need them here**



protect the **organ**