

LEBENS LINIEN



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

2/2020



Editorial 1
 Das Abstimmungsverhalten im Deutschen Bundestag zur Widerspruchslösung vs. Stärkung der Entscheidungsbereitschaft 2
 Anschreiben an alle Bundestagsabgeordneten 3
 Bessere Organspendezahlen – ohne Widerspruchslösung! Wie geht es nun weiter? 4

Transplantationsmedizin

Covid-19 und Organtransplantation 7
 Maske auf – jeder schützt jeden 8
 Sepsis – Wenn das Immunsystem außer Kontrolle gerät... Maschine gegen Eisbox 11
 6. Juni 2020: Tag der Organspende virtuell 12
 Tag der Organspende am 6. Juni – Erstmalsig Online-Aktionen im Landkreis Ludwigsburg 13
 Tag der Organspende 2020 in der Region Westerwald/ Rhein/Lahn 13

Aus Wissenschaft und Forschung

Hepatitis 14
 Von-Willebrand-Faktor: Noch bessere Vorhersage für die Dringlichkeit einer Lebertransplantation? 16

Hepatology

Die Fettleber – ein Grund zur Sorge vor und nach Lebertransplantation? 17
 International NASH Day lenkt Aufmerksamkeit auf ein weltweites, dringendes Thema 19
 Update Hepatitis C – Vorkommen, Übertragung, Diagnose und Therapie 20
 Toxische Lebererkrankungen 23
 Qualitätsberichte der Transplantationszentren für das Jahr 2018 sind online 25

Aus den Zentren

Magdeburg: Mehr als 20 Jahre – Leben mit einer transplantierten Leber 26
 Freiburg: Arzt-Patienten-Seminar 26
 Mannheim: Patiententag 2019 – Universitätsmedizin Mannheim und Interdisziplinäres Tumorzentrum Mannheim (ITM) 27
 Mainz: Frau Dr. Gertrud Greif-Higer verabschiedet sich aus der direkten Patientenbetreuung in Mainz 27

Transplantationsgesetz · Organspende

Die Zahlen hinter den Schicksalen – Informationen aus dem Jahresbericht 2019 der DSO 28
 Jahrestagung der DSO-Mitte 30
 Wechsel an der Spitze der DSO-Region Ost..... 31
 Patientenverfügungen können Organspende verhindern! 32
 Organspende und Transplantation aus religiöser Sicht 33
 Organspendeausweise 33
 Klinikforum Sömmerda – Fakten zur Organspende erreichen großes Publikum 34

Gesundheit

Können Diabetiker Organe spenden? 35
 Diabetes-Infos 35
 Fuchsbandwurm 37
 Schutz vor Toxoplasmose 39
 Häufige Wadenkrämpfe – was hilft? 41
 Patienten fragen – Wir antworten 42
 Vitamin-D-Versorgung im Blick halten 43

Recht · Soziales

Sterbehilfe – ein umstrittenes Thema 44
 Erwerbsminderungsrente 44

Geist · Körper · Seele

Buchbesprechung: Hirntod und Organspende aus interkultureller Sicht 45
 Der anonyme Dankesbrief – Wertschätzung gegenüber dem unbekanntem Organspender und seinen Angehörigen 46
Gedenken 47

Vereinsgeschehen

Netzwerk Spenderfamilien – sendet Signale 48
 Meine Lyrik 49
 211 geschenkte Lebensjahre – Kontaktgruppe Ludwigsburg-Bietigheim feiert 25-jähriges Jubiläum 50
 Aktionstag in Schwäbisch Hall 51
 Kontaktgruppe Oldenburg: Bürgersprechstunde mit Stephan Albani 51
 Organspende – Jede Entscheidung zählt! 52
 Buchbesprechung: „Inka Nisinbaum: Emails vom Tod“ 52
 Beitrittserklärung 53
 Neue Anprechpartner 54

Vermischtes

Termine 2020/21 – Impressum – Dank an Sponsoren 55
 Adresse Verein – Vorstand 56
 Ansprechpartner/Kontaktgruppen – Koordinatoren 57
 Fachbeiräte 60
 Medizin mit gesundem Menschenverstand U3



„Im Hafen“
 Aquarell, Karin Dreyer
 www.galerie-meerkunst.de

Wir danken der Künstlerin für die Möglichkeit des kostenlosen Abdrucks.



Liebe Leserinnen und Leser,

Corona begleitet uns weiter

Das Thema Corona-Pandemie begleitet uns seit Anfang des Jahres und gerne würden wir hier eine komplette Entwarnung hören und zur „Normalität“ übergehen. Dem ist aber leider noch nicht so. Es wird auch künftig so sein, dass die Erkenntnisse über das Virus zunehmen und die Maßnahmen entsprechend angepasst werden müssen. Eine aktuelle Heidelberger Studie (PM v. 16.6.2020) zeigt z.B., dass Kinder wohl weniger erkranken und das Virus auch weniger verbreiten als Erwachsene. Nach wie vor gibt es aber Neuansteckungen und massenhaft auftretende Infektionen wie z.B. in Göttingen oder Gütersloh. Bei Transplantierten, das zeigen Zahlen aus einem Register (LEOSS), verlaufen die Infektionen schwerer und die Anzahl der Todesfälle ist anteilig deutlich höher als bei Nichtbetroffenen. Gerade für Transplantierte und Wartepatienten ist es daher wichtig, sich aktuell zu informieren und nach wie vor streng an die Hygiene- und Abstandsvorgaben zu halten. Die Maskenpflicht scheint Wirkung zu zeigen. Umso bedenklicher – gerade für Risikogruppen –, dass inzwischen schon wieder Mitbürger nachlässig werden und ohne Masken in Bussen, Bahnen und Supermärkten anzutreffen sind. Kennen wir das nicht von der Organspende und aus der Impfdiskussion, dass Solidarität für manche „an der eigenen Nasenspitze“ aufhört? So hoffen wir weiter auf effektive Medikamente, Impfstoffe und die Solidarität unserer Mitmenschen.

Organspende in der Corona-Zeit

Wartelistenpatienten dürfen trotz Corona-Pandemie auf ein Spenderorgan hoffen, denn in Deutschland sind die Organspendezahlen auf Vorjahresniveau geblieben. In anderen Ländern sind diese teilweise drastisch eingebrochen, da die Kapazitäten der Krankenhäuser für die Behandlung Covid-kranker Menschen benötigt wurden und hierfür teilweise nicht ausreichten. Dank des in Deutschland gut aufgestellten Gesundheitssystems und der frühzeitigen strikten Maßnahmen konnte die Pandemie in beherrschbaren Grenzen gehalten, jeder Covid-Kranke mit allen notwendigen Maßnahmen versorgt und Organspenden und Transplantationen durchgeführt werden.

Selbsthilfe im Zeichen von Corona

Der Kern der Selbsthilfearbeit ist nach wie vor die Begegnung und das Gespräch: Sich gegenseitig zuhören, stützen und informieren, von Angesicht zu Angesicht gemeinsam lachen und auch schwierige Themen besprechen. Das geht am besten bei Krankenbesuchen, Gruppentreffen und Seminaren. All dies ist in Corona-Zeiten nur eingeschränkt möglich. Die Jahrestagung mit Mitgliederversammlung in Hannover musste ebenso abgesagt bzw. verschoben werden wie das Wochenende der Begegnung, die Gesundheitswoche in Grömitz, der 5. Deutsche Patiententag Lebertransplantation in München und viele Patientenseminare und Gruppentreffen. Auch der Tag der Organspende fand in diesem Jahr nur virtuell statt (www.organspendetag.de). Bis mindestens Ende September 2020 werden wir von Seiten Lebertransplantierte Deutschland e.V. keine persönlichen Treffen und Veranstaltungen anbieten. Schauen Sie doch einfach in dieser Zeit öfter mal auf unsere Homepage www.lebertransplantation.eu. Nach wie vor suchen aber viele, vor allen Dingen Nichtmitglieder, telefonischen Rat. Alle Ansprechpartner, Koordinatoren und Vorstandsmitglieder freuen sich, wenn auch die Mitglieder per Post, Mail oder Telefon Kontakt halten. Überraschen Sie sich doch gegenseitig einfach mal durch einen Anruf oder eine Postkarte!

Nun hoffe ich mit Ihnen auf ein Jahr 2021 mit den gewohnten persönlichen Begegnungen und wünsche heute viel Freude an der vorliegenden Ausgabe der Lebenslinien.

Ihre Jutta Riemer

Das Abstimmungsverhalten im Deutschen Bundestag zur Widerspruchslösung vs. Stärkung der Entscheidungsbereitschaft

Alexander Brick

Am 16. Januar dieses Jahres hätte durch den Deutschen Bundestag ein weiterer und großer Schritt zur Verbesserung der Organspende in Deutschland gemacht werden können. Dieser blieb aus, leider. Als Lebertransplantierte Deutschland haben wir uns klar für die Einführung der Widerspruchslösung (WSL) ausgesprochen, auch wenn wir um die kontroversen Standpunkte dieser Debatte wussten. Sowohl die Stellungnahme nach Einbringung der beiden Gesetzentwürfe vom 23. September 2019 als auch unser Anschreiben an alle Mitglieder des Deutschen Bundestages vom 9. Januar 2020 sprechen hier eine eindeutige Sprache.¹ Darüber hinaus haben viele unserer Mitglieder das persönliche Gespräch mit „ihren“ Parlamentariern gesucht und um Zustimmung zur WSL geworben. Wohl über unsere beschränkte Einflussmöglichkeiten wissend, sind wir dennoch über den Ausgang der Gesetzgebung im Bundestag enttäuscht: Nicht darüber, dass sich eine übergroße Mehrheit der Abgeordneten mit dem Thema Organspende beschäftigt hat, und nicht darüber, dass am Ende eine Mehrheit der Parlamentarier sich für eine Verbesserung der Aufklärung eingesetzt hat, sondern über die fehlende Zustimmung zur Widerspruchslösung.

Von den 709 Abgeordneten des Deutschen Bundestages stimmten in der 2. Lesung 292 für die WSL, was 41,2% entspricht. Damit erreichte diese nicht die finale Abstimmung in der 3. Lesung.

Angenommen wurde das Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende (SEB). Nachdem in der 2. Lesung dem Gesetzentwurf 382 Abgeordnete ihre Zustimmung gaben und dieser Entwurf damit 53,9% erreichte, kam es zur 3. Lesung, in der sich 432 Abgeordnete oder 60,9% hinter der SEB versammelten.

Während 42,3% (206)² der Männer für die WSL stimmten, fiel die Zustimmung bei den Frauen mit 38,7% nur geringfügig niedriger aus. Damit weichen beide Geschlechter (die Homepage des Deutschen Bundestages lässt nur die Unterscheidung zwischen männlich und weiblich zu³) nur geringfügig vom Endergebnis zur WSL ab. Eine Präferenz für den einen oder anderen Entwurf kann mithin kaum am Geschlecht festgemacht werden. Daher soll im Folgenden der Blick auf das Abstimmungsverhalten der Fraktionen gerichtet werden.

Die deutlichste Zustimmung zur WSL gab es bei der SPD. In der 2. Lesung stimmten 61,8% der 152 Abgeordneten dafür, während ihn 31,6% ablehnten. In der gleichen Abstimmung fand die SEB die Zustimmung von 38,8%. Bezieht man in diese Auswertung auch die Stimmenthaltungen und die nicht anwesenden Abgeordneten mit ein, wird ersichtlich, dass einige sozialdemokratische Abgeordnete beiden Gesetzesentwürfen ihre Zustimmung gaben. Als die WSL keine Mehrheit in 2. Lesung erhielt, gaben 10 SPD-Abgeordnete daraufhin ihre Stimme der SEB. Damit steigerte sich die Zustimmung dafür zur 3. Lesung auf 45,4%, also einem Plus von 6,6%.

Ebenfalls eine deutliche Zustimmung gab es bei den Abgeordneten von CDU/CSU zur WSL. Hier votierten in der 2. Lesung 59,3% der Abgeordneten für den Entwurf, während 53,3% für die SEB ihre Stimme gaben. Dass beide Entwürfe in der 2. Lesung eine absolute Mehrheit innerhalb der Fraktion erreichten, ist ein deutlicher Beleg für die Zustimmung der Abgeordneten der Union für beide Varianten. Abgelehnt wurde die WSL von 36,2% und die SEB von 39,4% jeweils in der 2. Lesung. In der 3. Lesung erreichte die SEB bei CDU/CSU eine Zustimmung von 64,6%. Damit stieg diese um 11,3% von der 2. zur 3. Lesung.

Wirklich „ausgeglichen“ haben nur die fraktionslosen Abgeordneten abgestimmt, da 40% (2) für, 40% (2) gegen die WSL gestimmt und 20% (1) an der Abstimmung nicht teilgenommen haben. Angesichts der überschaubaren Größe von fünf Abgeordneten ist dieses Ergebnis jedoch nur beschränkt aussagefähig und kann vernachlässigt werden.

Nun folgen die Fraktionen, die sich mehrheitlich gegen die WSL und für die SEB ausgesprochen haben. In fallender Zustimmung zur WSL kommt als erstes die Fraktion Die LINKE. 34,8% (24) der Abgeordneten stimmten in 2. Lesung für die WSL, während sie 55% (38) ablehnten. Hingegen befürworteten 59,2% (41) der Abgeordneten die SEB. Auch hier kam es zu Mehrfachabstimmungen von Abgeordneten für beide Varianten. In der Schlussabstimmung votierten noch 3 weitere Abgeordnete für die SEB.

Während SPD und CDU/CSU mit umgekehrten Vorzeichen der LINKEN ähneln, sind die Positionierungen der anderen Fraktionen eindeutig. Bei der FDP stimmten nur 18,8% für die WSL bei einer Ablehnung von 73,8%. Die SEB hingegen fand bei 85% der Liberalen eine Mehrheit und nur 3,8% lehnten sie in der 2. Lesung ab. Auch in dieser Fraktion erhöhte sich die Zustimmung zur SEB in der 3. Lesung.

Noch deutlicher ist das Ergebnis bei Bündnis 90/Die Grünen. Lediglich 10,4% stimmten für die WSL, während sie 89,6% ablehnten. Enthaltungen oder nicht abgegebene Stimmen kamen hier nicht vor. Konsequenterweise fand die SEB in 2. Lesung eine Mehrheit von 91%, während jeweils 4,5% dagegen stimmten und sich enthielten. In der finalen Lesung stimmten 89,6% für die SEB.

Einen Sonderfall stellt die Fraktion der Alternative für Deutschland (AfD) dar. Während beide Gesetzentwürfe jeweils durch Abgeordnete aller anderen Fraktionen im Bundestag getragen wurden, brachte die AfD einen Antrag zur



Organspende ein. Auch zu diesem haben wir Stellung bezogen. Durch die ausschließliche Urheberschaft des Antrags durch die AfD verwundert es auch nicht, dass sich die AfD ablehnend zu den Gesetzentwürfen WSL und SEB positioniert hat. So lehnten 92 % der AfD-Abgeordneten die WSL ab und in der 2. Lesung zur SEB, als der AfD-Antrag noch zur Debatte stand, wurde dieser von 61,1 % abgelehnt und von 21,1 % befürwortet. Die fehlenden Prozente verteilen sich auf Enthaltungen und nicht abgegebene Stimmen. In der 3. Lesung schmolz die Ablehnung zur SEB auf 46,6 % und die Zustimmung stieg auf 30 %. Mehrheitlich lehnten die Fraktionsmitglieder der AfD dabei sowohl die WSL als auch die SEB ab.

Wie bei Entscheidungen über ethische Grundsätze üblich, war die Abstimmung über die Einführung der WSL vom Fraktionszwang ausgenommen – jeder Abgeordnete entschied nur nach seinem Gewissen – soweit die Theorie. Schaut man sich aber das Ergebnis der Abstimmung gefiltert nach Fraktionen an, kann man daran Zweifel hegen. Hier soll keinem Abgeordneten in Abrede gestellt werden, dass er eben nur seinem Gewissen folgte. Auch das freie Mandat der Parlamentarier wird nicht angezweifelt. Markanterweise war die Zustimmung zur WSL bei den Fraktionen am größten, deren prominente Namen mit dem Gesetzentwurf in Verbindung gebracht wurden. Sowohl der gesundheitspolitische Sprecher der SPD, der seit langer Zeit große Medienpräsenz genießt, Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB, als auch der Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, MdB, von der CDU standen für die WSL. Hingegen war die Zustimmung zur SEB ebenfalls in der Fraktion am größten, die diesen Entwurf durch eine prominente Persönlichkeit vertrat, die Parteivorsitzende von Bündnis 90/Die Grünen Annalena Baerbock, MdB. Ob dies für die Entscheidung der Abgeordneten eine Relevanz besaß, gehört ins Reich der Spekulationen. Eine derart deutliche Verteilung von Zustimmung und Ablehnung zur WSL und SEB in den einzelnen Fraktionen lässt dafür aber Raum.

Wie „Ihr“ Abgeordneter abgestimmt hat, können Sie übrigens im Protokoll des Deutschen Bundestages nachlesen.⁴

Nun bleibt für die vielen Patienten auf der Warteliste zu hoffen, dass die Neuerungen aus der SEB die Organspende in Deutschland weiter voranbringt. Sollte dies nicht gelingen, wird die Debatte zur WSL sicher erneut aufs Tableau gebracht.

1 Sie finden die Dokumente in dieser Ausgabe der „Lebenslinien“ auf S. 3 und auf unserer Homepage

2 Absolute Zahlen in Klammern – hier 206 Männer
3 <https://www.bundestag.de/parlament/plenum/abstimmung/abstimmung?id=656>

4 <https://dip21.bundestag.de/dip21/btp/19/19140.pdf>

Anschreiben an alle Bundestagsabgeordneten im Vorfeld der Abstimmung über die Gesetzentwürfe zur Widerspruchslösung und zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

9.1.2020

Sehr geehrte Mitglieder des Deutschen Bundestages,

in Kürze können Sie mit Ihrer Stimme entscheiden, wie künftig die Registrierung der Organspende geregelt werden soll. Ganz ausdrücklich danken wir Ihnen, dass Sie sich über die derzeitige Situation Gedanken gemacht und Lösungsansätze eingebracht haben!

Wir begrüßen auch das besondere Engagement der Bundesregierung in den letzten beiden Jahren, dem gerade in Deutschland besonders eklatanten Mangel an Spenderorganen entgegenzutreten und sich für schwerstkranken Patienten auf den Wartelisten einzusetzen. Das verstärkte Engagement wird hoffentlich dazu führen, Deutschland aus der europäischen Schlusslichtstellung zu bringen. Ein erster wichtiger Schritt als Voraussetzung ist durch die Verabschiedung des Gesetzes für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende (GZSO) mit Inkrafttreten zum 1.4.2019 bereits getan. Daher danken wir ausdrücklich Ihnen, dass Sie den Entwurf des Gesundheitsministeriums parlamentarisch beraten und das Gesetz zügig verabschiedet haben.

Wenn Sie sich nun im Januar zwischen den beiden zur Abstimmung stehenden Gesetzentwürfen „Zur Regelung der doppelten Widerspruchslösung im Transplantationsgesetz“ (Lösung 1) und „Zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende“ (Lösung 2) entscheiden, bitten wir Sie, sich für die erste Lösung auszusprechen.

Die Freiheit der Entscheidung ist nach gründlicher Aufklärung für jeden Bürger im Rahmen der Widerspruchsregelung (Lösung 1) in vollem Umfang gegeben. Wir würden uns als Patientenvertreter letztendlich jedoch nicht nur ein Widerspruchsregister, sondern ein umfangreiches Entscheidungsregister wünschen, in dem auch positive Entscheidungen eingetragen werden können. Ebenso würde eine andere Formulierung z.B. „Forcierte Entscheidungslösung“ einer negativen Belegung dieser Lösung entgegenstehen. In einer potenziellen Umsetzung der Lösung 2 können wir nicht erkennen, dass Pass- und Meldestellen die geeigneten Orte für Gespräche und Entscheidungen zum Thema Organspende darstellen. Auch wird eine Beratung durch überlastete, in der Fläche zu wenige Hausärzte, die auch noch geschult werden müssten, sicher keine Verbesserung der Situation erbringen. Unsere ausführliche Stellungnahme können Sie gern abrufen unter

https://lebertransplantation.eu/fileadmin/Dokumente/Pressemitteilungen/190923_Stellungnahme_Widerspruchs-Entscheidungsloesung.pdf

Als Lebertransplantierte Deutschland e.V. kennen wir das Geschenk des Lebens nach einer erfolgreichen Transplantation, die Nöte der Menschen, die auf ein rettendes Organ warten und auch Menschen, die leider vergeblich gewartet haben. Wir wissen über die durchweg positive Haltung in der Bevölkerung gegenüber der Organspende. Daher muss alles getan werden, damit dem Wunsch des Verstorbenen auch entsprochen wird. Dies sehen wir in der derzeit Widerspruchslösung benannten Form besser umgesetzt. Daher hoffen wir auf deren Einführung. Gern stehen wir Ihnen auch für persönliche Gespräche zur Verfügung und vermitteln Ihnen unsere Erfahrungen!

In der Hoffnung, dass 2020 auch für Wartelistenpatienten ein gesundes Jahr wird, verbleiben wir mit freundlichen Grüßen

Jutta Riemer
Bundesvorsitzende

Alexander Brick
Mitglied des Bundesvorstands

Bessere Organspendezahlen – ohne Widerspruchslösung! Wie geht es nun weiter?



Foto: privat

Dr. med. Axel Rahmel
Medizinischer Vorstand Deutsche Stiftung
Organtransplantation (DSO)

Organspende und Transplantation blicken auf ein weichenstellendes Jahr 2019 zurück. Das Fundament für eine positive Entwicklung ist mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende gelegt. Die Stärkung der Transplantationsbeauftragten, die aufwandsgerechte Vergütung der Entnahmekrankenhäuser, die Verbesserung der Abläufe sowie die Betreuung der Angehörigen von Organspendern sind entscheidende Meilensteine für eine positive Entwicklung der Organspende in Deutschland. Unterstützt und begleitet wird das Gesetz von dem mit allen Partnern erarbeiteten Initiativplan, der die Umsetzung der Maßnahmen in die Praxis fördert.

Ergänzt wird dieses Maßnahmenpaket durch das im Januar 2020 im Bundestag verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft. Auch wenn sich viele von uns die Einführung einer Widerspruchslösung gewünscht hätten, so hat die vorangegangene und zum Teil sehr kontrovers geführte Diskussion um die doppelte Widerspruchslösung im Parlament insgesamt für sehr viel öffentliche Aufmerksamkeit in den Medien und der Bevölkerung gesorgt. Der gemeinsame Wille zur Förderung der Organspende in Deutschland und der Wunsch, den Patienten auf den Wartelisten zu helfen, einte die Abgeordneten über alle Parteien hinweg und hat zu einer breiten Sensibilisierung für das Thema beigetragen. Die Stärkung der Entscheidungsbereitschaft der Bevölkerung mittels verstärkter Aufklärung und die Möglichkeit einer leicht zugänglichen Dokumentation der persönlichen Entscheidung in einem zentralen Register sind die wesentlichen Elemente des neuen Gesetzes, das Anfang 2022 in Kraft tritt. Mit seiner Umsetzung können das Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der

Strukturen bei der Organspende sowie der Gemeinschaftliche Initiativplan Organspende wirkungsvoll unterstützt werden. Derzeit stellt jedoch COVID-19 unser gesamtes Gesundheitssystem vor enorme, bisher nicht gekannte Herausforderungen, die gerade auch an der Organspende und Transplantation möglicherweise nicht spurlos vorbeigehen werden.

Zweites Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes

Das Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende beinhaltet u.a. folgende Neuerungen:

- Freistellung und Stärkung der Rolle der Transplantationsbeauftragten
- verbesserte Refinanzierung der Entnahmekrankenhäuser
- Einrichtung eines flächendeckenden neurologischen/neurochirurgischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienstes
- flächendeckendes Berichtssystem bei der Spendererkennung und Spendermeldung als Bestandteil eines Qualitätssicherungssystems in den Entnahmekrankenhäusern
- Verfahrensanweisungen zur Festlegung der Zuständigkeiten und Handlungsabläufe für den gesamten Prozess einer Organspende
- bessere Betreuung der Angehörigen

Mit diesen Maßnahmen wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass in den Kliniken mehr an Organspende gedacht und die Frage danach zu einem selbstverständlichen Bestandteil der medizinischen Versorgung am Lebensende von Patienten mit einer schweren Hirnschädigung wird.

Unsere wichtigsten Partner im Organ-spendeprozess: die Transplantations-beauftragten

Sie bilden im Organ-spendeprozess die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Deutscher Stiftung Organtransplantation (DSO). Ihre Aufgabe ist es, in den Kliniken feste Abläufe für den Fall einer Organspende zu etablieren. Die Koordinatoren der DSO unterstützen sowohl bei der Analyse als auch bei der Optimierung der klinikinternen Abläufe im Organ-spendeprozess. Zudem beteiligt sich die DSO an der ärztlichen und pflegerischen Weiterbildung für Transplantationsbeauftragte der Landesärztekammer und bietet zusätzlich ein umfangreiches

E-Learning-Programm zur individuellen Fortbildung an. Zu diesem gehört auch ein „virtueller Spender“, der die Anwendung des erworbenen Wissens in einer Übungssituation ermöglicht. Die einzelnen Lerninhalte sind durch die Landesärztekammer Hessen sowie die Registrierung beruflich Pflegenden zertifiziert.

Für die technische Unterstützung bei der inzwischen gesetzlich vorgeschriebenen nachträglichen Analyse des Organ-spendepotenzials einer jeden Klinik wurde das Programm „TransplantCheck“ von der DSO entwickelt, das inzwischen in einer modernen und umfassenden Version 4.0 vorliegt.

Weitere Unterstützungsangebote der DSO für die Entnahmekrankenhäuser umfassen derzeit unter anderem:

- Telefon- und Koordinationsdienst mit konsiliarischer Beratung
- Allgemeine Beratung bei Patienten mit therapieresistenter Hirnstammreflexie und Verdacht auf einen bereits eingetretenen oder unmittelbar bevorstehenden irreversiblen Hirnfunktionsausfall
- Klärung der medizinischen und juristischen Voraussetzungen einer Organspende
- Vermittlung neurologischer Konsiliarärzte für die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls
- Unterstützung beim Angehörigengespräch und der Angehörigenbetreuung
- Beratung und Unterstützung bei organprotektiven Intensivmaßnahmen nach festgestelltem Tod
- Unterstützung bei der Spender- und Organcharakterisierung, Beauftragung einer umfassenden Labordiagnostik einschließlich HLA-Typisierung, toxikologischer, pathologischer und infektiologischer Untersuchungen
- Datenübermittlung an die Vermittlungsstelle Eurotransplant
- Organisation der Entnahme und Konservierung von Organen
- Organisation aller erforderlichen Transporte im Rahmen der Organspende
- 24/7-Erreichbarkeit zur Meldung von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen und Reaktionen

Gesetzliche Grundlage zur Angehörigenbetreuung geschaffen

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende wurden zudem die gesetzlichen Grundlagen für die Betreuung der Angehörigen von Organspendern geschaf-

fen. Schon länger sehen wir dies als einen bedeutsamen Teil unserer Arbeit an und unterstützen dabei auch die Kliniken mit unseren Angeboten.

Dazu zählen insbesondere das gemeinsame Angehörigengespräch mit behandelndem Arzt und DSO-Koordinator in der Akutsituation und die Begleitung der Angehörigen auf der Intensivstation. Im Anschluss an die Organspende werden die Familien, wenn sie es wünschen, über die Transplantationsergebnisse in einem Brief informiert, sofern die Empfänger dem zugestimmt haben. Auch nach einer Spende können sich Angehörige mit ihren Fragen immer wieder an die DSO wenden. Ein von vielen genutztes Angebot sind Angehörigentreffen, bei denen Familien von Organspendern unter psychologischer Begleitung die Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch untereinander und auch mit Organempfängern finden.

Von großer Bedeutung ist für viele Organempfänger und Angehörige von Organspendern zudem die Möglichkeit, anonyme Dankesbriefe auszutauschen. Durch eine entsprechende Regelung im Transplantationsgesetz wurde hierfür im letzten April ein neuer Rahmen gesetzt. Die anonymen Briefe der Organempfänger schicken die jeweiligen Transplantationszentren an die DSO, die diese an die Spenderfamilien weiterleitet. Möchten die Angehörigen antworten, läuft das Verfahren wieder in die andere Richtung. Voraussetzung ist, dass sowohl der Organempfänger als auch die Angehörigen des Spenders ihr Einverständnis dafür erteilt haben. Durch diese Neuregelung werden die Transplantationszentren und die DSO zu einem wichtigen Bindeglied bei der Übermittlung der tief empfundenen Dankbarkeit, die viele Organempfänger den Spenderfamilien gegenüber zum Ausdruck bringen möchten. Für die Angehörigen ist dies oft ein sehr wertvoller und emotionaler Moment und eine Bestätigung für die Sinnhaftigkeit der Organspende ihres Verstorbenen.

Gemeinschaftlicher Initiativplan Organspende als Motor der Umsetzung

Um die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Transplantationsgesetzes in die Praxis zu überführen, erarbeitete die DSO unter Beteiligung des Bundesgesundheitsministeriums und weiterer Partner einen Gemeinschaftlichen Initiativplan Organspende. Dieser soll insbesondere die Transplantationsbeauftragten bei der praktischen Umsetzung ihrer Aufgaben unterstützen, z.B. mit Schulungen, beim Umgang mit Patientenverfügungen und einer besseren Vernetzung untereinander.

Der Initiativplan fördert aber auch eine stärkere gesellschaftliche Verankerung und Wertschätzung der Organspende in der Öffentlichkeit, zum Beispiel als bundesweite Veranstaltung zur Würdigung der Organspende. Die erste dieser Art fand am 30. September 2019 im Park des Dankens, des Erinnerns und des Hoffens in Halle (Saale) statt. Dort kamen Angehörige von Organspendern, Organempfänger, Wartelistenpatienten, Mediziner und Politiker zusammen, um der verstorbenen Organspender zu gedenken. Mit diesem überregionalen Treffen, das nun jährlich stattfindet, wurde der symbolische Grundstein für eine größere gesellschaftliche Anerkennung der Organspende gelegt.

Emotionale und kontrovers geführte Debatten um die Widerspruchslösung sorgten für Aufmerksamkeit

Parallel zu den beschriebenen Änderungen begann der Gesetzgeber 2019, die Weichen für eine Neuregelung beim Gesetz zur Organspende zu stellen, über das zu Beginn dieses Jahres abgestimmt wurde. Nach monatelangen kontroversen und teils emotional geführten Diskussionen stimmten die Abgeordneten am 16. Januar 2020 mehrheitlich für den Gesetzentwurf zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft. In Kraft treten wird das neue Gesetz im ersten Quartal 2022. Bis dahin gilt weiterhin die aktuell gültige Entscheidungslösung zur Organspende.

Auch wenn wir uns für die Patienten auf den Wartelisten den großen, konsequenten Schritt in Richtung Widerspruchslösung gewünscht hätten, bietet das im Bundestag im Januar verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft die Chance, die Umsetzung der Maßnahmen des Strukturgesetzes effektiv zu unterstützen, die Entscheidungsfindung des Einzelnen zu fördern und damit die Dokumentation der Entscheidung in ein zentrales Register zu erleichtern.

Unser Anspruch als Koordinierungsstelle für die Organspende ist es, dem Willen des Patienten zu folgen und eine Organspende nur dann einzuleiten, wenn es der Verstorbene gewollt hat. Aber dafür muss der Wille auch dokumentiert sein. Bei der derzeit gültigen Entscheidungslösung sind es mehrheitlich die Angehörigen, auf denen oft die Bürde einer Entscheidung lastet. Unsere Daten zeigen, dass nur knapp 16 Prozent der für eine Organspende in Frage kommenden Verstorbenen ihre Entscheidung dazu schriftlich festgehalten haben. Mehr als 40 Prozent der Ablehnungen werden von Angehörigen getroffen, die oft gar nicht wissen, was der Verstorbene wollte, und die sich

daher eher gegen eine Organspende entscheiden.

Eine kürzlich im Deutschen Ärzteblatt publizierte Studie des Universitätsklinikums Essen offenbart sogar noch niedrigere Zahlen, was die schriftliche Willensbekundung zur Organspende betrifft. Nur knapp ein Prozent der 2.044 unfallchirurgischen Schockraumpatienten, die zwischen Februar 2017 und März 2019 behandelt wurden, führte einen Organspendeausweis mit sich.

Wir wünschen uns daher, dass die medienwirksam geführte Debatte um beide Gesetzesentwürfe die Bevölkerung für das wichtige Thema Organspende dauerhaft sensibilisiert hat. Ein erster Lichtblick: Laut Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat sich die Zahl der bestellten Organspendeausweise im Januar auf 740.000 verdoppelt. Es wäre schon viel gewonnen, wenn sich dieser Trend fortsetzte und dann tatsächlich mit einer erhöhten Bereitschaft zur Dokumentation des eigenen Willens für den Fall einer Organspende einherginge. Die persönliche Entscheidung zu Lebzeiten ist zu wichtig, um sie immer wieder zu verdrängen und aufzuschieben.

Chance der Anpassung und Optimierung nutzen

Bis zum Inkrafttreten des Gesetzes im ersten Quartal 2022 besteht die Chance, einige Punkte des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft inhaltlich zu klären und zu optimieren.

Klärungsbedarf gibt es zum Beispiel noch bei der regelhaften Einbindung der Hausärzte in die Aufklärung. Es stellt sich die Frage, inwieweit diese bei den sowie so schon knappen Zeittressourcen überhaupt das Potenzial haben, die erforderlichen Patientengespräche über Organspende zu führen. Dieselbe Frage stellt sich bei den Ausweisstellen von Bund und Ländern und nicht zuletzt, wie zielführend dort die vermehrte Abgabe von Informationsmaterial überhaupt sein kann. Schon jetzt versenden die Krankenkassen alle zwei Jahre entsprechende Unterlagen und in fast allen Behörden liegen ebensolche Broschüren aus – beide Maßnahmen haben bisher allerdings nicht zu höheren Zahlen an Organspendern geführt.

Beim geplanten Online-Register zur Dokumentation von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende ist der Zeitpunkt der Einsichtnahme Gegenstand von Diskussionen: Denn erst nach der Todesfeststellung soll das Register für die Ärzte zugänglich sein. Das widerspricht allerdings der Berücksichtigung der elementar wichtigen Patientenautonomie und zudem der gelebten Praxis in

der Intensivmedizin. Schon letztes Jahr bei der Anhörung zu den Gesetzentwürfen wies die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) ebenso wie die DSO darauf hin, dass die Einsichtnahme in das geplante Register bereits dann möglich sein sollte, wenn der irreversible Hirnfunktionsausfall bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet werden kann. In dieser Situation sollte bereits heute in der intensivmedizinischen Praxis, vor der Entscheidung zur Fortführung intensivmedizinischer Maßnahmen einerseits oder zur Therapiebegrenzung andererseits, der Wille zur Organspende erkundet werden. Das ist dann auch der Zeitpunkt, zu dem man in Zukunft das Organspenderegister zu Rate ziehen muss, um dem Willen des Patienten Geltung zu verschaffen. Die DIVI hat diese Empfehlung im Zusammenhang mit der Verabschiedung des Gesetzes im Januar nochmals bekräftigt.

Optimierungsbedarf besteht auch bei Patientenverfügungen: Diese sollten zukünftig so gestaltet sein, dass der Aspekt der Organspende nicht im Widerspruch zum Wunsch der Limitierung intensivmedizinischer Maßnahmen steht. Der entsprechend erhöhte Aufklärungsbedarf muss daher sowohl bei der gesetz-

lich angestrebten, vermehrten Beratung als auch beim Einführen des Online-Registers berücksichtigt werden.

Wesentlich für die Verbesserung der Situation der Organspende sind allerdings die strukturellen Maßnahmen, die letztes Jahr verabschiedet wurden: Diese müssen nun gemeinsam mit den Kliniken zügig umgesetzt werden.

Weitere Entwicklung in 2020 noch ungewiss

Im vergangenen Jahr haben in Deutschland 932 Menschen nach ihrem Tod ein oder mehrere Organe für eine Transplantation gespendet. Damit hat sich die Zahl der Organspender annähernd auf dem Niveau von 2018 gehalten. Es war auch nicht zu erwarten, dass sich die im April angestoßenen Strukturmaßnahmen innerhalb weniger Monate in der Praxis umsetzen lassen. Was die organspendebezogenen Kontaktaufnahmen der Krankenhäuser zu uns als Koordinierungsstelle betrifft, gibt es bereits eine positive Entwicklung: Die Meldungen von möglichen Organspendern stiegen im letzten Jahr um 7 Prozent auf 3.020.

Wie sich die Organspende und Transplantation in diesem Jahr entwickeln wird, ist angesichts der aktuellen Coronavirus-

Pandemie noch ungewiss. Die ersten Quartalszahlen des Jahres zeigen eine deutliche Steigerung der realisierten Organspenden gegenüber dem Vorjahr – ein positives Zeichen. Nun gilt es, die aktuellen, bislang ungekannten Herausforderungen für das Gesundheitswesen gemeinsam zu überwinden und dabei die Organspende und Transplantation nicht aus den Augen zu verlieren. Denn auch in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie gibt es Patienten, die dringend auf eine lebensrettende Organspende angewiesen sind.

Für die Sicherheit der Organempfänger wurden die Untersuchungen vor einer Organspende erweitert. Neben den üblichen Tests ist eine sorgfältige Erhebung der Krankengeschichte in Bezug auf COVID-19-Risiken und ein negativer SARS-CoV-2-PCR-Befund Voraussetzung für eine Organspende. Zudem gelten entsprechende Vorsichtsmaßnahmen und Risikoabwägungen für den Empfänger, wobei nun auch das Risiko einer möglichen COVID-19-Infektion nach der Transplantation berücksichtigt werden muss.

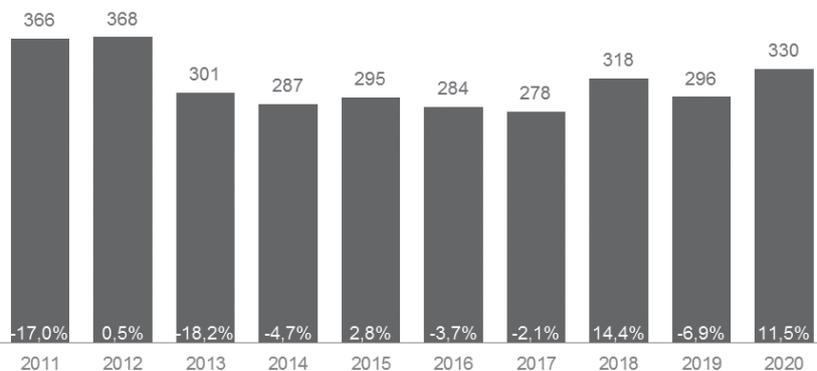
Für die schwerkranken Patienten auf der Warteliste für ein Organ ist die Corona-Krise aktuell in mehrfacher Hinsicht fatal: Als erstes gehören sie aufgrund ihres Gesundheitszustandes zu den Risikogruppen, die besonders gefährdet sind, bei einer COVID-19-Infektion einen schwereren Verlauf zu haben. Dies könnte eine mögliche Transplantation gefährden oder unmöglich machen. Zweitens können möglichen postmortalen Organspendern, falls sie positiv auf COVID-19 getestet werden, keine Organe für eine Transplantation entnommen werden – diese fehlen für diejenigen, die sie dringend benötigen. Und drittens könnten im allerschlimmsten Szenario Personalressourcen im Krankenhaus sowie limitiert zur Verfügung stehende Beatmungsplätze Organspenden erschweren.

Wir sind deshalb sehr froh, dass trotz der aktuellen enormen Herausforderungen an das Personal auf den Intensivstationen in den letzten Wochen weiterhin an das Thema Organspende und damit die Patienten auf den Wartelisten gedacht wurde und Organspenden realisiert werden konnten.

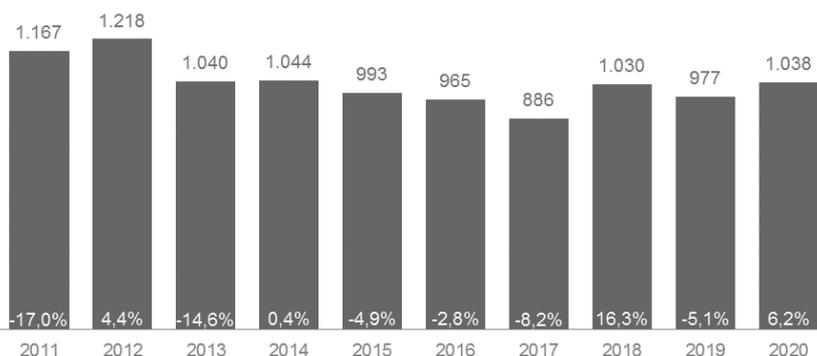
Zusammen mit dem eingangs dargestellten, umfangreichen Maßnahmenpaket macht uns das in den letzten Wochen weiterhin gezeigte Engagement für die Organspende auf den Intensivstationen große Hoffnung, dass es nach dem Überwinden der aktuellen schweren Krise mit der Organspende weiter aufwärtsgeht und den vielen Patienten, die auf eine Transplantation hoffen, rechtzeitig geholfen werden kann.

Zahlen zur Organspende und Transplantation Januar–April 2020

Postmortale Organspender in Deutschland
Prozentuale Veränderung zum Vorjahr - Januar bis April



Postmortal gespendete Organe in Deutschland
Prozentuale Veränderung zum Vorjahr - Januar bis April



Covid-19 und Organtransplantation

Gerd Böckmann

Die COVID-19-Pandemie ist für Patienten vor und nach einer Organtransplantation von besonderer Bedeutung. Der Umgang mit der Pandemie aus gesundheitlicher und wirtschaftlicher Sicht ist ein zurzeit ständig diskutiertes Thema. Wissenschaftliche Auseinandersetzungen, die für die Experten zum Alltag gehören, werden in der Öffentlichkeit geführt und stoßen oft auf Unverständnis. Der Mittelweg zwischen medizinisch-optimaler, aber nicht durchführbarer Isolierung des Einzelnen, um die Infektionsketten zu unterbrechen, und völliger Bewegungsfreiheit ohne Beschränkungen muss ständig neu bewertet werden.

Übertragungswege

Die hauptsächliche Übertragung erfolgt über Tröpfchen, die beim Husten oder Niesen entstehen und beim Gegenüber über die Schleimhäute der Nase, des Mundes und des Auges aufgenommen werden. Des Weiteren scheint auch eine Infektion über Aerosole möglich zu sein. Aerosole sind kleinste Tröpfchen (kleiner als 5 Mikrometer), die über Stunden in Räumen in der Luft schwebend überdauern können. Dieser Infektionsweg erklärt die Infektion von größeren Gruppen beim längeren Aufenthalt in geschlossenen Räumen oder in Verkehrsmitteln. Studien haben erste Hinweise für diesen Übertragungsweg ergeben, sind aber zum Teil noch nicht abgeschlossen.

Datenregister für organtransplantierte COVID-19-Patienten

Um die Auswirkungen der COVID-19-Erkrankung auf Transplantierte beurteilen zu können, wurde ein Unterregister innerhalb des LEOSS-Registers für Transplantierte erstellt (LEOSS = Lean European Open Survey on SARS-CoV2). Wichtig ist, dass hier alle COVID-19-Fälle, unabhängig von ihrem Verlauf, durch Arztpraxen oder Krankenhäuser gemeldet werden.

Organtransplantierte sind Hochrisikopatienten

Mittlerweile liegen für Organtransplantierte erste Zahlen vor. Anfang Juni hatte jeder Vierte an COVID-19 erkrankte Patient einen schweren Verlauf und jeder Zehnte ist leider verstorben. Dies ist deutlich über dem Durchschnitt der Normalbevölkerung. Nach Aussage der Deutschen Transplantationsgesellschaft stellen damit Personen nach einer Trans-

plantation und jene auf den Wartelisten eine Hochrisikogruppe dar, die besonders zu schützen ist.

Eigenverantwortung der Patienten

Jeder, der zu dieser Gruppe gehört, sollte für sich selber das Risiko bewerten. Auch bei einer weitergehenden Lockerung der Kontaktbeschränkungen ist zu überprüfen, ob jeder Kontakt wirklich erforderlich ist und welches Risiko er darstellt. Es ist sinnvoll, die Empfehlungen zu Schutzmaßnahmen (Abstand, Maske, Desinfektion, Verhalten) einzuhalten. Dies gilt insbesondere für Selbsthilfegruppen, wenn diese sich nach den Bestimmungen einzelner Länder unter Auflagen wieder treffen dürfen. Bei einem möglichen Treffen von Organtransplantierten muss jedes Risiko einer Infektion ausgeschlossen werden.

Krankenhaus und Arzt

Notwendige Arzt- und Krankenhausbesuche sollten keinesfalls verschoben werden. Bei Routineuntersuchungen ist eine Verschiebung mit dem Transplantationszentrum abzuklären. Die Handhabung ist in den Zentren unterschiedlich und wird individuell für jeden Patienten festgelegt.

Daten zur Aktualisierung des MELD-Scores für die Leber-Wartelistenpatienten (und des LAS bei der Lunge) müssen durch das Transplantationszentrum in durch Richtlinien vorgegebenen Intervallen an Eurotransplant gemeldet werden. Dies ist mit eingehenden Untersuchungen im Zentrum verbunden. Im Zuge der Empfehlung, Zentrumsbesuche nur auf das medizinisch Notwendige zu beschränken, dürfen diese Zertifizierungsintervalle nun verlängert werden – ohne Nachteil für die Patienten. Voraussetzung ist, dass nicht eigenmächtig durch den Patienten gehandelt wird, sondern in Absprache mit dem Zentrum. Diese Regelung hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 15.5.2020 beschlossen. Anmerkung: Verschlechtern sich jedoch Gesundheitszustand und/oder Laborwerte, sollten die extern erhobenen Befunde (Hausarzt/Internist) ans Zentrum geschickt werden, damit dennoch evtl. eine Anpassung des MELD zugunsten des Patienten erfolgen kann.

Berufstätigkeit während der Pandemie

Bei bereits transplantierten Personen und denen auf der Warteliste, die sich im Berufsleben befinden, kann durch den Arzt eine Arbeitsunfähigkeitsbeschei-

nung (AU) erwogen werden. Diese setzt ein individuelles Risikoprofil voraus, das zur Einschätzung einer Gefährdung führt und durch Modifikationen des Arbeitsplatzes (Schutzmaßnahmen, Homeoffice, Schutzausrüstung) nicht beeinflusst werden kann.

Forderung an Arbeits- und Gesundheitsminister

Für Menschen, die in der Pflege oder in der Kinderbetreuung arbeiten, ist ein Schutzkonzept oftmals problematisch oder nicht möglich. Aus diesem Grund hat der Vorstand von Lebertransplantierte Deutschland e.V. den Bundesminister für Arbeit Hubertus Heil und den Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn aufgefordert, hier eine Lösung zu schaffen, die die Transplantierten schützt, die Arbeitgeber entlastet und die Arbeitsplätze sichert. Denkbar wären hier Maßnahmen, die dem Mutterschutz oder dem Kurzarbeitergeld vergleichbar sind.

Corona und kein Ende?

Wie lange müssen wir noch mit Beschränkungen durch die Corona-Pandemie rechnen? Diese viel gestellte Frage kann bisher noch nicht beantwortet werden. Auch wenn die Zahl der Neuinfektionen rückläufig ist, muss immer wieder mit regionalen Ausbrüchen gerechnet werden. Bei einer geringen Zahl von Neuinfektionen können diese nachverfolgt werden. Da aber auch Reisen wieder möglich sind, bleibt abzuwarten, wie sich die Lage entwickelt. Insbesondere Transplantierte sollten sich vor größeren Reisen über das Risiko informieren. Ein risikofreies Reisen wird erst möglich sein, wenn ein wirksamer und verträglicher Schutz durch eine Impfung möglich ist.

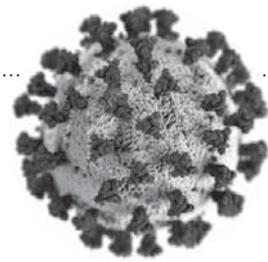
Quellen:

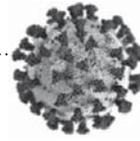
Robert-Koch-Institut, SARS-CoV2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) Stand 29.5.2020

Deutsche Transplantationsgesellschaft, Aktuelle Informationen zu COVID-19 Nr. 1–8
Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 14./15.5.2020

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung

Brief des Vorstands des Verbands Lebertransplantierte Deutschland e.V. an Bundesarbeitsminister Hubertus Heil und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn vom 29.5.2020





Maske auf – jeder schützt jeden

Jutta Riemer

Zu Beginn der Corona-Pandemie wurden sie noch belächelt, manchmal sogar ausgelacht: die Maskenträger. Im April dann hat es sich endlich rumgesprochen, dass Maskentragen vor Infektion schützen kann – wenn jeder eine trägt. So kam dann auch die Maskenpflicht beim Einkaufen und im öffentlichen Nahverkehr im April. Als Vertreter einer der Risikogruppen hätte sich unser Verband eine Maskenpflicht schon früher gewünscht.

Lange hat sich die lapidare, sogar von Fachleuten geäußerte Meinung gehalten, die einfachen Chirurgenmasken würden ja keinen Schutz gegen die Infektion bieten. Lediglich infizierte Maskenträger würden die Viren nicht weitergeben, da durch den Stoff der Husten- und Atemstrom gebremst wird und so die Infektion gesunder Menschen verhindert. – Ja, richtig – genau darum geht es: Wenn jeder eine Maske trägt, schützt jeder jeden, denn keiner weiß, ob er infiziert und für andere infektiös, aber (noch?) symptomlos ist.

Wir setzen die Masken auf, um andere zu schützen! Das ist gelebte Solidarität.



Trotz Lockerungsmaßnahmen nun die Maskenpflicht?

Wir haben alle darauf gewartet: Die strengen Auflagen bezüglich der Kontaktbeschränkungen werden nun schrittweise gelockert. Läden, Bibliotheken, Gaststätten öffnen wieder. Die Lockerungen werden zu mehr Begegnungen der Menschen untereinander führen. Da trotz Lockerungen kein Anstieg der Infektionsraten riskiert werden darf, muss jeder die nach wie vor geltenden Regeln (Abstand, Kontaktbeschränkung) einhalten und eben zusätzlich die neue Maskenpflicht ernst nehmen.



Um welche Masken geht es?

Klar sein muss jedem, dass wir hier von MNS-Masken (Mund-Nasen-Schutz), also den normalen „Chirurgen-Masken“ sprechen. Diese sind Einwegprodukte und bestehen aus mehreren Schichten (flüssigkeitsabweisend, filternd). Beim Waschen verlieren diese Schichten ihre Funktion. Ärzte haben in der anfänglichen Zeit der Maskenknappheit auch empfohlen, die benutzte MNS-Maske mehrere Tage an einem luftigen Ort austrocknen zu lassen und man so davon ausgehen könne, dass eventuelle Viren nicht mehr infektiös sein können. In diesem Sinne sind alle, auch die selbstgenähten (waschbaren, wiederverwendbaren) oder sogar der vor Kinn, Mund und Nase gezogene Baumwollschal hilfreich. Noch besser ist es, wenn man zusätzlich eine Brille trägt.

Das Tragen von partikelfilternden Halbmasken (FFP1–3) kann körperlich belastend sein (weniger Atemluft), außerdem sollen diese Masken bei Knappheit dem medizinischen Personal im Umgang mit Infizierten vorbehalten bleiben.

Auch mit Mund-Nasen-Schutz – Nicht in falscher Sicherheit wiegen!

Die einfache Chirurgenmaske oder die selbstgenähten Alternativen schützen uns nicht sicher vor Ansteckung. Nach wie vor sind – auch mit Maske – die wichtigsten Maßnahmen zum Schutz vor Infektionen: Korrekte (Hände-)Hygiene, richtiges Husten- und Niesverhalten (Armbeuge) und Abstand halten. In der Natur, also z. B. beim Spaziergang und beim Joggen, wo man auf entsprechenden Abstand achten kann, ist es nicht nötig, eine Maske zu tragen.



Falsch genutzter Atemschutz kann zur Infektionsquelle werden

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betont: Wer eine Maske trägt, muss auch wissen wie – sonst wird die Maske schnell selbst zur Infektionsquelle.

- Aufsetzen der Maske nur mit korrekt gereinigten Händen
- Bedecken von Mund, Nase und Kinn ohne Lücken zwischen Gesicht und Maske
- Maske während des Gebrauchs nicht berühren (zurechtrücken etc.). Wird sie doch berührt: Händewasche bzw. desinfizieren)
- Wird die Maske feucht, nicht weiterverwenden. Einwegmasken entsorgen, Stoffmasken mit mindestens 60 °C waschen
- Abnehmen der Maske von hinten an den Trägern – ohne Berührung der Vorderseite (Kontamination der Hände vermeiden), nach Abnehmen der Maske Hände reinigen



Selbstgenähte Atemschutzmasken:

BMNS (Behelfs-Mund- und Nasenschutz ohne jede Gewährleistung, aber besser als nichts!). Hier muss der Stoff eng angelegt an Mund und Nase atemdurchlässig sein (vor dem Nähen prüfen). Soll die Maske mehrlagig werden, muss der Test mit allen Lagen durchgeführt werden. Sie muss nach jeder Anwendung, spätestens beim Durchfeuchten, bei mindestens 60 °C gewaschen werden.

Quellen:

www.rki.de,
www.swrfernsehen.de/marktcheck,
<https://www.zdf.de/gesellschaft/markus-lanz/markus-lanz-vom-1-april-2020-100.html>,
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>

Videohinweis:

mit Eckart von Hirschhausen #Maskeauf
 #wirleibenzuhause #hirschhausenzuhause
<https://www.youtube.com/watch?v=ngtibqouM0I&feature=youtu.be>

Sepsis – Wenn das Immunsystem außer Kontrolle gerät

Fotos: privat



△ Sandra Tamulyte

Fachärztin für Anästhesie u. Intensivmedizin
Mitglied der interdisziplinären Lebertransplantationskonferenz am Universitätsklinikum Heidelberg

▷ Dr. Florian Uhle

Humanbiologe

Leiter der Arbeitsgruppe „Spätfolgen der Sepsis“

Was ist eine Sepsis?

In der dritten Überarbeitung der Expertendefinition wird Sepsis als ein lebensbedrohliches Syndrom beschrieben, bei dem per definitionem eine entgleiste Reaktion des Körpers auf eine Infektion zu einer funktionellen Beeinträchtigung einer oder mehrerer Organsysteme führt.¹ Die der Sepsis zugrundeliegende Infektion kann bakteriellen (> 90% der Fälle), viralen oder auch parasitären Ursprungs sein. In der Hälfte aller Patienten ist die Lunge der primäre Infektionsort, gefolgt vom Abdomen, den Harnwegen sowie Haut- und Weichteilen.

Neben der bakteriellen Sepsis gibt es auch in Deutschland zwei prominente Beispiele viraler Erreger, die zu einer Sepsis führen können. Zum einen stellen die durch Influenza-Viren ausgelösten, schweren Verläufe (= Organdysfunktion) der saisonalen Grippe eine regelmäßig wiederkehrende Form der viralen Sepsis dar, auch wenn oftmals bakterielle Superinfektionen als Mittäter identifiziert werden. Zum anderen handelt es sich ganz aktuell bei schweren Fällen von COVID-19 – der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 hervorgerufenen Lungenentzündung – ebenfalls um eine Sepsis.

Was passiert bei einer Sepsis?

Im Mittelpunkt des Geschehens steht die Reaktion des Immunsystems. Dieses ausgeklügelte System besitzt einen angeborenen sowie einen adaptiven Anteil: Während ersterer ab Geburt in der Lage ist, eindringende Erreger zu erkennen und auf diese zu reagieren, müssen die Zellen und löslichen Anteile (z.B. die Antikörper) des adaptiven Teils erst reifen, was im Verlauf des Lebens durch ständige Konfrontation des Immunsystems mit Vi-

ren und Bakterien stattfindet. Insbesondere T-Lymphozyten sind außergewöhnlich gut darin, „Selbst“ und „Fremd“ zu erkennen. Diese Eigenschaft ist im Kontext der Erkennung und Bekämpfung Virus-infizierter Körperzellen von hohem Nutzen, kann aber nach Organtransplantationen zu akuten und chronischen Abstoßungsreaktionen führen.

Im Rahmen einer Sepsis kommt es zu einer körperweiten und überschießenden Aktivierung des gesamten Immunsystems, gefolgt von einer paradoxen Konstellation: zum einen kommt es zu einer massiven Neubildung aggressiver Zellen des angeborenen Immunsystems (insbesondere der neutrophilen Granulozyten), zeitgleich verliert der Körper jedoch Zellen des adaptiven Immunsystems (v.a. B- und T-Lymphozyten). Daraus resultiert eine starke Reaktion gegen die ursprünglichen Krankheitserreger, dies jedoch auf Kosten eines ausgeprägten Kollateralschadens an verschiedenen Organen und einer damit einhergehenden, massiven Fehlfunktion des Immunsystems. Diese begünstigt im weiteren Behandlungsverlauf das Auftreten von weiteren Infektionen. Die immunsuppressive Medikation von Lebertransplantierten aggraviert diesen Zustand und insbesondere das Infektionsrisiko im Verlauf zusätzlich, da hier schon von vorneherein die T-Lymphozyten (durch z.B. Tacrolimus) und angeborene Immunzellen (durch z.B. Methylprednisolon) funktionell unterdrückt werden.

Wie oft kommt es zu einer Sepsis und wer ist betroffen?

Neueste Schätzungen gehen von weltweit 49 Millionen an Sepsis erkrankten Menschen pro Jahr aus, wovon ein inakzeptabel hoher Anteil von 11 Millionen Patienten daran verstirbt.² Auch wenn es, bedingt durch die unterschiedliche Qualität der Krankenversorgung, starke regionale Schwankungen gibt, ist Sepsis mitnichten ein alleiniges Problem der Entwicklungsländer, sondern vielmehr eine globale Herausforderung. Basierend auf einer Auswertung von Abrechnungsdaten wurde im Jahr 2015 alleine in Deutschland in mehr als 320.000 Fällen eine Sepsis diagnostiziert, die Dunkelziffer ist möglicherweise noch um ein Vielfaches höher.³ Bedingt durch jährlich ansteigende Fallzahlen nimmt die Sepsis – trotz einer sinkenden Sterblichkeit – einen unrühmlichen Platz unter den fünf häufigsten Todesursachen in Deutschland ein.

Grundsätzlich gilt: Sepsis kann jeden (be-)treffen, unabhängig von Alter, Ge-

schlecht oder anderer Merkmale! Ungeachtet dessen wird das individuelle Risiko durch bestimmte Aspekte beeinflusst. So kommt es bei Kindern < 1 Jahr und bei Erwachsenen ab dem 60. Lebensjahr zu einer Fallhäufung. Zudem sind verschiedene Risikogruppen bekannt:

- Personen ohne Milz
- Personen mit chronischen Erkrankungen z.B. der Atemwege
- Personen mit eingeschränktem Immunsystem (z.B. angeborene Immundefekte, Diabetes oder medikamentöse Immunsuppression)

Hier wird klar, dass es im Kern um eine individuelle Erhöhung des Infektionsrisikos geht, welches wiederum das Risiko einer lebensbedrohlichen Komplikation und Sepsis erhöht.

Zur Gruppe mit eingeschränktem Immunsystem zählen auch Personen nach Lebertransplantation. Mit Fortschreiten dem zeitlichem Abstand zur Transplantation und der damit verbundenen Anpassung der Medikation verschiebt sich das Spektrum möglicher Infektionen von Krankenhaus-erworbenen Infektionen in der Frühphase, über die Reaktivierung von ruhenden Viren (z.B. Varizellen als Auslöser der Gürtelrose), bis hin zum erhöhten Basisrisiko für Infekte des Bauchraums und der Atemwege auch mit ungewöhnlichen Erregern (z.B. dem Schimmelpilz *Aspergillus spp.*) im Langzeitverlauf.⁴ Obwohl die meisten der auftretenden Infektionen gut behandelbar sind, verursachen sie bis heute ein Fünftel der fatalen Verläufe. Dieses Risiko kann jedoch – im Gegensatz zu anderen Faktoren – maßgeblich durch das eigene Verhalten beeinflusst werden!

Wie kann man eine Sepsis überhaupt erkennen?

Eine Sepsis ist nur in den seltensten Fällen an dem oft beschriebenen „roten Strich, der zum Herzen zieht“ erkennbar. Hierbei handelt es sich um eine Lymphangitis, d.h. eine Entzündung der Lymphgefäße in Folge einer Weichteilinfektion. Die tatsächlichen Symptome einer beginnenden Sepsis sind im Vergleich dazu sehr unspezifisch und abhängig vom Grundzustand (z.B. dem Alter und vorhandener Vorerkrankungen) des Patienten sowie dem Ort der Infektion. Zu den generellen Symptomen zählen:

- Fieber oder Schüttelfrost
- Verwirrtheit und verwaschene Sprache
- Sehr starke Muskelschmerzen
- Extremes Krankheitsgefühl
- Schnelle Atemfrequenz
- Schneller Puls

- Blässe oder Marmorierung der Haut an Armen und Beinen (insbesondere im Bereich der Gelenke)

Diese Aufzählung macht deutlich, wie schwierig es ist, eine beginnende Sepsis als solche zu erkennen – unabhängig ob als Arzt oder medizinischer Laie. Daher ist besonders wichtig: wenn Sie selbst oder ein Angehöriger nach Lebertransplantation mehrere der o.g. Symptome zeigen, kontaktieren Sie sofort Ihren Hausarzt oder behandelnden Gastroenterologen, den ärztlichen Bereitschaftsdienst (bundesweit einheitliche Rufnummer 116 117) oder den Rettungsdienst (Rufnummer 112). Ganz wichtig: Schildern Sie neben den vorhandenen Symptomen auch, dass eine Organtransplantation durchgeführt wurde.

Merke: Sepsis ist ein zeitkritischer Notfall, jede Minute rettet Leben!

Auch im Krankenhaus wird die Verdachtsdiagnose Sepsis auf Basis der o.g. Symptome und ergänzt durch bildgebende Verfahren (Röntgen oder Computertomographie) sowie Laboruntersuchungen von Blut, Urin und ggf. Sputum gestellt.

Für den Arzt ist von zentraler Bedeutung, schnellstmöglich abzuklären, ob die schweren Symptome durch eine Infektion (= Sepsis) oder durch eine andere Ursache (z.B. Abstoßungsreaktion) ausgelöst werden.

Wie wird eine Sepsis behandelt?

Bei einer Sepsis handelt es sich immer um einen zeitkritischen Notfall, der stationär im Krankenhaus behandelt werden muss. Zentraler Pfeiler der heutigen Therapie ist die schnellstmögliche Beseitigung der Infektion als grundlegende Ursache der Sepsis durch frühe Antibiotikagabe und eine ggf. chirurgische Sanierung (z.B. bei einer Infektion des Bauchraums). Diese Therapie wird flankiert durch die Unterstützung und Aufrechterhaltung aller Organfunktionen durch moderne intensivmedizinische Verfahren.

Sepsis überstanden – und alles ist wieder gut?

Eine Sepsis stellt eine einschneidende Erfahrung für den Patienten und die Angehörigen dar. Im Regelfall werden die schwerkranken Patienten für einen gewissen Zeitraum in ein künstliches Koma versetzt und moderne Geräte übernehmen die Atmung und die Funktion anderer Organsysteme. Dies verschafft dem Organismus Zeit, die entstandenen Schäden zu regenerieren, führt jedoch durch die fehlende Bewegung u.a. zum Verlust der Muskulatur. Dies ist ein Grund dafür,

dass nach einer überstandenen Sepsis die Rückkehr in den normalen Alltag einen längeren Zeitraum in Anspruch nimmt, der gekennzeichnet ist von physischen (u.a. Muskelschwäche, Koordinationsschwierigkeiten) und psychischen Belastungen (u.a. Depressionen, Konzentrations- und Gedächtnisschwächen, Schlafstörungen). Einen zentralen Stellenwert für eine erfolgreiche Rückführung in das normale Leben nimmt – genau wie nach einer Lebertransplantation – die Familie ein. Initiativen wie die Deutsche Sepsis-Hilfe unterstützen dabei mit Rat und Tat (Link siehe unten).

Kann man einer Sepsis vorbeugen?

Ja! Es gibt zahlreiche Maßnahmen, die das Risiko einer Infektion – gerade auch nach Lebertransplantation – deutlich reduzieren können. Diese Maßnahmen sind Inhalt umfassender Schulungen, im Folgenden sollen daher nur einzelne Aspekte für die Phase jenseits des ersten Jahrs angerissen werden ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Impfungen

Ein einfacher und hocheffektiver Baustein der Infektionsprophylaxe. Schon bei Listung zur Organtransplantation erfolgt durch das transplantierende Zentrum eine Kontrolle des Impfstatus und eine Nachimpfung. Nach Transplantation sind weitere Impfungen im regelmäßigen Abstand sinnvoll, allen voran die jährliche Influenza-Impfung. Grundsätzlich gibt es nach heutigem Wissensstand keine Hinweise darauf, dass Impfungen zu einer Abstoßungsreaktion führen können, weshalb die Risiko-Nutzen-Abwägung klar zu Gunsten der Impfung ausfällt. Eine Ausnahme stellen Lebendimpfstoffe z.B. gegen Mumps/Masern/Röteln dar. Diese werden ausschließlich vor der Transplantation für den Empfänger empfohlen. Nicht ungewöhnlich ist nach Transplantation ein verzögerter Aufbau und verkürzter Zeitraum des Impfschutzes, eine Kontrolle bzw. engmaschige Nachimpfung ist notwendig. Die individuelle Beratung muss durch den behandelnden Arzt unter ständiger Berücksichtigung der Lebensumstände und des Allgemeinzustands erfolgen.

Reiseplanung

Es gibt nichts Schöneres, als dem Alltag in die Ferne zu entfliehen. Bei der Wahl des Reiseziels ist es jedoch essenziell, das individuelle Risiko nach Transplantation zu berücksichtigen. Während Länder wie Nordamerika und Australien unbedenklich bereist werden können, ist die Gefahr einer Infektion in Ländern mit reduziertem Hygienestandard (z.B. Lateinamerika oder Afrika) deutlich er-

höht. Länder mit vorgeschriebener Gelbfieber-Impfung sollten aufgrund der nicht durchführbaren Lebend-Impfung nur in Ausnahmefällen besucht werden. Ein wesentlicher Aspekt gerade in tropischen Ländern ist der Schutz vor Stechmücken als Überträger der Malaria sowie die strikte Einhaltung der Nahrungs- und Trinkwasserhygiene. Bei allen Reisefreuden sollte man immer überlegen, was im Fall der Fälle vor Ort für eine Versorgungsstruktur vorhanden ist, um eine Infektion oder Sepsis zu behandeln.

Händehygiene

Regelmäßiges Händewaschen und Desinfektion nach Ankunft zuhause sind eine weitere einfache und wirkungsvolle Maßnahme. In Apotheken finden Sie desinfizierende Tücher zur Handhygiene, die dies auch schnell unterwegs ermöglichen.

Kennen Sie die Zeichen!

Je früher eine Sepsis erkannt wird, desto höher ist der Therapieerfolg und desto geringer ist der Einfluss auf das transplantierte Organ. Als Lebertransplantierter und als Angehöriger sollten Sie die Alarmsignale einer beginnenden Infektion kennen.

Küchenhygiene

Was im Ausland gilt, hat auch in der heimischen Küche seine Gültigkeit. Alle unverarbeiteten Lebensmittel, seien es rohe tierische Produkte (auch Ei und Milch), aber auch Obst und Gemüse, sind potenzielle Infektionsquellen. Gutes Reinigen und Schälen reduziert das Risiko deutlich, nach Anbraten und Kochen ist der Verzehr bedenkenlos möglich. Lebensmittel wie Käse und Wurst sollten niemals offen gelagert werden und Käsesorten mit Schimmelpilzen haben im Kühlschrank eines Lebertransplantierten nichts zu suchen. Apropos Schimmel: Spülschwämme und andere Küchentextilien sind wahre Brutstätten für Bakterien und Pilze und müssen häufig gewechselt werden.

Seien Sie sich der Sepsis bewusst und helfen Sie mit, dieses Syndrom zu bekämpfen!

Weiterführende Informationen

Deutsche Sepsis-Gesellschaft e.V.

<https://www.sepsis-gesellschaft.de/>
Sepsis Stiftung

<https://www.sepsis-stiftung.eu/>

Deutsche Sepsis-Hilfe e.V.

<https://sepsis-hilfe.org/de/>

Literatur

Auf Wunsch erhalten Sie die Literaturliste per E-Mail: redaktion@lebertransplantation.de

Maschine gegen Eisbox

Zunehmende Bedeutung gewinnt die Diskussion um den Einsatz von Maschinen, die Spenderorgane während des Transports vom Spender zum Empfänger auch außerhalb des Körpers optimal versorgen. Es bleibt zu hoffen, dass solche Systeme für die maschinelle Perfusion von Spenderorganen in ganz Europa zugelassen und angewendet werden können.

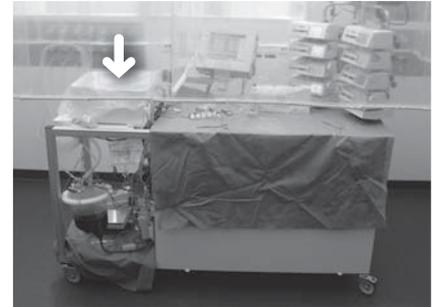
Ein multidisziplinäres Forscherteam am Forschungsplatz Zürich hat eine Maschine entwickelt, die eine Leber außerhalb des Körpers während einer Woche am Leben erhalten kann. Dies ermöglicht eine Behandlung der Leber vor der Transplantation und dürfte künftig vielen Menschen mit schweren Lebererkrankungen und Krebs das Leben retten.

Bisher konnten Lebern nur für wenige Stunden außerhalb des Körpers aufbewahrt werden. Mit der neu entwickelten Perfusionsmaschine gelang es weltweit erstmals, diese Zeitspanne auf eine Woche zu verlängern – ein Durchbruch in der Transplantationsmedizin. Die entsprechende Studie wurde am 13. Januar 2020 im Wissenschaftsjournal „Nature Biotechnology“ publiziert. Die Maschine imitiert den menschlichen Körper möglichst genau, um den Spenderlebern perfekte Bedingungen zu bieten. Eine Pumpe dient als Herzersatz, ein Oxygenator ersetzt die Lungen und eine Dialyseeinheit die Nieren. Daneben übernehmen zahlreiche Hormon- und Nährstoffinfusionen die Funktionen des Darms und der Bauchspeicheldrüse. Wie das Zwerchfell im

menschlichen Körper bewegt die Maschine zudem die Leber im Takt der menschlichen Atmung. Die ausgeklügelte Technologie lässt sich bei Bedarf ferngesteuert betreiben.

Nicht nur transportieren, sondern Spenderlebern regenerieren

„Der Erfolg unseres Perfusionssystems eröffnet viele neue Möglichkeiten, Spenderlebern außerhalb des Körpers zu überprüfen und zu behandeln und so den Patientinnen und Patienten mit schweren Lebererkrankungen zu helfen“, erklärt Prof. Pierre-Alain Clavien, Direktor der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsspital Zürich (USZ) und Co-Leiter des Projekts Liver4Life. Zu Beginn des Projekts im Jahr 2015 konnte eine Spenderleber nur während maximal 24 Stunden in einer Maschine aufbewahrt werden. Die nun erreichte Überlebensdauer von sieben Tagen ermöglicht verschiedenste Behandlungen z.B. zur Leberregeneration oder auch onkologische Therapien. So wird es möglich, mangelhafte Spenderlebern zu retten und zu transplantieren.



Die Perfusionsmaschine in Betrieb. Die Leber wird im weißen Behälter links oben angeschlossen (Pfeil).

Technologie mit Potenzial

Das Projekt Liver4Life ist unter dem Dach von Wyss Zurich entstanden, welches das hochspezialisierte technische Know-how und das biomedizinische Wissen von rund zehn Fachpersonen aus Medizin, Biologie und Ingenieurwesen des Universitätsspitals Zürich (USZ), der ETH Zürich und der Universität Zürich (UZH) zusammenbrachte. „Die größte Herausforderung in der Anfangsphase unseres Projekts bestand darin, eine gemeinsame Sprache zu finden, die eine Verständigung über die jeweiligen Fachjargons der Spezialisten hinaus erlaubte“, erklärt Prof. Philipp Rudolf von Rohr, Professor für Verfahrenstechnik an der ETH Zürich und Co-Leiter der publizierten Studie.

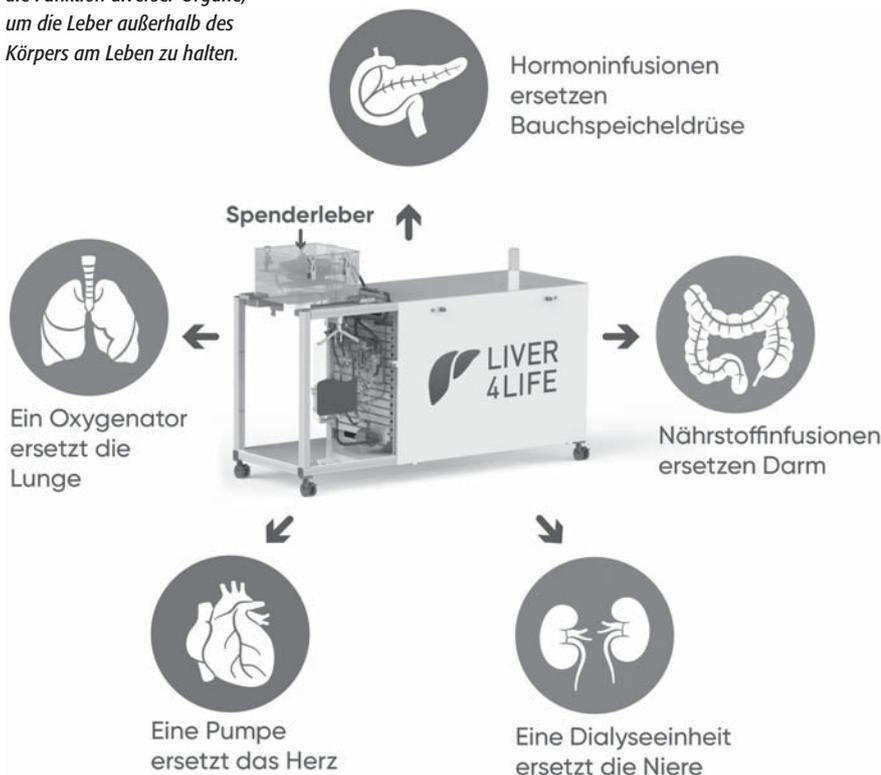
Für die Studie wurden zehn Spenderlebern in der Maschine aufbereitet, die alle nicht für eine Transplantation akzeptiert worden waren, weil deren Qualität zu gering war. Sechs dieser zehn Lebern wiesen nach der Perfusion in der Maschine eine hervorragende Funktionsfähigkeit auf. Dies zeigt das Potenzial der neuen Technologie. Gleichzeitig besteht ein großer Bedarf nach funktionsfähigen Spenderlebern: Allein in der Schweiz warten derzeit zwei- bis dreimal so viele Menschen auf eine Leber wie tatsächlich transplantiert werden können. Die erste mit dem neuen Verfahren behandelte Leber dürfte 2020 eingesetzt werden.

Literaturhinweis

Eshmunov D, Becker D, Bautista Borrego L, Hefti M, Schuler MJ, Hagedorn C, Müller X, Mueller M, Onder C, Graf R, Weber A, Dutkowski P, von Rohr PR, Clavien PA: An integrated perfusion machine preserves injured human livers for one week, *Nature Biotechnology*, January 2020, doi: 10.1038/s41587-019-0374-x

Quelle: PM der ETH Zürich v. 9.1.2020

Die Perfusionsmaschine ersetzt die Funktion diverser Organe, um die Leber außerhalb des Körpers am Leben zu halten.



6. Juni 2020: Tag der Organspende virtuell

Gerd Böckmann

Bedingt durch die Corona-Krise musste auch der Tag der Organspende in Halle an der Saale abgesagt werden. Als Ersatz wurde ein virtueller Tag der Organspende im Internet durchgeführt. Auch wenn die große Bühnenshow fehlte, konnten doch einige der Aktionen auch online durchgeführt werden. Die Aktion „Geschenkte Lebensjahre“, in der die Transplantierten ihre Dankbarkeit gegenüber den Organspendern bekunden konnten, war bisher ein zentraler Bestandteil des Bühnenprogramms. Diesmal konnten Betroffene per Internet ein Foto von sich mit der Zahl der Lebensjahre nach ihrer Transplantation hochladen. Der Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn hatte die Schirmherrschaft für diese Aktion übernommen. **Mit eindrucksvollen 2.869 geschenkten Lebensjahren von 262 Transplantierten bekamen die Organspende und der Transplantationserfolg ein Gesicht (Abb. unten rechts).** Auch viele Mitglieder von Lebertransplantierte Deutschland beteiligten sich und freuten sich, ihr Foto in einem großen Mosaik wiederzufinden.

Die angebotenen Chats waren gefragt. Experten und Betroffene standen jeweils

eine halbe Stunde für Fragen zur Verfügung. Die Themen waren: Ablauf einer Organspende; Entscheidung und Dokumentation; Leben mit einem Spenderorgan; Betreuung und Beteiligung der Angehörigen von Organspendern; Ablauf einer Gewebespende. Bis zu 50 Teilnehmer beteiligten sich zeitweilig an den verschiedenen Chats. Keine Frage blieb unbeantwortet, mancher Irrtum konnte aufgeklärt werden.

In der Aktion 1000 konnte jeder, der es wollte, die Geschichte, die mit seinem Organspendeausweis verbunden ist, veröffentlichen (Abb. unten links). Die Gründe, einen Ausweis zu tragen, sind vielfältig und es sind auch bewegende Geschichten, die in knappen Worten hier erzählt wurden. So haben einige Angehörige von Organspendern selbst ihre Bereitschaft zur Organspende erklärt. Auch für Angehörige von Organempfänger und Transplantierte ist das Tragen eines Organspendeausweises eine Selbstverständlichkeit.

Gefragt waren auch die E-Cards zum Tag der Organspende. Viele haben elektronische Kartengrüße per Facebook oder WhatsApp-Nachricht verschickt.

Auf Facebook und Instagram war der Tag der Organspende ebenfalls präsent. Nicht nur mit einem eigenen Auftritt auf

diesen Plattformen, auf denen die Besucher Informationen zum Tag der Organspende erhalten konnten. Es konnte auch die eigene Facebookseite mit den Profilrahmen vom Tag der Organspende versehen werden.

Botschaften und Aufklärungsfilme zum Tag und zur Organspende waren ebenso über YouTube abrufbar.

Auch wenn in der Kürze der Vorbereitungszeit nicht alles perfekt lief, so war der virtuelle Tag der Organspende ein Erfolg. Die Medien, regionale und überregionale Zeitschriften und die Fernsehsender haben ihn zum Anlass genommen, über die Organspende zu berichten. Einige unserer Ansprechpartner haben Interviews gegeben und vor allem in den Lokalzeitungen eine sehr positive Berichterstattung bewirkt.

Nächstes Jahr wird der Tag der Organspende hoffentlich wieder in der gewohnten Form stattfinden: aller Voraussicht nach in Halle an der Saale, beginnend mit einem Dank- und Gedenkgottesdienst, für den ein virtueller Ersatz kaum möglich ist. Als Ergänzung und Möglichkeit, überregionale Interessenten anzusprechen, werden die Erfahrungen aus diesem Jahr sicher auch den nächsten Tag der Organspende bereichern.



... mein Körper nicht "mir" gehört. Mein Körper besteht aus unzähligen Bausteinen, die meisten davon sind nicht dauerhaft Bestandteil von "mir", bzw. in permanentem Austausch mit meiner Umwelt. Wenn "ich" sterbe, darf jemand anderes leben.



Geschenkte Lebensjahre – organspendetag.de



Rechts: Eine Bildcollage des Landratsamts Ludwigsburg vermittelt die verschiedensten Daten und Fakten rund um das Thema Organspende auf anschauliche Weise

Foto: Landratsamt Ludwigsburg

Video- und Bildaktion „Aktion 9011“ sowie Fotowettbewerb: Tag der Organspende am 6. Juni – Erstmalig Online-Aktionen im Landkreis Ludwigsburg

Josef Theiss

Nicht nur bundesweit, sondern auch im Landkreis Ludwigsburg fand eine virtuelle Auseinandersetzung mit dieser wichtigen Thematik dieses Jahr nur online statt. Unsere Kontaktgruppe Ludwigsburg/Bietigheim hat mit der Gesundheitsförderung des Landratsamtes mehrere Aktionen initiiert: Durch einen Fotowettbewerb zum Thema Organspendeausweis auf Facebook sowie die „Aktion 9011“, die über eine Foto-Collage und einen Video-Clip anschaulich über Daten in Zusammenhang mit Organspende und Transplantation informiert.

Über die Zahl der vom Covid-19-Virus Betroffenen wird täglich ausführlich berichtet. Doch weiterhin gibt es eine große Zahl todkranker Menschen, die dringend auf eine lebensrettende Organspende angewiesen sind: 9011 waren es in 2019 und es sind auch in diesem Jahr nicht weniger geworden. 3–4 Menschen sterben jeden Tag, weil sie nicht rechtzeitig ein Spenderorgan bekommen. 80.000 Patienten/innen mit Nierenversagen sind auf eine Blutwäsche angewie-

sen. 8 Jahre muss ein Dialysepatient im Durchschnitt warten, bis er eine gespendete Nierenspende bekommt. 3.767 Betroffene konnten im Jahr 2019 durch eine Organtransplantation weiterleben. Bis zu 7 Menschenleben kann ein einziger Organspender retten. 16 Jahre ist das Mindestalter, ab dem eine Organspende-Erklärung selbst unterschrieben werden kann. Es gibt kein Höchstalter für Organspende, auch Menschen über 65 Jahre können noch Organe spenden. 26 neue Lebensjahre sind Josef Theiss aus Bietigheim-Bissingen durch eine Leberspende geschenkt worden. Er ist voller Dankbarkeit gegenüber seinem Spender und arbeitet engagiert seit Jahren in der Aufklärung, um anderen todkranken Menschen zu helfen. Dr. Uschi Traub, Leiterin der Gesundheitsförderung, betont, wie wichtig es ist, sich über das Thema Organspende zu informieren und selbst eine Entscheidung zu treffen, um diese schwere Last nicht seinen Angehörigen aufzubürden.

Eine Bildcollage vermittelt diese Zahlen sehr real und anschaulich (s. Abb. auf S. 12). Ein Videoclip mit diesen „Darstellern“ wurde über Facebook gepostet, dies ist in wenigen Tagen bereits knapp

1.500 mal geschehen. Inhaber eines Organspendeausweises konnten am Fotowettbewerb über die Facebook-Seite des Landratsamtes Ludwigsburg teilnehmen und ein kreatives Bild des Ausweises posten. In den 20 Beiträgen waren viele wichtige Botschaften enthalten: „Helfen ist das oberste Gebot und wenn ich niemandem mehr helfen kann, soll wenigstens mein Körper noch Gutes tun“, so die Startnummer 20, die den Wettbewerb gewonnen hat. Die Jury hat entschieden: 1. Platz – Startnummer 20, Michael Goldmann; 2. Platz – Startnummer 3, John Jay; 3. Platz – Startnummer 17, Hannelore Maier. In den Posts sind wichtige Aussagen enthalten: Organspende kann Menschen einen zweiten Geburtstag beschenken, ausreichend Spender hier können Organhandel in armen Ländern verhindern, die Entscheidung zur Organspende sollte selbst und bewusst getroffen werden.

Diese Posts sind bereits knapp 5.000 Mal aufgerufen und vielfach geteilt worden. Zu gewinnen waren Restaurant-Gutscheine im Wert von 100 €, 60 € und 30 €. (Link: <https://www.facebook.com/landkreis.ludwigsburg/>).

Tag der Organspende 2020 in der Region Westerwald/Rhein/Lahn

Mariele Höhn

In diesem Jahr ist alles anders. Die Coronapandemie hat die Welt verändert und auf den Kopf gestellt.

Auch der „Tag der Organspende“ war davon betroffen. Sämtliche öffentliche Veranstaltungen wurden an diesem 6. Juni 2020 abgesagt. Trotzdem wollten wir die Bevölkerung auf diesen wichtigen Tag aufmerksam machen.

Auch in unserer Region Westerwald/Rhein/Lahn haben wir uns Gedanken gemacht, wie wir die Menschen für Organspende erreichen können. Deshalb kamen wir auf die Idee, ein Foto mit Betroffenen der Region mit ihren geschenkten Lebensjahren zu erstellen. 10 Transplantierte hatten sich dafür bereit erklärt und daraus wurden dann 101,5 geschenkte Lebensjahre durch eine Organspende. Ohne diese Organspende würden wir alle nicht mehr leben. Mit diesem Bild wollten wir uns auch bedanken, dass wir durch eine großzügige Spende eines Verstorbenen weiterleben können.

Deshalb ist Organspende auch so wichtig, weil sie Leben rettet. Ein guter Grund, die Bevölkerung zu überzeugen und zum Nachdenken zu animieren, wie lohnend ein Organspendeausweis ist.

Dieses Foto mit den geschenkten Lebensjahren hatten wir an diverse regionale Zei-

tungen geschickt, um darüber zu berichten. Die Selbsthilfeabteilung des Gesundheitsamtes Limburg-Weilburg und auch die KISS haben es veröffentlicht, zusammen mit Informationen zum Thema.

Wir hoffen, dass wir mit dieser Aktion Menschen für Organspende gewinnen konnten, damit noch mehr schwerstkranken Patienten gerettet werden.



Fotos: privat

Von Dr. Benjamin Albrecht

Obwohl ja gerade wir als Lebertransplantierte das Organ Leber kennen und zu schätzen wissen, ist es doch immer wieder spannend zu lesen, welch ein erstaunliches Organ die Leber ist. Als Kraftwerk des Körpers baut sie Nährstoffe um, ist Energiespeicher, kontrolliert Blutzucker und Hormonspiegel und entgiftet den Körper von den Inhaltsstoffen der Medikamente und Alkohol oder anderer Drogen. Leider gibt es aber das große Manko, dass sie keine Nervenzellen hat. Somit spürt man ihre Erkrankungen erst, wenn sie ziemlich fortgeschritten sind. Und leider sind die Ursachen dieser Erkrankungen sehr mannigfaltig und gar nicht so selten. Neben den Hepatitis-Erkrankungen, die durch Viren hervorgerufen werden und die ich im Folgenden näher besprechen möchte, sind noch die Erkrankungen aufgrund vererbter oder angeborener Lebererkrankungen und die Stoffwechselerkrankungen zu nennen. Unter den Stoffwechselerkrankungen spielen beispielsweise Erkrankungen des metabolischen Syndroms eine immer größere Rolle. Durch Fehlernährung kann es zu einer Fettleber kommen, die unbehandelt chronisch werden kann und zu einer Leberzirrhose führt. Als letztes ist da noch das akute Leberversagen zu erwähnen. All diese Erkrankungen können letztendlich dazu führen, dass nur noch eine Lebertransplantation hilft.

Seit der ersten erfolgreichen Lebertransplantation, durchgeführt von Thomas Earl Starzl im Jahre 1967, konnte etlichen Patienten mit einer Lebertransplantation geholfen werden. Derzeit werden jährlich über 30.000 Lebertransplantationen weltweit durchgeführt. Dies entspricht allerdings nur etwas weniger als zehn Prozent der eigentlich notwendigen Transplantationen weltweit. Da die Nachfrage nach Organen wegen zunehmender Erkrankungszahlen steigt, sind Verbesserungen und Alternativen für Spenderorgane dringend notwendig. Während der Auswahlprozess von Spender und Empfänger, das Zuteilungssystem für den maximalen Nutzen eines Spenderorgans und die Gleichbehandlung der Empfänger immer mehr verbessert werden, rücken auch **Technologien der Bioingenieurswissenschaften** immer mehr in den Fokus.¹ Möglich wäre beispielsweise eine Transplantation von gesunden Leberzellen, die die Funktionen der kranken Leber übernehmen und eine „neue“ Leber entstehen lassen. Ebenso könnten

Alternativen entstehen, indem man erkrankte Leberzellen entnimmt und in einem Nährmedium und mithilfe spezieller Manipulationen gesunde Leberzellen außerhalb des Körpers heranzieht, die dann wiederum implantiert werden könnten. Oder es könnten pluripotente Stammzellen zu Leberzellen ausgebildet und implantiert werden. Allerdings ist die Anwendung der verschiedenen Alternativen abhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung und es wird noch viele Jahre dauern, solche Alternativmethoden zu erforschen und wirklich anbieten zu können.

Auf andere Weise wurden im Laufe der letzten Dekade gravierende Verbesserungen für die Überbrückung der Wartezeit bis zu einer Organtransplantation geschaffen. Um die Überlebensrate von Patienten mit akutem Leberversagen zu verlängern und zu verbessern, wurden beispielsweise verschiedene Leber-Hilfssysteme, die gewisse Funktionen einer gesunden Leber ersetzen, hergestellt.² Dies sind dialyseähnliche Apparate, die sich in zwei Hauptgruppen einordnen lassen. Auf der einen Seite sind dies die künstlichen **Leber-Assistenz-Systeme** (artificial liver assist device = **ALD**) und auf der anderen Seite seit einigen Jahren die biotechnischen Systeme (bioartificial liver assist device = **BLD**). Die BLD-Systeme haben Leberzellen integriert, die die gesamte Leberfunktion nachbilden. Das Problem besteht darin, dass aufgrund der begrenzten Anzahl der Spender auch die Anzahl der verfügbaren Leberzellen zur Integration in solche Systeme begrenzt ist. Außerdem stellt eine Nachbildung der gesunden Leberfunktion, wie sie im Körper eines gesunden Menschen funktioniert, eine große Herausforderung dar. Aufgrund der wachsenden Möglichkeiten, Zellstrukturen im Kulturmedium außerhalb des Körpers durch Bioprinting nachbauen zu können,³ ist es aber wahrscheinlich nur eine Frage der Zeit, bis ein dialyseähnlicher Apparat mit Leberfunktion hergestellt werden kann. Bis allerdings eine Zellstruktur als mögliches Transplantat in den Körper eines Menschen implantiert werden kann, wird es noch länger dauern.

Und nun zu den **Hepatitis-Erkrankungen** (also Leberentzündungen), die durch Viren hervorgerufen werden: Die Diagnose einer durch Viren hervorgerufenen Hepatitis wird durch den Nachweis der viralen Erbsubstanz – einer Ribonukleinsäure – im Blut der Betroffenen gestellt.

Weltweit nimmt die Zahl der tödlichen Hepatitis-Erkrankungen zu, während die Zahlen bei Tuberkulose, HIV und Malaria sinken. Letztlich drei Viertel aller Lebertumoren stehen in Zusammenhang mit chronischer Virushepatitis. Ehe 1973 und 1974 die Hepatitis A- und -B-Viren entdeckt wurden, war jede dritte Bluttransfusion in Deutschland mit Viren belastet. Erst Screenings des Blutes senkten die Infektionsrate der Blutempfänger auf fünf Prozent.

Hepatitis A (HAV) spielt dabei eine eher untergeordnete Rolle. Meistens verläuft sie unbemerkt oder mit Symptomen wie Gelbsucht, Übelkeit und Müdigkeit. Wenn man einmal daran erkrankt ist, ist man ein Leben lang immun. Bei älteren Menschen oder immungeschwächten Patienten kann es allerdings auch zu einem akuten Leberversagen kommen. Die Erkrankung wird aber nicht chronisch wie bei den anderen Hepatitis-Virus-Erkrankungen und heilt meist folgenlos ab. Außerdem gibt es eine gute Möglichkeit, sich mit einer Impfung vor HAV zu schützen, was vor allem bei Reisen in die Mittelmeerländer⁴ wichtig ist. Um möglichst vielen Menschen einen Zugang zu einem Impfstoff zu ermöglichen, wird an der Entwicklung von günstigeren und verbesserten Impfstoffen gearbeitet.⁵ Ebenso wird an möglichen antiviralen Medikamenten gegen das HAV geforscht. Ansatz hierfür könnte ein Medikament sein, das die Transkription oder die Replikation des Virus hemmt. Bei der Hemmung der Transkription wird verhindert, dass das Virus seine Erbinformation gar nicht erst in die Erbinformation der Zelle integrieren kann und damit nicht vervielfältigt wird, während bei der Hemmung der Replikation die Vervielfältigung selbst unterbrochen wird.

Genau wie bei HAV heilt die Erkrankung auch bei **Hepatitis B (HBV)** bei den meisten Menschen von selbst aus. Das Virus bleibt allerdings lebenslang im Körper und kann noch Jahrzehnte später wieder aktiv werden, besonders bei immungeschwächten Patienten. Es kann durch Bluttransfusionen und andere Körperflüssigkeiten erkrankter Personen übertragen werden. Auch hierfür gibt es eine sichere Impfung. Bei fünf bis zehn Prozent der infizierten Erwachsenen kommt es allerdings zu einer chronischen Hepatitis, die sich unbehandelt über viele Jahre zu einer Leberzirrhose oder zu einem hepatozellulären Karzinom (Leberkrebs) weiterentwickeln kann. Heutzutage gibt es antivirale Medika-

mente, die als Dauertherapie eingenommen werden müssen, oder wöchentliche Interferongaben über ein Jahr lang zur Anregung des körpereigenen Immunsystems, welche die Virusvermehrung erfolgreich unterdrücken. Interferon hat allerdings Nebenwirkungen wie Grippe-symptome, Depression und Veränderungen des Blutbildes.⁴ Bei der Behandlung mit Nukleosid- bzw. Nukleotidanaloga gibt es Medikamente, die eine Möglichkeit versprechen, dass sie auch bei Langzeittherapie eine wirksame virologische Unterdrückung erreichen, sodass nach einiger Zeit die Behandlung unter Umständen nicht lebenslang fortgesetzt werden muss. Nach einer aktuellen Studie ist dies aber nicht angeraten, da ein Wiederkehren der Erkrankung bei den meisten Patienten eine erneute Therapie notwendig machte.⁶ Daher wird eine kombinierte Gabe von Nukleos(t)idanaloga und Interferon bevorzugt. Bei transplantierten Patienten mit HBV werden die Analoga in Kombination mit HBV-Immunglobulinen prophylaktisch verabreicht.

Das **Hepatitis-C-Virus (HCV)** wird durch Blut übertragen, die Krankheit wird meistens chronisch und kann ohne Behandlung zu Leberzirrhose und Leberkrebs führen. Das Erbgut des HCV wurde 1989 identifiziert. Es gibt regionale Unterschiede im Genotyp von Hepatitis C. In den USA und Europa findet man meist die Genotypen 1 und 3, während die Genotypen 4 und 6 eher in asiatischen und afrikanischen Ländern zu finden sind. Leider ist man nach Ausheilen einer HCV-Infektion nicht immun. Man kann sich jederzeit wieder anstecken. Es scheint also keine natürliche Immunität gegen HCV zu geben und dies macht es sehr schwer, eine Schutzimpfung zu entwickeln. Infektionen mit HCV gehörten bis vor einigen Jahren zu den häufigsten Indikationen für Lebertransplantationen. Seit der Einführung der „direkt wirkenden Anti-Virus-Wirkstoffe“ (DAA) ist die dauerhafte Eliminierung des Virus in ca. 95 Prozent der Patienten gestiegen. Diese werden acht oder zwölf Wochen lang in verschiedenen Kombinationen verabreicht. Selbst die Zirrhose der Leber kann sich dann einigermaßen regenerieren. Ebenso konnte die Überlebensrate von Patienten mit einem HCV-assoziierten hepatozellulären Karzinom signifikant erhöht werden.⁷ Circa fünf Prozent der Patienten mit chronischer HCV-Infektion sprechen auf die Behandlung mit DAAs nicht an.⁸ Für diese Patienten gibt es eventuell die Möglichkeit, mit einer Kombination aus Sofosbuvir, Velpatasvir und Voxilaprevir behandelt zu werden. Um die Wirksamkeit und Medikamenten-

sicherheit zu überprüfen, haben Forscher aus Barcelona nun 137 Patienten mit dieser Medikamentenkombination behandelt. Die Ergebnisse sehen sehr vielversprechend aus, sodass eine Therapie mit diesen Wirkstoffen bei Patienten, bei denen DAAs nicht wirken, eine mögliche Alternative darstellt. Leider unterstützte die Studie aber die schon öfters berichtete Problematik bei HCV-Infektionen des Genotyps 3. Diese Patientengruppe scheint sowohl mit DAAs als auch mit der getesteten Alternative schwer behandelbar. Generell ist eine HCV-Infektion mit einem erhöhten Risiko verbunden, zusätzlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu bekommen.⁹ Diesen Zusammenhang untersuchten Forscher aus Edinburgh anhand einer Metaanalyse, bei der 36 Studien mit insgesamt 341.739 Patienten mit HCV-Infektion eingeschlossen wurden.

Hepatitis-Delta-Virus (HDV) gilt als die schwerste Form der chronischen Virushepatitis, da ein besonders hohes Risiko für die Entstehung von Leberzirrhose und Leberzellkarzinomen besteht. Dabei kann HDV nur zusammen mit HBV auftreten, da das HDV das Hüllprotein (HBsAg) von HBV für den Zelleintritt beziehungsweise Austritt braucht. Es besteht daher auch Unklarheit über die genauen Zahlen der Erkrankungen mit HDV. Laut einer aktuellen Metaanalyse von verschiedenen Studien zu HDV kann bei Patienten mit HBV auch häufig eine HDV-Erkrankung vorliegen, wobei es große länderspezifische Unterschiede gibt.¹⁰ In anderen Erdteilen wie der Mongolei und West- und Mittelfrika oder in der Republik Moldavien ist HDV sehr häufig, aber auch in Deutschland wird eine Infektionszahl von 10.000 bis 15.000 Patienten vermutet. Global kommen die Autoren auf eine Prävalenz von 4,5 Prozent der Patienten mit vorhandener HBV-Erkrankung bzw. vorhandenem HBsAg. Somit besteht eine generelle Prävalenz von 0,16 Prozent und einer Anzahl von ca. zwölf Millionen Menschen mit HDV weltweit. Die Analyse zeigt auch, dass Risikogruppen, wie Dialysepatienten, immungeschwächte Patienten und Menschen mit HCV oder HIV, ein höheres Risiko haben, an HDV zu erkranken. Die einzig wirksame Therapiemöglichkeit besteht in einer Behandlung mit Interferon alfa meistens mit einer empfohlenen Therapiedauer von einem Jahr. In einigen Fällen ist allerdings eine längere Therapiedauer sinnvoll. Nukleos(t)idanaloga, die für die Behandlung von HBV genutzt werden, zeigen bei der Behandlung von HDV anscheinend keine Wirkung. Eine Verbesserung der Wirkung von Interferon in Kombination mit den Analoga konnte

ebenfalls nicht gezeigt werden. Dadurch, dass HDV aber eine Infektion mit HBV „benötigt“, schützt eine Impfung gegen beide Infektionen. Generell ist HDV aber noch eine sehr unterschätzte Form der Hepatitis-Erkrankung. Daher sollte die Datenlage durch häufigere Tests verbessert werden. So können Risikopatienten besser identifiziert werden und die Entwicklung und Verbesserung von möglichen Medikamenten vorangetrieben werden.

Lange Zeit galt die Entzündung der Leber durch das **Hepatitis-E-Virus (HEV)** als exotische Erkrankung. Ärzte beobachteten die Krankheit allenfalls im Osten der Türkei, in Afrika und Indien. Jedoch ist HEV das häufigste Hepatitis-Virus in Deutschland. Nahezu alle akuten Hepatitis-E-Infektionen (99%) heilen unbemerkt und ohne Symptome aus. Das Robert-Koch-Institut schätzt inzwischen, dass jeder sechste Deutsche bereits eine Hepatitis-E-Infektion durchgemacht hat. In den westlichen Industrieländern ist die Quelle der Infektion meist rohes Fleisch von Haus- und Wildschwein, aber auch mit Fäkalien gedüngtes Obst und Gemüse kann die Ursache sein. Und wie bei allen Hepatitis-Viren kann eine Übertragung von Blut eine Infektion verursachen. Daher wird nun in zwei Schritten eine Testung aller Blutspenden und -produkte verbindlich eingeführt.¹¹ Schwangere, chronisch Leberkranke oder immungeschwächte Menschen sind besonders gefährdet. Bei ihnen kann eine Infektion mit HEV zu Komplikationen oder zu chronischen Verläufen führen. Wird eine HEV-Infektion chronisch, ist das Erscheinungsbild dem der HBV und HCV ähnlich, kann aber innerhalb weniger Jahre zu einer Zirrhose führen.¹² Im Unterschied dazu ist bei HEV ein Vorliegen einer destruktiven Cholangitis charakteristisch, also einer Entzündung der Gallenwege in der Leber. Hepatitis E lässt sich in Notfällen mit Ribavirin ausheilen, welches dafür aber nicht zugelassen und fast nie nötig ist. Wie lange behandelt werden muss, ist noch unklar. Vermutlich müssen die Patienten über mehrere Monate das Medikament als Tablette einnehmen. Ob der Effekt nachhaltig ist, bedarf noch der Beobachtung. Ein Impfstoff existiert nur in China und es ist unklar, ob dieser auch gegen den in Europa verbreiteten Typ der HEV schützt.

Zuletzt möchte ich die **autoimmune Hepatitis-Erkrankung (AIH)** erwähnen. Dies ist eine seltene Form der chronischen Leberentzündung, deren Folgen bisher nicht gut erforscht sind. Die Prävalenz liegt bei 11 bis 25 Patienten unter 100.000 Menschen. AIH ist vor allem bei Frauen im Alter zwischen 40 und

50 Jahren verbreitet und ist durch eine spezifische Histopathologie (Erkrankungsbild des Gewebes) der Leber und eine besondere biochemische Zusammensetzung des Blutes und des Serums charakterisiert.¹⁵ Es werden diagnostisch zwei Formen der AIH unterschieden. Bei der einen Form des Typ 1 sind zirkulierende antinukleäre Antikörper zu finden und/oder Antikörper gegen glatte Muskelzellen. Für die Form des Typs 2 sind Antikörper gegen Mikrosomen (Bläschen innerhalb der Zelle) der Leber oder der Nieren und/oder Antigene im Cytosol (Zellflüssigkeit) der Leber vorhanden. Für die Therapie gibt es zwei hauptsächliche Ansätze: auf der einen Seite eine hochdosierte Gabe von Prednisolon allein oder eine halbe Dosis Prednisolon kombiniert mit Azathioprin. Prednisolon ist ein Glucocorticoid oder umgangssprachlich Cortison. Diese Wirkstoffgruppe unterdrückt die natürliche Abwehr des Körpers und wirkt etwa viermal stärker als das körpereigene Hydrocortison. Azathioprin ist ein Wirkstoff aus der Gruppe der Nitroimidazole, die eigentlich zur Behandlung von Bakterien und Protozoen eingesetzt werden. Genau wie Prednisolon wirkt es immunsuppressiv. Es hemmt die DNA-Synthese und dadurch die Vermehrung der T- und B-Lymphozyten. In einer aktuellen Studie werden die beiden Behandlungsansätze miteinander verglichen. Die Gruppe der Patienten, die eine Prednisolon-Monotherapie bekom-

men, zeigte einen schnelleren Therapieerfolg. Die gemittelte Zeit bis zu einer Remission, also einem Abschwächen der Symptome, war bei dieser Gruppe kürzer als bei der Gruppe mit Kombinationsgabe. Allerdings gab es in der Gruppe mit Kombinationsgabe weniger Komplikationen. Generell gilt, dass eine Therapie erfolgversprechend ist, wenn es noch nicht zu einer Leberzirrhose oder einer arteriellen Hypertonie (Bluthochdruck) gekommen ist.

Literaturhinweise

1. Versteegen, M.M.; Spee, B.; van der Laan, L.J. *Bioengineering Liver Transplantation. Bioengineering* 2019, 6, 96.
2. Mandal A. K.; Garlapati P.; Tiongson B.; Gayam V. *Liver Assist Devices for Liver Failure; From the Edited Volume Liver Pathology IntechOpen March 2020, Dr. Vijay Gayam and Dr. Omer Engin*
3. Kryou, C.; Leva, V.; Chatzipetrou, M.; Zergioti, I. *Bioprinting for Liver Transplantation. Bioengineering* 2019, 6, 95.
4. Germana V Gregorio, Giorgina Mieli-Vergani, Alex P Mowat *Viral hepatitis. Archives of Disease in Childhood* 1994, 70, 343–348
5. Kanda, T.; Sasaki, R.; Masuzaki, R.; Matsumoto, N.; Ogawa, M.; Moriyama, M. *Cell Culture Systems and Drug Targets for Hepatitis A Virus Infection. Viruses* 2020, 12, 533.
6. Liem K.S.; Fung S.; Wong D.K. et al. *Limited sustained response after stopping nucleos(t)ide analogues in patients with chronic hepatitis B: results from a randomised controlled trial (Toronto STOP study). Gut.* 2019, 68(12), 2206–2213.
7. Singal A.G.; Rich N.E.; Mehta N. et al.; *Direct-Acting Antiviral Therapy for Hepatitis C Virus Infection Is Associated With Increased Survival in Patients With a History of Hepatocellular Carcinoma; Gastroenterology* 2019, 157(5), 1253–1263.e2.
8. Llaneras J.; Riveiro-Barciela M.; Lens S. et al.; *Effectiveness and safety of sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir in patients with chronic hepatitis C previously treated with DAAs. J Hepatol.* 2019, 71(4), 666–672.
9. Lee K.K.; Stelzle D.; Bing R. et al; *Global burden of atherosclerotic cardiovascular disease in people with hepatitis C virus infection: a systematic review, meta-analysis, and modelling study. Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2019, 4(10), 794–804.
10. Stockdale A.J.; Kreuels B.; Henrion M.Y.R.; Giorgi E.; Kyomuhangi I.; de Martel C.; Hutin Y.; Geretti A.M.; *The global prevalence of hepatitis D virus infection: systematic review and meta-analysis. Journal of Hepatology* (2020).
11. Beer A.; Holzmann H.; Pischke S. et al.; *Chronic Hepatitis E is associated with cholangitis. Liver Int.* 2019, 39(10), 1876–1883.
12. Denner J.; Pischke S.; Steinmann E.; Blümel J.; Glebe D.; *Why all blood donations should be tested for hepatitis E virus (HEV). BMC Infect Dis.* 2019, 19(1), 541.
13. Weber S; Benesic A; Rotter I; Gerbes AL. *Early ALT response to corticosteroid treatment distinguishes idiopathic drug-induced liver injury from autoimmune hepatitis. Liver Int.* 2019, 39(10), 1906-17.

Von-Willebrand-Faktor: Noch bessere Vorhersage für die Dringlichkeit einer Lebertransplantation?

Forscher/innen von der Universitätsklinik für Chirurgie der MedUni Wien gelang es, durch die Integration eines einzigen Laborparameters – des Von-Willebrand-Faktor-Antigens – die Wahrscheinlichkeit, auf der Warteliste für eine Lebertransplantation zu versterben, deutlich genauer vorzusagen.

Die Organzuteilung (Allokation) für Patienten/innen auf der Lebertransplantationswarteliste erfolgt auch in Österreich nach der medizinischen Dringlichkeit. Die Patienten/innen werden – wie in Deutschland – anhand des MELD-Score* gelistet. Dieser zeigt aber klare Schwächen, manche Hochrisikopatienten (z.B. solche mit Varizenblutungen oder Infektionen) trotz niedrigem MELD-Score zu identifizieren.

Das Von-Willebrand-Faktor (vWF)-Antigen ist ein Protein und ein zentraler Bestandteil der Hämostase (Blutstillung), es ist in Thrombozyten und Endothelzellen gespeichert. Es hat sich in vorangegangenen Studien als exzellenter

Parameter für Endothelzellfunktion gezeigt und konnte vor kurzem auch als zentraler Faktor für die postoperative Leberregeneration identifiziert werden (Starlinger et al. *Hepatology* 2018).

Auch bei portaler Hypertension (Pfortaderhochdruck) und deren Komplikationen konnte kürzlich ein klarer Zusammenhang mit dem vWF-Antigen beobachtet werden. „Dies ist von besonderer Relevanz, da dies eine der zentralen Ursachen für das Versterben auf der Warteliste für eine Lebertransplantation darstellt. Der große Vorteil ist, dass sich das vWF-Antigen ohne wesentlichen Aufwand im Rahmen der Routineblutabnahme bei der Listung der Patienten/innen bestimmen lässt.“

Die Messung dieses einzelnen Parameters erlaubt es, die Vorhersage des Drei-Monats-Überlebens auf der Warteliste um gleich 12,5 Prozent zu verbessern, so der Studienleiter Patrick Starlinger, Oberarzt an der Universitätsklinik für Chirurgie und Leiter der Arbeitsgruppe

für translationelle und experimentelle Leberforschung an der MedUni Wien.

Patrick Starlinger arbeitet derzeit an der Mayo Clinic in den USA an einer Validierungskohorte, um diese Beobachtung zu bestätigen und dem Ergebnis weiteres Gewicht zu verleihen. Das mittelfristige Ziel ist eine optimale Einteilung der Patienten/innen auf der Warteliste nach Dringlichkeit, um die bestmögliche Zuteilung von Spenderorganen zu erreichen.

* Score errechnet aus drei Laborparametern (Kreatinin, Bilirubin und INR)

Service: Hepatology

Von Willebrand factor facilitates MELD-independent risk stratification on the waiting list for liver transplantation

Georg P. Györi, David Pereyra, Benedikt Rumpf, Huber Hackl, Christoph Köditz, Gregor Ortmayr, Thomas Reiberger, Michael Trauner, Gabriela A. Berlakovich, Patrick Starlinger

Published online 27. November 2019; doi: 10.1002/hep.31047.

Quelle: Medizinische Universität Wien v. 16.1.2020

Die Fettleber – ein Grund zur Sorge vor und nach Lebertransplantation?

Fotos: privat



△ PD Dr. med. Philipp Ludwig Lutz
▷ Prof. Dr. med. Christian P. Strassburg
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Universitätsklinikum Bonn

In letzter Zeit ist der Fettleber – auf Englisch **Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD)** – vermehrt Beachtung geschenkt worden. Diese gesteigerte Aufmerksamkeit für eine schon lange bekannte Erkrankung hängt zum einen damit zusammen, dass häufige andere Lebererkrankungen, wie z.B. die Hepatitis-C-Virusinfektion, mittlerweile sehr gut heilbar geworden sind und damit nicht mehr im Fokus von Wissenschaft und Öffentlichkeit stehen. Andererseits nimmt die Häufigkeit der NAFLD mit ausgeprägten regionalen Unterschieden deutlich zu. Dieser Anstieg ist zwar eng mit unserem Lebensstil, also Art und Menge der Ernährung sowie dem Ausmaß der körperlichen Betätigung, verknüpft, aber auch schlanke und sportliche Menschen können an einer NAFLD erkranken. Es wird angenommen, dass bei etwa jedem 4. Menschen in Europa eine Fettlebererkrankung vorliegt, was dem weltweiten Durchschnitt entspricht. Während die Häufigkeit der NAFLD in Nordamerika nur wenig höher als in Europa ist, ist sie in Afrika selten, besonders häufig aber in Südamerika und dem mittleren Osten. Aus den USA wurde schon vor einigen Jahren berichtet, dass die NAFLD der dritthäufigste Anlass für eine Lebertransplantation geworden ist, damals noch vor der mittlerweile deutlich rückläufigen Hepatitis-C-Virusinfektion und der Alkohol-assoziierten Lebererkrankung. Die Häufigkeit der NAFLD steigt mit dem Lebensalter an. Regelmäßig ist das Auftreten einer NAFLD mit Übergewicht und Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus oder Fettstoffwechselstörungen einschließlich Hypercholesterinämie und Hypertriglyceridämie verknüpft.

Entstehung der Steatohepatitis

Die Leber ist das zentrale Stoffwechselorgan, in dem die Nährstoffe aus dem

Darm verarbeitet werden, bevor sie in andere Organe gelangen. Auch speichert die Leber viele Nährstoffe. Von daher hat die Leber auch sowohl die Fähigkeit und Aufgabe, Fett zu speichern. Je nach Ernährungsweise, Energieverbrauch und genetischer Veranlagung speichert die Leber mehr oder weniger Fett. Eine übermäßige Ansammlung von Fett in der Leber wird vor allem dann zu einer Krankheit, wenn sie mit einer Entzündungsreaktion und mit einer schleichenden Schädigung der Leberzellen einhergeht. Dann spricht man von der nicht-alkoholischen Steatohepatitis (NASH), die somit eine Untergruppe der NALFD darstellt. Es sind verschiedene Mechanismen entdeckt worden, über die Fettsäuren in der Leber eine Entzündungsreaktion auslösen können. Unklar ist allerdings noch weitgehend, wann diese Mechanismen aktiviert werden. Denn auffällig ist, dass davon nur ein Teil der Patienten mit NAFLD betroffen sind. Wie hoch der Anteil ist, ist nicht klar – je nach Betrachtungsweise handelt es sich um ein Drittel der Patienten. Neben anderen Risikofaktoren, z.B. die Höhe des Alkohol-Konsums, spielt vermutlich die genetische Veranlagung eines Menschen dafür eine große Rolle. Die wichtigste genetische Variante, die zur Fettlebererkrankung beiträgt, liegt im PNPLA3 (Patatin-like phospholipase domain-containing protein 3)-Gen, wobei die genaue funktionelle Auswirkung dieser Mutation noch nicht vollständig verstanden ist.

Diagnose und Differentialdiagnosen

Von einer Fettleber spricht man, wenn der Fettgehalt der Leber mehr als 5% beträgt. Die Quantifizierung des Fettgehalts der Leber kann mit verschiedenen diagnostischen Methoden erfolgen, wovon die Leberbiopsie die höchsten Risiken, aber auch die höchste Genauigkeit aufweist. Im klinischen Alltag fällt eine Fettleber meist schon im Ultraschall auf, ohne dass damit aber eine genaue Quantifizierung möglich wäre. Eine Messung des Fettgehalts der Leber kann auch mittels einer speziellen Ultraschall-Methode, dem controlled attenuation parameter (CAP) oder mittels MRT durchgeführt werden. Bevor die Diagnose einer eigenständigen Fettleber-Erkrankung gestellt wird, ist es wichtig, andere Erkrankungen, die zu einer erhöhten Fetteinlagerung führen können, auszuschließen. Die häufigste Ursache ist regelmäßiger Alkoholkonsum, wobei ein Konsum von bis zu 20g reinem Alkohol/Tag für Männer und

10g/Tag für Frauen als unkritisch gilt. Diese Menge entspricht ungefähr 0,5l Bier bzw. 0,25l Bier oder etwas mehr als 150 ml (einem Achtelliter) bzw. 0,075 ml Wein. Wahrscheinlich kann auch ein regelmäßiger Alkoholkonsum unterhalb dieser Grenzen für anfällige Personen schädlich sein. Wichtige Ursachen einer Fettleber sind andere Lebererkrankungen: eine chronische Hepatitis-C-Virusinfektion, vor allem mit Genotyp 3; der M. Wilson, eine seltene genetisch bedingte Störung im Kupferstoffwechsel; die Hämochromatose, eine genetisch bedingte Eisen-Stoffwechselerkrankung; Erkrankungen des Darms, vor allem die Zöliakie und ein Kurzdarmsyndrom; hormonelle Ursachen wie eine Schilddrüsenunterfunktion sowie seltene genetische Störungen im Stoffwechsel. Auch können ein ausgeprägter rascher Gewichtsverlust, z.B. nach einer bariatrischen Operation, oder eine intravenöse Ernährung zu einer Fettleber führen. Sollte eine Fettleber neu während einer Schwangerschaft entstehen, muss dringend ausgeschlossen werden, dass sich dahinter eine Komplikation der Schwangerschaft verbirgt. Wichtig ist auch, dass eine Reihe von Medikamenten eine Fettleber auslösen oder verstärken kann. Dann muss abgewogen werden, ob eine Fortsetzung der Medikation oder eine Umstellung der bessere Weg sind. Grundsätzlich muss auch bedacht werden, dass es auf Grund der Häufigkeit der NAFLD auch möglich ist, dass zwei unabhängige Lebererkrankungen vorliegen, so dass erhöhte laborchemische Leberparameter nicht unbedingt auf die NAFLD zurückzuführen sein müssen, sondern auch Ausdruck einer zusätzlich vorliegenden anderen Erkrankung, z.B. einer autoimmunen Lebererkrankung, sein können.

Prognostische Einschätzung

Eine Herausforderung ist es in der klinischen Praxis, diejenigen Patienten mit NAFLD zu identifizieren, die ein erhöhtes Risiko haben, eine Leberzirrhose oder ein hepatozelluläres Karzinom als Folgeerkrankungen zu entwickeln. Das sind vor allem diejenigen Patienten, die nicht nur eine vermehrte Fetteinlagerung in der Leber aufweisen, sondern eine damit einhergehende Entzündungsreaktion mit Leberschädigung, also eine NASH. Die einzige genaue Möglichkeit, diese Patienten zu erkennen, bietet die Leberbiopsie, durch die ein winziges Stück Lebergewebe für die Untersuchung unter

dem Mikroskop gewonnen wird. Allerdings ist die Leberbiopsie ein Eingriff, der selten auch mit schweren Komplikationen einhergehen kann, so dass in den meisten Fällen für den Patienten nicht sinnvoll ist, dieses Risiko einzugehen. Die Leberbiopsie wird dann durchgeführt, wenn der hochgradige Verdacht auf eine schwere Leberschädigung besteht oder nur dadurch das Vorliegen anderer möglicher Lebererkrankungen abgeklärt werden kann. Für die Mehrzahl der Patienten stellen die ärztliche Untersuchung, die Bestimmung der laborchemischen Leberparameter und der Ultraschall der Leber die wesentlichen diagnostischen Maßnahmen dar. Zudem kann der NAFLD-Fibrosis-Score (NFS) aus Alter, Body-Mass-Index (BMI) sowie den im Blut bestimmten Werten von Glukose, Blutplättchen/Thrombozyten, Albumin, Aspartat-Aminotransferase (AST/GOT) und Alanin-Aminotransferase (ALT/GPT) z.B. online auf <https://nafldscore.com> berechnet werden. Bei auffälligen Werten des NFS sollten ggf. weitere Untersuchungen, wie die Messung der Lebersteifigkeit, erfolgen. Sollten sich aus den genannten Untersuchungen der Verdacht auf eine fortgeschrittene chronische Lebererkrankung ergeben, sind weitere Maßnahmen, z.B. eine Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT) und eine endoskopische Untersuchung von Speiseröhre und Magen, eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD), ins Auge zu fassen.

Behandlung von Patienten mit NAFLD

Die weitere Betreuung von Patienten mit NAFLD hat drei Ziele: die oft begleitenden Stoffwechselerkrankungen möglichst gut einzustellen, um deren mögliche Folgeerscheinungen wie Herzinfarkte, Schlaganfälle, Nieren- und Nervenschäden zu verhindern. Zweitens wird versucht, eine fortschreitende Leberschädigung zu verhindern und drittens sollen lebensbedrohliche Folgeerscheinungen einer fortgeschrittenen Lebererkrankung wie das Auftreten von venösen Umgehungs-kreisläufen in der Speiseröhre (Ösophagusvarizen) oder das hepatozelluläre Karzinom (HCC) so früh durch Vorsorgeuntersuchungen erkannt werden, dass eine effektive Behandlung möglich ist.

Für die Behandlung der NAFLD ist zunächst eine Gewichtsreduktion sinnvoll, wobei es nicht unbedingt notwendig ist, Normalgewicht zu erreichen. Auch eine Gewichtsabnahme um 5–10% führt in der Regel zu einem Rückgang der Fettleber und der NASH. Die Gewichtsabnahme wird am besten erreicht, indem ungesunde Ernährungsgewohnheiten abgestellt, die Kalorienaufnahme redu-

ziert und die körperliche Aktivität erhöht werden. Alkoholkonsum oberhalb der weiter oben angegebenen Grenzen muss auf jeden Fall unterbleiben; insgesamt sollte der Genuss alkoholischer Getränke auf ein Mindestmaß reduziert werden. Auch stark Zucker- und Fruktose-haltige Getränke sollten gemieden werden. Der Konsum von mindestens zwei Kaffeetassen pro Tag wirkt sich hingegen höchstwahrscheinlich positiv aus. Auch um Folgeschäden durch die meist zu Grunde liegenden Stoffwechselerkrankungen zu vermindern, ist es wichtig, nicht zu rauchen. Störungen des Blutzuckerstoffwechsels wie Diabetes mellitus Typ 2 oder erhöhte Blutfette sollten entsprechend der Empfehlungen für diese Erkrankungen behandelt werden, sofern sie nach Umstellung des Lebensstils weiter bestehen. Falls ein ausgeprägtes Übergewicht mit einem BMI von mindestens 35 kg/m² trotz intensiver Versuche, den Lebensstil zu ändern, bestehen bleibt, kann eine bariatrische Operation erwogen werden.

Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Komplikationen der Leber sind neben der ärztlichen Untersuchung und Blutentnahme bei fortgeschrittener Leberfibrose bzw. Zirrhose ein halbjährlicher Ultraschall der Leber und, je nach individuellem Befund, 1–3 jährliche Ösophago-Gastro-Duodenoskopien.

Medikamentöse Behandlung in den Anfängen

Spezielle Medikamente sind zur Behandlung der NAFLD bisher in Deutschland noch nicht zugelassen, da für keine der Substanzen ein ausreichender Nachweis des Nutzens vorliegt. Viele Wirkstoffe sind aber in der Diskussion: Metformin, das zur Behandlung eines zugleich vorliegenden Diabetes mellitus verwendet werden kann, kann zwar die laborchemischen Leberparameter verbessern, nicht aber die mikroskopisch erkennbaren Leberveränderungen. Pioglitazon, ein weiteres Medikament, das zur Behandlung von Diabetes mellitus zugelassen ist, scheint bei NASH wirksam zu sein, weist aber auch schwere Nebenwirkungen auf, so dass es auch zur Behandlung des Diabetes mellitus nur selten eingesetzt wird. Ein weiterer, möglicherweise effektiverer Ansatz ist die Gabe von GLP-1 (Glukagon-like peptide 1)-Antagonisten, wobei auch deren Wirksamkeit noch nicht ausreichend gesichert ist. Obwohl schon lange in der Diskussion, hat sich die Behandlung mit Vitamin E nicht durchsetzen können. Weitere Kandidaten, die für andere Indikationen schon zugelassen sind und möglicherweise in der Zukunft eine Therapie der

NAFLD darstellen könnten, sind die zur Diabetes-Behandlung eingesetzten SGLT-2 (Sodium-Glucose-Cotransporter 2)-Inhibitoren und die Obeticholsäure, die bei der schwer behandelbaren primären biliären Cholangitis (PBC) eingesetzt wird. Intensiv wird auch an neuen Substanzen zur Behandlung der NAFLD bzw. der NASH geforscht, wobei zahlreiche Medikamente schon in großen Studien getestet werden. Diese umfassen unter anderem Elafibranor, einen PPAR (peroxisome proliferator-activated receptor)-/ β -Agonisten, Cenicriviroc, einen CCR (C-C chemokine receptor)-2/5-Agonisten, Aramchol, eine künstliche Kombination einer Fettsäure und eines Gallosalzes und Resmetirom, einen THR (thyroid hormone receptor)- β -Agonisten. Zusammenfassend gibt es also bisher keine für den Einsatz im klinischen Alltag zugelassene Substanz zur Behandlung der NAFLD, es steht aber zu erwarten, dass sich dies in den kommenden Jahren ändern wird.

Lebertransplantation und NAFLD/NASH

Im Rahmen der Zunahme von NAFLD und NASH gibt es auch immer mehr Menschen, die wegen dieser Erkrankung eine Lebertransplantation erhalten. Wenn bei den Patienten ein ausgeprägtes Übergewicht vorliegt, ist möglicherweise die Operation technisch schwieriger und kann sich die Erholungszeit nach der Transplantation verlängern. Eine all-gemeingültige Obergrenze des Körpergewichts, bis zu der eine Lebertransplantation noch möglich ist, gibt es aber nicht. Eine Reduktion des Übergewichts vor Lebertransplantation durch Diät und körperliche Bewegung ist sinnvoll. Ob bestimmte bariatrische Operationen vor Lebertransplantation günstig oder ungünstig sind, ist noch nicht geklärt. Wichtig ist, dass bei vielen Patienten vor Lebertransplantation ein Mangel an Muskelgewebe vorliegt, was prognostisch ungünstig ist. Deshalb ist es auch bei übergewichtigen Patienten vor Lebertransplantation wichtig, nicht nur die Muskelkraft durch gezieltes Training zu erhalten, sondern auch eine Unterernährung zu vermeiden.

Bedeutsam ist, dass die NAFLD fast immer Ausdruck einer systemischen Erkrankung ist, bei der die Lebertransplantation zwar die Auswirkungen an der Leber beseitigt und dadurch das Überleben und die Lebensqualität entscheidend verbessern kann, aber in der Regel weder die Stoffwechselerkrankung als solche heilt noch die Folgeschäden dieser Erkrankung an anderen Organen oder Geweben, z.B. den Gefäßen, beseitigen

kann. Das ist ein grundsätzlicher Unterschied zu Lebertransplantation für die meisten anderen Indikationen, bei denen die wesentlichen Erkrankungsfolgen überwiegend auf die Leber beschränkt sind. Deshalb müssen die Herzfunktion und die Herzkranzgefäße vor Lebertransplantation bei Patienten mit NAFLD und NASH besonders aufmerksam untersucht werden.

Nichtsdestotrotz weist die Lebertransplantation auch bei Patienten mit NAFLD/NASH keine schlechteren oder nur geringfügig schlechtere Erfolge auf als bei Patienten mit anderen Lebererkrankungen. Zwar entwickeln Patienten mit NAFLD/NASH nach Lebertransplantation häufig wieder eine zu hohe Fetteinlagerung in der transplantierten Leber, allerdings ohne, dass es bei der Mehrzahl der Patienten zu Zeichen der strukturellen Leberschädigung kommt. Eine nach Transplantation auftretende NASH scheint allerdings rascher zu einer Leberschädigung zu führen als bei nicht transplantierten Patienten. Insgesamt gibt es bisher keine Daten, dass Patienten, die nach Lebertransplantation eine NAFLD entwickeln, generell eine schlechtere Prognose haben.

Die Diagnose einer NAFLD nach Lebertransplantation kann mittels Ultraschalls oder MRT erfolgen. Andere Methoden, die bei nicht transplantierten Patienten eingesetzt werden, wie bestimmte Scores, sind nach Transplantation weniger zuverlässig oder noch nicht ausreichend untersucht. Damit bleibt die Leberbiopsie die einzige zuverlässige diagnostische Methode, wenn der Verdacht auf eine Leberschädigung durch Fetteinlagerung besteht. Andere Ursachen von Fetteinlagerungen mit zunehmender Leberschädigung, z. B. Alkoholkonsum, sollten gesucht und behandelt bzw. beseitigt werden.

Wichtig ist es bei NAFLD/NASH, gerade nach der Lebertransplantation auf einen gesunden Lebensstil zu achten, da die gängigen Immunsuppressiva Fettstoffwechselstörungen und einen Diabetes mellitus verstärken bzw. auslösen können. Falls nicht vor der Transplantation Untergewicht bestand, sollte eine Gewichtszunahme vermieden werden. Bei Übergewicht sollte eine Gewichtsabnahme von 7–10% angestrebt werden. Kaffee konsum ist bei Patienten mit NASH auch nach Lebertransplantation empfehlenswert. Die Stoffwechselstörungen so-

wie der Blutdruck sollten auch mit Hilfe von Medikamenten möglichst gut eingestellt werden, wobei auf Wechselwirkungen mit der Immunsuppression geachtet werden muss. Unter Umständen sind auch eine Umstellung bzw. eine vorsichtige Dosisreduktion der Immunsuppression nützlich. Es gibt keine spezifischen Medikamente, die zur Behandlung einer NAFLD/NASH nach Transplantation erwiesenermaßen nützlich sind.

Fazit

Zusammengefasst nimmt die Häufigkeit der Fettlebererkrankung zu. Sie kann zu einer Leberzirrhose bzw. einem hepatozellulären Karzinom führen und dann Anlass für eine Lebertransplantation sein. Im Gegensatz zu den meisten anderen Lebererkrankungen stehen die systemischen Stoffwechselstörungen als Ursache und für die Behandlung im Vordergrund. Das ermöglicht einem aber auch, durch eine gesunde, ausgewogene Ernährung und regelmäßige körperliche Betätigung der Erkrankung bzw. einer Verschlechterung einer schon bestehenden NAFLD/NASH effektiv vorzubeugen.

International NASH Day lenkt Aufmerksamkeit auf ein weltweites, dringendes Thema

Jutta Riemer

Der International NASH Day (IND), eine weltweite Aufklärungs- und Handlungsinitiative des Global Liver Institute (GLI), wird in diesem Jahr zum ersten Mal von den wichtigsten Hepatologie-Organisationen in den Vereinigten Staaten und in Europa unterstützt: der American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) und der European Association for the Study of Liver Diseases (EASL). Der IND findet seit 2018 jährlich am 12. Juni statt und bringt in diesem Jahr mehr als 80 Partner aus der ganzen Welt zusammen. Ziel ist es, die Aufmerksamkeit auf die dringendsten Themen im Kampf gegen die nicht-alkoholische Steatohepatitis (NASH) zu lenken, die fortgeschrittene Form der chronischen, progressiven Fettlebererkrankung, von der heute mehr als 115 Millionen Menschen betroffen sind. Es wird erwartet, dass sich diese Zahl bis 2030 verdoppeln wird. Anlässlich des Tages wurden virtuelle Vorträge gehalten, Podiumsdiskussionen

geführt und Podcasts veröffentlicht.

Das Global Liver Institute ist eine 501(c)(3) steuerbefreite gemeinnützige Organisation mit Hauptsitz in Washington, D.C., Vereinigte Staaten. Die Mission ist es, die Leber-Community zu stärken, indem Innovation, Zusammenarbeit und die Skalierung optimaler Lösungen zur vollständigen Heilung von Lebererkrankungen gefördert werden. International NASH Day und dessen Logo ist eine geschützte Marke des Global Liver Institute. Weitere Informationen zum GLI finden Sie unter www.GlobalLiver.org. Folgen Sie dem GLI auf Twitter und Facebook unter @GlobalLiver und auf Instagram unter @globalliverinstitute. Als deutsche Patientenorganisation begleitet die deutsche Leberstiftung den Global NASH Day (www.leberhilfe.org/nash-day)

Das GLI hält auf seiner Homepage Informationsblätter zu drei Themenbereichen – auch auf deutsch – bereit:

1. Pädiatrische NAFLD/NASH
2. NAFLD bzw. NASH: Wurde bei Ihnen diese Diagnose gestellt?
3. NAFLD/NASH: Bin ich gefährdet?



Update Hepatitis C – Vorkommen, Übertragung, Diagnose und Therapie



Foto: privat

PD Dr. Martin-Walter Welker
Medizinische Klinik 1
Universitätsklinikum Frankfurt

Abkürzungen:

DAA – direkte antivirale Medikamente;

HCC – hepatozelluläres Karzinom

HCV – Hepatitis-C-Virus

Hepatitis C

Die Hepatitis C ist eine weltweit vorkommende Infektionskrankheit, die durch das Hepatitis-C-Virus, abgekürzt HCV, hervorgerufen wird. Es wird geschätzt, dass weltweit ca. 170 Millionen Menschen bzw. 3% der Weltbevölkerung mit HCV infiziert sind. In Deutschland wird die Häufigkeit einer Hepatitis C auf ca. 0,3–0,5% geschätzt.^{1,2}

Der klinische Verlauf einer Hepatitis C kann sehr unterschiedlich sein. Beschwerden können über lange Zeit fehlen oder nur gering ausgeprägt sein, weswegen eine Infektion unter Umständen über Jahre unerkannt bleiben kann. Mögliche Langzeitfolgen einer Hepatitis C sind die Entwicklung einer Leberzirrhose und eines Leberzellkarzinoms (hepatozelluläres Karzinom, häufig als HCC abgekürzt). Mit modernen Therapiekonzepten ist eine Eradikation (Ausheilung) des HCV mit Heilungsraten von 90–95% innerhalb von 8 Wochen möglich. Hierdurch kann das Risiko von Langzeitkomplikationen deutlich gesenkt werden.^{3–7}

Übertragungswege

Prinzipiell kann HCV in jeder menschlichen Körperflüssigkeit nachgewiesen werden; Kontakt mit kontaminiertem Blut gilt aber als Hauptrisiko für eine Infektion. Vor Einführung der Testung von Blutprodukten auf HCV stellte deren Erhalt, z.B. eine Transfusion, einen wichtigen Übertragungswege dar. In entwickelten Ländern stehen die Übertragung von HCV durch intravenösen Drogengebrauch mit gemeinsamem Gebrauch von Utensilien zum Drogengebrauch sowie über sexuelle Kontakte mittlerweile im

Vordergrund. Vor allem in Ländern mit geringen Ressourcen im Gesundheitssystem stellen auch medizinische Behandlungsmaßnahmen weiterhin einen wichtigen Risikofaktor dar. Die Übertragung von HCV kann prinzipiell auch durch Kontakt von (verletzter) Haut und Schleimhäuten mit Virus-haltigen Körperflüssigkeiten erfolgen. Eine Übertragung von HCV von der Mutter auf das Kind bei Geburt oder Stillen bzw. die Übertragung in der Familie scheint selten. Obwohl die Übertragungswege prinzipiell bekannt sind, kann bei einem Teil der Patienten der Risikofaktor bzw. der Übertragungsweg nicht sicher geklärt werden. Wichtig ist zudem, dass eine ausgeheilte Infektion keinen Schutz gegen eine Neuinfektion bietet.^{5,7}

Akute Hepatitis C

Nach einer Infektion kann das Virus innerhalb weniger Wochen im Blut nachgewiesen werden. Typischerweise sind im Blut zwei Laborwerte als Marker der Leberentzündung (Hepatitis) erhöht, die sogenannten Transaminasen AST/GOT (Aspartat-Amino-Transferase/Glutamat-Oxalacetat-Transaminase) und ALT/GPT (Alanin-Amino-Transferase/Glutamat-Pyruvat-Transaminase). Während der akuten Phase einer Hepatitis C können Symptome vollkommen fehlen. Möglich ist aber auch ein unspezifisches Krankheitsgefühl mit erhöhter Müdigkeit und verminderter Leistungsfähigkeit. Selten kommt es zu einer Gelbsucht (Erhöhung des Bilirubins im Serum) und Juckreiz. Ein akutes Leberversagen ist bei einer Hepatitis C extrem selten. Eine spontane Ausheilung der Hepatitis C ohne Behandlung wird beobachtet, ist aber selten: In 50–85% entwickelt sich die Hepatitis C zu einer chronischen Erkrankung.^{5,7}

Chronische Hepatitis C

Von einer chronischen Hepatitis C spricht man, wenn die Infektion über mindestens 6 Monate nachweisbar ist. Wie bei der akuten Hepatitis C können Beschwerden fehlen. Viele Patienten berichten über typische, aber uncharakteristische Symptome. Diese umfassen erhöhte Müdigkeit, verminderte Leistungsfähigkeit und ein Druckgefühl im Bereich der Leber unter dem rechten Rippenbogen. Zudem können depressive Verstimmungen auftreten.

Besteht eine chronische Hepatitis C über längere Zeit – mehrere Jahre oder gar Jahrzehnte –, kann die Leber nach-

haltig geschädigt werden. Zusätzlich zur Entzündung kann auch eine Verfettung eintreten (Steatosis hepatis). Bedingt durch die chronische Entzündung kann es zu einem narbigen Umbau der Leber (Fibrose) kommen. Das Endstadium dieses Umbauprozesses ist eine Leberzirrhose mit entsprechenden Folgen, z.B. Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre (Ösophagusvarizen) oder Bauchwasser (Aszites). Gefürchtet ist zudem die Entwicklung eines HCC, der bei einer Hepatitis C meist auf dem Boden einer Leberzirrhose entsteht.

Obwohl die Hepatitis C primär eine Lebererkrankung ist, kommt es im Langzeitverlauf bei 40–75% der Patienten zu Beschwerden und Erkrankungen außerhalb der Leber. Diese sogenannten extrahepatischen Manifestationen umfassen unter anderem Gelenksbeschwerden, Haut- und Nierenerkrankungen. Zudem findet sich eine Assoziation mit Diabetes mellitus und Lymphomen. Eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung der Hepatitis C ist in diesen Fällen von besonderer Wichtigkeit, weil sich extrahepatische Manifestationen auch bei Ausheilung der Hepatitis C nicht immer vollständig zurückbilden.^{5,7}

Diagnostik

Die Diagnostik umfasst die Abklärung der HCV-Infektion und die Bestimmung des Schweregrads einer eventuellen Leberschädigung.

Eine stattgehabte Infektion mit dem HCV wird über eine Testung auf Antikörper gegen das Hepatitis-C-Virus („anti-HCV“) untersucht. Antikörper gegen HCV sind meist einige Wochen nach einer Infektion nachweisbar. Ein positiver Antikörpertest gegen HCV kann aber nicht zwischen einer ausgeheilten und einer anhaltenden HCV-Infektion unterscheiden, da diese Antikörper, – obwohl sie keine Immunität gegen HCV vermitteln –, auch im Fall einer Ausheilung der Infektion weiterhin und meist lebenslang nachweisbar bleiben. Der direkte Nachweis des Virus und somit der Beweis einer anhaltenden Infektion gelingt mit der Bestimmung von Erbmaterial des Virus (HCV-RNA) mittels einer speziellen Labortechnik („PCR“). Während ein positiver Antikörpernachweis zunächst nur zeigt, dass ein Kontakt mit dem Virus stattgefunden hat, kann mit dem PCR-Test zwischen einer ausgeheilten und einer fortbestehenden Infektion unterschieden werden. Zudem kann die Konzentration

der Virus-RNA im Blut bestimmt werden („Viruslast“). Ist eine Hepatitis C bestätigt, muss diese weiter charakterisiert werden. Anhand genetischer Unterschiede werden Hepatitis-C-Viren in verschiedene Genotypen und hier wiederum verschiedene Subtypen unterteilt. Die wichtigsten Genotypen in Deutschland sind 1a und 1b, 2, 3 und 4. Früher hatte die Kenntnis des Genotyps einen entscheidenden Einfluss auf die Wahl der Behandlungsform. Die Bedeutung des HCV-Genotyps ist durch die Entwicklung sogenannter pangentypischer Medikamente zurückgetreten, muss aber in einigen Situationen weiterhin beachtet werden.³⁻⁶

Das Stadium der Lebererkrankung wird mittels Labor- und Ultraschalluntersuchung bestimmt. Eine Leberbiopsie ist nicht zwingend erforderlich. Mit diesen Untersuchungen kann zwischen einer frühen oder fortgeschrittenen Fibrose bzw. einer Leberzirrhose unterschieden werden. Bei Vorliegen einer Leberzirrhose muss zwischen einer kompensierten (Child-Pugh A) und dekompenzierten (Child-Pugh B/C) Form differenziert werden. Zudem ist sorgfältig zu untersuchen, ob evtl. ein Lebertumor vorliegt.⁴

Therapie der chronischen Hepatitis C – allgemeiner Teil

Die Therapie der Hepatitis C hat in den letzten Jahren durch die Entwicklung direkt antiviraler Medikamente, häufig abgekürzt als „DAA“, einen immensen Fortschritt erfahren. Allerdings sind die DAA nur für die Behandlung der chronischen Hepatitis C zugelassen. Ziel der antiviralen Therapie ist eine Ausheilung der HCV-Infektion. Die Behandlung erfolgt mittlerweile rein in Tablettenform, verbunden mit guter Verträglichkeit und hoher Wirksamkeit. Der Erfolg der Behandlung wird 12 Wochen nach Ende der Therapie bestimmt: Lassen sich mittels PCR-Test keine Viren mehr im Blut nachweisen, gilt die HCV-Infektion als ausgeheilt. Antikörper gegen Hepatitis C bleiben jahre- und ggf. lebenslang nachweisbar und sollten im Verlauf nicht erneut bestimmt werden.

Kombination ist der Schlüssel zum Erfolg: Die DAA wurden gezielt gegen einzelne Eiweiße des HCV entwickelt und hemmen die Vermehrung der Viren. Allerdings finden sich im Körper viele, leicht unterschiedliche Hepatitis-C-Viren. Deshalb kann innerhalb kürzester Zeit eine Resistenz gegen einzeln gegebene Medikamente mit der Folge eines The-

rapieversagens entstehen. Dieses Problem konnte durch die kombinierte Gabe mehrerer antiviraler Medikamente mit unterschiedlichen Wirkmechanismen gelöst werden. Eine moderne DAA-Therapie gegen Hepatitis C besteht aus mindestens zwei unterschiedlich wirkenden Medikamenten. Diese können in einer Tablette zusammengefasst oder getrennt einzunehmen sein. Mittlerweile sind verschiedene feste DAA-Kombinationen zugelassen und haben sich gegenüber „freien“ Kombinationen durchgesetzt (Tabelle 1). Diese Entwicklung hat dazu beigetragen, dass für einzelne Medikamente die Zulassung zurückgezogen wurde. Um eine Resistenzentwicklung zu vermeiden und den Erfolg der Therapie nicht zu gefährden, ist eine Einnahme der Tabletten streng nach Medikamentenplan erforderlich. Für die meisten Patienten sind mit einer modernen Kombinationstherapie innerhalb von 8 Wochen Heilungsraten von ca. 95 % zu erreichen. Bei der Auswahl des Therapieregimes sind die jeweils aktuellen Empfehlungen der Leitlinie und sozialrechtliche Aspekte zur Kostenübernahme der vorgesehenen Therapie durch die Krankenkasse unter Berücksichtigung der zugelassenen Therapiedauer zu beachten.³⁻⁶

Tabelle 1: Feste Kombinationen direkt antiviraler Medikamente (DAA) zur Behandlung der chronischen Hepatitis C, Stand Frühjahr 2020

| Handelsname der festen Kombination | NS5A-Inhibitor | Nukleotidischer Polymerase-Inhibitor | Protease (NS3/4A)-Inhibitor | Ribavirin als Kombinationspartner | Genotyp | Einsatz bei eingeschränkter Nierenfunktion (Stadium I-V) | Einsatz bei eingeschränkter Leberfunktion (Leberzirrhose Child-Pugh A/B/C) | Therapiedauer laut Fachinformation |
|--|----------------|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------|--|--|------------------------------------|
| Kombinationen ohne Protease (NS3/4A)-Inhibitor | | | | | | | | |
| Epclusa® | Velpatasvir | Sofosbuvir | – | ja/nein ¹ | 1–6 | I–IIIa | A, B, C | 12 Wochen |
| Harvoni® | Ledipasvir | Sofosbuvir | – | ja/nein ² | 1, 3–6 | I–IIIa | A, B, C | 8–24 Wochen ² |
| Kombinationen mit Protease (NS3/4A)-Inhibitor | | | | | | | | |
| Maviret® | Pibrentasvir | – | Glecaprevir | nein | 1–6 | I–V | A | 8–12 Wochen ³ |
| Vosevi® | Velpatasvir | Sofosbuvir | Voxilaprevir | nein | 1–6 | I–IIIa | A | 8–12 Wochen ⁴ |
| Zepatier® | Elbasvir | – | Grazoprevir | ja/nein ⁵ | 1, 4 | I–V | A | 12–16 Wochen ⁵ |

1 Ribavirin kann erwogen werden bei HCV Genotyp 3-Infektion und kompensierter Zirrhose. Ribavirin wird empfohlen bei dekompenzierter Zirrhose. Dosierungsempfehlung Ribavirin gemäß Fachinformation Epclusa.

2 Detaillierte Angaben zu Therapiedauer und Ribaviringabe bei Leberzirrhose und früherer Lebertransplantation in Fachinformation Harvoni.

3 Bei nicht vorbehandelten Patienten Zulassung für 8 Wochen für alle HCV-Genotypen. Detaillierte Angaben zu Therapiedauer bei Patienten mit Therapieversagen auf eine Vorbehandlung Sofosbuvir und Ribavirin mit oder ohne pegyliertes Interferon-alfa in Fachinformation Maviret.

4 Therapiedauer in Abhängigkeit von Vorbehandlungsstatus, Schweregrad der Leberschädigung und HCV-Genotyp; Details in Fachinformation Vosevi.

5 Erwägen von Ribavirin und Therapiedauer in Abhängigkeit von HCV-Genotyp, HCV-Resistenzanalyse und Viruslast für Genotyp 1a und 4; feste Therapiedauer ohne Ribavirin von 12 Wochen für Genotyp 1b; Details in Fachinformation Zepatier.

Therapie der chronischen Hepatitis C – spezieller Teil

Die Entwicklung der modernen DAA-Kombinationstherapie der Hepatitis C hat vielen Patienten die Möglichkeit einer Behandlung ermöglicht, bei denen dies zuvor – aufgrund der schlechteren Verträglichkeit und unter Umständen gefährlichen Nebenwirkungen früherer Therapien – nicht möglich gewesen wäre. Dennoch müssen einige Besonderheiten beachtet werden.

Patienten mit Leberzirrhose und nach Lebertransplantation: Alle derzeit zugelassenen DAA dürfen bei einer Hepatitis C ohne Leberzirrhose und einer kompensierten Leberzirrhose (Child-Pugh A) eingesetzt werden. Bei einer dekompensierten Leberzirrhose (Child-Pugh B/C) werden DAA-Kombinationen, die einen sogenannten Proteaseinhibitor enthalten, nicht empfohlen. Für Patienten mit fortgeschrittener Leberzirrhose sind Kombinationen von Sofosbuvir mit entweder Ledipasvir oder Velpatasvir zugelassen. In Abhängigkeit von Genotyp oder Schwere der Lebererkrankung bzw. nach Lebertransplantation wird bei manchen Kombinationen zusätzlich die Einnahme von Ribavirin, einem unspezifisch wirkenden, antiviralen Medikament, empfohlen.

Bei weit fortgeschrittener Leberzirrhose sinken die Heilungschancen einer antiviralen Therapie. Besteht die Indikation für eine Lebertransplantation, muss sorgfältig geprüft werden, ob eine Behandlung der Hepatitis C vor oder nach Transplantation sinnvoller erscheint. Nach einer Lebertransplantation können mit einer DAA-Kombinationstherapie ebenfalls Heilungsraten über 90% erreicht werden. Hier sind jedoch mögliche Medikamenteninteraktionen zwischen der antiviralen Behandlung und Immunsuppressiva zu beachten.^{3,4,8}

Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion: Alle derzeit zugelassenen DAA dürfen bei Patienten mit einer leicht- oder mittelgradig eingeschränkten Nierenfunktion eingesetzt werden (Stadium I–III). Bei einer höhergradigen Einschränkung der Nierenfunktion (Stadium IV oder V) sind Therapieregime, die Sofosbuvir enthalten, nicht zugelassen. Die DAA-Kombination Elbasvir/Grazoprevir ist auch bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz zugelassen, allerdings nur für die Genotypen 1 und 4. Die Kombination aus Glecaprevir und Pibrentasvir ist hingegen für die Genotypen 1 bis 6 auch bei Patienten mit hochgradig eingeschränkter Nierenfunktion zugelassen. Die Therapiedauer beträgt 8 Wochen.^{3,6,9,10}

Begleitmedikamente: DAA können in unterschiedlicher Weise mit anderen

Medikamenten in Wechselwirkung treten. Dies kann einen Wirkverlust der antiviralen Medikamente zur Folge haben. Aber auch die Begleitmedikamente können entweder weniger wirksam sein oder in ihrem Abbau gehemmt werden, wodurch wiederum ggf. gefährliche Nebenwirkungen entstehen können. Deswegen müssen alle Medikamente – auch frei verkäufliche oder pflanzliche Präparate – vor Beginn einer DAA-Therapie auf ihre Unbedenklichkeit geprüft werden. Unter einer laufenden DAA-Behandlung muss jede Änderung der Begleitmedikation ärztlich besprochen werden.

Patienten mit DAA-Vorbehandlung: Bei einer erfolglosen Behandlung mit DAA-Kombinationsregime ohne (pegyliertes) Interferon-alfa ist vor einer erneuten Behandlung eine Virusresistenzanalyse sinnvoll. Zudem müssen andere Faktoren für ein Therapieversagen geprüft werden. Bei einem Therapieversagen nach Sofosbuvir und Ribavirin mit oder ohne pegyliertes Interferon-alfa kann eine Retherapie mit Glecaprevir und Pibrentasvir in Abhängigkeit von Genotyp und Zirrhosestatus über 8, 12 oder 16 Wochen erfolgen. Die fixe Dreifachkombination aus Sofosbuvir, Velpatasvir und Voxilaprevir ist für komplex DAA-vorbehandelte Patienten über 12 Wochen zugelassen. Da diese Regime einen Proteaseinhibitor enthalten, wird eine Behandlung bei Patienten mit fortgeschrittener Leberzirrhose (Child-Pugh B oder C) nicht empfohlen.^{11–13}

Nachsorge und Surveillance

Eine Ausheilung der HCV-Infektion führt häufig zu einer Besserung von leberspezifischen Laborwerten und der entzündlichen Aktivität in der Leber. Auch eine bereits eingetretene Leberschädigung (Fibrose, Zirrhose) kann sich in Teilen zurückbilden. Dennoch bleibt festzuhalten, dass eine Heilung der HCV-Infektion nicht mit einer vollständigen Heilung der Lebererkrankung gleichzusetzen ist. Vor allem das Risiko der Entwicklung eines Leberkarzinoms bleibt auch nach Ausheilung einer Hepatitis C erhöht. Deswegen sollte jeder Patient mit einer ausgeheilten Hepatitis C in fachärztlicher Nachsorge bleiben.

Literaturhinweise

1. Platt L, Easterbrook P, Gower E, McDonald B, Sabin K, McGowan C, et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2016;16:797–808.
2. Bruggmann P, Berg T, Øvrehus ALH, Moreno C, Brandão Mello CE, Roudot-Thoraval F, et al. Historical epidemiology of hepatitis C virus (HCV) in selected countries. *J Viral Hepat*.

2014;21 Suppl 1:5–33.

3. Forns X, Sarrazin C. Treatment of chronic hepatitis C. *J Hepatol*. 2018;69:544–6.
4. Sarrazin C, Zimmermann T, Berg T, Neumann U, Schirmacher P, Schmidt H, et al. S3-Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion“. *Z Gastroenterol*. 2018;56:756–838.
5. Pawlotsky J-M, Feld JJ, Zeuzem S, Hoofnagle JH. From non-A, non-B hepatitis to hepatitis C virus cure. *J Hepatol*. 2015;62:S87–99.
6. Mensa FJ, Lovell S, Pilot-Matias T, Liu W. Glecaprevir/pibrentasvir for the treatment of chronic hepatitis C virus infection. *Futur Microbiol*. 2019;14:89–110.
7. Alter MJ, Margolis HS, Krawczynski K, Judson FN, Mares A, Alexander WJ, et al. The natural history of community-acquired hepatitis C in the United States. The Sentinel Counties Chronic non-A, non-B Hepatitis Study Team. *N Engl J Med*. 1992;327:1899–905.
8. Weiler N, Zeuzem S, Welker M-W. Concise review: Interferon-free treatment of hepatitis C virus-associated cirrhosis and liver graft infection. *World J Gastroenterol*. 2016;22:9044.
9. Li T, Qu Y, Guo Y, Wang Y, Wang L. Efficacy and safety of direct-acting antivirals-based antiviral therapies for hepatitis C virus patients with stage 4–5 chronic kidney disease: a meta-analysis. *Liver Int*. 2017;37:974–81.
10. Brown RS, Buti M, Rodrigues L, Chulanov V, Chuang WL, Aguilar H, et al. Glecaprevir/pibrentasvir for 8 weeks in treatment-naïve patients with chronic HCV genotypes 1–6 and compensated cirrhosis: The EXPEDITION-8 trial. *J Hepatol*. Elsevier B.V.; 2020;72:441–9.
11. Sarrazin C. The importance of resistance to direct antiviral drugs in HCV infection in clinical practice. *J Hepatol*. 2016;64:486–504.
12. Bourlière M, Gordon SC, Flamm SL, Cooper CL, Ramji A, Tong M, et al. Sofosbuvir, Velpatasvir, and Voxilaprevir for Previously Treated HCV Infection. *N Engl J Med*. 2017;376:2134–46.
13. Pearlman B, Perrys M, Hinds A. Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir for Previous Treatment Failures With Glecaprevir/Pibrentasvir in Chronic Hepatitis C Infection. *Am J Gastroenterol*. 2019;114:1550–2.

Toxische Lebererkrankungen



Foto: privat

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Klaus-Peter Maier
Hepatology

Einleitung

Die Leber des Menschen ist das zentrale Organ für die Verstoffwechslung von Fremdstoffen, ihre Entgiftung und Ausscheidung.

Unter toxischen Hepatopathien versteht man akute oder chronische, durch Fremdstoffe (z. B. Alkohol, Medikamente, Kräuter, Nahrungsergänzungsmittel etc.) hervorgerufene Erkrankungen, deren Spektrum von einer asymptomatischen, blanda Erhöhung der Leberenzyme bis hin zum fulminanten Leberversagen und – im chronischen Fall – bis zur Leberzirrhose und ihren Folgeerkrankungen führt.

Alkohol

Alkoholismus ist weit verbreitet: Nach Schätzungen lebten bereits vor 30 Jahren in Amerika ca. 10 Millionen Alkoholiker. Die entsprechenden Zahlen für Deutschland im Jahre 1992 beliefen sich auf 2–3 Millionen. Medizinhistorisch interessant ist, dass Laennec sich bereits 1828 bei der klassischen Beschreibung der Leberzirrhose auf die Autopsie eines Alkoholikers bezog.

Hepatologen, und nicht nur diese, werden regelmäßig gefragt, welche Alkoholmenge für einen gesunden Erwachsenen im Hinblick auf eine mögliche Leberschädigung unbedenklich oder auch gefährlich sein könnte. In diesem Zusammenhang muss auf ältere Daten verwiesen werden, welche zeigen, dass die Zirrhose-Morbidität dann exponentiell ansteigt, wenn ein gesunder Mann über längere Zeit täglich mehr als 60g, eine gesunde Frau mehr als 20g Alkohol zu sich nimmt. Gut verständlich, dass auch der Zeitfaktor eine wesentliche Rolle spielt, dazuhin das Geschlecht und möglicherweise auch genetische Faktoren, z. B. der genetische Polymorphismus für die Alkohol- und die Aldehyddehydrogenase, gefolgt von unterschiedlichen Abbauraten für Alkohol und Acetaldehyd. Dagegen scheinen Ernährungsgewohnheiten und die Art alkoholischer Getränke (bei gleicher Alkoholkonzentration) für

die Entstehung alkoholischer Leberschäden nicht bedeutsam zu sein. Hinweise gibt es, dass periodischer Alkoholgenuss (Quartalstrinker) ein niedrigeres Zirrhose-Risiko aufweisen im Vergleich zu denjenigen Personen, die kontinuierlich übermäßig Alkohol trinken.

Immer wieder wird die Toxizität von Alkohol hinsichtlich der Induktion von Lebererkrankungen hinterfragt. Dies umso mehr, da nachgewiesen werden konnte, dass nicht alle Menschen, die Alkohol über einen längeren Zeitraum und in größeren Mengen trinken, tatsächlich eine derartige Lebererkrankung entwickeln. Nach umfangreichen, auch biopsischen, Untersuchungen kann man davon ausgehen, dass „nur“ 15–25% dieser Personen eine Leberzirrhose aufweisen, wobei man jedoch bei diesen Daten nicht vergessen darf, dass der Zeitfaktor, wie bereits ausgeführt, eine wesentliche Rolle spielt, denn in einer großen Biopsie-Studie fand sich immerhin bei 20% der Alkoholiker eine alkohol-toxische Hepatitis als Vorstufe einer Leberzirrhose.

Gut definiert ist der Verlauf einer durch Alkohol hervorgerufenen toxischen Lebererkrankung: Beginnend mit einer vergleichsweise noch blanda, alkoholbedingten Fettleber, entwickelt sich das Krankheitsbild über die Alkoholhepatitis (welche asymptomatisch, aber auch symptomatisch bis hin zur fulminanten Hepatitis verlaufen kann) hin bis zum Endstadium einer alkoholischen Leberzirrhose.

Merkwürdig und kontrollbedürftig sind soeben publizierte Untersuchungen über den Einfluss von Alkoholkonsum auf das Überleben bei Patienten, welche bereits eine – allerdings nicht durch Alkohol bedingte – Vorschädigung ihrer Leber, eine sogenannte nicht-alkoholische Fettlebererkrankung aufweisen. In dieser Patientengruppe war ein „moderater“ Alkoholkonsum (0,5–1,5 drinks/Tag) mit einem signifikanten protektiven Effekt hinsichtlich der Gesamtmortalität assoziiert – allerdings – und auch dieses Ergebnis muss nachdenklich stimmen – mit einer erhöhten Mortalität dann, wenn der an einer sogenannten nicht-alkoholischen Lebererkrankung (NAFLD) leidende Patient den Alkoholkonsum über mehr als 1,5 drinks/Tag steigerte.

Wie wichtig strikter Alkoholverzicht selbst im Stadium einer alkoholischen Leberzirrhose ist und die Prognose entscheidend verbessert, zeigen Verlaufsbeobachtungen: Die 5-Jahres-Überlebensrate bei Patienten mit kompensierter Leberzirrhose betrug 89% dann, wenn

der Alkoholabusus beendet wurde, verglichen mit nur 68% dann, wenn die Patienten selbst im Endstadium einer Lebererkrankung weiterhin Alkohol tranken.

Medikamente

Riesig ist die Anzahl von Medikamenten, welche in seltenen Fällen zu einer akuten oder auch chronischen Leberschädigung führen können. Daher ist es sinnvoll, dass der Arzt bei jedem Patienten mit einer „Lebererkrankung ungeklärter Ätiologie“ an diese Möglichkeit denkt, deren jährliche Inzidenz auf 10–15 Fälle/10.000–100.000 Personen geschätzt wird. Von Patienten, die eine medikamentös-induzierte Hepatopathie aufweisen, zeigen etwa 10% das Krankheitsbild einer akuten Hepatitis. Nach Identifikation und Elimination der Noxe kann die Hepatitis spontan ausheilen, in seltenen Fällen jedoch in ein progredientes Krankheitsbild übergehen. Zumindest in den Vereinigten Staaten werden Medikamente als die häufigste Ursache eines akuten Leberversagens angesehen.

Lassen sich derartige Verläufe vorhersehen?

Einige Risikofaktoren für die Entwicklung einer medikamentös-toxischen Hepatopathie sind bekannt: Erwachsene sind im Vergleich zu Kindern anfälliger, Frauen eher als Männer und Alkohol und zusätzliche Unterernährung scheinen in einigen Fällen (z. B. bei der Paracetamol-Hepatitis) eine begünstigende Rolle zu spielen.

Bei einigen Medikamenten lässt sich der Leberschaden voraussehen: Er ist dosisabhängig, wie dies z. B. bei Paracetamol der Fall ist, einem Medikament, welches – in therapeutischer Dosierung – weltweit erfolgreich zur Schmerztherapie eingesetzt wird.

Der dosisabhängigen Induktion einer Hepatopathie stehen Fälle von unvorhersehbarer (idiosynkrastischer) Natur entgegen. Eine solche, vorab nicht absehbare Reaktion findet sich bei einigen Medikamenten, insbesondere auch bei Antibiotika, wie z. B. Amoxicillin-Clavulansäure, aber auch bei Makroliden, Tetracyclinen und einzelnen Cephalosporinen.

Weit verbreitet sind Medikamente zur Therapie des Bluthochdrucks (ACE-Hemmer und AT-II-Rezeptorantagonisten). Diese Stoffklasse, ebenso wie diejenige der Betablocker, haben ein exzellentes Sicherheitsprofil, obwohl in Einzelfällen Lebererhöhungen beschrieben wurden.

Ebenfalls weit verbreitet sind Medikamente zur Senkung der erhöhten Cholesterinkonzentration, sogenannte Statine, die bereits im Jahre 2008 in den Vereinigten Staaten in einer Größenordnung von mehr als 142 Millionen Verschreibungen aufwies. Asymptomatische Erhöhungen der GPT-Aktivität wurden in Verlaufsstudien in einer Größenordnung von 0,2–1,14% beobachtet. Interessant sind Publikationen dahingehend, dass eine Normalisierung der erhöhten Transaminasenaktivität bei Patienten trotz fortgesetzter Behandlung erfolgte. Wenn eine derartige, oftmals nur durch Blutuntersuchungen identifizierbare Nebenwirkung durch Statine auftritt, so kann man damit rechnen, dass dies bei der Hälfte der Patienten innerhalb von 4 Monaten nach Beginn der Statin-Medikation erfolgt.

Insgesamt gesehen sind Statine bemerkenswert sichere Medikamente, die auch bei Patienten mit chronischen Lebererkrankungen eingesetzt werden können, z.B. bei Patienten mit nicht-alkoholischer Fettlebererkrankung bei metabolischem Syndrom. Diese Stoffklasse ist jedoch kontraindiziert bei Patienten mit dekompensierter Leberzirrhose, akutem Leberversagen und auch dann, wenn einmal der seltene Fall einer Statin-induzierten Hepatitis mit hohen Transaminasen und Bilirubin-Erhöhung beobachtet wird. Besteht bei solchen Patienten die zwingende Indikation zu einer fettsenkenden Therapie, so sollte diese nicht mit einem Statin, sondern mit einem Medikament einer anderen Stoffklasse fortgesetzt werden.

Wie kann man eine medikamentös-induzierte Lebererkrankung vermeiden?

Zunächst ist es, wie bereits ausgeführt, wichtig, an diese Möglichkeit überhaupt zu denken, dass Medikamente ursächlich für eine akute oder chronische Hepatopathie sein können. Bei der alternden Bevölkerung nicht selten, dass Patienten zahlreiche Medikamente einnehmen müssen. In solchen Fällen kann es schwierig, ja unmöglich sein, gezielt das in Frage kommende Medikament zu identifizieren. Manchmal sind Datenbanken hilfreich, welche helfen, Wechsel-/Nebenwirkungen, bedingt durch Interaktion verschiedener Medikamente, aufzudecken. Eine weitere Möglichkeit der Früherkennung einer medikamentös-toxischen Hepatopathie besteht in der Bestimmung der Transaminasen im Verlauf der Medikamenteneinnahme. Sinnvoll erscheint diese Überwachungsstrategie vor allem bei den (wenigen) Medikamenten mit relativ hoher Inzidenz einer

ins Gewicht fallenden Leberschädigung (z.B. Isoniazid und Methotrexat).

Pflanzliche Produkte, Vitamine, Kräuter

Komplementäre und alternative medizinische Therapien sind weit verbreitet. Viele beruhen auf Kräuterpräparaten und/oder diätetischen „Ergänzungsmitteln“ (sogenannte Nahrungsergänzungsmittel). Die wachsende Popularität dieser Art einer Therapie begründet sich vornehmlich auf der fälschlichen Annahme, dass pflanzliche Heilmittel aufgrund ihrer natürlichen Herkunft praktisch ohne Nebenwirkungen seien – eine manchmal höchst verhängnisvolle Vorstellung! Interessant ist, dass weniger als 40% der Patienten, die sich selbst auf diese Weise therapieren, dies ihrem Arzt mitteilen, und wenn, dann meistens mit erheblicher Zurückhaltung.

Wie häufig sind Leberschädigungen durch derartige Produkte?

Man rechnet, dass 15–20% aller Fälle von exogen-toxischen Lebererkrankungen auf die Einnahme von Kräuterpräparaten und/oder Nahrungsergänzungsmitteln zurückgehen – Tendenz steigend.

Tritt eine Nebenwirkung i.S. einer akuten oder chronischen Hepatopathie auf und entwickeln sich nach einiger Zeit auch klinische Symptome, so kann sich eine fatale Spirale entwickeln: Der Patient, der selbst diese „neuen“ Symptome an sich beobachtet, führt diese auf die vorhandene oder auch nicht existente Grunderkrankung zurück und antwortet darauf mit einer Dosissteigerung des pflanzlichen Heilmittels. Derart ausgelöst und durch die Dosissteigerung beschleunigt, kann dies zum akuten Leberversagen oder zur Leberzirrhose führen.

Die irrije Annahme, dass „rein Pflanzliches“ gesund, atoxisch und als Heilmittel geeignet sei, wird leider jedes Jahr drastisch und augenfällig widerlegt durch Berichte über das akute Leberversagen, manchmal von ganzen Familien, durch die Einnahme von Pilzen. Mehr als 90% aller tödlich verlaufenden Pilzvergiftungen gehen auf den Genuss von Knollenblätterpilzen zurück, wobei aufgrund der außerordentlichen Toxizität des Pilzgiftes bereits die Einnahme von nur 50g des Pilzes zu einem rasch tödlichen Verlauf führen kann. Wichtig zu wissen, dass das Gift dieses Pilzes stabil ist, dem Trocknungsprozess widersteht und auch beim Kochen nicht inaktiviert wird. Während bei vielen hepatotoxischen Nebenwirkungen, bedingt durch Pflanzen, Kräuter und Vitamine (s.u.) manchmal lediglich geringe Erhöhungen der Leberenzyme

beobachtet werden, ist die Dramatik nach der Einnahme einer „natürlichen“ Pflanze, hier des Knollenblätterpilzes, kaum zu übertreffen: In einer Serie von 8 Patienten wurden maximale Transaminasenwerte über 12000 IU/ml und Bilirubin-Konzentrationen bis 52 mg/dl gemessen!

Vitamine

Vitamine sind gesund – eine gängige Ansicht. Dass Vitamine schwere Leberschädigungen hervorrufen können, ist so gut wie unbekannt. „Megavitamine“ werden eingenommen, nicht selten unter der Vorstellung einer „Stärkung des Immunsystems“. Nach Schätzungen nimmt etwa 1/3 der US-Bevölkerung Vitamine ein, darunter auch Vitamin A, dessen Toxizität bei langdauernder erhöhter Dosis seit Langem bekannt ist. Bereits in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts wurden bei Eingeborenen in Alaska, die große Mengen von Eisbärenlebern zu sich nahmen, deren Toxizität, bedingt durch die hohe Vitamin A-Konzentration in diesem Organ, bekannt. Fälle von relativ milder Hepatopathie, aber auch von Leberzirrhose und Leberversagen, bedingt durch Überdosierung von Vitamin A, sind beschrieben, ebenso wie eine Lebertransplantation aufgrund des Verlustes der Organfunktion.

Kräuter

Schafskraut, ein Lippenblütler, wurde jahrelang in Kräutertees und Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts in Form von Kapseln in Frankreich zur Gewichtsreduktion eingesetzt, bis schließlich Dutzende Fälle von toxischen Hepatopathien, einschließlich eines tödlichen Leberversagens, zum Marktentzug des Präparates führte. Die Pflanze soll nicht nur das Gewicht reduzieren, sondern auch choloretische Eigenschaften aufweisen und eingesetzt werden gegen so unterschiedliche Erkrankungen wie Dyspepsie, Hypertonie, Diabetes, Gicht und, wie gesagt, gegen Fettsucht.

Der *Kreosotbusch*, eine Pflanze aus der Familie der Jochblattgewächse, soll wirksam sein gegen Blutvergiftung, Lebererkrankungen, Amöben, Bakterien, Pilze und Viren. Als Tee, Kapseln oder Tabletten gilt er auch als „Leber-tonikum“. Die Wirksamkeit ist durch Studien nicht belegt. Patienten, die nach Einnahme dieses Präparates eine Lebererkrankung entwickelten, wiesen Zeichen einer akuten Hepatitis auf. Auch Fälle von akutem Leberversagen und Entwicklung einer Leberzirrhose wurden beobachtet. Glücklicherweise normalisierten sich die Leberwerte innerhalb von 4–5 Monaten dann, wenn die Ursächlichkeit rechtzeitig er-

kannt und die Medikation beendet wurde.

Ayurvedische Kräuter

Kräuter und diätetische Ergänzungsmittel werden vor allem in Indien und Nepal in der Praxis der traditionellen indischen Medizin (Ayurveda) eingesetzt. Dabei werden auch Medizinalpflanzen, die toxische Alkaloide enthalten, verwandt, mit der Folge, dass bei einigen Personen akute und chronische Lebererkrankungen resultieren. Außerdem sind einem Teil dieser Produkte Schwermetalle beigemischt. Wir selbst haben einen Fall schwerster Bleivergiftung bei einer Patientin beobachtet, die sich in Indien dieser Art einer Behandlung unterzogen hatte.

Hepatotoxische Kräuter

Groß ist die Anzahl derjenigen Kräuterpräparate, die z.B. im Rahmen der traditionellen chinesischen Kräutermedizin eingesetzt werden. Ebenso umfangreich ist die Liste der Indikationen, die von einer „Verbesserung der Lebergesundheit“ über sedierende und analgetische Effekte bis hin zu Gewichtsreduktionen reichen. Sehr unterschiedlich sind auch Schweregrad und Ausprägung möglicher hepatotoxischer Nebenwirkungen, welche von einer leichten Leberverfettung hin bis zum fulminanten Leberversagen und der Lebertransplantation reichen.

Kava-Kava

Kava-Kava gilt als Sedativum und Anxiolytikum. Trotz Fällen von Hepatotoxizität, einschließlich Todesfällen (!), wird Kava-Kava immer noch verkauft. Wir selbst haben bereits im Jahre 1998 über zwei Fälle schwerster, akut nekrotisierender Hepatitis durch Kava-Kava-Einnahme bei Patienten ohne Vorerkrankungen berichtet. Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahre 2004 beinhaltet 78 Fälle von Hepatotoxizität, davon 11 Patienten, die aufgrund des Leberversagens sich einer Transplantation unterziehen mussten. Vier Patienten starben! Hingewiesen sei darauf, dass zahlreiche andere Medikamente, die als Sedativa oder Anxiolytika wirken, auf dem Markt sind und die die genannten Nebenwirkungen nicht aufweisen.

Zusammenfassung

Alkohol, im Übermaß genossen, ist wahrscheinlich das bekannteste Hepatotoxin überhaupt. Die Zirrhose-Morbidität steigt, wenn auch nicht bei allen Personen, exponentiell an, wenn der tägliche Alkoholkonsum 60g bei Männern bzw. 20g bei Frauen übersteigt.

Umfangreich ist die Liste hepatotoxischer Nebenwirkungen auch bei Medikamenten. Ein Teil, der durch diese hervorgerufenen Lebererkrankungen lässt sich mit Bezug auf die eingenommene Dosis erklären (z.B. Paracetamol), während ein

größerer Teil von Medikamenten unterschiedlich starke Leberfunktionsstörungen auslösen kann, ohne dass ein Bezug zur eingenommenen Dosis besteht. Wichtig ist eine sorgfältige Medikamenten-Anamnese und auch der Aspekt der Wechselwirkungen, die den Medikamentenabbau beeinflussen können dann, wenn der Patient eine Polymedikation benötigt.

Riesig ist das Angebot (und auch die Reklame) für gesundheitsfördernden Präparate, angefangen von Vitaminen über Kräuterzubereitungen bis hin zu sogenannten Nahrungsergänzungsmitteln – verbunden mit der verkaufsfördernden Zusatzbezeichnung „natürlich“. Induziert wird, dass „Natürlichkeit“ pflanzlicher Heilmittel mit Nebenwirkungsfreiheit verbunden ist und die Indikation für derartige natürliche Substanzen von der wohlbekannten „Stärkung des Immunsystems“ über die „Entgiftung“ bis hin zur „Verbesserung der Leistungsfähigkeit“ führt.

Für den Patienten, der derartige Präparate einnimmt, ist es wichtig, dass er dem Arzt davon berichtet, insbesondere dann, wenn die Diagnose einer „ätiologisch unklaren Hepatopathie“ im Raume steht.

Literatur beim Verfasser

Qualitätsberichte der Transplantationszentren für das Jahr 2018 sind online



Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) hat die Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung der Transplantationszentren für das Jahr 2018 auf www.dso.de veröffentlicht.

Patienten können sich anhand der Qualitätsberichte darüber informieren, welche Ergebnisse die einzelnen Transplantationszentren bei der Organübertragung erreicht haben. Bundesweit gibt es rund 50 Zentren, in denen Spenderorgane übertragen werden. Ergänzend zu den Berichten der einzelnen Transplantationszentren bietet die DSO auch bundesweite Zusammenfassungen für die jeweiligen Organe an. Diese erleichtern es zusätzlich, die Ergebnisse der einzelnen Kliniken zu vergleichen.

In den Qualitätsberichten liegt der Fokus auf der Darstellung des kurz- und mittelfristigen Erfolgs der durchgeführten Transplantationen anhand ausgewählter Qualitätsindikatoren. Zu jedem Qualitätsindikator, zum Beispiel dem 1-Jahres-Überleben, sind die Ergebnisse der betreffen-

den Kliniken in einer Übersicht dargestellt. Eine Grafik zeigt die Entwicklung der bundesweiten Gesamtergebnisse der vergangenen Jahre. Die Daten basieren auf den Untersuchungen der externen vergleichenden Qualitätssicherung durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).

Die Qualitätsberichte erweitern die jährlichen Tätigkeitsberichte der Transplantationszentren, die für 2018 bereits im September 2019 erschienen sind. In den Tätigkeitsberichten ist der Umfang der transplantationsmedizinischen Aktivitäten dargestellt, also die Entwicklung der Zahl der Patienten auf den Wartelisten und der durchgeführten Organtransplantationen. Zusammenfassend ergeben beide Berichte ein umfassendes und

transparentes Bild der Transplantationsmedizin in Deutschland.

Da im Bereich der Transplantation nur relativ kleine Zahlen verglichen werden können, sind statistisch gesehen signifikante Unterschiede nur schwer erkennbar. Bei gleicher Qualität können unterschiedliche Behandlungsergebnisse erzielt werden, wenn die Risikoprofile der transplantierten Patienten, z.B. hinsichtlich Alter oder Schweregrad der Erkrankung, von Transplantationszentrum zu Transplantationszentrum stark variieren. Statistiken können daher nicht das persönliche Beratungsgespräch ersetzen.

Hier der Link zu den Berichten:

<https://dso.de/organspende/statistiken-berichte/berichte-der-transplantationszentren>

Quelle: PM DSO v. 4.5.2020

Magdeburg: Mehr als 20 Jahre – Leben mit einer transplantierten Leber

Ende Juni 2019 trafen sich ehemalige Patienten aus Sachsen-Anhalt, die sich vor über 20 Jahren an der Universitätsklinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie einer Lebertransplantation unterziehen mussten. Eingeladen hatten der Direktor der Klinik, **Prof. Dr. Roland Croner**, und **Prof. Dr. Hans Lippert**, der von 1993 bis 2013 diese Klinik leitete.

Die Patienten, die zu diesem Treffen gekommen waren, wurden in den 90er Jahren von Prof. Lippert operiert und leben mit der transplantierten Leber seit mehr als 22 Jahren nahezu komplikationsfrei.

Prof. Lippert und Prof. Croner begrüßten ihre Patienten und waren sichtlich glücklich darüber, dass es ihnen auch nach so vielen Jahren gut geht.

Einige Patienten hatten an diesem Tag ihren Nachsorgetermin bei **Prof. Dr. Stefanie Wolff**, die sich mit ihrem Team seit 1995 um die Nachsorge der lebertransplantierten Patienten kümmert, verknüpft.

Es war sehr bewegend, als Patienten mit Freude und Dankbarkeit über die Operation und das Leben mit der „fremden“ Leber berichteten. Eine Patientin war damals gerade 30 Jahre alt und Mutter von vier Kindern. Sie schilderte die verzweifelte Situation vor 24 Jahren, als ein plötzliches Leberversagen bei ihr auftrat und sie sich die größten Sorgen um ihre Kinder und den Ehemann machte: „Werde



Prof. Roland S. Croner (2. v.l.), Prof. Hans Lippert (3. v.l.) und Professorin Stefanie Wolff (rechts) gemeinsam mit den Lebertransplantierten Patienten am Haus 60a der Universitätsmedizin Magdeburg.

ich meine Kinder aufwachsen sehen? Mit der lebensrettenden Transplantation und der intensiven, wohnortnahen Nachbetreuung konnte ich wieder ein normales Leben führen. Ich war für meine Familie da, erlebte Einschulung, Berufsausbildung und Heirat meiner Kinder. Heute sind wir stolze Großeltern. Wir hoffen, dass diese Behandlung und Betreuung auch in Zukunft hier möglich sein wird.“ Andere Patienten erinnerten sich an die ereignisreichen Tage der Transplantation, darunter an Weihnachten, Neujahr oder Feiertagen.

Prof. Lippert betonte: „Ich bin sehr stolz darauf, dass wir diese hochspezialisierte Medizin in Magdeburg aufgebaut haben. Vielen Patienten konnten wir so das Le-

ben erhalten. Dies gelang nur, weil es Mitarbeiter, Ärzte, Schwestern und Pfleger und weitere unentbehrliche Mitarbeiter gibt, die 365 Tage im Jahr und 24 Stunden für die Patienten da sind. Das Team verfügt über eine große Erfahrung und natürlich eine hohe Einsatzbereitschaft.“ Darüber hinaus ist Prof. Lippert davon überzeugt, dass die Klinik unter Leitung von Prof. Croner, der auch neue Generationen der Medizintechnik etabliert hat, weiter eine gute Zukunft hat. Das hohe Niveau in der Medizin gilt es für die Menschen hier zu halten und zu gestalten.

Quelle: PM der Universitätsklinik Magdeburg v. 8.7.2019

Foto: Melitta Dybiona

Freiburg: Arzt-Patienten-Seminar

Inge Nußbaum

Am Samstag, den 18.1.2020 fand an der medizinischen Universitätsklinik in Freiburg ein Arzt-Patienten-Seminar mit dem Thema „Leber & Darm“ statt.

Dieses ganz besondere Seminar wurde anlässlich der Verabschiedung von Prof. Dr. J. Rasenack abgehalten.

Prof. Rasenack hat über Jahrzehnte in Freiburg die Leberambulanz an der Universitätsklinik geleitet. Hervorzuheben wäre, dass Prof. Rasenack immer sehr offen und unkompliziert uns gegenüber war. Die Zusammenarbeit war ein direktes Gegenüber „auf Augenhöhe“. Viele Arzt-Patienten-Seminare fanden in den letzten beiden Jahrzehnten in Räumen der Universitätsklinik in Freiburg in Zusammenarbeit mit Lebertransplantierte Deutschland e.V. für Leberpatienten statt.

Prof. Rasenack hat uns und unsere Vorschläge stets respektiert und war sehr kooperativ. Die Themen der Patientenseminare haben wir in der Regel vorher miteinander besprochen und sogar die Termine gemeinsam festgelegt. Sein Schwerpunkt war natürlich nicht die Lebertransplantation, sondern die Behandlung von Lebererkrankungen bis hin zur Vorbereitung auf die Transplantation und die Nachsorge danach in enger Zusammenarbeit mit dem Uniklinikum Heidelberg. Von dort hat er auch Referenten eingesetzt. Er kam zu Treffen der Regionalgruppe Freiburg/Hochrhein, wenn wir ihn dazu eingeladen haben. Viele unserer Mitglieder waren „seine Patienten“, die er mit viel persönlichem Einsatz betreut hat. Einige davon kommen heute noch in seinen



Klinikbereich zur Nachsorge.

Prof. Rasenack zieht sich aus Altersgründen von seinem Dienst an der Uniklinik Freiburg zurück und hat ab sofort Zeit, den Ruhestand zu genießen und seinen Hobbys nachzugehen.



Wir freuen uns natürlich, dass die Zusammenarbeit mit dem Uniklinikum nahtlos weitergehen kann. **Dr. Neumann-Haefelin**, der auch schon einige Jahre mit bei den Arzt-Patienten-

Seminaren aktiv dabei war, wird weiterhin diese Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit unserem Verband abhalten.

Unser Dank gilt besonders Prof. Rasenack und selbstverständlich auch dem ganzen Team der Universitätsklinik Freiburg. Frau Nußbaum hat in Vertretung von Jutta Riemer und Josef Theiss ein kleines Abschiedspräsent überreicht.

Fotos: Josef Theiss, privat

Mannheim: Patiententag 2019 – Universitätsmedizin Mannheim und Interdisziplinäres Tumorzentrum Mannheim (ITM)

Ferdinand Geßler

Am Samstag, den 16. November 2019 zu früher Stunde ging es recht geschäftig zu im Ignaz-Holzbauer-Saal des Congress Center Rosengarten in Mannheim. Um die 17 Selbsthilfegruppen und weitere 10 Aussteller, die sich ebenfalls mit dem Thema Krebs befassen, bauten ihre Info-Stände auf.

Der Patiententag der Universitätsmedizin Mannheim (UMM) stand in diesem Jahr unter dem Motto „Gemeinsam sind wir stark! So kämpfen wir gegen erneut auftretenden Krebs.“

Medizinische Experten der UMM informierten in Kurzvorträgen und interaktiven Diskussionen über die aktuellen rasanten Entwicklungen in der Diagnose und Therapie von Krebserkrankungen. Näher beleuchtet wurden dabei verschiedene Innovationsbereiche – von den neuen radiologischen Bildgebungsmöglichkeiten und den radiologischen Behandlungsalternativen über moderne Laborverfahren und neue Operationsmethoden bis hin zu individualisierten medikamentösen Behandlungen.



v.l.: Wolfgang Weber, Andrea Sebastian, Ferdinand Geßler

Andrea Sebastian, Ferdinand Geßler und Wolfgang Weber (LD e.V.) führten intensive Gespräche über Krebserkrankungen und deren Folgen für die Lebensqualität der Betroffenen. Ein weiterer Schwerpunkt im Kontakt mit den Besuchern war die Organspende. Dabei konnten wir doch erhebliche Wissenslücken im persönlichen Gespräch schließen.

In beiden Bereichen unterstützten uns die vereinseigenen Broschüren und das Infomaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Organspendeausweise konnten wir vielen Interessierten mit auf den Weg geben.

Schluss war um 17.00 Uhr und wir hatten das Gefühl, dem einen oder anderen etwas weitergeholfen zu haben.

Mainz: Frau Dr. Gertrud Greif-Higer verabschiedet sich aus der direkten Patientenbetreuung in Mainz

Mariele Höhn

Frau Dr. Greif-Higer war lange Jahre für die psychosomatische Betreuung und auch als Internistin in der Lebertransplantationsambulanz tätig. Nun hat sie diese Tätigkeit mit Eintritt in den „Ruhestand“ verlassen.

Sie hatte sich seit vielen Jahren für die Transplantationspatienten interdisziplinär eingesetzt und stets einen gesamtgesellschaftlichen Blick auf die Menschen. Frau Dr. Greif-Higer betrachtete die Transplantationsmedizin stets aus unterschiedlichen Perspektiven. Für die Ärztin galt die Etablierung der psychosomatischen Vor- und Nachbetreuung für die Transplantationspatienten als selbstverständlich. Frau Dr. Greif-Higer hatte immer ein „offenes Ohr“ für ihre Patienten und hat sich für deren Belange eingesetzt. Für ihr bisheriges langjähriges, engagiertes Wirken wurde ihr 2019, im Rahmen der Mitgliederversammlung in Mainz, der „Jutta-Vierneusel-Preis“ verliehen.

Frau Dr. Greif-Higer ist zwar nicht mehr im Konsil- und Liaisondienst tätig,



Dr. Gertrud Greif-Higer



Dr. Katja Briem

arbeitet jedoch weiter an der Universitätsmedizin in verschiedenen Funktionen, hält Vorträge und Seminare, ist für die DTG und Eurotransplant tätig. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit im Bereich Transplantation und Organspende ist die Ethik. Sie ist weiterhin Fachbeirätin unseres Verbandes und wird uns sicher auch weiterhin für den einen oder anderen Artikel in den Lebenslinien, Vortrag oder Seminar zur Verfügung stehen.

Ihre Nachfolgerin Frau Dr. Katja Briem stellt sich vor:

Ich bin Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und bin bereits seit 2012 an der Universitätsmedizin Mainz in verschiedenen Bereichen der psychosomatischen Abteilung

tätig. Zuvor habe in der internistischen Abteilung des St. Josefs-Hospitals in Wiesbaden und in der psychiatrischen Abteilung des Klinikums Frankfurt-Höchst gearbeitet. Im Rahmen meiner verschiedenen Tätigkeiten hatte ich sporadisch auch Kontakt mit transplantierten Patienten. Seit Juli 2019 habe ich als Nachfolgerin von Frau Dr. Greif-Higer den Konsil- und Liaisondienst am Transplantationszentrum der Universitätsmedizin Mainz und damit die psychosomatische Evaluation und Betreuung der Patienten im Rahmen ihrer Transplantation übernommen. Aufgrund des komplexen Zusammenspiels von körperlichen und psychischen Faktoren bei Transplantationspatienten ist die Arbeit eine Herausforderung und ich freue mich über die Zusammenarbeit mit den Betroffenen und hoffe, dass ich meinen Teil dazu beitragen kann, dass sie mit ihrem neuen Organ wieder an Lebensqualität gewinnen.

Wir wünschen Frau Dr. Briem viel Erfolg in ihrem neuen Tätigkeitsbereich und hoffen auf eine gute Zusammenarbeit.

Die Zahlen hinter den Schicksalen

Informationen und Grafiken aus dem Jahresbericht 2019 der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO)

Jutta Riemer

Eine kompakte Zusammenfassung zur Entwicklung der Organspendezahlen, der Warteliste und zu den durchgeführten Transplantationen liefern die Grafiken, die sich im ersten Teil des Berichts befinden. So sehen wir, dass sich die Anzahl der Organspender um 2,4% von 955 auf 932 verringert hat, was sich natürlich auch in der Zahl der gespendeten Organe niederschlägt: wurden 2018 noch 3.113 Spenderorgane verzeichnet, ging diese Zahl um 3,8% auf 2995 zurück. Sicher können wir hier nicht von einem Einbruch der Organspendezahlen sprechen, der Aufwärtstrend von 2017 auf 2018 mit ca. 20% Zuwachs konnte sich aber nicht fortsetzen.

Transplantation im Kindesalter – Kleine Zahlen mit großen Schicksalen

Erstmals gibt es im DSO-Jahresbericht einen Abschnitt zu einem Sonderthema – in diesem Jahr widmet sich die DSO der Kindertransplantation mit speziell aufbereiteten Statistiken zu Patienten im Alter von 0 bis 15 Jahren. Der prozentuale Anteil der Organübertragung in dieser Altersgruppe fällt vergleichsweise gering aus. Bei 177 Kindern auf der Leber-Warteliste waren die Hauptdiagnosen (63%) für eine Lebertransplantation angeborene Fehlbildung, Fibrose/Zirrhose. Die Leberteil Lebendspende ist im Kinder- und Säuglingsbereich eine wichtige Alternative zur postmortalen Spende, um das Versterben auf der Warteliste zu minimieren. So wurden 2019 42 Kinder mit einem postmortal gespendeten, 37 mit einer Lebendspende – meist eines Elternteils – und 37 mit einem Lebersplit versorgt, bei dem der kleinere Teil der postmortal gespendeten Leber an ein Kind vermittelt wird und mit dem größeren Teil einem kleineren/leichteren Erwachsenen geholfen werden kann. Während die Versorgung der 86 Kleinkinder überwiegend (77%) mit einem Lebersplit bzw. lebend gespendeter Teilleber erfolgte, war das bei den 30 älteren Kindern (4–15 Jahre) nur noch bei 27% der Fälle, bei den 715 über 16-Jährigen und Erwachsenen sogar nur noch in 6% der Fälle. Eine zeitnahe Transplantation der Kinder ist besonders wichtig, da die regelrechte Entwicklung der Kinder durch die schwere Erkrankung häufig gestört ist.

Statistiken zur Organspende und Transplantation

Darüber hinaus enthält der Bericht Informationen und Daten zu den wesentlichen Voraussetzungen und Abläufen im Organspendeprozess. Dies sind unter anderem die Kontaktaufnahmen der Krankenhäuser zur DSO, der dokumentierte Umfang möglicher Organspender, die Entscheidungen von Angehörigen sowie die Summe der entnommenen Organe, die für die Vermittlung an Patienten auf der Warteliste bereitgestellt werden. Dieser Schwerpunkt spiegelt somit auch die von der DSO geleistete Unterstützung der Kliniken wider. Im Bereich der Transplantation wird anhand der Grafiken deutlich, wie sich die Wartelisten zusammengesetzt und entwickelt haben und wie viele Organübertragungen es im Vergleich dazu jeweils gab.

Im Bereich Lebertransplantation werden als Diagnosen (1.220) für die Aufnahme auf die Warteliste zur Lebertransplantation die Zirrhose und Fibrose (278), die alkoholische Erkrankung (273), Leber- und Gallengangskrebs (276) als häufigste Gründe für die Transplantation genannt, gefolgt von anderweitigem Leberversagen (133), sonstige Erkrankungen der Gallenwege (128) und Fehlbildungen der Leber, Gallenblase oder Gallenwege (98). Zahlenmäßig eine geringere Rolle spielen sonstige Lebererkrankungen (30), verschiedene Störungen des Stoffwechsels (29), des Kohlenhydrat- (10) oder Mine-

ralstoffwechsels (8) sowie die Zystische Fibrose (8). Bei einem Patienten sind mehrere Diagnosen möglich.

1.385 Patienten standen in Deutschland auf der Warteliste zur Lebertransplantation, das bedeutet einen leichten Anstieg im Vergleich zum Vorjahr (1.301). 2019 wurden mit 831 weniger Lebern transplantiert als im Jahr 2018 (877).

2019 wurden 1.379 Abgänge von der Liste verzeichnet durch Transplantation und in 248 Fällen durch Versterben auf der Warteliste (2018 waren das 288). Abgänge von der Warteliste sind auch ummeldungsbedingt möglich von „t“ in „nt“ (nicht transplantabel). Diese Ummeldungen können verschiedene Gründe haben: vom stabileren Verlauf, der keine Tx mehr benötigt, über kurzfristige Abmeldung wegen Urlaubs oder eines akuten Problems bis zur rasch fortgeschrittenen Erkrankung, die keine Ltx mehr erlaubt.

Abläufe im Krankenhaus

Ein großer Bereich des Jahresberichts beschäftigt sich auch mit den Abläufen in den Spenderkrankenhäusern. Erfreulich ist ein deutlicher Anstieg der organspendebezogenen Kontakte der Spenderkrankenhäuser mit der DSO. Leider führten diese nicht zu einem Anstieg der realisierten Organspenden, deuten aber vielleicht auf ein zunehmendes Interesse am Thema und eine Lernkurve hin?

Lebertransplantationen (ohne Lebendspende)

Deutschland 2019 | Anzahl n = 776



Quelle Eurotransplant

Abb. 1: Verteilt auf 21 Lebertransplantationszentren wurden 776 Lebertransplantationen nach postmortaler Organspende durchgeführt. Dazu kommen noch 54 Leberlebendspenden vorwiegend in den Zentren Jena (13), Hamburg (10), Essen (9), Regensburg (8) und Tübingen (8), die restlichen 6 zusammen in Aachen, Hannover, Kiel und Rostock.



Die Entscheidung für oder gegen eine Organspende wird ebenfalls analysiert. Der Realisierung von Organspenden können verschiedene Gründe entgegenstehen wie die fehlende Feststellung des irreversiblen Funktionsausfalls des Gehirns (Hirntod), medizinische Kontraindikationen oder die fehlende Einwilligung des Spenders oder der Angehörigen. Kommt es zum Gespräch mit den Angehörigen, können Ärzte und Verwandte nur in 15% der Fälle auf einen schriftlich geäußerten Willen des Patienten zurückgreifen (s. Abb. 2). Bei 26% der potenziellen Organspender liegt ein mündlich geäußertes Wille vor und immer noch 40% der Angehörigen müssen einen vermuteten Willen äußern, bei 19% gibt es keinen Anhalt für Vermutungen und die Angehörigen entscheiden aufgrund der eigenen Meinung. Da es bei der Entscheidung für oder gegen die Organspende stets um den Willen des Verstorbenen gehen sollte, sind diese Zahlen noch nicht zufriedenstellend. Es klappt hier immer noch eine Diskrepanz zwischen den 15% Ausweisbesitzern im Ernstfall und dem durch Umfragen z.B. der BZgA ermittelten Wert von über 30%. Hier müssen sich die Bürger fragen lassen, ob vielleicht der eine oder andere doch „sozial gewünscht“ antwortet, ohne dann doch Ausweisbesitzer zu sein.

Organspende nach Krankenhaus-Kategorie

Ein weiterer Bestandteil des Berichts ist – wie in den Vorjahren – die Darstellung der Organspende nach Krankenhaus-Kategorie in Deutschland und den DSO-Regionen. Darauf folgen die Listen mit denjenigen Häusern, die im Jahr 2019 mindestens einen organspendebezogenen Kontakt mit der DSO hatten. Alle weiteren Krankenhäuser hatten im Berichtsjahr keinen Kontakt hinsichtlich einer möglichen Spende. Dies schließt nicht aus, dass sich auch diese Kliniken engagiert und gute Voraussetzungen für mögliche Organspenden etabliert haben.

Der Jahresbericht 2019 ermöglicht einen umfassenden Überblick zur Situation der Organspende und Transplantation in Deutschland. Die digitale Version steht als Download bereit unter <https://www.dso.de/organspende/statistiken-berichte/jahresbericht>. Zudem kann die Publikation kostenlos bestellt werden beim Infotelefon Organspende per E-Mail: infotelefon@organspende.de oder über die gebührenfreie Servicenummer 0800 90 40 400.

Quelle: PM der DSO v. 7.4.2020, Jahresbericht 2019 der DSO

Entscheidung zur Organspende

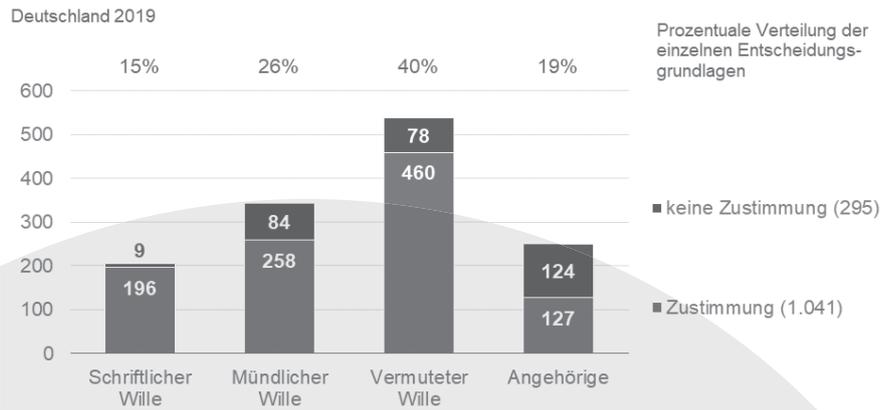


Abb. 2: Ziel muss es sein, den Angehörigen im Ernstfall nicht auch noch die Entscheidung über die Organspende zuzumuten. Die Realität sieht anders aus: In nicht mal der Hälfte der Fälle (41%) ist der Wille – mündlich oder schriftlich – des Verstorbenen zur Organspende bekannt. In 59% müssen Angehörige diesen vermuten (40%) bzw. eine eigenen Entscheidung treffen (19%). Hier warten wir auf die Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelung zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft vom Januar 2020!

Organspender pro Region und Bundesland 2019

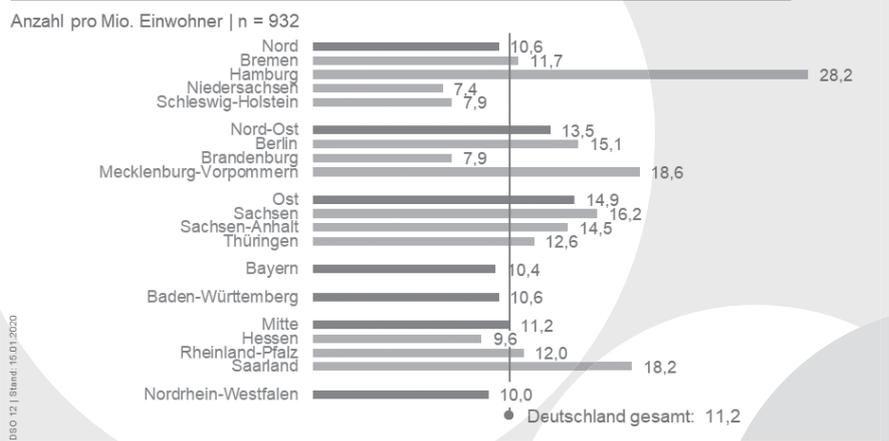
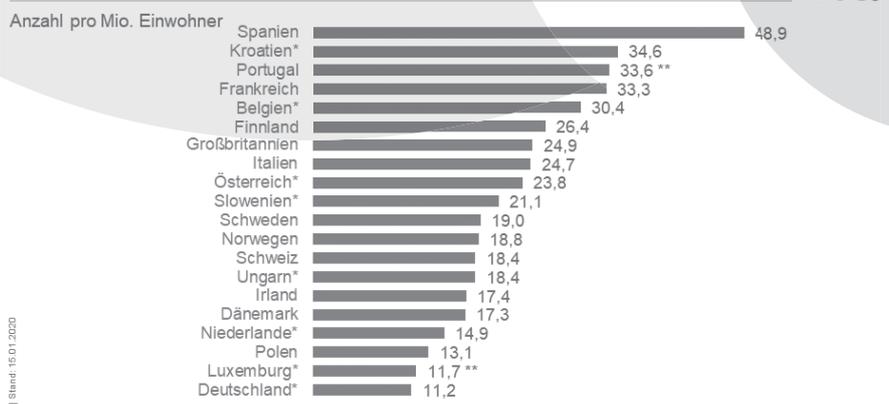


Abb. 3: In Deutschland zeigt sich kein homogenes Bild bei den Organspenden. So weist z.B. Mecklenburg-Vorpommern fast doppelt so viele Organspender auf wie Hessen. Hier muss in jedem Bundesland genau hingeschaut werden, wo Verbesserungen möglich und notwendig sind.

Postmortale Organspender 2019 | Europäischer Vergleich



* Eurotransplant-Mitgliedstaaten ** Daten von 2018 Quelle: IRODaT Newsletter March 2020 (Preliminary Numbers 2019, March 2020)

Abb. 4: Bis 2018 waren wir Vorletzter in Sachen Organspende. 2019 tragen wir nun die „rote Laterne“ im europäischen Vergleich!

Jahrestagung der DSO-Mitte

Mariele Höhn, Dennis Phillips

Die Jahrestagung der DSO-Mitte fand in diesem Jahr am 28.2.2020, auf Einladung des hessischen Staatsministers Kai Klose, in der Landesärztekammer in Frankfurt statt. Nach der Begrüßung durch die geschäftsführende Ärztin der DSO-Mitte, **PD DR. Ana Paula Barreiros**, berichtete **Dr. Axel Rahmel**, Medizinischer Vorstand der DSO, über die aktuelle Situation der Organspende in Deutschland.

Die Anzahl der postmortalen Organspender hat seit 2010 um mehr als 30 % abgenommen. Dieser Rückgang wird mit einem Erkennungs- und Meldedefizit der Entnahmekrankenhäuser verbunden. Gelingt es, diesen Prozess organisatorisch und politisch zu stärken, könnte man die Zahl der gespendeten Organe erheblich verbessern, so Dr. Rahmel.

Das am 1. April 2019 in Kraft getretene „Zweite Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende“ befindet sich derzeit noch in der Umsetzung. Es gewährleistet

- Freistellung der Transplantationsbeauftragten (TXB)
- Stärkung der Rolle des TXB
- Verbesserte Refinanzierung der Entnahmekrankenhäuser
- Einrichtung einer flächendeckenden neurologischen/neurochirurgischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaft
- Flächendeckende Berichtspflicht der Krankenhäuser sorgt für mehr Verbindlichkeit und Transparenz in der Erkennung möglicher Organspender
- Verfahrensanweisungen zur Festlegung der Zuständigkeiten und Handlungsabläufe für den gesamten Prozess der Organspende
- Bessere Betreuung der Angehörigen

Die Freistellung der TXB in der Praxis gestaltet sich noch schwierig. Das Gesetz sieht zudem umfassende Schulungen für Transplantationsbeauftragte vor.

Als weiteren wichtigen Punkt nannte Dr. Rahmel die Dankesbriefe der Transplantierten. Seit April 2019 erlaubt das Gesetz wieder die Weiterleitung anonymisierter Briefe zwischen dem Organempfänger und der Angehörigenfamilie des Spenders. Die Voraussetzung ist, dass beide Seiten ihr Einverständnis dafür erteilt haben. Nach wie vor muss die Anonymität beider Seiten gewahrt bleiben. Daran hat sich mit dem neuen Gesetz



nichts geändert. Der Transplantierte sendet oder übergibt seinen Brief dem Transplantationszentrum, in dem das Organ übertragen wurde. Von dort wird der Brief an die DSO weitergeleitet. Sofern die Angehörigen des Spenders der DSO ihre Einwilligung gegeben haben, einen solchen Brief zu bekommen, wird der Brief anonymisiert übermittelt.

Möglicherweise antworten die Angehörigen auf diesen Dankesbrief. Wenn der Organempfänger ebenfalls sein ausdrückliches Einverständnis erteilt hat, dann darf die DSO den Antwortbrief anonymisiert an das Transplantationszentrum senden. Dieser wird dann an den Transplantierten weitergeleitet.

Am 25.6.2019 hat ein breites Bündnis von Institutionen und Organisationen, die für die Organspende Verantwortung tragen, den „Gemeinschaftlichen Initiativplan Organspende“ vereinbart. Dieser enthält Empfehlungen für den Bereich der Entnahmekrankenhäuser, der Transplantationsbeauftragten und der Aufklärungsarbeit. Der Plan ergänzt und unterstützt das seit April 2019 geltende Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende. Folgendes wurde vereinbart:

Transplantationsbeauftragte:

- Weiterentwicklung und Harmonisierung der Ausbildungsentwicklung
- Aufwertung des Tätigkeitsprofils
- Vernetzung

Entnahmekrankenhäuser:

- Strukturierung und Konkretisierung innerklinischer Prozesse
- Etablierung von Partnerschaftsnetzwerken
- Verbesserung von OS-spezifischen Kenntnissen des medizinischen und pflegerischen Fachpersonals

Multiplikatoren:

- Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte bei der OS-Aufklärung, vor allem in der hausärztlichen Praxis
- Zielgruppenspezifische Aufklärung über die eindeutige Formulierung von Patientenverfügungen im Hinblick auf die Organspendebereitschaft

Öffentlichkeit:

- Etablierung einer stärker an verschiedenen Bevölkerungsschichten ausgerichteten und differenzierten Aufklärungsarbeit, das insbesondere auch unterschiedliches Mediennutzungsverhalten reflektiert
- Aufklärungsarbeit unter Einbeziehung von Betroffenen

Für die Zukunft der Organspendezahlen sieht Dr. Rahmel einen positiven Trend.

Serge Vogelaar, Manager Allokation von Eurotransplant (ET), schilderte die Geschichte und Aufgaben von Eurotransplant, Leiden. Eurotransplant wurde 1967 von Jon van Rood initiiert und gilt seit 1969 als rechtlich gegründete Stiftung mit Sitz in Leiden, Niederlande. Deutschland war von Anfang an mit dabei. Am 17.9.1968 wurde der 1. Spender gemeldet. Zu Eurotransplant gehören 8 Länder: Benelux-Länder, Deutschland, Österreich, Slowenien, Kroatien und Ungarn, mit insgesamt 135 Millionen Einwohnern.

2019 wurden 6.060 Organe transplantiert und 21,5 % Organe wurden über die Grenzen ausgetauscht. Alle Länder verzeichneten in den letzten Jahren einen Rückgang.

Das Allokationsbüro von ET verfügt über 21 Festangestellte, 20–25 Studenten und 5 Ärzte.

Herr Vogelaar stellte auch die Neuerungen der Aufwandserstattungen ab 2020 für Entnahmekrankenhäuser im Rahmen der Organspende vor.

Frau Dr. Greif-Higer, ärztliche Geschäftsführerin des Ethikkomitees, Uni-Medizin Mainz, referierte zum Thema: „Resilienz – ein Thema für den TX-Beauftragten?“ Sie stellte die Frage: Was ist Resilienz? Wie entsteht Resilienz? Wofür braucht man Resilienz?

Resilienz bedeutet: psychische Widerstandskraft, Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen, die Fähigkeit, flexibel und selbstschonend mit Druck, Stress und Frust umzugehen. Was ist erforderlich, um für TXB eine gute Resilienz herzustellen? Wichtig sei vor allem, auch Hilfe anzunehmen.

Fähigkeit zu Resilienz erwerben wir zunächst in der Kindheit (u.a. durch Bindung). Damit gelingt die Aufrechterhaltung/Wiederherstellung psychischer Gesundheit und Belastungen. Resilienz sei auch die Grundlage von gelingenden Beziehungen. Resilienzfähigkeiten können noch im Erwachsenenalter verbessert, nachträglich erworben und verbessert

werden. Resilienz ist sowohl für private als auch für professionelle Belastungen gleichermaßen relevant und die beste Voraussetzung für ein entspannteres Leben.

Transplantationsbeauftragte haben lt. Gesetz eine zentrale Position bei der Identifikation potenzieller Organspender und in den nachfolgenden Prozessen. Sie seien nicht verantwortlich für die Zahl der Organspender. Dies sei die Aufgabe der gesamten Institution.

TXB befänden sich in der Regel in einer Zwitterposition, da sie 1. auch noch in anderer Funktion tätig sind, 2. in die Tätigkeitsbereiche anderer Kollegen eingreifen und 3. Handlungskompetenzen/Institution unterschiedlich sind.

Für die Ausübung ihrer Tätigkeit benötigten sie selbstverständliche Kooperation der gesamten Institution. Die zeitliche

Freistellung müsse ausreichend sein, um der Aufgabe nachkommen zu können. Die vorgesehene Vergütung müsse auch bei den TXB ankommen. Personelle Unterstützung und klare Zugangs- und Handlungsprivilegien seien durch Klinikleitungen festzulegen. Schulungen, Fallbesprechungen und Supervisionen gehörten dazu. Realitäten sollten akzeptiert werden und auch bei Problemen suchen, wo man Erfolg hat.

Am Ende berichtete der Transplantationsbeauftragte **Dr. Jan Oehler**, der als Anästhesist in einer Uniklinik arbeitet, über seine Tätigkeit. Nach dem neuesten Transplantationsgesetz musste er das Register für alle vier Intensiv-Stationen innerhalb der Uniklinik neu organisieren, damit alle vier TXB-Stellen mit Oberärzten besetzt sind. Bis jetzt haben die Kli-

niken Probleme, diese TXB-Stellen zu kompensieren. Es würden Überstunden jetzt bezahlt, aber mehr Personal nicht eingestellt für diese TXB-Arbeit, sagte der Arzt. „So ein neues Gesetz ist zunächst ein Wunschdenken, aber es dauert vielleicht drei bis fünf Jahre, bevor dies in den Krankenhäusern ankommt. Es ist ein Marathon und kein Sprint“, resümierte Dr. Oehler.

„Genau so muss man das neue Transplantationsgesetz sehen“, meinte Dr. Rahmel. „Was wir brauchen, sind nicht Schall und Rauch. Es liegt nicht am Geld, sondern Personaleinsatz ist notwendig. In den Klinikverwaltungen muss man das klarmachen. Ich bin fest überzeugt, dass wir gemeinsam zum Erfolg kommen“, sagte Dr. Rahmel zum Schluss. Alle Transplantationsbeauftragten haben ihm darauf applaudiert.

Wechsel an der Spitze der DSO-Region Ost



Dr. med. Christa Wachsmuth, Geschäftsführende Ärztin der Region Ost ging zum 30. März 2020 in den Ruhestand. Sie war im Jahr 2000 zur DSO gekommen und die

großen Anliegen ihrer Arbeit waren immer, den Patienten auf der Warteliste zu helfen, die Begleitung der Angehörigen von Organspendern und das Gedenken an die Spender. Gemeinsam mit dem Verein zur Förderung der Organspende e.V., der Stadt Halle und weiteren Partnern hat sie im Jahr 2008 die Schaffung des Parks des Dankens, Hoffens und Erinnerns initiiert. Im Rahmen der Umsetzung des Gemeinschaftlichen Initiatives Organspende fand dort auch am 30. September 2019 die erste bundesweit zentrale Veranstaltung zur Ehrung der Organspender statt.

Dr. Christa Wachsmuth hat den tiefgreifenden Transformationsprozess der Organspende und Transplantation in der Region Ost von Anfang an aktiv begleitet und mitgestaltet. Ihr Markenzeichen war dabei ihre Geradlinigkeit und ihr unerschütterliches Engagement für die Sache. Die Organspende war ihr immer Lebensaufgabe und eine Herzensangelegenheit.

Am 19. November 2019 hat die Medizinerin im Rahmen des Symposiums „Organspende – eine Gemeinschaftsaufgabe“ in Halle (Saale) die Ehrennadel des Landes Sachsen-Anhalt erhalten. Sozialministerin Petra Grimm-Benne überreichte die Auszeichnung. Sie bezeichnete Dr.

Christa Wachsmuth als „verlässliche Partnerin bei allen Belangen zum Thema Organspende“, der ihre Arbeit eine Lebensaufgabe sei und die sich auch ehrenamtlich auf diesem Feld stark engagiere.

Beim Symposium waren auch viele Mitglieder unseres Verbandes dabei, wie unser Koordinator der Region Ost, Hans-Jürgen Frost, viele Ansprechpartner aus der Region und ein Mitglied des Vorstandes und drückten damit unsere Wertschätzung für die langjährige Arbeit von Frau Dr. Wachsmuth aus.



Zum 1. April 2020 übernahm **Dr. med. Katalin Ditrlich** die Aufgabe der Geschäftsführenden Ärztin in der DSO-Region Ost

Dr. Katalin Ditrlich war zuletzt als Leiterin des Bereiches Pädi-

atrische Nephrologie und Transplantationsmedizin an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Leipzig tätig. Die Ärztin erklärt: „Ich habe viele Jahre Kinder und Jugendliche vor, während und nach einer Nierentransplantation betreut. Daher weiß ich, welch großes Geschenk ein Spenderorgan ist und wie wichtig die Aufgabe der Organisation von Organspenden ist.“

Die gebürtige Ungarin studierte und promovierte in ihrem Heimatland. Dort schloss sie auch im Jahr 2000 die Facharztausbildung in der Pädiatrie ab. Am Universitätsklinikum Erlangen war sie seit 2001 als Spezialistin für pädiatrische Nephrologie im Kinderdialysezentrum der Kinder- und Jugendklinik tätig. 2011



Hans-Jürgen Frost, unser Koordinator Ost, dankt Frau Dr. Wachsmuth im Namen des Verbands.

wechelte sie als Leiterin des Bereiches Pädiatrische Nephrologie und Transplantationsmedizin an die Kinderklinik des Universitätsklinikums Leipzig. Seit 2012 ist Katalin Ditrlich Mitglied im LIFE Child-Studienprojekt und war 2013 Gründungsmitglied des Zentrums für Seltene Erkrankungen am Universitätsklinikum Leipzig. Insgesamt kann sie auf über 20 Jahre Erfahrung in der Organtransplantation an Kinder und Jugendliche zurückblicken.

In der DSO-Region Ost betreut die neue Geschäftsführende Ärztin gemeinsam mit einem Team von 14 Kolleginnen und Kollegen aus Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen insgesamt 141 Entnahmekrankenhäuser in allen Belangen die Organspende betreffend.

Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)

Patientenverfügungen können Organspende verhindern!

Josef Theiss

„Haben Sie schon eine Patientenverfügung? Und haben Sie darin eine Erklärung zur Organspende verfasst?“ Diese Frage stellen wir inzwischen regelmäßig an unseren Infoständen zur Organspendeerklärung, vor allem wenn die Besucher überwiegend ältere Personen sind – obwohl eine Patientenverfügung natürlich nicht nur etwas für Senioren/innen ist, sondern für jede Altersgruppe. Denn heute ist die Regel, bei der Aufnahme in ein Krankenhaus sofort nach der Patientenverfügung zu fragen. Niemals wird zu diesem Zeitpunkt aber nach einem Organspendeausweis gefragt oder nach einer mündlichen Erklärung, denn jetzt ist es das Ziel, einem Kranken oder Verletzten zu helfen und ihn zu behandeln.

Das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts ist am 1. September 2009 in Kraft getreten. Danach werden die Voraussetzungen von Patientenverfügungen und ihre Bindungswirkung im Gesetz bestimmt. Mit einer Patientenverfügung soll dem Arzt der Wille eines Patienten vermittelt werden, der sich zur Frage seiner medizinischen Behandlung nicht mehr selbst äußern kann. Der Wille des Patienten ist für die Ärzte bindend und verpflichtend. Leider haben bis heute etwa 60% der Patienten/innen keine Patientenverfügung, das bedeutet, dass die Angehörigen oder die gesetzlichen Betreuer entscheiden müssen.

Oft ist zu hören: „Ich habe doch einen Organspendeausweis. Brauche ich dann noch eine Patientenverfügung?“ Der Organspendeausweis ist natürlich auch ohne Patientenverfügung wirksam. Ist aber eine Patientenverfügung vorhanden und

enthält diese Entscheidungen, die eine Organspende ausschließen (z.B. Therapieabbruch), so wird die Zustimmung zur Organspende sinnlos, weil die Patientenverfügung immer vorgeht, es sei denn, diese wurde ausdrücklich ausgeschlossen. Patientenverfügungen können also ungewollt die Spende verhindern.

„Um eine Hirntoddiagnostik durchzuführen, muss der Patient auf der Intensivstation beatmet und stabilisiert werden. Da passen die meisten Patientenverfügungen nicht, weil viele bei Ausfüllen der Verfügung nicht an die Organspende denken. Eine Gewebespende ist nicht nur bei einem Hirntod mit funktionierendem Kreislauf, sondern auch noch mehrere Stunden nach dem Ende der Herz-Kreislauf-Funktion möglich.“ (Zitat: Prof. Dr. Bernhard Banas, Regensburg)

Also ein entscheidender Konfliktpunkt für die Ärzte, wenn lebensverlängernde Maßnahmen in der Patientenverfügung ausgeschlossen werden, aber eine Organspende gewollt ist. Der Wille des Patienten kann deshalb oft nicht umgesetzt werden. Experten sind sich einig, dass die niedrige Zahl an Organspenden auch auf Widersprüche zwischen Patientenverfügung und Organspendeausweis zurückzuführen sind.

Fazit:

In der Aufklärungsarbeit zum Thema Organspende sollte immer gefragt werden, ob die Zustimmung – oder Ablehnung – zu einer Organspende in der Patientenverfügung enthalten ist. Meist ist dies nicht der Fall, vor allem bei älteren Vorlagen, die man aus dem Internet herunterladen kann. Inzwischen gibt es aber Vorlagen, vor allem der Justizministerien und die „Christliche Patientenver-

fügung“, die inzwischen eine Erklärung zur Organspende beinhalten.

Die Erklärung zur Organspende kann auch nachträglich in eine Patientenverfügung eingetragen werden, z.B. mit folgendem Text:

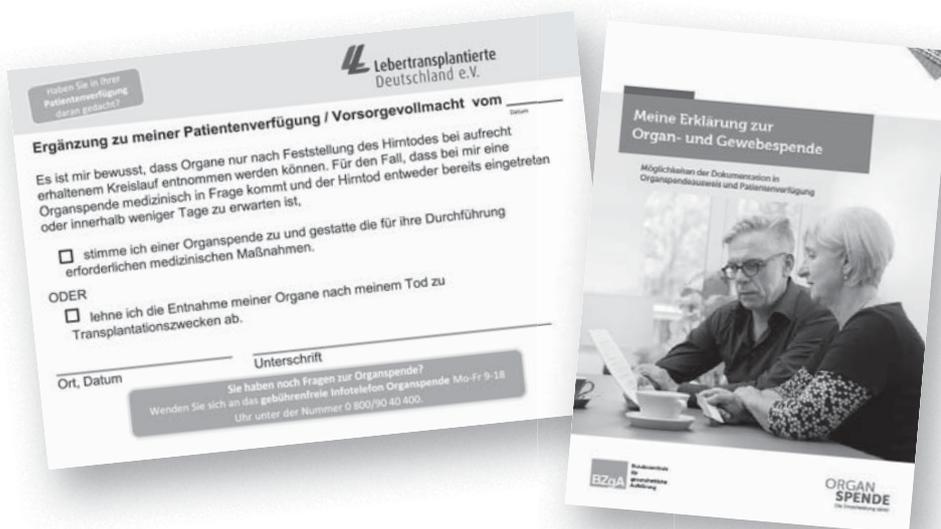
„Ich erkläre ausdrücklich meine Zustimmung zur Organspende nach meinem Tode. Für den Fall, dass ich als Organspender infrage komme, hat meine Organspendeerklärung auch für die Zeit vor meinem Tode absoluten Vorrang vor meiner Patientenverfügung. Es sollen also in diesem Falle alle in meiner Patientenverfügung angeordneten Maßnahmen unterlassen werden, die nach ärztlichem Ermessen eine Organspende nach meinem Tode ausschließen würden.“

Hinweis: Dazu hält unser Verband einen Aufkleber zur Verfügung, der nachträglich in eine ältere Patientenverfügung eingefügt werden kann, mit Datum und Unterschrift der Ergänzung (s. Abbildung). Dieser kann bei unserer Geschäftsstelle angefordert werden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vermittelt in ihrem Merkblatt „Checkliste für die Patientenverfügung und die Organ- und Gewebespende“ (Bestell-Nr. 60258138) kurzgefasst wertvolle Tipps. Dieses sollte an allen Infoständen ausgegeben werden.

Ausführlich informiert die 80-seitige Broschüre der BzGÄ „Meine Erklärung zur Organ- und Gewebespende“ (Best. Nr. 60130004).

Ein Informationsblatt der GTM – Gesellschaft für Transplantationsmedizin – kann auf deren Homepage heruntergeladen werden: www.gtm-v.de



Organspende und Transplantation aus religiöser Sicht

Jutta Riemer

Was sagen die beiden großen christlichen Kirchen zum Thema Organspende und der neuen gesetzlichen Regelung?

In vielen Bereichen der Medizin können wir über Entwicklungen der letzten Jahr-zehnte nur staunen und dankbar sein über die neuen Möglichkeiten der Lebenserhaltung. Auch die Organtransplantation gehört dazu. Nach der ersten Herztransplantation beim Menschen durch Christian Barnard 1967 in Südafrika wurde es nochmals fast zwei Jahrzehnte wegen fehlender Medikamente, die die Abstoßung effektiv und nebenwirkungsärmer unterdrücken (Immunsuppressiva), sehr ruhig. Mitte der 1980er Jahre, nach Entdeckung und Weiterentwicklung des Ciclosporin wurde die Organtransplantation zunehmend zum etablierten, lebensrettenden Verfahren für Menschen mit anderweitig nicht behandelbaren Organversagen.

Gegenüber anderen medizinischen Therapien bedarf es jedoch stets der altruistischen Organspende nach dem Tode (postmortale Spende) oder in ausgewählten Fällen auch zu Lebzeiten in Form einer Lebendspende. Organspenden und Transplantationen werfen nicht nur medizinische Fragestellungen auf, sondern auch ethische und religiöse. So fragen sich die Menschen vor der Entscheidung für oder gegen eine Organspende auch, welche Haltung die Kirchen und Religionen dazu einnehmen.

In einer schon 1990 veröffentlichten und seither nicht mehr geänderten gemeinsamen Stellungnahme der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche Deutschlands heißt es: „... Wer darum für den Fall des eigenen Todes die Einwilligung zur Entnahme von Organen gibt, der handelt ethisch verantwortlich, denn dadurch kann anderen Menschen geholfen werden, deren Leben aufs Höchste belastet oder gefährdet ist. Angehörige, die die Einwilligung zur Organspende geben, machen sich nicht eines Mangels an Pietät gegenüber dem Verstorbenen schuldig. Sie handeln ethisch verantwortlich, weil sie ungeachtet des von ihnen empfundenen Schmerzes im Sinn des Verstorbenen entscheiden, anderen Menschen beizustehen und durch Organspende Leben zu retten. ... Aus christlicher Sicht ist die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten.“ In der gemeinsamen Schrift wird natürlich auch der pietätvolle Umgang mit dem Verstorbenen sowie ein klares „Nein“ zu jeder Form von Organhandel gefordert. Das sind in Deutschland auch gesetzlich hinterlegte Selbstverständlichkeiten.

Mit den Fragen, ob eine Organspende mit dem Auferstehungsgedanken vereinbar ist, beschäftigen sich die Christen immer wieder. Auch hierzu nehmen die beiden großen christlichen Kirchen in dieser gemeinsamen Erklärungs Stellung:

„Leibliche Auferstehung bedeutet neue, durch den Geist Gottes verwandelte und verklärte Leiblichkeit. Diese zukünftige Wirklichkeit können wir uns nicht ausmalen. Sie ist nicht als Fortsetzung unseres irdischen Leibes vorzustellen, sondern bedeutet eine unaussprechliche Wirklichkeit, welche die irdische Leiblichkeit in eine neue Dimension überführt. So tief auch die Verwandlung reichen mag, es handelt sich nicht um einen totalen Bruch zwischen irdischem Leben und himmlischer Vollendung in der Auferstehung der Toten, sondern um die Verwandlung unseres jetzigen Lebens und um eine wesenhafte (nicht stoffliche) Identität auch des Leibes (...). Dass das irdische Leben eines Menschen unumkehrbar zu Ende ist, wird mit der Feststellung des Hirntodes zweifelsfrei erwiesen. Eine Rückkehr zum Leben ist dann auch durch ärztliche Kunst nicht mehr möglich. Wenn die unaufhebbare Trennung vom irdischen Leben eingetreten ist, können funktionsfähige Organe dem Leib entnommen und anderen schwerkranken Menschen eingepflanzt werden, um deren Leben zu retten und ihnen zur Gesundung oder Verbesserung der Lebensqualität zu helfen. (...) Nicht an der Unversehrtheit des Leichnams hängt die Erwartung der Auferstehung der Toten und des ewigen Lebens, sondern der Glaube vertraut darauf, dass der gnädige Gott aus dem Tod zum Leben auferweckt. Die respektvolle Achtung vor Gottes Schöpferwirken gebietet freilich, dass der Leichnam des Toten mit Pietät behandelt und würdig bestattet wird. Die Ehrfurcht vor den Toten ist eine Urform der Sittlichkeit. In allen Kulturen zeigt sich die Haltung zum Leben auch in der Pietät vor den Toten. ...“ Auch wenn einzelne Christen oder Gruppen von Christen abweichender Meinung sind, kann man die oben zitierten Passagen in der Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland von 1990 nachlesen. Diese hat bisher unwiderrufenen Bestand.

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

Organspendeausweis ausschneiden und ausgefüllt
bei den Personalpapieren tragen

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

Organspende
schenkt Leben.

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

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

Organspende
schenkt Leben.

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

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

Organspende
schenkt Leben.

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

Infotelefon

Organspende

0800/90 40 400

Montag bis Freitag · 9 bis 18 Uhr · Gebührenfrei

BZgA Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung

DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung DSO

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

Organpendeausweis ausschneiden und ausgefüllt bei den Personalpapieren tragen

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

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

oder JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

oder NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname Telefon

Straße PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum Unterschrift

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

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

oder JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

oder NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname Telefon

Straße PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum Unterschrift

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

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

oder JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

oder NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname Telefon

Straße PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum Unterschrift

Fortsetzung von Seite 33

In einer späteren Schrift der deutschen Bischofskonferenz (Arbeitshilfe „Hirntod und Organspende von 2015“) können wir bestätigend auf der Seite 6 lesen: „Nach jetzigem Stand der Wissenschaft stellt das Hirntod-Kriterium im Sinne des Ganzhirntodes – sofern es in der Praxis ordnungsgemäß angewandt wird – das beste und sicherste Kriterium für die Feststellung des Todes eines Menschen dar, so dass potenzielle Organspender zu Recht davon ausgehen können, dass sie zum Zeitpunkt der Organentnahme wirklich tot und nicht nur sterbend sind.“

Was halten die Kirchen von der neuen gesetzlichen Regelung

Im Jahr 2019 fand eine von Gesundheitsminister Jens Spahn forcierte, gesamtgesellschaftliche Debatte zum Thema Einführung einer sog. Widerspruchslösung in Deutschland statt. Über die beiden Gesetzesvorlagen (zur Einführung der Widerspruchslösung und zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft) haben sich beide großen Kirchen gegen die Widerspruchslösung ausgesprochen, obwohl die Befürworter hier eine große Chance sahen, dem Organmangel in Deutschland entscheidend abzuwehren. Auch den Kirchen ist der Mangel an Organen nicht gleichgültig. So betonte der katholische Bischof Gebhard Fürst in einem Interview der Katholischen Nachrichten-Agentur (KNA): „Die Organspende ist für viele Menschen die einzige Chance auf Lebensrettung oder Linderung einer ernsthaften Krankheit. Daher verdient sie aus christlicher Perspektive als Akt der Nächstenliebe und Solidarität über den Tod hinaus höchste Anerkennung.“ Die Kirchen hoben die hohe Bereitschaft der Bürger zur Organspende hervor und bezweifeln einen direkten Zusammenhang zwischen der Regelung (WSL) und einem Mehr an Organentnahmen. In der Stellungnahme der Kirchen betonen diese, dass der Staat in einem sehr sensiblen Bereich tief in den Kernbereich der menschlichen Existenz und Würde eingreifen würde. Dies entspräche nicht „dem christlichen Bild des selbstbestimmten, aufgeklärten Menschen“. Fürst befürchtet, dass gerade diejenigen, die wenig Vertrauen ins System haben, zusätzlich verunsichert würden.

Quellen:

Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland v. 1990

Arbeitshilfe Deutsche Bischofskonferenz „Hirntod und Organspende“ v. 27.4.2015

Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Regelung der doppelten Widerspruchslösung im Transplantationsgesetz, Bevollmächtigter des Rates der EKD und Katholisches Büro in Berlin v. 6.1.2020

Klinikforum Sömmerda – Fakten zur Organspende erreichen großes Publikum

Alexander Beck

Gut gefüllt war der Sparkassentreff in Sömmerda am 18. Februar 2020. Einladen hatte die KMG-Klinik Sömmerda im Rahmen ihres Klinikforums zum Thema „Organspende – Leben retten“.

Nach einer kurzen Begrüßung durch Chefarzt und ärztlichen Direktor Dr. Peter Brand widmete sich die Leitende Oberärztin der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Frau Dr. Ursula Einecke, dem Thema „Wann spricht der Mediziner vom Hirntod“. Dabei erläuterte sie eingehend die Funktionen der unterschiedlichen Hirnregionen, um darauf aufbauend herauszustellen, weshalb der irreversible Hirnfunktionsausfall eine sichere Todesfeststellung ist. Dieser ist Grundlage für eine mögliche Organspende.

Anschließend stellte Stephan Dammköhler von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) die aktuellen Zahlen zur Organspende in Deutschland vor, erläuterte den Ablauf einer Organspende und die Aufgabe der DSO in diesem Prozess. Auch auf die gescheiterte Gesetzesinitiative zur Widerspruchslösung ging er ein und markierte den Konflikt zwischen Ablehnung der Widerspruchsregelung durch den Deutschen Bundestag und die geltenden diesbezüglichen Regelungen im Eurotransplant-Verbund, an dem Deutschland partizipiert.

Als letzter Referent schilderte unser Vorstandsmitglied Alexander Brick seine Erfahrungen vor der Transplantation und wie es sich mit dem neuen Organ lebt. Wie seine Vorredner appellierte er an die Zuhörer, zu Lebzeiten seinen Willen zu dokumentieren und dieses auch mit den Angehörigen zu besprechen – ausreichend Organpendeausweise lagen bereit. Von der Möglichkeit der Rückfragen an die Vortragenden wurde durch die ca. 100 Teilnehmer im Anschluss an die Vorträge reichlich Gebrauch gemacht.

Infotelefon

Organspende

0800/90 40 400

Montag bis Freitag · 9 bis 18 Uhr · Gebührenfrei

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION Gemeinnützige Stiftung DSO

Können Diabetiker Organe spenden?

Auch Diabetiker dürfen Organe spenden. Es gibt nur sehr wenige Erkrankungen, bei denen das ausgeschlossen ist (z.B. einer akute Krebserkrankung oder positiv auf HIV getesteten Menschen). Bei allen anderen Erkrankungen, darunter auch Diabetes Typ 1 oder 2, entscheiden Ärzte im Ernstfall individuell anhand des Zustands der Organe über ihre Eignung. „Sind diese gesund und funktionsfähig, kommen auch Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes als Spender infrage“, erklärt Professor Thomas Haak, Chefarzt am Diabetes-Zentrum Mergentheim. Darüber hinaus gebe es auch keine feste Altersgrenze für Organ- und Gewebespenden. Entscheiden sich Menschen mit Diabetes für einen Organspendeausweis, sollten sie ihre Stoffwechselerkrankung auf dem Dokument unter „Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise“ angeben. **Jeder Diabetiker kann also seinen Organspendeausweis ausfüllen und sich hier auch für eine Organspende aussprechen.**

Insulin-behandelte Menschen mit Diabetes Typ 1 oder 2 dürfen aber kein Blut

diabetesDE
DEUTSCHE
DIABETES
HILFE



spenden. Wer an Diabetes Typ 2 erkrankt ist, jedoch keine Insulintherapie benötigt und eine stabile Stoffwechsellage aufweist, kann grundsätzlich auch Blut spenden. Von einer Stammzellspende sind Menschen mit Diabetes unabhängig von ihrem Typ und der Therapie wegen erhöhter Risiken für Spender und Empfänger generell ausgeschlossen.

Menschen mit Diabetes Typ 1 oder 2 können durch eine fortgeschrittene Folgeerkrankung auch selbst damit konfrontiert werden, ein Spenderorgan zu benötigen. „Das gilt besonders für Betroffene mit chronischem Nierenversagen aufgrund einer Nephropathie“, sagt Professor Haak. Steht zum jeweiligen Zeitpunkt kein Spenderorgan eines Verstor-

benen zur Verfügung, gibt es auch die Möglichkeit, über einen Lebendspender eine neue Niere zu erhalten. Diese Option ist in Deutschland jedoch an strenge Voraussetzungen geknüpft: Lebendspender müssen medizinisch geeignet, volljährig und einwilligungsfähig sein und freiwillig ihr Einverständnis zur Entnahme geben. Die Lebendspende ist außerdem nur an Verwandte ersten und zweiten Grades, Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit nahestehen, erlaubt.

Es gilt also: Auch Menschen mit Diabetes Typ 1 oder Typ 2 können Organe und Gewebe spenden, sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Als Blutspender kommen an Typ-2-Diabetes Erkrankte mit stabiler Stoffwechsellage und ohne Insulintherapie infrage. Stammzellen hingegen können Menschen mit Diabetes typunabhängig nicht spenden.

Quelle: PM DiabetesDE v. 17.2.2020

Diabetes-Infos

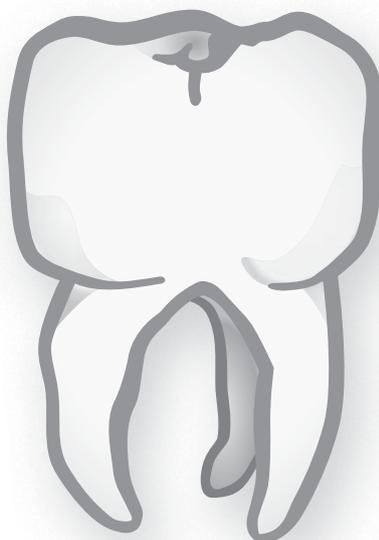
Nicht wenige der Organtransplantierten sind von einem Posttransplant diabetes (PTLD) betroffen. Tritt der Diabetes nach der Transplantation auf, handelt es sich hier meist um einen Diabetestyp II. Mit zunehmender Zahl der Jahre nach Transplantation steigt auch die Wahrscheinlichkeit, einen Diabetes zu entwickeln. Das hängt wohl mit den potenziell diabetogenen immunsuppressiven Medikamenten zusammen (z.B. Kortison, Tacrolimus, Ciclosporin).

Aus diesem Grund stellen wir in den „Lebenslinien“ auch immer wieder einmal Informationen für Diabetiker bereit.

Beeinflussen sich gegenseitig: Diabetes und Zahnfleischentzündung

Diabetiker haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Parodontitis, die sich dann besonders gravierend entwickelt und sogar die Blutzuckereinstellung erschwert. Gute zahnärztliche Betreuung gehört also direkt zur Diabetestherapie. Parodontitis ist zunächst schmerzfrei und vom Laien nicht direkt zu erkennen. Verschiedene Faktoren wie z.B. Alter, Rauchen, Stress, Veranlagung, Schwangerschaft und eben auch Diabetes mellitus begünstigen die Entstehung von Parodontalerkrankungen. Diese führen über Plaque auf den Zähnen, Zahnfleischentzündungen mit Taschenbildung zu Zerstörung der Wurzelhaut und des Knochens und führen so letztendlich zum Zahnausfall.

Der Zusammenhang zwischen Parodontitis und Diabetes gilt als gesichert. Hyperglykämie (zu hoher Blutzucker)



führt zu oxidativem Stress, setzt Entzündungsstoffe frei und führt zur Freisetzung von Stoffen, die eine Parodontitis und ihre Folgen fördern. Andererseits werden durch eine Parodontitis bedingt Stresshormone und Cortisol ausgeschüttet. Beides erhöht wiederum den Blutzucker. Diesen Teufelskreis gilt es zu unterbrechen. So hat man beobachtet, dass Parodontitis oft mit einem hohen HbA1c-Wert einhergeht und unter einem Diabetes parodontale Erkrankungen schneller voranschreiten.

Das bedeutet einerseits für den Diabetiker die Empfehlung einer regelmäßigen, professionellen Kontrolle der Mundgesundheit, andererseits der Hinweis für Zahnärzte, dass sie Parodontitis-Patienten raten sollten, den Blutzucker prüfen zu lassen.

Quelle: Kongressbericht: Diabetes Herbsttagung 2019

Neues Coronavirus SARS-CoV-2: Kein erhöhtes Infektionsrisiko für gesunde Diabetespatienten – DDG rät zu einer guten Blutzuckereinstellung und empfohlenen Hygienemaßnahmen

Weltweit gab es Mitte Juni mehr als 7 Millionen bestätigte Infektionen mit dem neuen Coronavirus SARS-CoV-2 und über 400.000 Menschen sind an der Krankheit COVID-19 verstorben. In Deutschland waren es laut RKI mehr als 185.000 Erkrankungen und davon ca. 8.000 Todesfälle. Bislang verlaufen die meisten Erkrankungen mild. Da es allerdings bei chronischen Grunderkrankungen zu schwereren Verläufen kommen kann, empfiehlt die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) Menschen mit Diabetes eine stabile Blutzuckereinstellung. Dadurch werde das Infektionsrisiko minimiert. Zudem gilt generell, die Infektionsschutz-Maßnahmen des Robert-Koch-Instituts (RKI) einzuhalten, wie die Husten-Nies-Etikette und gründliches Händewaschen. Patientinnen und Patienten mit di-

abetischen Begleit- und Folgeerkrankungen an Organen wie Herz, Nieren oder Leber sollten hohe Ansteckungsgefahren – beispielsweise große Menschenansammlungen – verstärkt meiden.

Bei Diabetes ist für den Krankheitsverlauf bei Infektionen eine gute Blutzuckereinstellung hilfreich. „Auch im Falle einer Infektion mit dem bislang noch wenig erforschten Coronavirus SARS-CoV-2 gehen wir – analog zur Influenza – davon aus, dass man mit einem ausgeglichenen Stoffwechsel das Risiko für Komplikationen reduzieren kann“, betont DDG-Mediensprecher Professor Dr. med. Baptist Gallwitz.

„Haben Diabetespatienten Begleit- und Folgeerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Probleme oder Organschäden, sollten sie aktuell jedoch besonders acht-

sam sein“, warnt Gallwitz, stellvertretender Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik, Innere Medizin IV, des Universitätsklinikums Tübingen. Im Falle einer Ansteckung mit Coronavirus SARS-CoV-2 haben sie durch ihr geschwächtes Immunsystem und eventuell bereits bestehende Infektionen ein höheres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. Das gilt vor allem für Menschen nach einer Organtransplantation mit immunsuppressiver Therapie.

„Diabetesmedikamente wie Insulin werden vorwiegend in Deutschland, USA, Dänemark, Frankreich, Großbritannien – nicht jedoch China – hergestellt“, berichtet Kellner. Von einer Medikamentenknappheit für Diabetespatienten ist auch künftig nicht auszugehen.

Quelle: PM der DDG vom 2.3.2020

Nicht alle Diabetespatienten „über einen Kamm scheren“! – Maßgeschneiderte Vorsorge und Therapie kann Diabetesversorgung revolutionieren

Expertinnen und Experten auf der Jahrespressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) am 11. März 2020 in Berlin zeigten auf, welche Patientinnen und Patienten ein erhöhtes Risiko für Begleiterkrankungen wie Fettleber und diabetische Nephro- und Neuropathie aufweisen und wie diabetesbedingte Komplikationen durch Präzisionsmedizin verzögert oder sogar verhindert werden können.

Beim Diabetes, so die Forderung, nicht nur bis zwei zählen – so könnte ein neues Motto in der diabetologischen Versorgung lauten. Denn sowohl eine schwedische als auch deutsche Untersuchung zeigten, dass eine Unterteilung des Typ-2-Diabetes in fünf Subtypen sinnvoll ist. „Diese Erkenntnisse können die Diabetesbehandlung deutlich verbessern“, erklärt Professor Dr. med. Andreas Fritsche, einer der Sprecher der Kommission „Epidemiologie und Versorgungsforschung“ der DDG. Denn jenseits der Differenzierung in Diabetes Typ 1 und 2 gebe es in der Regelversorgung derzeit noch keine Unterscheidung. „Wir müssen davon ausgehen, dass mit dem bisherigen Kenntnisstand nicht wenige Patientinnen und Patienten mit Diabetes unter- bzw. übertherapiert werden.“ Dies könne sich nun ändern.

Die Ergebnisse der schwedischen Cluster-Analyse¹ konnten in der Deutschen Diabetes-Studie² bestätigt werden. In beiden Fällen untersuchten die Autorinnen



und Autoren Typ-2-Patienten in Bezug auf ihren Krankheitsverlauf und ihre Risiken für diabetesbedingte Komplikationen und Begleiterkrankungen. Auffallend war, dass sich insbesondere hinsichtlich der diabetischen Nephropathie, der nichtalkoholischen Fettleber (NAFLD) und der diabetischen Neuropathie unterschiedliche Risiken bei den Patienten abbildeten: „Betroffene mit dem Subtyp SIDD (niedriger BMI, geringe Insulinresistenz, schwer einstellbar), die an einem ausgeprägten Insulinmangel leiden, entwickeln beispielsweise besonders häufig eine Retinopathie und Polyneuropathie. Sie brauchen als Erstlinientherapie wahrscheinlich Insulin und sind damit ganz anders zu behandeln als SIRD-Patienten (hoher BMI, hohe Insulinresistenz),“ führt Fritsche aus. Bislang werden die Betroffenen jedoch routinemäßig zunächst mit oralen Antidiabetika versorgt. Die andere Hochrisikogruppe SIRD hingegen hat ein erhöhtes Risiko für eine Nephropathie und NAFLD.

Aus diesen unterschiedlichen Risiken ergeben sich auch neue Therapieansätze mit entsprechenden präventiven Maß-

nahmen. „Weiß man, welchem Subtyp ein Patient angehört, sollte man ihn deutlich effektiver therapieren können und damit Folgeerkrankungen vermeiden“, bilanziert Fritsche. „Dazu ist wahrscheinlich eine routinemäßige Bestimmung der endogenen Insulinsekretion ausreichend, wofür man nur eine Blutabnahme im Nüchternzustand benötigt“, erklärt Fritsche, Stellvertretender Leiter des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen des Helmholtz-Zentrums München an der Universität Tübingen. Auch Patienten mit einem risikoärmeren, altersbedingten Diabetes wie dem MARD (höheres Alter, leichte Stoffwechselstörung) könnten von diesen Erkenntnissen profitieren. „Die Studien zeigen, dass etwa ein Drittel der Diabetespatienten von diesem Typ betroffen sind“, so Fritsche. Diese Gruppe kann möglicherweise weniger aggressiv behandelt werden, die Erkrankung darf aber trotzdem keinesfalls bagatellisiert werden.

„Bevor die Subtypen in die Diabetesversorgung aufgenommen werden, braucht es noch prospektive Studien, die differenzierte Therapiestrategien bei den unterschiedlichen Subgruppen prüfen“, fordert Professor Dr. med. Wolfgang Rathmann vom Deutschen Diabetes Zentrum in Düsseldorf, ebenfalls Sprecher der Kommission „Epidemiologie und Versorgungsforschung“.

Quelle: PM der Deutschen Diabetes Gesellschaft v. 3.3.2020

Fuchsbandwurm

Gerd Böckmann

Das Sammeln von Beeren, Früchten und Pilzen in Wald und Feld ist für viele Menschen ein Höhepunkt des Jahres. Viele haben jedoch Angst, sich mit dem Fuchsbandwurm zu infizieren. Wie gefährlich ist dieser und wie groß ist das Risiko, sich beim Beerensammeln zu infizieren?

Lebenszyklus und der Mensch als Fehlwirt

Der Fuchsbandwurm *Echinococcus multilocularis* ist ein 2–4 mm langer Bandwurm. Sein Hauptwirtstier ist der Fuchs. Zwischenwirte sind Feld-, Wühlmäuse und Bisamratten. Wenn diese Eier des Fuchsbandwurms aufnehmen, entwickeln sich in ihren inneren Organen die Eier des Fuchsbandwurms bis zum Larvenstadium. Diese Larven, auch Finnen genannt, werden mit ihrem Wirtstier vom Fuchs gefressen. In dessen Dünndarm wachsen die Finnen zu geschlechtsreifen Bandwürmern heran. Diese können bis zu 200 Eier produzieren, die mit dem Kot ausgeschieden werden. Durch den Verzehr von Mäusen können Hunde und Katzen auch zu Endwirten werden. Die in Katzen heranwachsenden geschlechtsreifen Bandwürmer produzieren weniger Eier als die im Fuchs und Hund heranwachsenden, sind aber wie die Hundebandwürmer durch die Nähe dieser Tiere zum Menschen eine mögliche Infektionsquelle für den Menschen. Der Mensch ist ein Fehlwirt für den Fuchsbandwurm. In einem Menschen können sich die Eier des Fuchsbandwurms nur bis zum Larvenstadium entwickeln. Das meist befallene innere Organ ist die Leber, die Finnen können aber auch die umliegenden Organe befallen und sogar bis ins Gehirn vordringen. Da das Wachstum der Finnen sehr langsam voranschreitet, vergehen oftmals bis zu zehn Jahre zwischen der Aufnahme der Fuchsbandwurmeier und ersten Beschwerden, die eine Diagnose zur Folge haben. Zu diesem Zeitpunkt haben sich die Finnen oftmals schon in andere Organe als die Leber begeben.

Infektion und Vorsichtsmaßnahmen

Die Fuchsbandwurmerkrankung (Echinokokkose) ist mit geschätzten 0,02–1,4 Fällen pro 100.000 Einwohner in Mitteleuropa (0,5 in Süddeutschland) eine sehr seltene Erkrankung. Die Aufnahme der Bandwurmeier durch den



Menschen kann durch Kontakt mit dem Kot der infizierten Endwirte erfolgen. Dadurch sind besonders Jäger, Waldarbeiter, Landwirte und Hundehalter gefährdet. Es kommt schon mal vor, dass auch Hunde bei den Spaziergängen eine Maus fressen. Deshalb sollten Hundebesitzer darauf achten, dass ihr Tier regelmäßig auf Bandwürmer untersucht und entwurmt wird. Die doch sehr seltene Fuchsbandwurmerkrankung gilt als anerkannte Berufskrankheit bei Landwirten. Eine Infektion über mit Kot verschmutztem Obst oder Pilzen ist theoretisch möglich, konnte bisher aber noch nicht schlüssig bewiesen werden, zumal deut-

lich mit Kot kontaminiertes Obst oder Pilze kaum im Sammelkorb landen würde. Zusätzlich scheint der Verzehr selbst angebaute Gemüse- und Gewürzpflanzen eher mit einem erhöhten Risiko verbunden zu sein. Fuchsbandwurmeier sind besonders resistent gegenüber Umwelteinflüssen und können außerhalb des ausscheidenden Tierkörpers mehrere Monate infektiös bleiben. Die Wahrscheinlichkeit, dass Beeren mit Bandwurmeiern behaftet sind, nimmt mit der Höhe am Strauch ab. Wer also ganz sichergehen will, sollte bodennah gepflücktes Obst kochen (Marmelade, Kompott). Einfrieren bei minus 20°C hat hier keine Wirkung. Erst bei minus 80°C über mehrere Tage wäre dies der Fall.

Da meistens die Leber zuerst befallen wird, treten zunächst unspezifische Oberbauchbeschwerden auf. Im weiteren Verlauf kann das befallene Organgebiet nekrotisch zerfallen. Die Kompression wichtiger Gefäße führt zu einer Reihe von Komplikationen wie Cholestase, portaler Hypertension und sekundärer Leberzirrhose. Weitere Organe können befallen werden. Unbehandelt führt der Krankheitsverlauf zum Tod.

Eine Therapieoption ist die operative Entfernung der befallenen Organteile. Viele Patienten sind aber zum Zeitpunkt der Diagnose nicht mehr operabel. Heutzutage gibt es zwar wirksame Medikamente, die das Wachstum der Larven eindämmen, diese abtöten. Zur vollständigen Heilung führen können sie jedoch nicht. Deshalb muss die Medikation lebenslang erfolgen, nach einer erfolgreichen Operation wird sie über mindestens zwei Jahre durchgeführt.

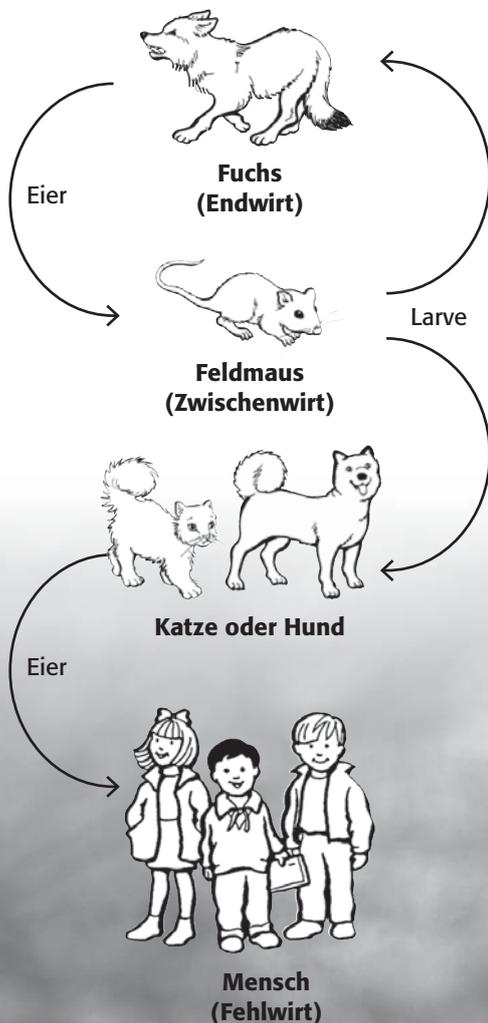
Eine Lebertransplantation wird nur sehr selten als Therapie durchgeführt. Voraussetzung wäre ein ausschließlich auf die Leber beschränkter Befall mit den Finnen.

Eine für Mediziner und Patienten gleichsam nutzbare, ständig aktuelle Informationsquelle ist die Homepage des Kompetenzzentrums Fuchsbandwurmerkrankung des Universitätsklinikums Ulm: www.fuchsbandwurm.eu

Quellen:

Infektionsepidemiologisches Jahrbuch der meldepflichtigen Erkrankungen 2018. Robert Koch-Institut (Hrsg.), Berlin 2019
Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch-Instituts vom 13. April 2017: Brehm K: Die Echinokokkose – Eine Übersicht und neue Erkenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Parasitenbiologie Epid Bull 2017;15:127-132 DOI 10.17886/EpiBull-2017-019
Echinokokkose Datenbank-Deutschland, Universitätsklinikum Ulm, www.fuchsbandwurm.eu aerztezeitung.de/Medizin/Die-Fuchsbandwurmfurcht-228672.html, v. 18.2.2018

Infektionsweg des Fuchsbandwurms



Erkrankung und Therapie

Endemiegebiete, also Gebiete mit vermehrtem Auftreten des Fuchsbandwurms, sind in Deutschland vor allem Baden-Württemberg und Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen. Die Fallzahlen sind, wenn auch leicht ansteigend, sehr gering. 2018 wurden in Deutschland 49 Fälle gemeldet. Die Erkrankung mit Bandwürmern ist in Deutschland meldepflichtig. Das optische Erscheinungsbild der Krankheitsherde ist beim Fuchsbandwurm eine Ansammlung kleiner Blasen, die mit abgestorbenem Gewebe und einer geleeartigen Substanz gefüllt sind. Man spricht von einer alveolären (bläschenartigen) Echinokokkose, zur Unterscheidung von der zystischen Echinokokkose bei einer Infektion durch den Hundebandwurm, die insgesamt den Eindruck einer einzigen großen Blase mit einer Membran vermittelt. Die Unterscheidung wird durch die meldenden Ärzte nicht immer sicher getroffen, da im Frühstadium beide Erkrankungen nur sehr schwer zu diagnostizieren sind. Beim Fuchsbandwurm kommt es zu einem infiltrativen Wachstum der Larve in das umliegende Gewebe, ähnlich einem Krebsgeschwür.



Schutz vor Toxoplasmose

Gerd Böckmann

Organtransplantierte, Personen die Immunsuppressiva einnehmen und Schwangere sollten rohes Fleisch vermeiden und erdnah wachsendes Gemüse und Obst vor Rohverzehr gut waschen oder schälen. Ebenso gelten besondere Vorsichtsmaßnahmen im Umgang mit Katzen. Warum dies so ist, wird im folgenden Artikel erklärt.

Die Toxoplasmose gehört zu den häufigsten parasitären Infektionen weltweit. Schätzungsweise ein Drittel aller Menschen ist nachweislich mit dem Erreger *Toxoplasma gondii* in Kontakt gekommen. Dabei gibt es große Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen, die sich vor allem auch auf unterschiedliche Verzehrgeohnheiten der einzelnen Kulturen zurückführen lassen. In Deutschland liegt die durchschnittliche Durchseuchungsrate bei 55 %, wobei sie in der Bevölkerung mit dem Alter zunimmt. Eine Infektion kann über die Aufnahme infektiöser Parasitenstadien aus der Umwelt oder durch den Verzehr von belasteten Lebensmitteln erfolgen.

Bei gesunden Erwachsenen verläuft eine Infektion mit Toxoplasmen in der Regel ohne Symptome. Selten kommen milde Verlaufsformen mit grippeähnlichen Symptomen oder auch Entzündungen der Netz- und Aderhaut des Auges vor. Allerdings kann eine Toxoplasmose bei Personen mit geschwächtem Immunsystem auch sehr schwer verlaufen. Es gibt jedoch wirksame Medikamente, mit denen eine akute Erkrankung behandelt werden kann. Nach der erstmaligen Infektion entwickelt sich eine belastbare Immunität, die in der Regel ein Leben lang bestehen bleibt. Als Folge eines geschwächten Immunsystems kann es jedoch auch zu einer Reaktivierung früherer Infektionen kommen. Gefährlich ist eine Erstinfektion während der Schwangerschaft, da dann der Erreger auf das ungeborene Kind übertragen werden und es zu Missbildungen und Fehlgeburten kommen kann. In Deutschland werden jährlich etwa 15 im Mutterleib erworbene Infektionen mit Toxoplasmen gemeldet, wobei von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist. Weitere Informationen hierzu stellt das Robert Koch-Institut unter www.rki.de zur Verfügung.

Was sind Toxoplasmen?

Toxoplasmen sind einzellige Parasiten, die sich in Zellen von Mensch und Tier

vermehren. Im Verlauf ihrer Entwicklung lassen sich drei verschiedene Stadien unterscheiden: die sich schnell vermehrende, aktive Form (sogenannte Tachyzoiten), eine „Ruheform“, die sich in Zysten organisiert und als Dauerstadien vor allem in Muskulatur und Nervengewebe infizierter Wirte zurückzieht (sogenannte Bradyzoiten) sowie eine umweltresistente Dauerform (sogenannte Oozysten, das sind Eizellen), die mit dem Kot von Katzen ausgeschieden werden. Alle drei Stadien sind für eine Infektion des Menschen von Bedeutung.

Wie vermehren sich Toxoplasmen?

Um sich vermehren zu können, benötigen Toxoplasmen einen Wirt. Grundsätzlich können alle warmblütigen Tiere und auch der Mensch als Wirt dienen. Die Vermehrung der Toxoplasmen findet in zwei Phasen statt, einer geschlechtlichen und einer ungeschlechtlichen. Die geschlechtliche Vermehrung und Bildung von Oozysten erfolgt nur in Katzen. Man kann davon ausgehen, dass bis zu 70 % aller Hauskatzen mit Toxoplasmen infiziert sind. Allerdings scheidet nur ein Teil der infizierten Katzen zu einem gegebenen Zeitpunkt Oozysten aus. Im Freien gehaltene Katzen und solche, die mit rohem Fleisch gefüttert werden, haben dabei ein höheres Infektionsrisiko. Katzen, die sich zum ersten Mal mit Toxoplasmen infiziert haben, scheiden mit dem Kot eine große Anzahl Oozysten aus. Diese ausgeschiedenen Oozysten reifen in der Außenwelt und sind erst nach ein bis fünf Tagen infektiös. Oozysten werden durch Wind, Regen und Oberflächenwasser verbreitet und können in der Umwelt sehr lange überleben. Vor allem in feuchter Erde und Sand bleiben sie bis zu 18 Monate infektiös. Ihre Aufnahme durch den nächsten Wirt führt in dessen Darm zur Freisetzung von Parasiten, die sich als Tachyzoiten ungeschlechtlich vermehren und verschiedene Wirtsgewebe befallen können.

Die ungeschlechtliche Vermehrungsphase durch Teilung der Tachyzoiten kann in jedem Wirt, also auch im Menschen, stattfinden. Nach der ungeschlechtlichen Vermehrungsphase wandeln sich die Tachyzoiten um zur „Ruheform“, den Bradyzoiten, welche sich nur noch selten teilen und in Zysten im Gewebe des Wirtes – hauptsächlich im Muskel oder im Gehirn – überdauern. Sie können aber unter bestimmten Umständen wieder aktiviert werden, beispielsweise, wenn eine plötzliche Schwächung des Immunsystems eintritt. Auch wenn ein neuer Wirt Fleisch verzehrt, in dem Zysten mit Bradyzoiten

enthalten sind, werden die Parasiten wieder aktiv und eine neue ungeschlechtliche Vermehrungsphase beginnt.

Wie kann sich der Mensch infizieren?

Grundsätzlich kann sich der Mensch auf verschiedenen Wegen mit Toxoplasmen infizieren:

- durch Aufnahme von in der Umwelt vorkommenden infektiösen Oozysten, z. B. nach Kontakt zu Erde, Sand oder Katzenkot
- durch den Verzehr von belasteten Lebensmitteln, insbesondere von unzureichend erhitztem oder behandeltem Fleisch und daraus hergestellten Produkten
- durch eine Übertragung der Parasiten von einer erstmalig infizierten Mutter auf ihr ungeborenes Kind
- nach einer Organtransplantation, wenn Toxoplasma-negative Empfänger Organe Toxoplasma-positiver Spender übertragen werden und diese Organe mit Parasiten infiziert sind

Wer ist besonders gefährdet?

Ungeborene Kinder von Schwangeren, die sich innerhalb der letzten 6 Wochen vor oder während der Schwangerschaft erstmalig mit Toxoplasmen infizieren, sind besonders gefährdet. In diesem Fall können die Parasiten auf das ungeborene Kind übergehen und zum Teil schwere Missbildungen wie Wasserkopf, Verkalkungen der Hirngefäße oder eine Entzündung der Netzhaut verursachen. Auch Fehlgeburten sind möglich. Studien haben gezeigt, dass nur 26–54 % der mitteleuropäischen Frauen im gebärfähigen Alter Antikörper gegen Toxoplasmen besitzen. Eine frühere Infektion führt i.d.R. zu einer belastbaren Immunität der Mutter und stellt keine Gefahr für das Kind dar. Zu den besonders gefährdeten Personen gehören aber auch Kleinkinder unter fünf Jahren und Personen, die durch Vorerkrankungen oder Medikamenteneinnahme ein geschwächtes Immunsystem haben, z. B. Patienten mit AIDS oder Krebserkrankungen sowie Transplantatempfänger.

In welchen Lebensmitteln kommen Toxoplasmen vor?

Mit dem Katzenkot ausgeschiedene Oozysten können über Erdpartikel und Oberflächenwasser auf Obst und Gemüse gelangen. Auch mit solchen Oozysten kontaminiertes und unzureichend aufbereitetes Trinkwasser kann eine Infektionsquelle darstellen. Darüber hinaus können Dauerstadien der Parasiten auch im

Fleisch unterschiedlicher Tierarten vorkommen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Tiere, die sich im Freien aufhalten, z.B. in Freilandhaltung oder mit Weidegang, einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt sind, da sie in der Umwelt vorhandene Oozysten leicht aufnehmen können. Untersuchungen zeigen, dass gerade Schafe und Ziegen, die häufig im Freien gehalten werden, oft befallen sind, während bei Schweinen aus Intensivhaltung nur selten eine Toxoplasmen-Infektion nachgewiesen wird. Allerdings stellt gerade Schweinefleisch, die in Deutschland am häufigsten roh verzehrte Fleischart, eine bedeutende Infektionsquelle dar. Dagegen werden im Fleisch von Rindern nur selten Toxoplasma-Zysten gefunden.

Bei einigen Tierarten wie Schaf, Ziege oder Rind können Tachyzoiten auch in die Milch gelangen. Nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand spielt jedoch die Übertragung dieser wenig widerstandsfähigen Parasitenstadien über die Rohmilch nur eine untergeordnete Rolle. Als Risikofaktor für eine Infektion mit Toxoplasmen ist der Verzehr folgender Lebensmittel anzusehen:

- rohes und unzureichend erhitztes Fleisch, vor allem
- von Schweinen, Schafen und Ziegen, aber auch von Wild und Geflügel
- Rohfleischerzeugnisse, z.B. Hackepeter und Rohwurst
- rohes, ungewaschenes Obst und Gemüse

Wann sterben Toxoplasmen ab?

Kochen, Braten oder Pasteurisieren tötet Toxoplasmen ab. Bei einer Tempe-

ratur von über 67°C sterben auch Dauerstadien in Gewebssystemen innerhalb von ein bis zwei Minuten ab. Wichtig ist, dass die Temperatur gleichmäßig im ganzen Produkt erreicht wird. Kurzes Erhitzen in der Mikrowelle stellt kein geeignetes Verfahren dar. Das Tiefgefrieren der Lebensmittel hat ebenfalls einen abtötenden Effekt, reicht allein jedoch nicht aus, da auch gefrierresistente Stämme vorkommen. Fleisch sollte für mindestens acht Stunden bei -20°C durchgefroren sein, um eine Abtötung der Toxoplasmen zu erreichen. Der Einfluss von Verfahren zur Haltbarmachung wie Räuchern, Trocknen, Salzen und Pökeln auf die Überlebensfähigkeit von Toxoplasma-Zysten ist derzeit unzureichend untersucht und daher noch unklar.

Wie können sich Verbraucher vor einer Toxoplasmose schützen?

Die folgenden Verbrauchertipps sollen helfen, eine Infektion mit Toxoplasmen und anderen Krankheitserregern über Lebensmittel zu vermeiden:

- keine rohen Wurst- und Fleischwaren wie Hackfleisch, Carpaccio, Mettwurst, Teewurst, Salami oder Rohschinken verzehren; das Fleisch gut durchbraten bzw. erhitzen
- rohes Obst und Gemüse vor dem Verzehr gründlich abwaschen, schälen bzw. kochen
- erdhaltige Lebensmittel, z.B. Kartoffeln oder Karotten, zur Vermeidung von Kreuzkontaminationen getrennt von anderen Lebensmitteln aufbewahren
- regelmäßig Hände waschen, insbesondere vor dem Essen und nach dem Zubereiten von rohem Fleisch und Ge-

müse; ebenso sollten die benutzten Küchenutensilien gereinigt werden

- bei Outdoor-Aktivitäten kein ungefiltertes Wasser aus Seen, Bächen etc. trinken

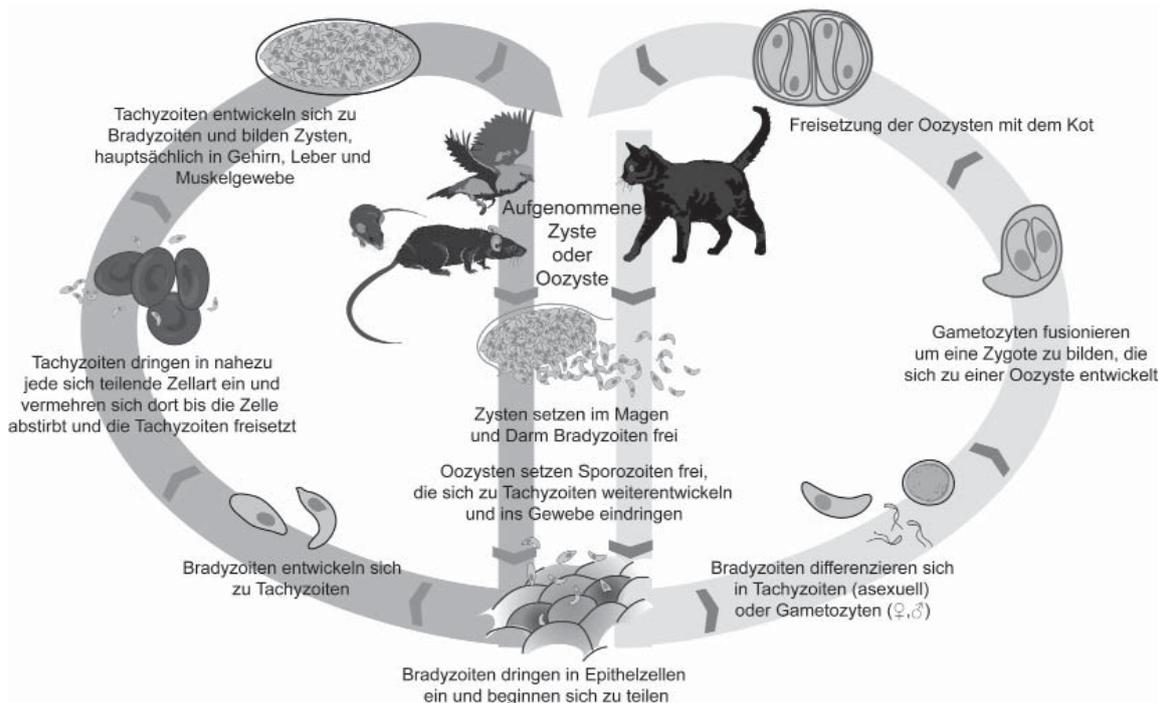
Welche Vorsichtsmaßnahmen sollten darüber hinaus beachtet werden?

Auch bei der Katze bleibt eine Infektion mit Toxoplasmen in der Regel unerkannt. Insbesondere bei jungen Katzen, die noch keine Immunität entwickelt haben, besteht deshalb die Möglichkeit, dass sie Oozysten mit dem Kot ausscheiden, die nach ein paar Tagen infektiös werden. Der Kontakt mit Katzenkot stellt deshalb für Risikogruppen eine besondere Gefahr dar.

Folgende Maßnahmen sollen helfen, eine Übertragung von Toxoplasmen auf den Menschen zu vermeiden:

- Katzen nicht mit rohem Fleisch füttern
- die Katzentoilette täglich mit heißem Wasser reinigen und die Einstreu entsorgen; besonders gefährdete Personen sollten von der Reinigung ausgeschlossen sein
- Sandspielkästen bei Nichtbenutzung möglichst abdecken, um Koteintrag durch Freigängerkatzen zu vermeiden
- nach Besuch von Sandspielplätzen gründlich die Hände waschen
- bei der Gartenarbeit Handschuhe tragen und anschließend Hände waschen
- besonders gefährdete Personen sollten keine Freigängerkatzen streicheln

Dieser Artikel beruht auf einem Informationsblatt des Bundesinstituts für Risikobewertung Berlin 2017. Copyright BfR; www.bfr.bund.de



Häufige Wadenkrämpfe – was hilft?

Jutta Riemer

Wer kennt das nicht? Muskelkrämpfe, besonders häufig in den Waden, treten plötzlich und unerwartet auf und bereiten höllische Schmerzen. So schnell sie kommen, sind sie meistens auch wieder vorbei, so dass im Prinzip kein (Be-) Handlungsbedarf besteht, es sei denn, die Krämpfe treten häufig oder sogar sehr häufig auf.

Ein Wadenkrampf entsteht nicht in der Muskulatur, ist also kein muskuläres Problem, wie viele denken, sondern ein neurologisches: Ausgelöst werden Muskelkrämpfe durch spontane Depolarisierungen der Nervenmembranen. Es bilden sich Aktionspotenziale aus, also Nervenimpulse, die dann im Endeffekt zu einem „Erregungssturm“ im Muskel führen.

Die Ursachen

Elektrolytverschiebungen können die Reizbarkeit der Nerven, die den Muskel umgeben, erhöhen und die Entstehung von Krämpfen begünstigen. Das könnte auch der Grund sein, warum mehr Menschen im Sommer Wadenkrämpfe bekommen – man schwitzt mehr und trinkt u.U. nicht genug. Es gibt aber noch weitere Risikofaktoren: Ist beispielsweise die aus Myelin bestehende Schutz- bzw. Isolierschicht der Nervenfasern schon etwas dünner oder geschädigt, ist das Risiko für solche krampfauslösenden Impulsentladungen höher. Es liegt auf der Hand, dass sie im Alter häufiger sind als bei jungen, gesunden Menschen, weshalb auch Wadenkrämpfe bei älteren Menschen häufiger auftreten.

Eine solche Demyelinisierung kann durch unterschiedliche Erkrankungen wie z.B. die diabetische Polyneuropathie oder Schilddrüsenerkrankungen hervorgerufen werden, aber auch durch verschiedene Medikamente, Alkohol oder Vitamin-B-Mangel. In den Beipackzetteln von Ciclosporin- wie auch Tacrolimuspräparaten werden Muskelkrämpfe als mögliche Nebenwirkungen angegeben. Hinzu kommen mechanische Auslöser: Senkt man die Zehenspitzen nach unten, so dass sich der Wadenmuskel verkürzt – wie das beispielsweise der Fall ist, wenn der Fuß durch eine schwere Bettdecke heruntergedrückt wird oder in High-Heels steckt – kann es leichter zu Wadenkrämpfen kommen. „Warum das so ist, wissen wir nicht genau. Es ist wahrscheinlich so, dass durch Gewebsverschiebungen die empfindlichen Nervenendstreifen im Muskel unter Druckspannung gera-

ten, was die elektrischen Entladungen begünstigt“, erklärt Dr. Rainer Lindemuth, Neurologe aus Siegen. „Beugt man den Fuß in die Gegenrichtung und streckt den Wadenmuskel, löst sich der Krampf. Die Akutempfehlung lautet daher, den verkrampten Muskel zu dehnen bzw. seinen Gegenspieler anzuspannen.“

Vorbeugen

Zur Vorbeugung kann die betroffene Muskulatur passiv gedehnt werden. Für die Wadenmuskulatur kann das z.B. durch langsames Vorbeugen des Körpers im Stand (Abstützen an der Wand) ohne Abheben der Fersen vom Boden geschehen. Klare wissenschaftliche Erkenntnisse zum Wert der Übungen fehlen bisher.

Dauerhaft Magnesium – Aufpassen bei Nierenfunktions Einschränkung

Die Einnahme von Magnesium wird empfohlen, obwohl auch hier die Wirksamkeit nicht ausreichend belegt ist. „Ein Therapieversuch sollte aber in jedem Falle unternommen werden. Magnesium führt an der Muskelmembran zu einer Stabilisierung und reduziert Aktionspotenziale, die Kontraktionen im Muskel auslösen. Viele Patienten berichten, dass es bei ihnen die Neigung zu Muskelkrämpfen lindert. Wenn es nicht überdosiert wird, ist Magnesium außerdem unbedenklich und hat keine Nebenwirkungen“, so der Experte. „Aufpassen müssen lediglich Menschen mit eingeschränkter Nierenfunktion, sie sollten vor der Dauereinnahme mit ihrem behandelnden Nephrologen sprechen.“

Therapie

Wenn die Muskelkrämpfe mit diesen Maßnahmen nicht in den Griff zu bekommen sind und die Lebens- und Schlafqualität stark beeinträchtigen, sollte der Arzt eine genaue Diagnostik durchführen. Erst wenn alle behandelbaren Ursachen ausgeschlossen wurden und eine Magnesiumtherapie versucht wurde,

sollten bei häufigen und sehr schmerzhaften Krämpfen Chininpräparate zum Einsatz kommen, so die derzeitige Leitlinienempfehlung.

Diese könnte nun aber überholt sein. Eine aktuell in der Fachzeitschrift „MMW – Fortschritte der Medizin“ publizierte, multizentrische, nicht interventionelle Studie bestätigte die Wirksamkeit und Verträglichkeit der Behandlung mit Chininsulfat im Versorgungsalltag bei erwachsenen Patienten mit sehr häufigen oder besonders schmerzhaften nächtlichen Wadenkrämpfen. „Anzahl, Dauer und Schmerzintensität der nächtlichen Wadenkrämpfe hatten bei der Mehrzahl der Patienten abgenommen und das Nebenwirkungsprofil war tolerabel. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen traten bei 35/592 Patienten auf, schwere unerwünschte Arzneimittelwirkungen überhaupt nicht. Ich denke, es ist möglich, diese Präparate weniger restriktiv einzusetzen, als es die Leitlinien derzeit vorsehen“, erklärt Prof. Dr. Hans-Christoph Diener, Erstautor der aktuellen Studie.

Transplantierte sollten bei zusätzlichen Einnahmen von Medikamenten aber stets mögliche Wechselwirkungen mit den einzunehmenden immunsuppressiven Medikamenten abklären lassen, damit keine unliebsamen Überraschungen einer Wirkungserhöhung oder -verminderung der immunsuppressiven Therapie durch Wechselwirkungen eintreten kann. Das gilt für verschreibungspflichtige Arzneimittel ebenso wie für apothekenpflichtige und auch für Naturheilmittel.

Die Wirkstoffspiegelkontrolle ist dann besonders wichtig, um nicht in die Gefahr der vermehrten Nebenwirkungen des Immunsuppressivums bzw. einer Organabstoßung zu kommen.

Die Wirkstoffspiegelkontrolle ist dann besonders wichtig, um nicht in die Gefahr der vermehrten Nebenwirkungen des Immunsuppressivums bzw. einer Organabstoßung zu kommen.

Quelle: PM der Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN) v. 22.10.2019

Patienten fragen – Wir antworten

Wie kann ich meine Leber noch unterstützen, womit kann ich ihr Gutes tun?

Die Leber ist in unserem Körper für die Entgiftung zuständig: sie speichert Nährstoffe und steuert den Stoffwechsel. Neben der Haut filtert die Leber von allen Organen am meisten Krankheitserreger und Abfallprodukte heraus und scheidet sie über die Niere oder Galle wieder aus. Zu diesen Abfallprodukten gehören Stoffe wie Alkohol, Nikotin oder Medikamente. Obwohl unsere Leber sehr robust ist, können zu viele Giftstoffe der Leber schaden. Gerade wir Transplantierte sollten gut auf unser neues Organ aufpassen.

Hier ein paar allgemeine Ernährungstipps:

Wichtig ist vor allem eine ausgewogene Ernährung, viel Gemüse und wenig Fleisch, frische Kräuter statt Salz, viel trinken, mindestens 2l Wasser oder ungesüßten Tee. Kaffee wirkt auch günstig auf die Leber. Natürlich alles in Maßen. Alkohol ist selbstverständlich tabu!

Jeder möge die nachfolgenden allgemeinen Tipps prüfen, ob sie für die eigene Situation geeignet sind. So können Nüsse auch pilzbelastet sein. Bei neu und regelmäßig eingesetzten Wirkstoffen (auch Stoffe aus der Natur) empfiehlt sich die Kontrolle des Immunsuppressivum-Spiegels.

- Knoblauch kurbelt die Produktivität der Leber an. Dadurch werden schädliche Stoffe schneller ausgeschieden und das Organ somit besser geschützt (aber nur, wer Knoblauch vertragen kann).
- Walnüsse unterstützen die Leber ebenfalls beim Entgiften. In den Nüssen stecken Glutathion, Omega-3-Fettsäuren und L-Arginin. Dies sind wichtige Stoffe, die der Leber helfen, Ammoniak auszuschleiden.
- Brokkoli enthält Senfölglykoside, die die Leber weiter anregen. Der Stoff steckt ebenfalls in Rettich und Radieschen.
- Bittere Salate und Löwenzahn haben ebenfalls eine entgiftende Wirkung und regen die Fettverbrennung an.
- Ingwer stärkt das Immunsystem und hilft so auch der Leber beim Entgiften, hilft auch, sich vor Erkältungen zu schützen.
- Zitrone aktiviert Enzyme in der Leber, die beim Entgiften helfen. Noch dazu wird die Verdauung angekurbelt und der pH-Wert des Körpers ins Gleichgewicht gebracht. Tipp: morgens auf nüchternen Magen ein Glas lauwarmes Wasser mit Zitrone (natürlich Bio) trinken.
- Rote Bete unterstützt mit Flavonoiden und Beta-Carotin. Außerdem verbessert das Gemüse die Durchblutung und gilt generell als Blutreiniger.
- Artischocken enthalten viele Bitterstoffe, die eine Entgiftung anregen und die Leber vor freien Radikalen schützen.
- Lein-Öl wirkt dank Omega-3-Fettsäuren entzündungshemmend und ist gut für die Leber.
- Kurkuma enthält Curcumin. Das fördert die Funktion der Gallenflüssigkeit und entlastet die Leber. Noch dazu schützt Curcumin die Leber vor schädlichen Giften und kann angeschlagene Leberzellen wieder heilen.

Vor allem ist Bewegung gesund. Gehen Sie regelmäßig spazieren, wandern oder radfahren, wenn Sie können. Die Krankenkassen bieten hier eine Vielfalt an Kursen an, z.B. Reha-Sport, Entspannungsübungen etc. Bitte bei Ihrer Kasse nachfragen!

Nutzen Sie jede Treppe, lassen Sie öfter das Auto stehen und achten Sie auf ausreichend Schlaf.

Ich empfehle ein interessantes Buch von Alfons Schuhbeck: „Meine Reise in die Welt der Gewürze – von Marrakesch bis Istanbul. Die Geschichte und Heilkraft neu entdecken!“

Bei Unsicherheiten fragen Sie bitte Ihren behandelnden Arzt!

Quellen: Utopia, Krankenkassenzentrale

Wie kann ich mich als Transplantierte im Alltag vor Infektionen schützen?

Schutz vor Ansteckung ist für uns Immunsupprimierte immer ein Thema. In Zeiten von Corona, Grippe etc. gilt das in besonderem Maße. Was uns aber nicht hilft, ist Panik – gute Information dagegen schon.

Um sich selbst und andere vor Ansteckung und vor allem Tröpfchen-Infektionen zu schützen, gilt:

- Abstand zu Erkrankten halten (ein bis zwei Meter)
- regelmäßiges, häufiges und sorgfältiges Händewaschen (mindestens 20 Sekunden mit Seife bis zum Handgelenk)
- Auf Händeschütteln und Umarmung verzichten. Ein „Hallo“, Lächeln, Nicken oder Verbeugen auf Abstand ist natürlich erlaubt.
- weniger ins Gesicht greifen
- Schleimhäute im Gesicht (Mund, Augen (!), Nase) nicht mit Fingern berühren
- in die Armbeuge niesen und husten
- in Taschentücher schnäuzen oder niesen und diese nach einmaligem Gebrauch entsorgen
- weitere schützende Gewohnheiten nutzen: etwa das Drücken von Fahrstuhlknöpfen oder Türgriffen mit Ellbogen oder einem Tuch
- belebte Orte und Veranstaltungen meiden
- bei Bedarf Handschuhe tragen (nach täglichem Wechseln waschen)
- Mund-Nasen-Schutz tragen. Dieser bietet zwar keinen optimalen Eigenschutz. Tragen aber alle (Infizierten) Masken, so schützen wir uns alle gegenseitig. (Durchfeuchtete Masken ersetzen!, Masken nicht vorne anfassen, nur an den Ohrenklemmen oder Schnüren.)
- Wichtig ist die Überprüfung des Impfstatus, z. B. gehören dazu auch Impfungen gegen
- Grippe: Jeder Transplantierte sollte sich vor dem Winter gegen **Grippe** impfen lassen. – Empfohlen wird eine 4-fach-Impfung.
- Lungenentzündung: Außerdem wird eine sequenzielle Impfung gegen **Pneumokokken** empfohlen (Lungenentzündung).
- Windpocken, Gürtelrose: Bei positiver Varizellen-Serologie wird eine Impfung mit dem neu verfügbaren adjuvantierten Herpes-Zoster-subunit-(HZ/su) Totimpfstoff (Shingrix®) empfohlen.

Quelle: Science Media Center Germany, Super.Markt RBB, Robert-Koch-Institut

Infos zusammengestellt von Mariele Höhn.



Wie nehme ich genau meine Immunsuppressiva ein?

In der letzten Zeit wurde über die Einnahme von Immunsuppressiva diskutiert. Frau Dr. Christina Feist von der Ltx-Ambulanz der Mainzer Unimedizin bringt Licht ins „Dunkel“.

Die genaue Art der Anwendung der Immunsuppressiva unterscheidet sich je nach Präparat:

Tacrolimus (Prograf®)

Die Kapseln müssen nach der Entnahme aus der Blisterpackung sofort mit etwas Flüssigkeit (am besten mit Wasser) eingenommen werden.

Zur Gewährleistung einer maximalen Resorption (Aufnahme des Wirkstoffs in das Blut) sind die Kapseln im nüchternen Zustand oder mindestens 1 Stunde vor bzw. 2–3 Stunden nach der Mahlzeit einzunehmen.

Die Rate und das Ausmaß der Resorption von Tacrolimus ist in nüchternem Zustand am größten. Die gleichzeitige Nahrungsmittelaufnahme senkt sowohl Rate als auch Ausmaß der Resorption von Tacrolimus; dieser Effekt ist besonders ausgeprägt nach einer Mahlzeit mit hohem Fettgehalt. Die Auswirkung eines kohlehydratreichen Essens ist weniger ausgeprägt.

Besonders wichtig ist auch die möglichst genaue Einhaltung des 12-Stunden-Abstands zwischen der morgendlichen und abendlichen Einnahme. Dies gilt natürlich nicht für die Tacro-

limus-Retardpräparate (Advagraf®, Envarsus®), die nur einmal täglich eingenommen werden.

Gleiches gilt für Cyclosporin (Sandimmun®).

Everolimus (Certican®)

Die Tagesdosis an Certican soll immer aufgeteilt auf zwei Dosen (zweimal täglich) oral verabreicht werden, gleichbleibend immer während der Nahrungsaufnahme oder unabhängig davon und zur gleichen Zeit wie Cyclosporin-Mikroemulsion oder Tacrolimus. Auch die Aufnahme von Everolimus ist reduziert, wenn die Tablette gleichzeitig mit einer fettreichen Mahlzeit gegeben wird. Um einen gleichmäßigen Wirkstoffspiegel zu erreichen, sollte Certican daher entweder immer mit oder immer ohne Nahrung eingenommen werden.

Die Tabletten sollen unzerteilt mit einem Glas Wasser eingenommen werden und dürfen vor Gebrauch nicht zerstoßen werden.

Mycophenolatmofetil (CellCept®, Myfortic®, Mowel®)

MMF wird zweimal täglich entweder zu den Mahlzeiten oder unabhängig davon eingenommen.

Das Gespräch mit Frau Dr. Christina Feist führte Mariele Höhn.

Vitamin-D-Versorgung im Blick halten

Als Organtransplantierte achten wir auf besonders effektiven Sonnenschutz. Dies, wie auch die Lichtverhältnisse im Winter, ein gestörter Knochenstoffwechsel oder vermehrter Aufenthalt nur in Räumen, wie durch das Corona-Pandemie-bedingte Kontaktverbot, können einen Vitamin-D-Mangel begünstigen. Bevor wir aber unkontrolliert zusätzliche Tabletten einnehmen, sollten wir das Thema mit dem Arzt besprechen und den Spiegel kontrollieren lassen. Informationen, auch über mögliche Zusammenhänge zwischen Vitamin-D-Mangel und Atemwegserkrankungen, liefert uns die Deutsche Gesellschaft für Ernährung in einer neuen Pressemitteilung.

In der Zeit von März bis Oktober reicht in Deutschland die Stärke der Sonnenbestrahlung aus, um eine ausreichende Versorgung durch die körpereigene Bildung von Vitamin D über die Haut zu gewährleisten. Kurze Aufenthalte wie Spaziergänge an der frischen Luft mit 15–25 Minuten Sonneinstrahlung pro Tag reichen dafür aus.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) weist darauf hin, dass die Einnahme von Vitamin-D-Präparaten nur dann empfohlen wird, wenn eine unzureichende Versorgung nachgewiesen wurde und eine gezielte Verbesserung der Versorgung durch die körpereigene Vitamin-D-Bildung durch Sonnenbestrahlung und Ernährung nicht erreicht wird.

Für frei verkäufliche Nahrungsergänzungsmittel existieren derzeit weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene verbindliche Höchstmengen für den Vitamin-D-Gehalt. Allerdings sind nach Ansicht einer Expertenkommission (Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL)/Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)) Produkte nur bis zu einer Tagesdosis von 20 µg Vitamin D (= 800 i.E.) als Nahrungsergänzungsmittel einzustufen. Höher dosierte Präparate sind als Arzneimittel anzusehen.

Eine andauernde Überdosierung mit Vitamin-D-Präparaten, die eine Dosis von über 100 µg (ca. 4.000 i.E.) pro Tag enthalten, kann unerwünschte Nebenwirkungen wie Nierensteine oder Nieren-

verkalkungen hervorrufen. Daher spricht die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) eine tolerierbare Gesamtzufuhr für Vitamin D in Höhe von 100 µg/Tag für Erwachsene und 50 µg/Tag für Kinder von 1–11 Jahren aus. Diese tolerierbaren Gesamtzufuhrmengen pro Tag beziehen sich auf die Vitamin-D-Zufuhr aus allen Lebensmitteln, einschließlich Vitamin-D-Präparate und angereicherte Lebensmittel.

Hat Vitamin D eine präventive Wirkung auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 bzw. eine Erkrankung an COVID-19?

Aufgrund der Neuartigkeit des Corona-Virus gibt es noch keine wissenschaftlichen Studien, die den Zusammenhang der Behandlung oder der Prävention von Vitamin D auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 bzw. eine Erkrankung an COVID-19 untersucht haben. Daher kann diese Frage aus wissenschaftlicher Sicht derzeit nicht beantwortet werden.

Die DGE führte im Rahmen des 14. DGE-Ernährungsberichts eine systematische Literaturrecherche durch. Sie ging der Frage nach, ob es einen Zusammenhang zwischen der Vitamin-D-Versorgung für bestimmte Krankheiten bzw. deren Verlauf, unter anderem akute Atemwegsinfektionen, gibt.

Epidemiologische Studien geben erste Hinweise auf einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Vitamin-D-Status und dem Auftreten von akuten

Atemwegsinfekten. Insbesondere bei Personen, die einen Vitamin-D-Mangel (Serumkonzentration von 25(OH)D: < 25 nmol/L) aufweisen, könnte die Einnahme von Vitamin-D-Präparaten in niedriger Dosierung (7,5–100 µg/Tag oder 35–500 µg/Woche) die Häufigkeit von akuten Atemwegsinfekten verringern. Für hohe Einmalgaben an Vitamin D (> 750 µg/Tag) konnte kein Zusammenhang beobachtet werden. In der Behandlung akuter Atemwegsinfekte gab es keinen Einfluss durch die Einnahme von Vitamin-D-Präparaten.

Anhand der bisherigen Studienergebnisse kann keine generelle Empfehlung für die Einnahme von Vitamin-D-Präparaten zur Vorbeugung akuter Atemwegsinfekte ausgesprochen werden. Akute Atemwegsinfekte können verschiedene Ursachen haben, beispielsweise virale oder bakterielle Infektionen. Darüber hinaus ist die Wirksamkeit einer Vitamin-D-Supplementation abhängig vom Vitamin-D-Status. Vielmehr gilt: Eine gute Vitamin-D-Versorgung soll am besten durch die Eigensynthese der Haut und über die Ernährung erreicht werden. Nur wenn das nicht ausreichend ist, sollten Supplemente genommen werden. Dabei wird von der DGE eine Zufuhrmenge von 20 µg Vitamin D pro Tag bei fehlender körpereigener Bildung als adäquat angegeben.

Die vollständige Analyse wird als Bestandteil des 14. DGE-Ernährungsberichts Ende 2020 erscheinen.

Quelle: PM der DGE v. 26.3.2020

Sterbehilfe – ein umstrittenes Thema

Peter Mohr

Am 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht eine Entscheidung zum bisherigen Gesetz über Sterbehilfe (§ 217 StGB) aus dem Jahr 2015 verkündet. Das bisherige Gesetz wurde als nicht verfassungsgemäß außer Kraft gesetzt.

Sterbehilfe betrifft die Frage nach der Autonomie des einzelnen Menschen, nach seinem Schutz durch den Staat, aber auch nach der ärztlichen Ethik. Im bisherigen Gesetz war bestimmt worden, dass bestraft wird, wer Sterbehilfe geschäftsmäßig betreibt. Geschäftsmäßig bedeutet, dass die Handlung nicht nur einmal, sondern mehrmals durchgeführt wird. Damit wäre der zweite Fall von Sterbehilfe eines Arztes bestraft worden. Also war Sterbehilfe praktisch nicht mehr möglich.

Die Fortschritte der Medizin haben aber Situationen möglich gemacht, in denen Menschen in einem Zustand am Leben bleiben, in dem ihnen dieses weitere Überleben nicht mehr lebenswert erscheint und die deshalb sterben wollen. Durch das bisherige Gesetz konnten sie nicht mehr ihrem Willen gemäß behandelt werden. Sterbehilfe konnte ihnen nicht gewährt werden.

Ein weiteres Problem der bisherigen Gesetzeslage: Patienten auf Palliativsta-

tionen erhielten zur Linderung ihrer Beschwerden Medikamente, mit denen sie sich töten konnten. Sollten sie diese Medikamente weiterhin erhalten, wäre die Gabe solcher Medikamente Sterbehilfe?

In unserem Grundgesetz ist der Schutz des Lebens, aber ebenso die Selbstbestimmung der Einzelnen über ihren Körper, also auch über selbstbestimmtes Sterben, eindeutig festgelegt. Daran muss sich die weitere Gesetzgebung orientieren. Das bedeutet, dass die Tötung auf Verlangen nicht „grenzenlos“ freigegeben werden darf. Die Hilfe zur Selbsttötung muss stets das Ende eines wohlüberlegten Prozesses sein, in welchem die Schwerstkranken von Ärzten und Psychologen, oft auch Seelsorgern, begleitet werden.

Palliativmediziner berichten, dass viele Patienten nach ausführlichen Gesprächen, vor allem über die Möglichkeiten palliativer Versorgung, von ihrem Sterbewunsch abrücken. Offenbar liegt im Hintergrund des Wunsches nach selbstbestimmtem Sterben häufig der Wunsch, den eigenen Nachkommen nicht zur Last fallen zu wollen. Denkbar sind ebenfalls Panikreaktionen nach schwierigen Diagnosen oder der Einfluss allzu gieriger Erben. Allerdings bleiben einige Patienten bei ihrem Sterbewunsch und auch ihnen muss ihre Selbstbestimmung zugestanden werden.

Eine wichtige Frage ist die Einstellung der Ärzte: Nach ihrem Selbstverständnis und ihrer Berufsordnung ist es ihre Aufgabe, Leben zu schützen und alles für seine Erhaltung zu tun. Ihnen sollte nur in seltenen Ausnahmefällen Hilfe zum Sterben zugemutet werden.

Bereits die bestehende Gesetzeslage verbietet es, dass das tödliche Medikament von einer zweiten Person verabreicht wird. Der Sterbewillige muss das Medikament selbst nehmen können.

Dies könnte Folgendes bedeuten:

Der Gesetzgeber muss die Selbsttötung als geregeltes Verfahren festlegen, also mit ausführlicher, dokumentierter und ergebnisoffener Beratung des Sterbewilligen.

Es muss deutlich gemacht werden, wer diese Beratung ausführen darf. Mit dem Leid von Schwerstkranken darf kein Geld verdient werden, was gegen „Vereine“ (im Endeffekt also Firmen) spricht, deren vorrangiges Ziel Hilfe bei Selbsttötung ist.

Im Mittelpunkt aller Gesetzgebung zum selbstbestimmten Sterben muss stehen, dass die Patienten in ihrer sehr schwierigen Situation gute professionelle Beratung und die Hilfe bekommen, die für sie passt. Ärzte müssen in die Lage versetzt werden, den Patienten beim selbstbestimmten Sterben, wenn dies die endgültige Entscheidung ist, zu helfen.

Erwerbsminderungsrente

Peter Mohr

Wer krankheitsbedingt nicht mehr zur vollen Arbeitsleistung in der Lage ist, gilt erwerbsgemindert oder als berufsunfähig.

Als berufsunfähig gilt, wer nur noch weniger als 6 Stunden in seinem erlernten und ausgeübten Beruf oder einer zumutbaren Tätigkeit arbeiten kann. Als zumutbar gelten Tätigkeiten, die etwa der bisherigen Qualifikation und Arbeit entsprechen. Die Berufsunfähigkeitsrente wurde im Jahr 2000 abgeschafft und kann nur noch von Personen beantragt werden, die vor dem 2.1.1961 geboren sind. Ihre Höhe entspricht der Erwerbsminderungsrente. Für einen angemessenen Lebensstandard nach Rentenbewilligung ist es sinnvoll, wenn rechtzeitig eine Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen wurde.

Bei der Erwerbsminderungsrente spielt der erlernte Beruf keine Rolle. Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn jemand auch in einfacheren Berufen keine 6 Stunden mehr arbeiten kann. Wer also keine komplizierten Arbeiten am Computer mehr leisten kann, ist vielleicht noch zu einfachen Sortierarbeiten in der Lage und ist daher nicht erwerbsgemindert. Ist diese einfache Arbeit auch nicht mehr

möglich, kann ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt werden. Voraussetzung dafür ist, dass Sie mindestens fünf Jahre in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert waren und in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge gezahlt haben. Außerdem gilt der Grundsatz „Reha vor Rente“. Das bedeutet, dass der Versicherungsträger sich bemüht, die Erwerbsfähigkeit durch medizinische oder berufliche Maßnahmen wiederherzustellen. Kann die volle Arbeitsfähigkeit nicht wieder hergestellt werden, ermittelt der Versicherungsträger, wie stark die Erwerbsminderung ist und ob eine teilweise oder völlige Erwerbsminderung vorliegt.

Wer fünf Mal pro Woche nur noch zwischen drei und sechs Stunden arbeiten kann, hat Anspruch auf eine teilweise Erwerbsminderungsrente. Zusammen mit dem noch erzielten Einkommen soll sie dazu beitragen, den Lebensunterhalt zu sichern. Wer nur noch weniger als drei Stunden pro Tag arbeiten kann oder wem kein Teilzeitarbeitsplatz vermittelt werden kann, erhält volle Erwerbsminderungsrente.

Die Höhe der Rente bemisst sich nach den bisher eingezahlten Rentenbeiträgen. Allerdings werden für den vorzeitigen Rentenbezug Abschläge errechnet,

die bis zu 10,8% betragen können. Laut Sozialverband VdK liegt die derzeit bezahlte Erwerbsminderungsrente im Durchschnitt bei etwa 790,- €. Also muss wohl meist zusätzlich Grundsicherung beantragt werden. Wie bereits angemerkt, sollten alle, die sich dies leisten können, eine Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen.

Die Erwerbsunfähigkeitsrente wird immer befristet. Die Höchstdauer des Rentenbezugs ist 3 Jahre. Zum Ende der Befristung wird geprüft, ob die Voraussetzungen für einen weiteren Bezug noch gegeben sind. Insgesamt kann die Befristung bis auf 9 Jahre ausgedehnt werden. Danach wird meist davon ausgegangen, dass sich der Gesundheitszustand nicht mehr verbessert und die Rente wird entfristet. Sie kann aber dennoch wieder entzogen werden, wenn am Gesundheitszustand der Betroffenen eine Verbesserung eintritt.

Beantragt wird die beschriebene Rente bei dem zuständigen Rentenversicherungsträger. Bei negativem Bescheid kann Widerspruch eingelegt werden. Auch der (kostenlose) Gang zum Sozialgericht ist möglich. Auf jeden Fall ist es sinnvoll, sich vor diesem Schritt bei einem der Sozialverbände oder einem Fachanwalt beraten zu lassen.

BUCHBESPRECHUNG

Hirntod und Organspende aus interkultureller Sicht.

Stephan M. Probst (Hg.): Leipzig 2019
268 Seiten, Klappenbroschur
15 Abbildungen
ISBN: 978-3-95565-292-0



Bücher über Hirntod und/oder Organspende gibt es inzwischen wie Sand am Meer. Leider sind die meisten von ihnen voller Halb- und Unwahrheiten. Andere hingegen sind so wissenschaftlich und so medizinisch, dass man sie als medizinischer Laie schwer versteht. Daher ist es umso erfreulicher, wenn man in der Masse der Bücher ein Buch findet, das einerseits sachlich korrekt über Hirntod und Organspende informiert, andererseits allgemein verständlich ist.

Stephan M. Probst brachte im September 2019 solch ein Buch heraus. Es hat den Titel „Hirntod und Organspende aus interkultureller Sicht“. Der Sammelband ist inhaltlich konkurrenzlos. Die Sprache ist allgemein verständlich, der Inhalt ist korrekt und wissenschaftlich fundiert.

Hierzu ein kurzer Überblick zu den einzelnen Autoren und ihren Themen:

Der Neurochirurg **Prof. Dr. Dag Moskopp** beschreibt die Entwicklung des Hirntodes von 1952 bis 1960 und beantwortet die gängigsten Fragen zum Hirntod. Er beschreibt den medizinischen Zustand Hirntod und zeigt deutlich auf, dass die Entwicklung zum Hirntod der Organspende um Jahre vorausging und schon alleine damit getrennt verlaufen ist.

Sören Melsa, Koordinator der Deutschen Stiftung Organtransplantation, beschreibt den Ablauf der Organtransplantation von der schweren Hirnschädigung mit allen Stationen bis zur Transplantation und nennt die Rolle der beteiligten Einrichtungen.

Der Philosoph **Prof. Dr. Ralf Stoecker** legt seine Überlegungen zu Hirntod und Organspende dar. Da für ihn Hirntote keine Leichen sind, sieht er hier noch Diskussionsbedarf.

Der Soziologe **Prof. Dr. Frank Adloff** und seine wissenschaftliche Mitarbeiterin **Iris Hilbrich** zeigen die Hintergründe der Vorbehalte und Ablehnungen der Deutschen gegenüber Organspende auf. Die in Umfragen genannten Gründe sind Mangel an Informationen, Misstrauen, Ablehnung des Hirntodkonzeptes und die körperliche Unversehrtheit.

Die Religionswissenschaftlerin **Sarah Werren** beschreibt die jüdisch-orthodoxe Sicht zu Hirntod und Organspende. Aus unverständlichen Gründen ist dieser Beitrag in englischer Sprache.

Der katholische Theologe **Prof. Dr. Antonio Autiero** stellt die katholische Sicht zu Hirntod und Organspende dar. Sie wird in dem afrikanischen Sprichwort deutlich: „Der Mensch ist die Medizin des Menschen.“ Autiero verweist ausdrücklich auf die in der 2015 von der Deutschen Bischofskonferenz herausgegebene Schrift, dass Organspendende keine Sterbende sind, sondern Tote.

Die evangelische Theologin **Ruth Denkhäus** zeigt die evangelische Sicht und ihre Entwicklung. Gut recherchiert legt sie die Entwicklung vom eindeutigen Ja in der gemeinsamen Erklärung 1990 zur gegenwärtigen Zurückhaltung dar.

Der Kultur- und Sozialanthropologe **Dr. Martin Kellner** zeigt ethisch-rechtliche Fragen im islamischen Recht zur Organtransplantation auf. Dabei nennt er die Argumente der Kritiker und der Befürworter.

Der syrische Mediziner **Dr. M. Zouhair Safar Al-Halabi** legt die islamische Sicht zur Organspende dar. Dabei geht er gut verständlich auf 12 islamische bioethische Regeln zur Organtransplantation ein.

Der Journalist **Peter Krause** betrachtet die anthroposophische Sicht zum Sterben und zum Tod des Menschen. Gleichsam einen Bogen zum Artikel von Dag Moskopp und der Bischofskonferenz schlagend zitiert er eine Aussage von Rudolf Steiner aus dem Jahre 1912, wonach Hirntote als Tote zu betrachten sind.

Stephan M. Probst ist mit der Auswahl der Autoren ein hervorragendes Buch gelungen, das jedem zu empfehlen ist, der sich über Hirntod und/oder Organspende informieren möchte. Es ist sein Geld wert: 19,90 €. Bei diesem Preis bekommt der Leser nicht 268 Seiten Papier, sondern echte Informationen. Auch wer schon lange sich mit den Themen Hirntod und/oder Organspende beschäftigt und meint, sich voll und ganz darin auszukennen, findet in diesem Buch bei fast allen Autoren weitere Informationen, die sein Wissen über Hirntod und Organspende ergänzen. Auch wegen der gut verständlichen Sprache ist das Buch allen zu empfehlen, die sich über Hirntod und Organspende informieren oder ihr Wissen erweitern wollen.

Pater Klaus Schäfer SAC, Falkenstein

Der anonyme Dankesbrief – Wertschätzung gegenüber dem unbekanntem Organspender und seinen Angehörigen

Neuer Flyer
»Wie kann ich
Danke sagen«
erschienen!

Anne-Bärbel Blaes-Eise, DSO

Mit der Änderung des Transplantationsgesetzes vom 1. April 2019 wurde in Deutschland der gesetzliche Rahmen geschaffen, in dem anonyme Dankesbriefe der Organempfänger, die an die Angehörigen des Spenders gerichtet sind, weitergeleitet werden dürfen. Dies gibt Organempfängern die Möglichkeit, ihren Dank ganz persönlich gegenüber den Angehörigen des Organspenders auszudrücken.

Um die Anonymität beider Seiten sicherzustellen, sind datenschutzrechtliche Vorgaben einzuhalten. Diese werden im neuen Flyer „Wie kann ich Danke sagen“ erläutert. Der Flyer enthält auch Tipps zum Verfassen eines Dankesbriefes. Jedem Brief muss eine vom Organempfänger unterzeichnete Datenschutzerklärung beiliegen. Beide Schriftstücke müssen in einem offenen Umschlag im betreuenden Transplantationszentrum abgegeben werden. Von dort wird der Dankesbrief – unter Angabe einer Kennnummer – an die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) weitergeleitet.

Bei der DSO wird geprüft, ob die Familie des Organspenders dem Erhalt von



Unsere Mitglieder haben alle den Flyer mit Hinweisen zum Erstellen eines Dankesbriefs zugesandt bekommen. Nichtmitglieder erhalten ihn ebenfalls kostenlos gegen frankierten (0,80 EUR) und adressierten Rückumschlag (DIN lang) bei Lebertransplantierte Deutschland e.V. Geschäftsstelle · Bebbelsdorf 121 · 58454 Witten

Empfänger-Dankesbriefen zugestimmt hat. Auf Wunsch wird der Organempfänger darüber informiert, ob die Zustellung an die Spenderfamilie gelungen ist.

Das neue Gesetz regelt den anonymen Briefwechsel für Organtransplantationen, die nach dem 1.4.2019 erfolgten. Wenn die Transplantation schon länger zurückliegt, ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Weiterleitung des Dankesbriefes an die Spenderfamilie gelingt, geringer.

Haben Angehörige einen Dankesbrief vom Organempfänger erhalten, können sie ein anonymes Antwortschreiben verfassen. Der Organempfänger muss schriftlich zugestimmt haben, dass er ein mögliches Antwortschreiben empfangen möchte. Es kann entlastend für ihn sein zu lesen, dass die Angehörigen in ihrer Trauer weiter hinter der Entscheidung zur Organspende stehen. Sie können dem Organempfänger beispielsweise mitteilen, wie die Entscheidung zur Organspende erfolgte (Organspendeausweis, mündliche Willensäußerung). Antwortschreiben der Angehörigen werden ebenfalls über die DSO und das Transplantationszentrum weitergeleitet.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich gerne an: dankesbrief@dso.de

Liebe Familie des Organspenders meines Mannes,

nun sind schon neun Monate vergangen seit dem Tag, an dem für meinen Mann und unsere ganze Familie ein neues Leben begonnen hat.

Nach jahrelangem Warten kam der Anruf, dass eine Spenderleber für meinen Mann zur Verfügung steht. Dieser Tag war auch für Sie, liebe Spenderfamilie, ein Tag voller Angst, Leid und Trauer. Sie mussten Abschied nehmen von einem geliebten Angehörigen.

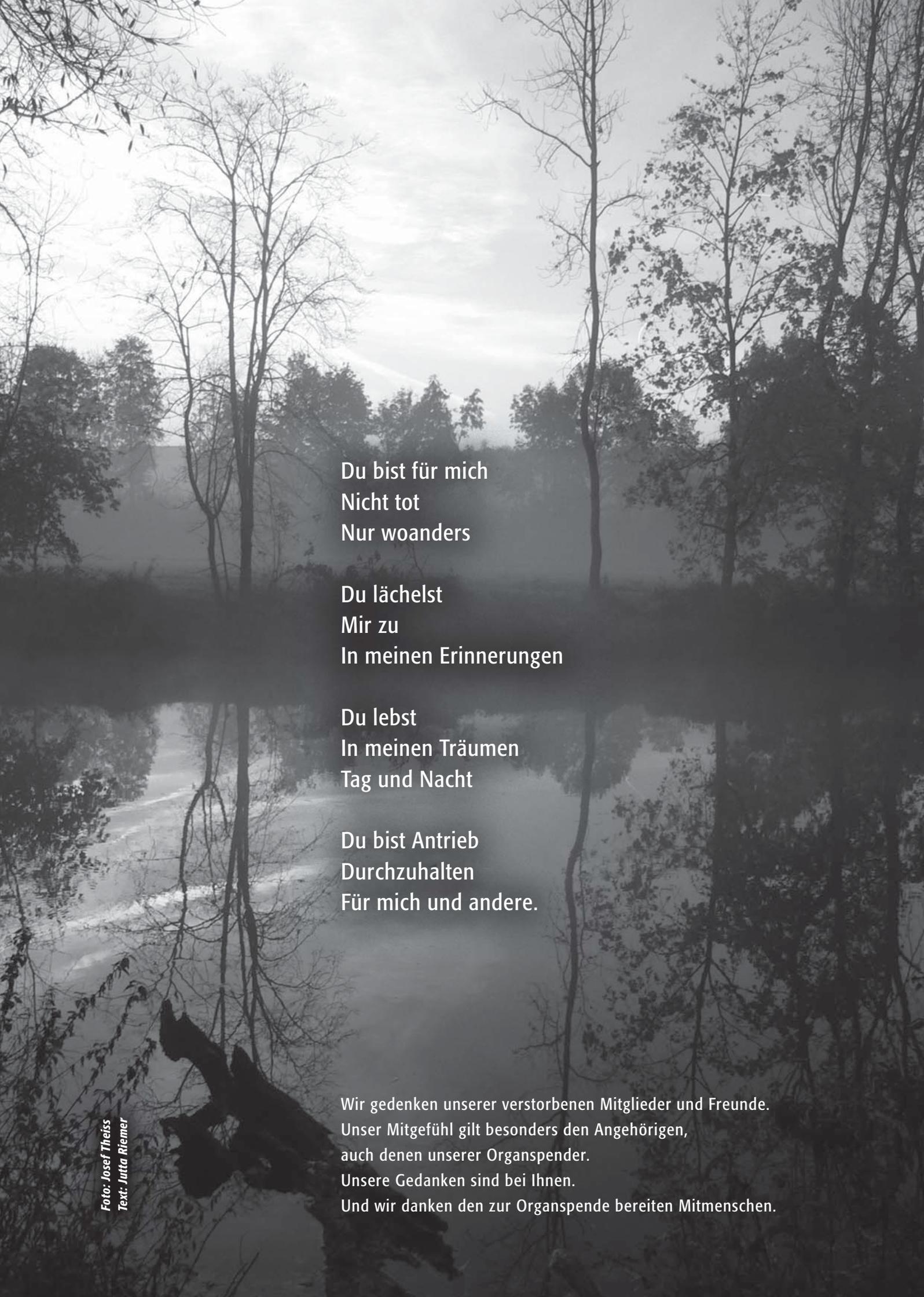
Vielleicht ist es für Sie ein kleiner Trost zu erfahren, dass Ihre Organspende für unsere Familie „Lebensretter“ war. Täglich denken wir an Sie und beten um Kraft und Stärke für Ihre Familie.

Wir denken auch mit großem Respekt an Sie, denn: Welch größere Geste der Menschlichkeit und der Nächstenliebe gibt es, als einem anderen Menschen ein Organ zu spenden? Wir sind Ihnen unendlich dankbar. Vielleicht spüren Sie auch manchmal unsere Gedanken und die Bande der Verbundenheit.

Meinem Mann geht es sehr gut. Die Ärzte sagen: „Ein sehr gutes Organ, das sehr gut passt“. Sie begleiten uns jeden Tag und wir denken an Sie und den Spender in großer Dankbarkeit.

Ganz, ganz liebe Grüße und alles Gute

*Dankesbrief
der Familie
eines Patienten
nach Leber-
transplantation*



Du bist für mich
Nicht tot
Nur woanders

Du lächelst
Mir zu
In meinen Erinnerungen

Du lebst
In meinen Träumen
Tag und Nacht

Du bist Antrieb
Durchzuhalten
Für mich und andere.

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.

Netzwerk Spenderfamilien – sendet Signale ...

Was wir 2019 bewegt haben

**Redaktionsteam Netzwerk Spenderfamilien
(G. Schweigler/M. Weis-Eul/A. Wolf)**

Das vergangene Jahr war wieder ein sehr ereignisreiches für uns. Wir reisten durch das gesamte Bundesgebiet und haben den Organspendern ein Gesicht gegeben. Dabei haben wir immer wieder vermittelt, Organspender sind Lebensretter. Wir waren aktiv in der Öffentlichkeitsarbeit Organspende, z.B. bei Podiumsdiskussionen in Dortmund, Bielefeld, Vechta, Marburg, Regensburg und Berlin, bei verschiedenen Printmedien und Fernsehsendungen, beim Kirchentag in Dortmund, bei Weiterbildungen von Transplantationsbeauftragten und Pflegepersonal, beim Tag der Organspende und beim Gedenktag „Dank dem Organspender“ in

Halle sowie beim Charité-Lauf des Chirurgenverbandes in Kiel. Wir haben uns auch politisch auf Länder- und Bundesebene engagiert z.B. als Mitglied im Bündnis Organspende in Thüringen, Teilnahme an Landesgesundheitskonferenzen, durch Mitwirkung bei dem Initiativplan Organspende und als Betroffenenvertreter in der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer. Bei Besuchen in Transplantationszentren führten wir Gespräche mit Wartepatienten und Transplantierten.

Unsere Idee für 2020 – Ein starkes Band für die Organspende

Wegen der Corona-Pandemie wird die geplante, zentrale Veranstaltung zum Tag der Organspende 2020 in Halle ausfallen, deshalb rufen wir als Netzwerk zu einer

MitMach-Aktion auf: „Ein starkes Band für Organspende“.

Wir haben uns seit unserer Entstehung für Organspende stark gemacht, uns für Spenderfamilien eingesetzt und somit stellvertretend Organspendern ein Gesicht gegeben. Wir sind mit vielen Menschen mit oder ohne Organspendeausweis, Patienten auf der Warteliste, Transplantierten und mit Menschen, die beruflich mit Organspende zu tun haben, ins Gespräch gekommen und sind so zu Botschafterinnen für Organspende geworden. Zwischen Transplantierten und Spenderfamilien ist ein freundschaftliches Band gewachsen, was uns allen Halt und Zuversicht gibt. Nun heißt es, ein Jahr ohne bzw. wenig Öffentlichkeitsarbeit rund um die Organspende zu überbrücken.





Knüpfen, häkeln, stricken ...

Daher rufen wir auf: knüpft, häkelt, strickt ... Bänder und sammelt diese in Euren Verbänden, Vereinen, Institutionen und Einrichtungen, bringt diese einzeln oder gesammelt am 5.6.2021 mit, damit wir aus allen Bändern am Tag der Organspende 2021 ein starkes Band für Organspende knüpfen können. Dieses Band wird zeigen, wie stark Organspende in Deutschland ist. Wir freuen uns, wenn Ihr alle mitmacht. Gerne können die unten abgebildeten Flyer bei uns angefordert werden und bei Fragen sendet uns einfach eine Mail: Spenderfamilien@t-online.de.

Meine Lyrik

Viel Zeit des Nachdenkens und der Selbstbetrachtung hatte ich;
ich war Realist, Pragmatiker, wenig gefühlsbetont.
Nun brechen sich Gefühle Bahn, die meisten sind für mich;
der Geist ist offen für diese Dinge, mein Herz ist plötzlich mitbewohnt.

Gedichte und Verse waren nicht mein Metier;
plötzlich entdecke ich sie als Ausdrucksform.
Ich kann damit Dinge sagen, ohne dass ich mich damit blamier;
meine Worte unterliegen keiner Norm.

Ich kann nicht beurteilen, ob die Worte gut oder schlecht;
wer ist so vermessen, es zu bewerten?
Ich nutze diese Ausdrucksform, wie mir die Worte recht;
freue mich, wenn man sie liest, ohne sie gleich abzuwerten.

Harald Friedrich

Aus dem Gedichtband „Wortgestalten – 158 Versuche sich auszudrücken“, von Harald Friederich. Der Autor ist Mitglied unseres Verbandes und ebenfalls von einer Lebertransplantation betroffen.

211 geschenkte Lebensjahre

Kontaktgruppe Ludwigsburg-Bietigheim feiert 25-jähriges Jubiläum auf dem Michaelsberg

Josef Theiss

Im Jahr 1993 ist von Betroffenen die „Selbsthilfe Lebertransplantierte“ in Heidelberg gegründet worden – und nur ein Jahr später die Kontaktgruppe Ludwigsburg-Bietigheim. Der Bietigheim-Bisinger Josef Theiss hat diese nach seiner eigenen Transplantation als Empfänger einer Spenderleber im Jahr 1994 ins Leben gerufen. Am 23. November 2019 ist das 25-jährige Jubiläum mit den Mitgliedern, von denen viele schon sehr lange dabei sind, aber auch mit Freunden, Helfern und Unterstützern im Jugendtagungshaus auf dem idyllisch gelegenen Michaelsberg inmitten von Weinbergen gefeiert worden. Für Transplantierte sind 25 Jahre eine sehr lange Zeit, denn jedes Jahr zählt doppelt und mehr. Es gab also viele Gründe zum Innehalten und zum Zurückblicken, aber auch zum Danken, vor allem den Menschen, die durch ihre Entscheidung für eine Organspende nach ihrem eigenen Tode anderen das Geschenk eines neuen Lebens gemacht haben.

Das Jubiläum begann mit einem ökumenischen Gottesdienst in der romanischen Kirche auf dem Michaelsberg oberhalb Tripsdrill bei Cleeborn mit dem Motto „Vertrauen“, sehr einfühlsam gestaltet von den Klinikseelsorgerinnen Ulrike Prießnitz und Pfarrerin Alja Knupfer am Bietigheimer Krankenhaus, der zusammen mit Hedi und Josef Theiss und Ute und Günter Wanner vorbereitet worden war. Mitglieder der Gruppe, Betroffene, Angehörige, eine Spenderangehörige und ein Wartepatient gaben in Statements ihren Gedanken, Wünschen und Gefühlen Ausdruck. In einer symbolischen Handlung legten alle eine Blumenzwiebel in eine

Schale mit Erde, die als Dankeszeichen im Anschluss an die Angehörige eines Organspenders für dessen Grab überreicht worden ist. Die Band 4ONE unseres transplantierten Mitglieds Gundolf Belz umrahmte mit ihrer wunderbaren Musik und Liedern den sehr bewegenden Gottesdienst, einige von Gundolf selbst komponiert und getextet.

Bei einem Warming-up-Drink begrüßten sich die Teilnehmer und stellten sich gegenseitig vor, soweit sie sich noch nicht kannten, denn auch Mitglieder benachbarter Kontaktgruppen waren zum Mitfeiern gekommen. Alle Transplantierten stellten sich zu einem Foto „Geschenkte Lebensjahre“ auf – 211,4 Jahre konnten gezählt werden. Die „Jüngste“ hatte ihre Leber erst vor vier Monaten empfangen, die „Älteste“ vor 31 Jahren, es war unser Vereinsgründungsmitglied Gerda Schieferdecker.

Zusammen mit Wegbegleitern und Förderern wurde danach das Jubiläum gefeiert und auf 25 Jahre Einsatz unter dem Motto „Betroffene helfen Betroffenen“ zurückgeblickt. Nach dem Mittagessen eröffnete Josef Theiss die Feierstunde und übergab das Wort an unsere Vorsitzende Jutta Riemer als erster Rednerin. Sie erinnerte an den Werdegang einer der ersten Kontaktgruppen unseres Verbandes, an die vielen Aktivitäten in diesen 25 Jahren, vor allem auch für die Organspendeaufklärung. Nach dem Verlesen eines Grußwortes des Sozialministeriums mit Würdigung des Engagements der Mitglieder für die Organspende überreichte Jutta Riemer eine gebackene „25“ in der Form eines Hefezopfes. Nächste Sprecherin war Frau Dr. Uschi Traub vom Gesundheitsamt Lud-

wigsburg, mit der die Kontaktgruppe schon über 20 Jahre erfolgreich Aufklärung zur Organspende vor allem in Schulen betreibt. Als Geschenk brachte sie einen silbernen Schutzengel mit, der die Gruppe auch in Zukunft begleiten soll. Schließlich gab Gründer der Gruppe und Ansprechpartner Josef Theiss einen Rückblick darauf, wie die Gruppe entstanden und stetig gewachsen ist, aber auch welche Höhen und Tiefen zu durchzustehen hatte. Inzwischen sind sehr viele Freunde verstorben, allein im letzten Jahr waren es fünf. Alfred Schmidt, der die Kontaktgruppe Bodensee leitet, die vor Kurzem in Ravensburg ihr 20-jähriges Bestehen feiern konnte, überbrachte kollegiale Glückwünsche und dankte für die langjährige Unterstützung durch Josef Theiss als LD-Koordinator. In seinem Grußwort würdigte der Oberbürgermeister von Bietigheim-Bissingen Jürgen Kessing das beispielhafte ehrenamtliche Engagement der Gruppe.

Nicht zuletzt stellte Josef Theiss als neue Mitglieder der Kontaktgruppe Günter und Ute Wanner vor, die sich künftig in die Betreuung mit einbringen werden. Schließlich dankte er Hedi und Ute für die Organisation und Mitgestaltung der Jubiläumsfeier mit einer weißen Schneerose. Bei Kaffee und gespendetem Kuchen blieb man noch lange im Gespräch zusammen. Erwin Rudolph, ein Jugendfreund von Josef, erheiterte mit seinen „knitzen“, aber auch besinnlichen oder deftigen schwäbischen Sprüchen und Gedichten. Denn beides gehört dazu, Freud und Leid miteinander zu teilen. In diesem Sinne möchte die Kontaktgruppe Ludwigsburg/Bietigheim auch in Zukunft zusammenbleiben und sich für andere einsetzen.



Fotos: Josef Theiss



Aktionstag in Schwäbisch Hall



Wilfried Hess

Die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) hatte am 14.8.2019 zu einem Aktionstag mit Vorträgen und Informationsständen eingeladen. Als prominenter Redner war Sozialminister Manfred Lucha anwesend und würdigte die Arbeit der Haller EUTB. Mit dem 2018 verabschiedeten Bundesteilhabegesetz wolle man die Welt etwas gerechter machen, so Lucha.

Die Aufgabe dieser Einrichtung besteht darin, Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen Hilfestellung in allen

Lebenslagen zu geben – unabhängig von Trägern sozialer Einrichtungen oder Behörden. Die EUTB will Wegweiser sein und „Menschen an die richtigen Stellen lotsen“, so die Leiterin der EUTB in Schwäbisch Hall Isabell Menschl.

Jedem Zuhörer wurde klar: Behindert ist man nicht, behindert wird man. Es gehe darum, aus Betroffenen Beteiligte zu machen!

Wilfried Hess, Ansprechpartner Lebertransplantierte Deutschland e.V. für den Raum Schwäbisch Hall-Hohenlohe war mit seinem Infostand vor Ort und verteilte auf den Sitzplätzen der Teilnehmer Organspendeausweise, kam mit den Be-

suchern ins Gespräch und informierte über die Themen Organspende und Transplantation.

Reger Austausch fand am Infostand auch mit Teilnehmerinnen der EUTB Ostalb statt. So etwas wie ein kleines Netzwerk entstand. Eine weitere EUTB-Außenstelle gibt es in Crailsheim, in Gaildorf und Blaufelden sollen solche hinzukommen.

Nähere Informationen zur EUTB erhalten Sie unter www.teilhabeberatung.de oder bei Frau Menschl (Beratung@eutb-sha.de).



Foto: privat

Kontaktgruppe Oldenburg: Bürgersprechstunde mit Stephan Albani

Meine Bürgersprechstunde heute war wieder gut besucht. Mit dabei: Gerhard Hasseler vom Verein Lebertransplantierte Deutschland e.V., Kontaktgruppe Oldenburg. Ich habe dem Verein meine Unterstützung zugesagt. Sie helfen Betroffenen, organisieren Arzt-Patienten-Seminare, klären in Schulen über das wichtige Thema Organspende auf. Ich halte die seit 2010 stark zurückgegangene Zahl an Organspenden für ein großes gesellschaftliches Problem. Deswegen gehöre ich auch zu den Mit-Initiatoren des Gesetzesentwurfs von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, über den wir am 16. Januar im Parlament debattieren und abstimmen wollen.

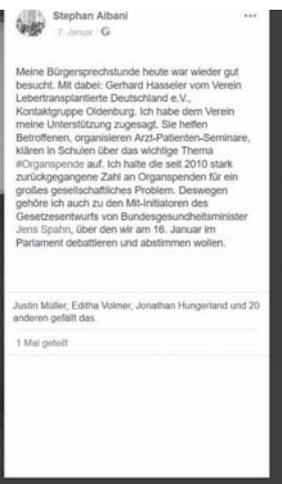


Foto: privat

Organspende – Jede Entscheidung zählt!

Schüler*innen der IGS Pellenz informieren sich über Organspende

Anne Höhn

84 Prozent der Deutschen stehen hinter der Organspende, aber nur 39 Prozent haben ihre Entscheidung dokumentiert, etwa in einem Ausweis. Dies zeigt, dass die meisten Menschen in unserer Gesellschaft den Tod und das Sterben noch immer mit allen Mitteln verdrängen. Um dies zu ändern, ist es wichtig, sich schon früh, beispielsweise im Ethik- oder Biologieunterricht in der Schule, mit dem Thema „Organspende“ auseinanderzusetzen. Die Medizin sieht sich im Bereich Organtransplantation mit ethischen und moralischen Fragen konfrontiert, die sie nicht alleine mit medizinischer oder biologischer Fachkenntnis beantworten kann. Sollten im Falle einer Organschädigung nur diejenigen ein Spenderorgan erhalten, die sich zuvor ebenfalls für eine eigene Organspende zur Verfügung gestellt haben? Hat ein Alkoholiker das gleiche Anrecht auf ein Organ wie jemand, der an einer angeborenen Lebererkrankung leidet? Darf man Menschen Organe von Tieren implantieren? Die Liste der Fragen ließe sich noch verlängern.

Damit die Urteils- und Argumentationskompetenz der Schülerinnen und Schüler der 10. und 12. Klasse gestärkt werden, sollten sie nicht nur mithilfe wissenschaftlicher Texte, sondern auch mit konkreten und in ihrer Lebenswelt verankerten Problem- und Grenzsituationen im Bereich Medizinethik konfrontiert werden. So hatte die Ethiklehrerin des Oberstufen-Grundkurses 12, Frau Anne Höhn, zu einem Gespräch zum Thema „Organspende“ Herrn Dr. Andreas Molitor, leitender Oberarzt und Transplantationsbeauftragter am Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein am Ev. Stift St. Martin in Koblenz, sowie den Betroffenen und Lebertransplantierten Karl-Peter Schmelzeisen aus Andernach an die IGS Pellenz eingeladen.

Als Einstieg in die Thematik wurde dem Ethik- und Biologiekurs von Frau Höhn und Frau Jüde der Aufklärungsfilm über Organspende „Entscheidend ist die Entscheidung“ von den „Jungen Helden“ mit Joko Winterscheidt und Klaas Heufer-Umlauf gezeigt. Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier, der selbst eine Niere

an seine Frau gespendet hatte, spricht hier über die gesetzliche Regelung in Deutschland, ein Facharzt erklärt den Begriff des Hirntods. Zu Beginn des Gespräches dann erläuterte Dr. Molitor seine Aufgaben als Transplantationsbeauftragter. Er muss sicherstellen, dass potenzielle Organspender seiner Klinik gemeldet werden. Weiter betreut und begleitet er Angehörige von Organspendern und klärt das ärztliche und pflegerische Personal im Entnahmekrankenhaus über die Bedeutung von Organspende auf. Zudem sprach Dr. Molitor die Diagnose „Hirntod“, der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktion, nochmals an und erklärte ausführlich, wie es zum irreversiblen Ende aller Hirnfunktionen kommt und bei welchem Personenkreis am häufigsten der Hirntod diagnostiziert wird. Auch Fragen der Schüler*innen bspw. zu der sogenannten Widerspruchslösung, die der Bundestag abgelehnt hatte, wurden beantwortet. Hier zeigte sich deutlich, dass die Schüler*innen dem Vorschlag des Gesundheitsministers Jens Spahn positiv gegenüberstehen und bedauern die Entscheidung der Politiker. „Da die Widerspruchslösung abgelehnt wurde, finde ich es umso wichtiger, dass jeder Mensch sich frühzeitig für bzw. gegen Organspende entscheidet und einen Ausweis ausfüllt“, so der Abiturient Philip Müller. „Zudem wird man als Organspender zum Lebensretter. Wenn ich tot bin, benötige ich meine Organe ohnehin nicht“, meinte Nele Grobler aus der 10. Klasse.

Zum Ende der Veranstaltung berichtete schließlich Karl-Peter Schmelzeisen, der seit fast 8 Jahren mit einem neuen Spenderorgan lebt, über seine Lebertransplantation. 2011 wurde in der Universitätsklinik Essen bei ihm eine fortschreitende Leberzirrhose mit autoimmunem Effekt erkannt. Eine Transplantation war also unumgänglich. Der lebensbejahende Andernacher, der sich mittlerweile regelmäßig in Schulen und Vereinen engagiert, muss lebenslang Medikamente, sogenannte Immunsuppressiva, einnehmen, damit das fremde Organ nicht abgestoßen wird. Nichtsdestotrotz sind es für ihn geschenkte Jahre, die ohne eine Organspende nicht möglich wären.

BUCHBESPRECHUNG



„Inka Nisinbaum: Emails vom Tod“
von Jutta Riemer

Inka hat mir ein Exemplar dieses Buches zugeschickt. Ich kenne Inka als lebensfrohe, junge Frau mit kleinem Kind. Wie kommt ein solcher Mensch auf das schwere Thema Tod? Ich kenne als Lebertransplantierte Inka als gleichermaßen Betroffene. Über ihren schicksalhaften Weg aus lebensbedrohlicher Erkrankung durch Organtransplantationen hat sie ja schon in ihrem ersten Buch „Ich bin noch da“ geschrieben. Wer jemals die Ungewissheit erlebt hat, die mit einer Aufnahme auf eine Warteliste zur Organtransplantation verbunden ist, kann dann gut verstehen, weshalb sich die Autorin intensiv mit dem Thema Tod beschäftigt hat.

Zunächst mal ein Thema, hinter dem man nun düstere Zeilen und Kapitel erwartet. Inka schreibt über eine junge Frau – Lina –, die vom Sekretariat des Todes eine Email erhält, dass sie nur noch kurze Zeit zu leben hätte. Was zunächst von ihr als schlechter Scherz abgetan wird, macht sie dann nachdenklich, als sie die Diagnose „nicht heilbarer Hirntumor“ erhält.

Lina tritt nun in einen regen Mailwechsel mit dem Tod ein und der Leser begleitet die junge Frau in den letzten Lebenswochen. Viele Fragen, die man sich stellt, wenn das eigene Leben oder das von lieben Mitmenschen bedroht ist, werden im Laufe des Mailwechsels beantwortet. Wir lesen hier aber kein schweres, nur von tiefer Traurigkeit und Verzweiflung geprägtes Buch. Nein – Leichtigkeit, Humor, Tragik, Trauer und Lebensfreude – das alles dürfen wir hier miterleben. Lina schreibt natürlich, selbstverständlich, Tabu-frei E-Mails an den Tod und erhält Antworten. Die Fragen wie auch die Antworten regen zum Nachdenken an, können tröstlich sein und öffnen uns den Blick auf das Potenzial, das darin steckt, einen vom Tode bedrohten Menschen ehrlich zu begleiten oder vielleicht einmal selbst mit einer bedrohlichen Situation umzugehen.

Nur zögerlich habe ich mich diesem Büchlein genähert. Je mehr ich gelesen habe, desto faszinierter blieb ich dabei. Teilweise schmunzelnd, lachend, traurig, aber immer voll des Respekts, dass sich eine Autorin des Themas in dieser Art annimmt.



Foto: Anne Höhn

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

Betroffene helfen Betroffenen – seit nun-

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

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

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

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



www.lebertransplantation.eu



 **Lebertransplantierte
Deutschland e.V.**

Beitrittserklärung

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

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

Einzelmitgliedschaft
(Betroffene/r Jahresbeitrag € 40,-)

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

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

Vorname

Name

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Tel.-Nr.*

Beruf*

E-Mail*

Förderbeitrag/Spende

Vorname (Angehörige/r für Familienmitgliedschaft)

Name (Angehörige/r für Familienmitgliedschaft)

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

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

Vorname

Name

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

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

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

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

Ort, Datum

Unterschrift

bitte Rückseite beachten!

Neue Ansprechpartner

Fotos: privat



Petra Roos

Mein Name ist Petra Roos, ich bin 53 Jahre alt und habe als neues Mitglied des Verbandes „Lebertransplantierte Deutschland e.V.“ eine Ausgabe „Lebenslinien intern“ erhalten. Ich las darin, dass Unterstützung gesucht wird und freue mich, als neue Ansprechpartnerin in Kaiserslautern und Umgebung tätig zu sein.

Am 14. März 2019 wurde ich in Mainz transplantiert und es geht mir sehr gut!

Ich bin in Pension (Post), habe also ziemlich viel Zeit. Na ja, ich kümmere mich auch um meine Eltern, Vater ist dement, Mama auch nicht mehr fit. Aber wir wohnen im selben Haus, dann geht das.

Mein Mann ist Schiedsrichter (unter anderem) und da fahre ich jetzt fast immer mit, damit ich rauskomme. Wir sind beide „lebenslustige Menschen“, versuchen immer, alles positiv zu sehen, es geht immer weiter. Diese Einstellung hat mir schon viel geholfen!

Das Foto zeigt mich und meinen Mann und wurde bei unserer Hochzeit gemacht am 22.2.2019 (wir sind beide Spätzünder).

Stefan Sommerfeld



Stefan Sommerfeld wurde im Jahr 1964 in Hamburg geboren und ist Ingenieur der Medizintechnik. Er ist verheiratet und hat eine mittlerweile erwachsene Tochter.

Von seiner PSC wusste er seit seinem 19. Lebensjahr, damals jedoch mit einer unspezifischen Diagnose. Nach vielen Jahren nur langsam voranschreitender Leberschädigung entwickelte sich schließlich eine Leberzirrhose, die schnell zur Notwendigkeit einer Transplantation führte. Diese fand im Januar 2019 in München statt und verlief sehr erfolgreich. Schon ein Jahr später ist Herr Sommerfeld heute wieder leistungsfähig und freut sich, seine Erfahrungen an Interessierte weiterzugeben.

Er wird im südbayerischen Bereich „München und Umgebung“ als weiterer Ansprechpartner unsere bisherigen AP Beatrix Häuslmeier und Josef Birk unterstützen.

Datenschutzrechtlicher Hinweis

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

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

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

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

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

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

Vorname Name

Straße/Hausnr. PLZ/Ort

IBAN D E

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum Unterschrift

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

Termine 2020/21

Aufgrund der Corona-Pandemie finden seit April 2020 keine Gruppentreffen und andere Veranstaltungen für transplantierte Patienten statt. Unten sehen Sie geplante Termine ab Oktober 2020. Ob diese stattfinden, entnehmen Sie dann bitte unserer Homepage www.lebertransplantation.eu oder erkundigen sich bei ihrem/r Ansprechpartner/in. Für Veranstaltungen von Lebertransplantierte Deutschland e.V. wird stets eine Einladung an die Mitglieder bzw. Ansprechpartner*innen versandt.

- | | |
|-------------------|---|
| 15.–17.10.2020 | Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) |
| 24.10.2020 | Mitgliederversammlung 2020 |
| 6.–8.11.2020 | Seminar für Ansprechpartner*innen in Würzburg |
| 13.3.2021 | Jahrestagung und Mitgliederversammlung 2021 |
| 23.4.2021 | Seminar für Patienten auf der Warteliste – Regensburg |
| 24.4.2021 | 5. Deutscher Patiententag in München |
| 5.6.2021 | Zentrale Veranstaltung zum Tag der Organspende – Halle |

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.eu oder bei Ihrem persönlichen Ansprechpartner. Nähere Informationen zu Sportveranstaltungen finden Sie unter www.transdiaev.de

Impressum

Lebenslinien

Informationen für Patient und Arzt
Ausgabe 2/2020

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)
Benjamin Albrecht, Gerd Böckmann,
Dennis Phillips

Erscheinungsweise:

halbjährlich, Auflage 4.600 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: Dewitz + Brill Druck GmbH Mannheim

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, BKK-Dachverband e.V., Knappschaft, BARMER, Techniker Krankenkasse, DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse

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

TK Land Niedersachsen, AOK Rheinland-HH, Reg. Fördergem. Bodensee-Oberschwaben, BKK AG NRW, DAK Gesundheit Hamburg, AOK Nordwest-Rheinland/HH, GKV-Fördergem. KK Heilbronn, Reg. Fördergem. KK Baden-Württemberg, GKV Selbsthilfe Rheinland-Pfalz-Saarland, Reg. Fördergem. KK Wuppertal, Reg. Fördergem. KK Neckaralb

3. Darüber hinaus erhielten wir Spenden und Unterstützung durch:

DB Global Business, Kedrion Biopharma, Peter Hahn GmbH, Biotest AG, Beratungszentrum Selbsthilfe Stadt Jena, RRT KISS Oberpfalz

Anlass-Spenden:

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

Gerd Böckmann, Andre Felting, Landfrauen Hemmingen, Trauergemeinde Friedrich-Karl Jostes, Christel Pfeiffer, Dennis Phillips, Trauergemeinde Friedrich Pickel, Thomas Schneider, Andreas Schnizler, Kerstin Schulze-Kühne, Eva Singer, Geburtstag Josef Theiss, Geburtstagsgäste Helga Wenske, Anita Wolf

Auch allen anderen Spendern danken wir für ihre Unterstützung.



www.lebertransplantation.de

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

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

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 Gerd Böckmann | Potsdamer Str. 4b 59174 Kamen | 0 23 07-7 94 35 | gerd.boeckmann@lebertransplantation.de |
|  Kassenwartin Susan Stracke | Ardeystr. 287 58453 Witten | 0 23 02-91 30 73 0 23 02-91 30 75 | susan.stracke@lebertransplantation.de |
|  Beisitzer Alexander Brick | Dorfstr. 12 99441 Magdala OT Götten | 01 52-27 77 77 00 | alexander.brick@lebertransplantation.de |
|  Beisitzerin Christina Hülsmann | Brennweg 1 32257 Bünde-Dünne | 0 52 23-4 89 71 | christina.huelsmann@lebertransplantation.de |
|  Beisitzerin Andrea Sebastian | Lettengasse 4 69493 Hirschberg | 0 62 01-50 86 13 | andrea.sebastian@lebertransplantation.de |
|  Beisitzer Roland Stahl | Kieselweg 3 90610 Winkelhaid | 0 91 87-41 05 08 | roland.stahl@lebertransplantation.de |
|  Beisitzer Egbert Trowe | Alter Postweg 2a 30938 Burgwedel | 0 51 39-9 82 79 30 | egbert.trowe@lebertransplantation.de |
|  Beisitzer Kurt Vasconi | Goethestr. 17 64390 Erzhausen | 0 61 50-75 52 | kurt.vasconi@lebertransplantation.de |

Beratende Vorstandsmitglieder: Norbert Haddenhorst, Ulrich Kraus, Josef Theiss

Den Vorstand unterstützend mit Sonderaufgaben:

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

Ansprechpartner/Kontaktgruppen für Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige

Sie wünschen Kontakt zu Mitbetroffenen in Ihrer Wohnortnähe. Auf den Seiten 61–63 finden Sie Ansprechpartner für telefonische oder persönliche Gespräche. **Die mit * gekennzeichneten Ansprechpartner organisieren regelmäßig Kontaktgruppentreffen für Mitglieder und Interessierte (teilweise zusammen mit benachbarten Ansprechpartnern).** Nehmen Sie bei Interesse Kontakt auf.

| Kontaktgruppe | Name | Telefon | Fax | E-Mail |
|-------------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------|--|
| Baden-Württemberg | | | | |
| Alb-Donau-Fils | Martin U. Kittel* | 07331-68117 | 07331-9468217 | martin.u.kittel@lebertransplantation.de |
| Bodensee/Oberschwaben | Alfred Schmidt* | 0751-3525520 | 0751-3525521 | alfred.schmidt@lebertransplantation.de |
| Freiburg/Hochrhein | Inge Nußbaum (komm.) | 0781-9485712 | | inge.nussbaum@lebertransplantation.de |
| Heidelberg | Andrea Sebastian* | 06201-508613 | | andrea.sebastian@lebertransplantation.de |
| Heidelberg | Wolfgang Weber* | 06226-6267 | | wolfgang.weber@lebertransplantation.de |
| Heilbronn/Hohenlohe | Heidi Nesper-Eckstein* | 07130-400463 | | heidi.nesper-eckstein@lebertransplantation.de |
| Hohenlohe/Schwäbisch Hall | Wilfried Hess* | 07971-8112 | | wilfried.hess@lebertransplantation.de |
| Hohenlohe/Schwäbisch Hall | Silvia Hübner | 0791-59903 | | silvia.huebner@lebertransplantation.de |
| Karlsruhe | Peter Hellriegel* | 0151-14422004 | | peter.hellriegel@lebertransplantation.de |
| Mannheim | Ferdinand Geßler* | 06204-986512 | | ferdinand.gessler@lebertransplantation.de |
| Mittelbaden | Inge Nußbaum* | 0781-9485712 | | inge.nussbaum@lebertransplantation.de |
| Ludwigsburg-Bietigheim | Josef Theiss* | 07142-57902 | 07142-7739333 | josef.theiss@lebertransplantation.de |
| Ludwigsburg-Bietigheim | Günter Wanner | 0173-3615918 | | guenter.wanner@lebertransplantation.de |
| Ostalbkreis | Klaus Gildein | 07171-9981653 | 07171-9981654 | klaus.gildein@lebertransplantation.de |
| Rems-Murr-Kreis | Peter Rode* | 07062-2072 | | peter.rode@lebertransplantation.de |
| Schwarzwald/Baar/Heuberg | Alfred Schmidt* (komm.) | 0751-3525520 | 0751-3525521 | alfred.schmidt@lebertransplantation.de |
| Stuttgart/Esslingen | Heinz Suhling | 0711-1205256 | 0711-3002325 | heinz.suhling@lebertransplantation.de |
| Stuttgart/Esslingen | Rosemarie Weiß | 0711-372737 | | rosemarie.weiss@lebertransplantation.de |
| Stuttgart/Esslingen | Ernst Eberle | 07025-6366 | 07025-7178 | ernst.eberle@lebertransplantation.de |
| Stuttgart/Esslingen | Ardijan Ujupaj* | 07153-992648 | | ardijan.ujupaj@lebertransplantation.de |
| Tübingen und Umgebung | Walter Wagens* | 07572-5987 | | walter.wagens@lebertransplantation.de |
| Tübingen (Krankenbesuche) | Günter Wanner | 0173-3615918 | | guenter.wanner@lebertransplantation.de |
| Bayern | | | | |
| Augsburg und Umgebung | Josef Birk | 08421-8695 | | josef.birk@lebertransplantation.de |
| Augsburg und Umgebung | Roland Stahl (komm.) | 09187-410508 | 09187-410509 | roland.stahl@lebertransplantation.de |
| Ingolstadt und Umgebung | Annemarie u. Johann Abeltshäuser | 08441-496605 | | annemarie.abeltshäuser@lebertransplantation.de |
| Mittelfranken | Roland Stahl* | 09187-410508 | 09187-410509 | roland.stahl@lebertransplantation.de |
| Mittelfranken | Josef Birk | 08421-8695 | | josef.birk@lebertransplantation.de |
| München und Umgebung | Beatrix Häuslmeier* | 08441-492810 | | beatrix.haeuslmeier@lebertransplantation.de |
| München und Umgebung | Roland Stahl* (komm.) | 09187-410508 | 09187-410509 | roland.stahl@lebertransplantation.de |
| München und Umgebung | Stefan Sommerfeld | 08171-999664 | | stefan.sommerfeld@lebertransplantation.de |
| Niederbayern | Gerhard Mühlberger | 08503-1252 | 08503-922121 | gerhard.muehlberger@lebertransplantation.de |
| Oberfranken/Oberpfalz | Peter Schlauderer* (komm.) | 09441-1744949 | | peter.schlauderer@lebertransplantation.de |
| Oberfranken/Oberpfalz (Coburg) | Stefan Böhm | 0151-14070122 | | stefan.boehm@lebertransplantation.de |
| Regensburg | Peter Schlauderer* | 09441-1744949 | | peter.schlauderer@lebertransplantation.de |
| südl. Mittelfranken/nördl. Schwaben | Josef Birk | 08421-8695 | | josef.birk@lebertransplantation.de |
| südl. Mittelfranken/nördl. Schwaben | Roland Stahl | 09187-410508 | 09187-410509 | roland.stahl@lebertransplantation.de |
| südl. Schwaben | Roland Stahl (komm.) | 09187-410508 | 09187-410509 | roland.stahl@lebertransplantation.de |
| südl. Schwaben | Josef Birk (komm.) | 08421-8695 | | josef.birk@lebertransplantation.de |
| Südostbayern | Annegret Braun | 08082-9496026 | | annegret.braun@lebertransplantation.de |
| Unterfranken | Christina Wiedenhofer* | 0177-2781056 | | christina.wiedenhofer@lebertransplantation.de |
| Berlin/Brandenburg | | | | |
| Berlin/Brandenburg | Wolfram Maaß | 030-83102525 | | – |
| Berlin/Brandenburg | Siegfried Maaß | 03302-221350 | | siegfried.maass@lebertransplantation.de |
| Hessen | | | | |
| Frankfurt/Main | Dennis Phillips* | 069-5963894 | | dennis.phillips@lebertransplantation.de |
| Frankfurt/Main | Horst Schmidtman | 069-395882 | | horst.schmidtman@lebertransplantation.de |
| Frankfurt/Main | Kornelia Schäfer* | 06081-960173 | | kornelia.schaefer@lebertransplantation.de |
| Region Werra-Meißner | Christel Fischer-Koch* | 05651-31949 | | christel.fischer-koch@lebertransplantation.de |
| Kassel | Maria Dippel* | 0561-886492 | 0561-886492 | maria.dippel@lebertransplantation.de |
| Kassel | Franz Wolf | 0561-9201472 | | franz.wolf@lebertransplantation.de |
| Südhessen | Harry Distelmann | 06151-318093 | | harry.distelmann@lebertransplantation.de |
| Westerwald/Rhein/Lahn | Mariele Höhn* | 02602-81255 | | mariele.hoehn@lebertransplantation.de |
| Westerwald/Rhein/Lahn | Georg Minde | 06434-1656 | | georg.minde@lebertransplantation.de |
| Wiesbaden | Elke Aryeequaye* | 0611-9259710 | | elke.aryeequaye@lebertransplantation.de |

(komm.) = kommissarisch

Ansprechpartner/Kontaktgruppen für Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige

Sie wünschen Kontakt zu Mitbetroffenen in Ihrer Wohnortnähe. Auf den Seiten 61–63 finden Sie Ansprechpartner für telefonische oder persönliche Gespräche. **Die mit * gekennzeichneten Ansprechpartner organisieren regelmäßig Kontaktgruppentreffen für Mitglieder und Interessierte (teilweise zusammen mit benachbarten Ansprechpartnern).** Nehmen Sie bei Interesse Kontakt auf.

| Kontaktgruppe | Name | Telefon | Fax | E-Mail |
|-------------------------------|---|---------------|--------------|---|
| Mecklenburg-Vorpommern | | | | |
| Rostock und Umgebung | Anke Reiche* | 0381-7698194 | | anke.reiche@lebertransplantation.de |
| Schwerin | Ilona Freitag | 038788-50263 | 038788-50263 | – |
| Schwerin | Annette Theile | 0385-796931 | | – |
| Schwerin | Wilfried Wendler-Werth | 0385-564133 | | wilfried.wendler-werth@lebertransplantation.de |
| Schwerin/Wismar | Christine Berning | 03841-701473 | | – |
| Niedersachsen/Bremen | | | | |
| Bremen/Unterweser | Gerhard Hasseler* | 04489-5900 | | gerhard.hasseler@lebertransplantation.de |
| Göttingen | Nicola Meyer | 05509-9209157 | | – |
| Hannover/Braunschweig | Helga Schubert* | 05021-6039312 | | helga.schubert@lebertransplantation.de |
| Hannover/Braunschweig | Bärbel Bock | 051011802 | | baerbel.bock@lebertransplantation.de |
| Lüneburg | Peter Mohr | 04131-53217 | | peter.mohr@lebertransplantation.de |
| Oldenburg | Gerhard Hasseler* | 04489-5900 | | gerhard.hasseler@lebertransplantation.de |
| Osnabrück | Margret Smit | 05401-40003 | | margret.smit@lebertransplantation.de |
| Osnabrück | Reinhold Waltermann | 05402-4253 | | reinhold.waltermann@lebertransplantation.de |
| Ostfriesland | Gerhard Hasseler | 04489-5900 | | gerhard.hasseler@lebertransplantation.de |
| Nordrhein-Westfalen | | | | |
| Aachen/Städteregion Aachen | Christina Hülsmann* (komm.) | 05223-48971 | | christina.huelsmann@lebertransplantation.de |
| Bonn | Gerd Böckmann (komm.) | 02307-79435 | | gerd.boeckmann@lebertransplantation.de |
| Duisburg und Umgebung | Klauspeter Hennes* | 02065-2556745 | | klauspeter.hennes@lebertransplantation.de |
| Düsseldorf | Claudia Meier-Schreiber* | 0157-54300387 | | claudia.meier-schreiber@lebertransplantation.de |
| Essen | Moni Kuhlen* | 0201-3657664 | | moni.kuhlen@lebertransplantation.de |
| Herford/Bielefeld/Minden | Christina Hülsmann* | 05223-48971 | | christina.huelsmann@lebertransplantation.de |
| Hochsauerlandkreis | Angelika Grimaldi | 02932-37976 | | – |
| Kleve/Wesel | derzeit vakant, Anfragen bitte an Christina Hülsmann: | 05223-48971 | | christina.huelsmann@lebertransplantation.de |
| Köln | derzeit vakant, Anfragen bitte an Christina Hülsmann: | 05223-48971 | | christina.huelsmann@lebertransplantation.de |
| Mönchengladbach u. Umgebung | Christina Hülsmann* (komm.) | 05223-48971 | | christina.huelsmann@lebertransplantation.de |
| Münster | Andreas Wißing* | 05971-17444 | | andreas.wissing@lebertransplantation.de |
| Oberbergischer Kreis | Cigdem Kleinjung* | 02263-481648 | | cigdem.kleinjung@lebertransplantation.de |
| Oberbergischer Kreis | Birgit Schwenke* | 02195-69231 | 02195-933980 | birgit.schwenke@lebertransplantation.de |
| Paderborn | Christina Hülsmann* (komm.) | 05223-48971 | | christina.huelsmann@lebertransplantation.de |
| Ruhrgebiet | Udo Biemann* | 02361-16490 | | udo.biemann@lebertransplantation.de |
| Wuppertal | Birgit Schwenke* | 02195-69231 | 02195-933980 | birgit.schwenke@lebertransplantation.de |
| Rheinland-Pfalz | | | | |
| Kaiserslautern | Petra Roos* | 06374-9147937 | | petra.roos@lebertransplantation.de |
| Mainz | Mariele Höhn* | 02602-81255 | | mariele.hoehn@lebertransplantation.de |
| Mainz | Elke Aryeequaye* | 0611-9259710 | | elke.aryeequaye@lebertransplantation.de |
| Trier/Eifel/Hunsrück | Dr. Winfried Diehl (f. Trier/Eifel) | 06501-14962 | | winfried.diehl@lebertransplantation.de |
| Trier/Eifel/Hunsrück | Guido Weber (f. d. Hunsrück)* | 06763-960030 | | guido.weber@lebertransplantation.de |
| Westerwald/Rhein/Lahn | Mariele Höhn* | 02602-81255 | | mariele.hoehn@lebertransplantation.de |
| Westerwald/Rhein/Lahn | Georg Minde | 06434-1656 | | georg.minde@lebertransplantation.de |
| Saarland | | | | |
| Saarland | Gerhard Sauer* | 0175-1601233 | | gerhard.sauer@lebertransplantation.de |
| Sachsen | | | | |
| Dresden und Umgebung | Siegfried Frank | 03727-659442 | | siegfried.frank@lebertransplantation.de |
| Dresden und Umgebung | Regina Nüßgen | 03504-613794 | | regina.nuessgen@lebertransplantation.de |
| Leipzig und Umgebung | Rolf Tietze | 034343-54066 | | rolf.tietze@lebertransplantation.de |
| Leipzig und Umgebung | Henrik Urban | 0341-9468578 | | henrik.urban@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 |

Ansprechpartner/Kontaktgruppen für Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige

Sie wünschen Kontakt zu Mitbetroffenen in Ihrer Wohnortnähe. Auf den Seiten 61–63 finden Sie Ansprechpartner für telefonische oder persönliche Gespräche. **Die mit * gekennzeichneten Ansprechpartner organisieren regelmäßig Kontaktgruppentreffen für Mitglieder und Interessierte (teilweise zusammen mit benachbarten Ansprechpartnern).** Nehmen Sie bei Interesse Kontakt auf.

| Kontaktgruppe | Name | Telefon | Fax | E-Mail |
|-----------------------------------|----------------------------|---------------|-----|--|
| Sachsen-Anhalt | | | | |
| Magdeburg | Hans-Jürgen Frost* (komm.) | 03672-410173 | | hans-juergen.frost@lebertransplantation.de |
| Schleswig-Holstein/Hamburg | | | | |
| Hamburg | Bernd Hüchtemann* | 04103-3826 | | bernd.huechtemann@lebertransplantation.de |
| Hamburg | Peter Mohr | 04131-53217 | | peter.mohr@lebertransplantation.de |
| Lübeck | Frauke Rahn | 0510-11802 | | frauke.rah@lebertransplantation.de |
| Thüringen | | | | |
| Jena | Christine Wehling* | 03641-5279679 | | christine.wehling@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 |
| Kinderwunsch nach Ltx | Benjamin Albrecht | 0221-35924245 | | benjamin.albrecht@lebertransplantation.de |
| Kinderwunsch nach Ltx | Christina Wiedenhofer | 0177-2781056 | | christina.wiedenhofer@lebertransplantation.de |
| Eltern lebertransplant. Säugl. + Kleinkinder | Petra Dahm | 0208-304375-1 | 0208-304375-3 | petra.dahm@lebertransplantation.de |
| Angehörige von Betroffenen | Jörg Hülsmann | 05223-48971 | | joerg.huelsmann@lebertransplantation.de |
| Angehörige von Betroffenen | Renate Pauli | 08761-60119 | | renate.pauli@lebertransplantation.de |
| Angehörige von Betroffenen | Ute Wanner | 07062-915112 | | ute.wanner@lebertransplantation.de |
| Hinterbliebene von Organspendern | Brigitte Herzog | 09406-90402 | | brigitte.herzog@lebertransplantation.de |
| Lebendspende | Nicole Köhler | | | nicole.koehler@lebertransplantation.de |
| Schwerbehindertenrecht | Stefan Sandor | 089-41876627 | | stefan.sandor@lebertransplantation.de |
| Informationen zu Medikamenten und Grunderkrankungen der Leber | Gerd Böckmann | 02307-79435 | | gerd.boeckmann@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) | Egbert Trowe (komm.) | 05139-9827930 | 05139-9840533 | egbert.trowe@lebertransplantation.de |
| Berlin/Brandenburg | Jutta Riemer (komm.) | 07946-940187 | 07946-940186 | jutta.riemer@lebertransplantation.de |
| Mitte-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-West (Hessen, Rheinl.-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 West | Roland Stahl | 09187-410508 | 09187-410509 | roland.stahl@lebertransplantation.de |
| Bayern Süd | Roland Stahl (komm.) | 09187-410508 | 09187-410509 | roland.stahl@lebertransplantation.de |
| Bayern Ost | Peter Schlauderer | 09441-1744949 | | peter.schlauderer@lebertransplantation.de |

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

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

Fachbeiräte

| Name | Transplantationszentrum/Krankenhaus/Institution |
|---|--|
| Ärztliche Fachbeiräte an weiteren Kliniken und Niedergelassene | |
| Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein | Klinikum und Fachbereich Medizin Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M., Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie |
| Prof. Dr. med. Thomas Becker | Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel, Klinik für Allgemeine Chirurgie und Thoraxchirurgie |
| Prof. Dr. med. Markus Wolfgang Büchler | Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie |
| Prof. Dr. med. Roland Croner | Universitätsklinikum Magdeburg, Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie |
| Prof. Dr. med. Peter Galle | Universitätsmedizin Mainz, I. Medizinische Klinik und Poliklinik |
| Prof. Dr. med. Michael Geißler | Leberzentrum Klinikum Esslingen, Klinik für Allgemeine und Innere Medizin |
| Prof. Dr. med. Alexander Gerbes | Klinikum der Universität München Campus Großhadern, Medizinische Klinik und Poliklinik II |
| Prof. Dr. med. Ernst Klar (em.) | Universitätsklinikum Rostock Chirurgische Klinik u. Poliklinik, Abt. f. Allgemeine, Thorax-, Gefäß- u. Transplantationschirurgie |
| Prof. Dr. med. Alfred Königsrainer | Universitätsklinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Tübingen |
| Prof. Dr. med. Michael P. Manns | Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie |
| Prof. Dr. med. Michael Melter | Universitätsklinikum Regensburg, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin |
| Prof. Dr. med. Gerd Otto (em.) | Universitätsmedizin Mainz, Abteilung für Transplantationschirurgie |
| Prof. Dr. med. Johann Pratschke | Charité – Universitätsmedizin Berlin, Chirurgische Klinik |
| Prof. Dr. med. Hans J. Schlitt | Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Chirurgie |
| Prof. Dr. med. Daniel Seehofer | Universitätsklinikum Leipzig, Hepatobiliäre/Transplantationschirurgie |
| Prof. Dr. med. Utz Settmacher | Universitätsklinikum Jena, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie |
| Prof. Dr. med. Ulrich Spengler | Universitätsklinikum Bonn, Medizinische Klinik und Poliklinik I, Leiter Hepatologie |
| Prof. Dr. med. Christian Strassburg | Universitätsklinikum Bonn, Medizinische Klinik und Poliklinik I |
| 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. Johann Peter Hauss | Transplantationschirurg, Leipzig |
| Prof. Dr. med. Martin Katschinski | DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus Bremen, Medizinische Klinik I |
| Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus-Peter Maier | Facharztpraxis Hepatologie in Stuttgart |
| Prof. Dr. med. Norbert Senninger | Universitätsklinik Oldenburg, Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie |
| Prof. Dr. med. Eggert Stockfleth | Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Bochum |
| Fachbeiräte Psychologie/Psychosomatik | |
| Dr. med. Gertrud Greif-Higer | Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie |
| Dr. med. Dipl. Psych. Brigitte Schlehofer | Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik |
| Prof. Dr. med. Dr. phil. Karl-Heinz Schulz | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie, Transplantationspsychologie |
| Fachbeirat Pflege | |
| Ellen Dalien | Universitätsklinikum Heidelberg, Transplantationszentrum |
| Juristische Fachbeiräte | |
| Dr. jur. Rainer Hess | Rechtsanwalt, Köln |
| Prof. Dr. jur. Hans Lilie | Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg |
| Geistliche Fachbeiräte | |
| Pfarrer Barbara Roßner | Pastoralpsychologin, Heidelberg, Tel. 06221-484678 |
| Pfarrer Horst Tritz | Kath. Klinikseelsorge, Heidelberg, Tel. 06221-5636598 |

Medizin mit gesundem Menschenverstand

In Zeiten von Corona, der realen Bedrohung einer Pandemie, Kontaktverbot und Homeoffice sind wir einer Vielzahl von Stressoren ausgesetzt. Unser Körper aktiviert in solchen Situationen einen Kampf-Flucht-Mechanismus, der auch als „Stressreaktion“ bekannt ist. Wie stark diese Stressreaktion ausgeprägt ist, hängt von der Intensität des Stressreizes, von der eigenen Bewertung (Wie bedrohlich ist das für mich persönlich?) und den bisher gemachten Erfahrungen aus ähnlichen Belastungssituationen ab.

Bleibt handlungsfähig!

In einer solchen für Psyche, Leib und Seele unsicheren Situation, ist es wichtig, handlungsfähig zu bleiben. Ob ein akuter Stress zum Dauerstress wird, hängt in einem großen Maße daran, wie die eigene Kontrollierbarkeit wahrgenommen wird. Fühlen wir uns hilflos und haben den Eindruck, der Lage nicht Herr zu werden, stehen wir unter Stress. Haben wir dagegen den Eindruck, die Situation beeinflussen zu können und bleiben wir handlungsfähig, hilft dies, den Stress abzubauen.

Aktiviert euch und bleibt aufmerksam!

Mit Aktivierung ist hier die Anregung des vegetativen Nervensystems als Antrieb unseres Verhaltens und unserer Lernbereitschaft gemeint. Das löst nicht nur Emotionen aus, sondern beinhaltet auch die Steuerung neurovegetativer und hormoneller Prozesse sowie zahlreicher motorischer Handlungen. Alles in allem versetzen wir unseren Körper in einen Zustand höchster Leistungsbereitschaft und Aufmerksamkeit. Dadurch können wir neues Wissen in Form von Informationen und Verhaltenstipps über die bedrohende Situation intensiv aufnehmen. Das hilft wiederum dabei, die Gefahr richtig einzuschätzen und unser Verhalten entsprechend anzupassen. So wissen wir mittlerweile alle, dass häufiges Händewaschen und die körperliche Distanz zu anderen wichtige Maßnahmen zur Verminderung der SARS-CoV-2-Übertragung bzw. -Ansteckung sind.

Bewegt euch!

Durch die Aktivierung des sympathischen Nervensystems, was unter anderem mit einem höheren Puls, einer gestiegenen Schweißproduktion und einer erhöhten Muskelspannung einhergeht, erwartet der Körper Bewegung und hat sich schon darauf vorbereitet. Wenn wir jetzt Sport treiben bzw. uns intensiver bewegen und nicht nur weiter ängstlich auf der Couch vor den Dauernachrichten sitzen bleiben, können wir die Stressreaktion durch die Bewegung beenden und den Körper wieder in den „Normalzustand“ zurückversetzen.

Beobachtet euch und reduziert Informationen!

Beobachtet, was die Katastrophen-News im Minutentakt mit euch machen. Legt daraufhin fest, wie häufig ihr euch informieren wollt und welche Quellen ihr für eure Informationen bevorzugt, und haltet euch an diese. Schaltet ggf. die Eingangstöne für Neuigkeiten auf euren Smartphones aus. Denn ihr bestimmt selbst darüber, wann und was ihr an Informationen aufnehmen wollt.

Lenkt eure Wahrnehmung für emotionales Gleichgewicht!

Neben der Corona-Pandemie und speziell der Angst, selbst zu erkranken, gibt es noch unzähliges anderes Leid. Geflüchtete an der türkisch-griechischen Grenze, Hungersnöte, Erdbeben in Kroatien und vieles andere mehr. Auf der anderen Seite gibt es auch viele schöne, positive Dinge. Das Vogelgezwitscher am Morgen mit hellem Sonnenschein, nette Telefongespräche, wofür man sonst nur wenig Zeit findet, ein herrliches Abendessen und andere schöne Begebenheiten. In langanhaltenden Stresssituationen ist es wichtig, die Aufmerksamkeit auch immer wieder auf positive Erfahrungen zu lenken. Gönn euch etwas! Wenn für euch Genuss bisher immer mit Gruppenaktivitäten verbunden war, nutzt die Zeit, um Neues auszuprobieren. Und wenn ihr Anregungen braucht, nehmt das Telefon zur Hand und sprecht mit anderen darüber.

Gespräch bewusst führen!

Solche Gespräche bringen nicht nur neue Anregungen, sondern helfen auch, durch andere Sichtweisen die Stresssituation anders zu beleuchten und den Stress teilweise dadurch abzubauen. Oder aber ihr vereinbart gezielt, über andere, positive Dinge zu sprechen und die Angstthemen zu bestimmten Zeiten nicht zu besprechen.

In diesem Sinne ...

Lasst uns die Zeit der Einschränkungen und Horrormeldungen mit einer positiveren Haltung und weniger Trübsal möglichst schnell hinter uns bringen.



TRANSPLANT-WISSEN



Transplantationen retten Leben

Sie warten auf Ihr passendes Spenderorgan oder haben gerade eine Organtransplantation hinter sich?

Besuchen Sie die Webseite www.transplant-wissen.de

Hier finden Sie Hinweise und Ratschläge zur aktiven Gestaltung Ihres Alltags und erhalten einen Überblick über empfohlene Aktivitäten und Vorsichtsmaßnahmen von der Diagnose bis hin zur Nachsorge.

Ein Service von
 **Chiesi**