

LEBENS LINIEN



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

1/2021



Editorial 1
 Organspende: Neue Gesetze und Initiativplan:
 Wo stehen wir ein Jahr danach? 2
 Transplantation: Was gibt es Neues
 in der Lebertransplantation? 6
 LD e.V. erhält begehrten Organspendepreis 8

Transplantationsmedizin

Dünndarm-Transplantation in Deutschland 10
 Lebertransplantation – und dann?
 Eine Übersicht zu Medikamenten und Nachsorge 13
 Ernährungsempfehlungen bei Lebertransplantation 16
 Reha nach Lebertransplantation 18
 Mein persönlicher Erntedank 19
 29. Jahrestagung der Deutschen Transplantations-
 gesellschaft in Köln – live und virtuell! 20

Aus Wissenschaft und Forschung

Hepatitis C / Hepatitis B / Hepatitis E /
 Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD)..... 22
 Transplantation älterer Organe 24

Hepatology

Lebertransplantation bei Leberzellkrebs –
 Kann Kaffee die gute Prognose weiter verbessern? 25
 Zum Welt-Hepatitis-Tag am 28. Juli 2020 27
 Hämochromatose: Vorbeugen durch Blutspenden?! 28

Aus den Zentren

Tätigkeitsberichte der Transplantationszentren
 für 2019 veröffentlicht 29
 Regensburg: 250. Split-Lebertransplantation 30
 Heidelberg: „Wir freuen uns auf unsere neue,
 moderne Chirurgie!“ 31
 Schenke Mut: Erzähl Deine Geschichte! 32
 Hannover: Rund um die Uhr für die Organspende
 im Einsatz 32
 Uniklinikum Saarland:
 Oase geschenkten Lebens eingeweiht 33
 Mannheim: Herausragender Einsatz für die Organspende
 Minister Manne Lucha ehrt das Uniklinikum Mannheim... 34
 Leipzig: 8. Patiententag für Lebertransplantierte – online ... 34
 Regensburg: 25 Jahre Transplantationsmedizin
 am Uniklinikum 35
 Hans Wilhelm Gäb erhält die
 „Goldene Sportpyramide“ 2020 35

Transplantationsgesetz · Organspende

Organspende-Zahlen: Januar–Oktober 2020 36
 Dr. med. Angelika Eder ist neue Geschäftsführende
 Ärztin in der DSO-Region Bayern 36
 DSO-Kongress erreicht virtuell über 800 Teilnehmer 37
 Weiterleitung des Transplantationsergebnisses
 an die DSO..... 38
 Während der Organspende und darüber hinaus 39
 Bündnis Organspende Bayern hat Erfolg mit Resolution
 Thema Organspende steht im Freistaat nun verbindlich
 auf dem Lehrplan 40
 Neu von der BZgA: Wissen kompakt – Organspende 40
 Immer mehr Menschen treffen eine Entscheidung
 zur Organspende 41
 Leben schenken – Organspende in NRW 42
 Muslime und Organtransplantation 43
 Der etwas andere Gottesdienst: Mein Tod – Dein Leben 44
 Landkreis Ludwigsburg: Virtuelle Aktionen zum
 Tag der Organspende 45
 Komplett virtuell – Vorlesung Organspende
 mit Fachexperten an der PH Ludwigsburg 46
 Pressespiegel 47
 Thema Organspende in der Schule –
 Wie bringe ich es rüber? 48
 Organspendeausweise 48
 Schüler sprechen über Organspende 50

Gesundheit

Corona und COVID 19 51
 Wie habe ich bisher die Coronazeit erlebt?
 Unsere Mitglieder berichten. 53
 Sport nach einer Lebertransplantation 55

Recht · Soziales

Änderungen beim steuerlichen Pauschbetrag
 für Behinderte 57
 Fiktive Genehmigung – Wenn die Krankenkasse
 nicht entscheidet 57
 Pandemie und Arbeitsschutz 58

Geist · Körper · Seele

Zentrale Veranstaltung zum Dank an
 die Organspender 2020 in Halle 59
 Virtuelle Veranstaltung zum Dank an die Organspender ... 60
Gedenken 61

Ernährung

Essen aus der Natur 62

Vereinsgeschehen

Tag der Organspende 2020 via Video-Chat 64
 Nachruf für Friedrich Meyer 64
 Neue Ansprechpartnerin 66

Vermischtes

Termine 2021 – Impressum – Dank an Sponsoren 67
 Adresse Verein – Vorstand 68
 Ansprechpartner/Kontaktgruppen – Koordinatoren 69
 Fachbeiräte 72
 Medizin mit gesundem Menschenverstand U3



„Kraniche“
 Aquarell (Ausschnitt), Anne Quickert

Wir danken der Künstlerin für die
 Möglichkeit des kostenlosen Abdrucks.



Begegnungen – trotz Corona

Ein Jahr mit vielen Corona-bedingten Herausforderungen liegt hinter uns. Viele Veranstaltungen mussten abgesagt werden. Begegnungen und der Austausch in der Selbsthilfe finden per Brief oder E-Mail, per Telefon oder auch in Videokonferenzen statt. Die persönlichen Begegnungen fehlen dennoch. Umso besser, dass im 21. Jahrhundert Telefonieren, Skypen und weitere Nutzung elektronischer Medien unkompliziert und preiswert sind. So fanden in den letzten Monaten viele Gespräche wenigstens telefonisch statt. Wer Fragen hat oder über seine Situation sprechen möchte, soll sich bitte nicht scheuen, beim zuständigen Ansprechpartner, Koordinator oder Vorstandsmitglied anzurufen oder diesem zu mailen (s. S. 68 ff.).

Corona und eben auch noch die anderen Themen

Neben Corona bleiben aber die zu lösenden Probleme des Organmangels bestehen. In der Pandemie sind zwar die Organspende- und damit Transplantationszahlen in Deutschland – anders als in vielen europäischen Nachbarländern – wenig zurückgegangen. Wir wissen aber alle, dass wir hier von einem niedrigen Niveau sprechen. So dürfen wir Themen wie Spendererkennung und -meldung in den Krankenhäusern, Maschinenperfusion der Spenderorgane, Lebersplitting, aber auch die Information der Bürger über Organspende nicht aus dem Auge verlieren.

Nicht quer – sondern clever voran

Die Corona-Pandemie bestimmt in vielen Bereichen unser Leben. Wir sind angewiesen auf gute Informationen der Experten aus der Wissenschaft und die entsprechende Umsetzung durch die Politik. Erkenntnisse ändern sich und ebenso dann die Maßnahmen. Auf die Zulassung des ersehnten Impfstoffs gegen Covid-19 und die ersten Impfungen im Januar haben alle gewartet. Und schon beschäftigen uns die nächsten Fragen: Wer wird zuerst geimpft? Wirkt der Impfstoff bei Immunsupprimierten? Gibt es Nebenwirkungen? Bauen Immunsupprimierte ausreichend Antikörper auf? Alles Fragen, die manches Mal tagesaktuell beantwortet werden müssen und zeigen, dass eine große logistische Leistung gestemmt werden muss, bis auch das Impftema für alle gelöst sein wird. Die Fragen rund um das Virus und entsprechende Maßnahmen werden uns auch 2021 begleiten, ebenso wie die Schutzmaßnahmen.

So wird sicher auch 2021 die Devise „clever voran“ heißen müssen, wenn es um den Umgang mit dem für uns alle immer noch neuen Virus geht. Notwendige Lock-Down-Maßnahmen stellen keinen Rückschritt dar, sondern begründete Maßnahmen, um die Virusverbreitung einzudämmen. Das Virus verleugnen und so tun, als existiere es nicht, funktioniert nur für Menschen, die sich ihre Welt ignorant selbst basteln. Als schwerkranke Wartelistenpatienten oder immunsupprimierte Transplantierte mit vielleicht entsprechenden Begleiterkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck oder Nierenerkrankungen sind wir auf Solidarität und Mitmenschlichkeit besonders angewiesen. Das gilt fürs konsequente Maskentragen ebenso wie für die flächendeckende Wahrnehmung der Impfung. Hier muss schon etwas sehr „quer“ in den Egozentriker-Köpfen laufen, wenn man die Bedeutung von Virusinfektionen leugnet und bewusst Shopping- und Kneipentouren ohne Maske zum Preis vieler Menschenleben auf den Intensivstationen als Freiheit bezeichnet.

Korrekt sitzende Masken, Abstand und Lüften sollten für alle zum Eigenschutz und zum Schutz der anderen selbstverständlich sein. Wenn wir uns im Alltag umschaun, gibt es aber auch die Nachlässigen, die im Supermarkt auf Tuchfühlung gehen oder die mit den schlecht sitzenden Masken. Liegt Ihnen da auch manches Mal die Frage auf der Zunge: „Montieren Sie das Fliegengitter am Fenster auch nur in der unteren Hälfte?“

Achten Sie auf sich und andere. Ich wünsche Ihnen Mut und Zuversicht für das Jahr 2021

Ihre Jutta Riemer

Organspende:

Neue Gesetze und Initiativplan: Wo stehen wir ein Jahr danach?



Foto: DSO

Dr. med. Axel Rahmel
Medizinischer Vorstand der DSO

2019 und 2020 waren bewegende Jahre für die Organspende und Transplantation – und das nicht nur aus politischer Sicht mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes, dem Gemeinschaftlichen Initiativplan Organspende und dem Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft. Denn zusätzlich breitete sich ab Ende Februar auch in Deutschland die SARS-CoV-2-Pandemie aus, die vieles in der Organspende vor neue Herausforderungen stellte und auch noch weiterhin beeinflusst.

Zweites Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes

Im Sommer 2018 legte das Bundesgesundheitsministerium unter Jens Spahn einen Entwurf vor, am 1. April 2019 trat das Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende bereits in Kraft. Seine enthaltenen Maßnahmen sollten dem Organspendermangel entgegenwirken, der 2017 alarmierende Ausmaße annahm: Seit 20 Jahren waren die Spenderzahlen nicht mehr so niedrig gewesen. Das neue Gesetz fokussierte damit auf die in den vergangenen Jahren identifizierten Schwachstellen, um die Bedingungen für die Organspende in den Kliniken zu verbessern – nämlich die dortigen strukturellen und organisatorischen Defizite beim Erkennen und Melden möglicher Organspender. Zu den Kernelementen des Gesetzes zählen daher vorrangig die verbindliche Freistellungsregelung für Transplantationsbeauftragte (TxB) und eine aufwandsgerechte Vergütung der Entnahmekrankenhäuser für ihre Leistungen in Zusammenhang mit der Organspende. Aber auch die Schaffung rechtlicher Grundlagen für die Angehörigenbetreuung ist ein wichtiger Eckpfeiler für mehr Wertschätzung und Würdigung der Organspender und deren Familien.

Die Rolle der TxB in den Entnahmekrankenhäusern wird durch die neuen,

verbindlichen Vorgaben für ihre Freistellung gestärkt. Diese erfolgt seit April 2019 auf der Grundlage der Anzahl der Intensivbehandlungsbetten und Intensivstationen. Das bedeutet im Einzelnen eine Freistellung um mindestens 0,1 Stelle pro 10 Intensivbetten in der Klinik; in Transplantationszentren muss mindestens eine ganze Stelle dafür vorgehalten werden. Verfügt ein Entnahmekrankenhaus über mehrere Intensivstationen, muss für jede Station mindestens ein TxB bestellt werden. Im Gegensatz zu früher wird die Freistellung nun vollumfänglich mit 13.000 Euro pro 0,1 Stellenanteil (Stand 2020) einer Vollzeitkraft an die Kliniken rückerstattet. Diese müssen über die Freistellung und die TxB-Tätigkeit jedes Jahr bis zum 15. März an die DSO berichten. Zusätzlich sieht das Gesetz vor, dass TxB Zugangsrecht zu den Intensivstationen erhalten und hinzuzuziehen sind, wenn Patienten nach ärztlicher Beurteilung als Organspender in Betracht kommen.

Die Umsetzung der Freistellung fordert die Kliniken aber zunächst auch heraus, denn die meisten von ihnen verfügen über weniger als 30 relevante Intensivbetten, was einem freizustellenden Stellenanteil von 0,1 bis 0,3 VK entspricht. Hoch qualifizierte und spezialisierte Ärzte unterliegen damit gerade in kleineren Häusern in der Übergangsphase einer Doppelbelastung, wenn Einstellungsverfahren und Einarbeitungszeiten überbrückt werden müssen. In Kliniken der Maximalversorgung sollten die Regelungen einfacher umzusetzen sein, zumal die Aufgaben auf ärztliche und pflegerische TxB verteilt werden können.

Erste Daten, wie sich die Situation in den Kliniken nun in der Realität darstellt, lieferte der DSO-Jahreskongress Anfang November 2020. Rund 80 Prozent der 1.059 Entnahmekrankenhäuser, die bei der Auszahlung des neuen Aufwandersatzes zum Halbjahr 2020 berücksichtigt wurden, benötigten eine Freistellung von entweder 0,1 oder 0,2 VK. Insgesamt sind 1.473 TxB in den 1.059 Kliniken tätig. In 850 dieser Häuser ist eine Person alleine für diese Position verantwortlich, in 124 gibt es zwei TxB, in 45 gibt es drei und in 10 Kliniken gibt es sogar mehr als sechs TxB.

Dass die Umsetzung dieser Maßnahmen in den Kliniken jedoch eher zäh verläuft, offenbarte ebenfalls der DSO-Kongress: Eine Live-Umfrage unter rund 400 teilnehmenden TxB ergab, dass in fast der Hälfte der Krankenhäuser die gesetzlich geforderte Freistellung von

TxB aus Sicht der Befragten nur teilweise erfolgt und lediglich 10 Prozent von ihnen die Freistellung ihrer Tätigkeit vollständig umgesetzt sehen.

Die Entnahmekrankenhäuser erhalten seit April 2019 eine neugestaltete, dem tatsächlichen Aufwand entsprechend angemessenere Vergütung. Dazu wurden differenzierte Pauschalen berechnet, ebenso wie ein Zuschlag als Ausgleich für die besondere Inanspruchnahme ihrer Infrastruktur während des Organspendeprozesses. Die Pauschalen werden jährlich neu von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kalkuliert und von der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht.

Das neue Gesetz sieht auch die Einrichtung eines flächendeckenden neurologischen und neurochirurgischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienstes vor. So sollen kleineren Entnahmekrankenhäusern jederzeit qualifizierte Ärzte bei der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls zur Verfügung stehen. Der Dienst soll – Coronavirus-Pandemie-bedingt und ein halbes Jahr verschoben – bis zum 30. Juni 2021 eingerichtet sein, zur Verfügung stehen wird er voraussichtlich aber erst im Jahr 2022. Anhand bisheriger Daten wird davon ausgegangen, dass wöchentlich durchschnittlich 14 Konsilanfragen bei der Neurodienststelle eingehen werden.

Durch erweiterte Dokumentationspflichten in den Entnahmekrankenhäusern und Auswertung der erhobenen Daten sollen Gründe für eine nicht erfolgte Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls oder eine nicht erfolgte Meldung an die DSO als Koordinierungsstelle untersucht und verbessert werden. Für die Datenerhebung und -auswertung stellt die DSO das Programm Transplant-Check zur Verfügung. Dieses kann zur Erhebung der Anzahl der Verstorbenen mit primärer und sekundärer Hirnschädigung verwendet werden.

Auf dem Jahreskongress der DSO letzten November wurden dazu erste Ergebnisse vorgestellt, die Analyse umfasste am Stichtag 12. Oktober Daten von 95 Prozent der insgesamt 1.219 Entnahmekrankenhäuser. Fazit der Auswertung: Mit 932 realisierten Organspendern in 2019 und geschätzten 1.027 weiteren Organspendern hätte Deutschland nach dieser Hochrechnung einen EU-weit vergleichbaren Anteil von mehr als 20 Organspendern pro Million Einwohner erreicht – statt den im Jahr 2019 tatsächlich erreichten 11,2.

Dank der Dokumentationspflicht kann mittels TransplantCheck zudem retrospektiv an konkreten Fallbeispielen das Verbesserungspotenzial durch die TxB, ggf. mit Unterstützung der Koordinatoren der DSO, in den einzelnen Kliniken identifiziert und entsprechend aufgearbeitet werden, um die Abläufe weiter zu optimieren. Die DSO ist darüber hinaus anhand der ermittelten Daten in der Lage, zukünftig sowohl allgemeine als auch krankenhausindividuelle Unterstützungsangebote abzuleiten.

Auch für die Ermittlung der erforderlichen Fallzahl im Rahmen der Datenabfrage für die Finanzierung der TxB kann TransplantCheck eingesetzt werden. Die Resonanz der Entnahmekrankenhäuser zur Nutzung der Software ist durchweg positiv. Zu den neuen Aufgaben der Kliniken zählt zudem, dass sie verbindliche Verfahrensanweisungen für den Organspendeprozess entwickeln und umsetzen.

Das Zweite Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes schuf auch einen rechtlichen Rahmen für die Angehörigenbetreuung durch die DSO, die diese schon immer als Teil ihrer Aufgaben wahrgenommen hat. Diese umfassen die

- Information der Angehörigen über das Ergebnis der Organtransplantation in anonymisierter Form
- die Durchführung von Angehörigentreffen
- die Weiterleitung von anonymen Schreiben des Organempfängers an die nächsten Angehörigen sowie anonymen Antwortschreiben der nächsten Angehörigen an den Organempfänger über das Organ auf den Empfänger übertragen wurde.

Diese vom Gesetz vorgesehenen Maßnahmen sind bereits flächendeckend umgesetzt, müssen aber in Teilen noch optimiert und „gelebt“ werden. Für die nächsten Angehörigen bzw. nahestehende Personen eines Organspenders ist es überdies wichtig zu erfahren, ob die ge-

spendeten Organe transplantiert werden konnten und wie es den Organempfängern geht. Für viele ist das ein großer Trost. Auch für die Mitarbeiter in den Entnahmekrankenhäusern, die den Verstorbenen während des Klinikaufenthaltes und im Organspendeprozess begleitet haben, ist dies eine wichtige und motivierende Nachricht. Sie zeigt, dass durch ihren Einsatz und ihr Engagement anderen, ihnen unbekanntem Patienten ein neues Leben geschenkt werden konnte.

Die neue gesetzliche Regelung sieht vor, dass Organempfänger in die Mitteilung der anonymisierten Ergebnisse einwilligen müssen. Die Einholung einer solchen Einwilligung erfolgt durch das Transplantationszentrum (z.B. bei Aufnahme auf die Warteliste). Das ist ein wichtiges Element der Angehörigenbetreuung und ein Zeichen der Wertschätzung für die Organspende. Es funktioniert aber nur, wenn alle beteiligten Institutionen ihrer Aufgabe nachkommen und engagiert zusammenarbeiten.

Informationen über die Möglichkeiten des Briefwechsels bietet seit letztem Herbst die neu eingerichtete Website www.dankesbriefe-organspende.de (s.a. S. 60) sowie ein Flyer. Neben der DSO sind weitere Partner wie die Deutsche Transplantationsgesellschaft, der Bundesverband Niere e.V., der Bundesverband der Organtransplantierten e.V., die Lebertransplantierten Deutschland e.V. und das Netzwerk Spenderfamilien beteiligt.

Gemeinschaftlicher Initiativplan Organspende

Um die gesetzlichen Rahmenbedingungen in die Praxis zu überführen, wurde mit Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums, unter Federführung der DSO, mit mehreren Partnern ein Gemeinschaftlicher Initiativplan erarbeitet und im Juni 2019 der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Empfehlungen darin richten sich an verschiedene Zielgruppen inner-

halb und außerhalb der Krankenhäuser, d.h. auch an Multiplikatoren in Medizin und Gesellschaft sowie die Öffentlichkeit.

Inhaltlich reichen die Vorschläge von praktischen Maßnahmen, die von TxB im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung direkt umgesetzt werden können, bis hin zu langfristigen Zielen für die Gestaltung einer zielgruppengerechten Aufklärungsarbeit. Allerdings kam es bei einigen geplanten Aktivitäten, die eine Koordination zwischen verschiedensten Partnern erfordert, zu Verzögerung aufgrund der Corona-Pandemie.

Beispiele für durchgeführte oder geplante Maßnahmen sind u.a.

Stärkung der TxB

- Um auf die Bedürfnisse und Anliegen der TxB mit strategischen Lösungen reagieren zu können, richtete die Bundesärztekammer (BÄK) Ende 2019 eine Arbeitsgruppe „Transplantationsbeauftragte“ ein. Auch die Vernetzung und der Austausch der TxB untereinander soll so gestärkt werden.
- Eine länderübergreifende Nutzung von Fort- und Weiterbildungsangeboten ist bereits realisiert. Diese erfolgen schon jetzt in den meisten Landesärztekammern interprofessionell. Die Bereitstellung einer bundesweiten Übersicht über alle Angebote bieten die Websites der BÄK und der DSO.

Konkrete Unterstützungsangebote für TxB

- TransplantCheck, das von der DSO zur Verfügung gestellte Tool zur retrospektiven Analyse aller im Entnahmekrankenhaus verstorbenen Patienten mit schwerer Hirnschädigung, wurde weiterentwickelt und den Entnahmekrankenhäusern auf der Website der DSO zur Verfügung gestellt.
- Bereitstellung eines Musterberichts mit Hilfestellung und Empfehlung für die Interpretation der Todesfallanalyse im Krankenhaus.

Entnahmekrankenhäuser bedarfsgerecht unterstützen

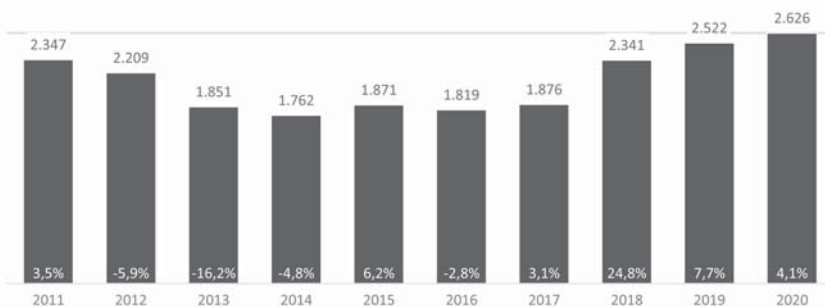
- Eine Abfrage zur bedarfsgerechten Unterstützung der Kliniken wurde von der AG „Transplantationsbeauftragte“ der BÄK zusammen mit der DSO erstellt, von der Auswertung der Rückmeldungen werden wichtige Erkenntnisse für die weitere Gestaltung der Unterstützungsangebote erwartet.

Innerklinische Prozessabläufe rund um die Organspende stärker strukturieren und konkretisieren

- Die DSO unterstützt die Entnahmekrankenhäuser bei der Erstellung von

Organspendebezogene Kontakte in Deutschland

Veränderung zum Vorjahr in Prozent | Januar bis Oktober



Verfahrensanweisungen. Mit diesen sollen die Häuser ihre Prozessabläufe bei einer Organspende besser strukturieren können.

Partnerschaftsnetzwerke entwickeln

- In einigen Regionen (Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Baden-Württemberg) sind bereits Netzwerke für solche Partnerschaften entstanden.

Medizinisches und pflegerisches Fachpersonal ausbilden

- Die Organspende wird Inhalt des Medizinstudiums, zum 1. März 2022 tritt die geänderte Approbationsordnung in Kraft. Bei den Pflegeausbildungen sind entsprechende Themen bereits seit 1. Januar 2020 Bestandteil.

Aufklärung über die Organspende in hausärztlichen Praxen fördern und unterstützen

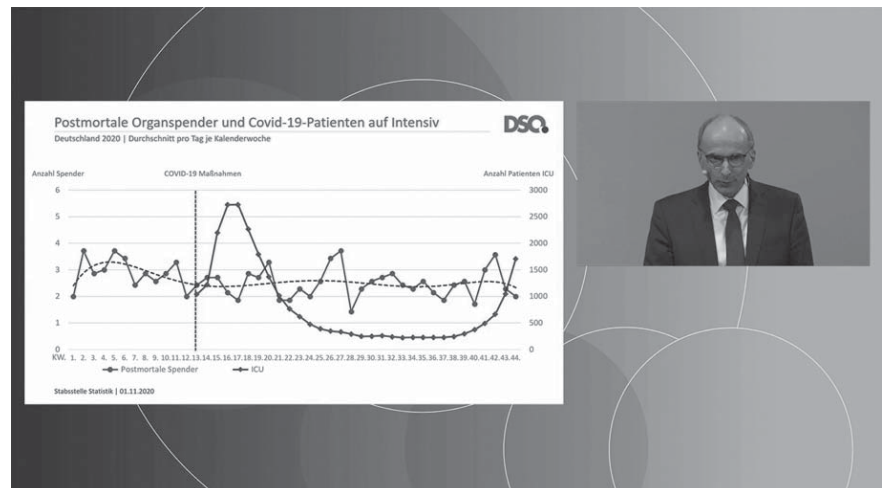
- Im Dezember 2019 wurde das „Basismodul“ in das E-Learning-Portal der DSO (www.elearning.dso.de) eingestellt. Es enthält die häufigsten Fragen zur Organspende und richtet sich insbesondere an niedergelassene Ärzte und MTA. Das E-Learning bietet die Möglichkeit, spezifische Lerninhalte zu erarbeiten und auf diese Weise Fachkenntnisse zum Ablauf einer Organspende zu erlangen, zu aktualisieren oder zu vertiefen. Lernzeit und Lernort können flexibel gewählt werden. Das Basismodul ist durch die Landesärztekammer Hessen mit 2 CME-Punkten sowie durch die Registrierung beruflich Pflegenden zertifiziert.

Organspendebereitschaft in der Patientenverfügung eindeutig erklären

- Da Patientenverfügungen oftmals im Widerspruch zu einer schriftlichen oder mündlichen Zustimmung zur Organspende stehen, hat die BÄK in einem Arbeitspapier Formulierungen vorgeschlagen. Diese sollen es ermöglichen, einer möglichen Organspende zeitlich befristet den Vorrang vor dem unmittelbaren Abbruch der intensivmedizinischen Maßnahmen einzuräumen. Parallel dazu entwickelt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Informationsbroschüre zu diesem wichtigen Thema.

Verschiedene Zielgruppen spezifisch informieren und aufklären

- Das „Organspende macht Schule“-Projekt befindet sich in Abstimmung mit allen beteiligten Partnern.
- Die BZgA hat speziell für den Schulunterricht ihr umfangreiches Informationsmaterial für Schulklassen neu



überarbeitet, das über www.bzga.de zu beziehen ist.

Der Organspende ein Gesicht geben

- Es sind regionale Kooperationen mit Vertretern von Patientenverbänden und der DSO für Schulungen zum Teil schon etabliert, die weitere Ausgestaltung ist in Planung.

Organspender und ihre Angehörigen gesellschaftlich stärker anerkennen und wertschätzen

- Die erste bundesweite Veranstaltung zur Würdigung der Organspender fand im September 2019 im Park des Dankens, des Erinnerns und des Hoffens in Halle (Saale) statt. Letzten Herbst gab es Corona-bedingt eine virtuelle Veranstaltung unter der Schirmherrschaft von Sabine Weiss, Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit.
- Zusätzlich wurde im September 2020 auch die Website www.dankesbriefe-organspende.de eingerichtet (s. a. S. 60). Sie ist ein virtueller Treffpunkt für Angehörige von Organspendern, Organempfängern, Wartelistenpatienten und allen, die sich mit den Themen Organspende und Transplantation befassen. Sie bietet Raum für den Dank und die Erinnerung an die Organspender sowie für die Hoffnung auf eine Transplantation. Die Website diene auch als Plattform für die virtuelle Veranstaltung zum Dank an die Organspender im vergangenen Herbst.

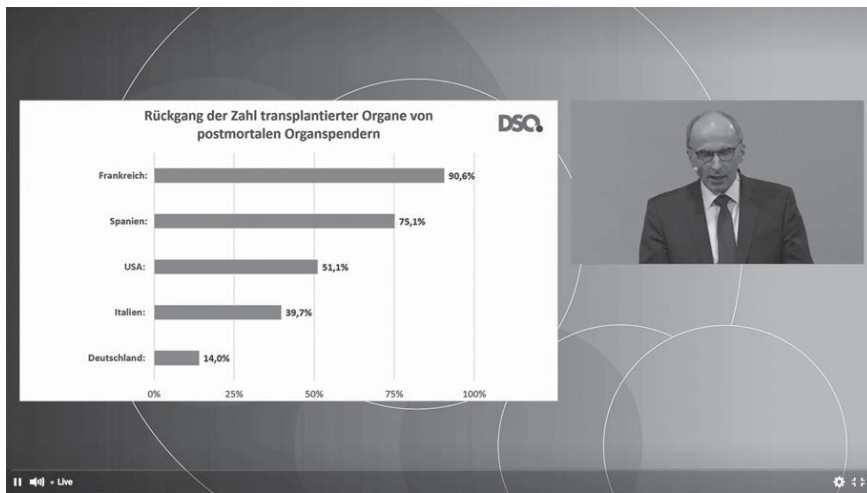
Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende

Nachdem die strukturellen Probleme bei der Organspende im Zweiten Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes thematisiert wurden, stieß Jens Spahn 2019 eine Diskussion zur Neuregelung der rechtlichen Regelung der

Organspendebereitschaft an. Es folgten Monate mit kontroversen und teils emotional geführten Debatten im Parlament, den Medien und in der Öffentlichkeit. Schlussendlich stimmten die Abgeordneten am 16. Januar 2020 gegen den Gesetzentwurf zur doppelten Widerspruchslösung und stattdessen für den Antrag der Beibehaltung einer Zustimmungslösung mit dem Fokus auf eine intensivere Aufklärungsarbeit. Das Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende wird am 1. März 2022 in Kraft treten. Schwerpunkte des Gesetzes, das die Information und Aufklärung der Bevölkerung fördern soll, sind u. a.:

- Einrichtung eines bundesweiten Onlineregisters beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Hier hat das Bundesgesundheitsministerium mittlerweile angekündigt, dass die DSO und weitere Institutionen daran beteiligt werden sollen.
- Die Ausweisstellen von Bund und Ländern müssen den Bürgerinnen und Bürgern zukünftig Aufklärungsmaterial und Organspendeausweise ausändigen bzw. bei elektronischer Antragstellung elektronisch übermitteln. Dabei wird auf weitere Informations- und Beratungsmöglichkeiten sowie die Möglichkeit, sich vor Ort oder später in das Onlineregister einzutragen, hingewiesen.
- Hausärzte sollen künftig bei Bedarf ihre Patienten alle 2 Jahre über die Organ- und Gewebespende ergebnisoffen beraten.
- Grundwissen zur Organspende soll zudem in den Erste-Hilfe-Kursen im Vorfeld des Erwerbs der Fahrerlaubnis vermittelt werden.

Ob diese Maßnahmen zukünftig tatsächlich bewirken, dass in der Bevölkerung der Schritt von der grundsätzlich positiven Einstellung zur Organspende



zu einer Zunahme des dokumentierten Patientenwillens erfolgt, bleibt abzuwarten. Ein erstes positives Signal war das rapide gestiegene Interesse an Organspendeausweisen und Infomaterialien während und nach der Gesetzesdebatte. Letzten September veröffentlichte die BZgA erste Studienergebnisse ihrer bundesweiten Repräsentativbefragung „Einstellung, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende in Deutschland 2020“. Mit 62 Prozent gab es deutlich mehr Befragte als die 56 Prozent im Jahr 2018, die eine Entscheidung zur Organ- und Gewebespende getroffen habe. Auch der Anteil derer, die ihre Entscheidung schriftlich in einem Organspendeausweis und/oder einer Patientenverfügung festgehalten haben, hat zugenommen: von 39 Prozent auf 44 Prozent. Es wäre wünschenswert, dass sich dieser Trend noch steigern ließe.

Bis zum Inkrafttreten des neuen Gesetzes sollte die Zeit allerdings genutzt werden, um noch einige Punkte nachzubessern. Dies betrifft z.B. die ärztliche Einsichtnahme in das geplante Online-Organ Spenderegister, die erst nach To-

desfeststellung möglich sein soll. Dies steht im Widerspruch zur gelebten Realität auf den Intensivstationen sowie zur Richtlinie Spendererkennung der BÄK vom letzten Sommer. Diese zielt darauf ab, frühzeitig den Patientenwillen zur Organspende zu erkunden, damit entsprechend die Entscheidung zur Fortführung von intensivmedizinischen Maßnahmen getroffen werden kann oder eine Therapiebegrenzung erfolgt. Dies wird beim Zugriff auf Patientenverfügungen bereits umgesetzt und sollte auch für die Einsichtnahme in das Organ Spenderegister gewährleistet sein.

Auswirkungen auf die Spenderzahlen 2019 und 2020

Die Zahl der postmortalen Organspenden blieb 2019 mit 932 ungefähr auf dem Niveau von 2018. Dass innerhalb weniger Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes die strukturellen Defizite behoben wären, war auch nicht zu erwarten. Erfreulicherweise nahmen jedoch die Kontaktaufnahmen der Kliniken zur DSO zu: Die Meldungen von möglichen Organspendern erhöhten sich 2019 um 7 Prozent auf 3.020.

Zu Beginn des Jahres 2020 war SARS-CoV-2 auch in Europa angekommen. Doch während zeitweise z.B. in Spanien die Organspendezahlen im Frühjahr auf fast ein Viertel der früheren Aktivität zurückgingen oder Italien einen 30-prozentigen Rückgang hinnehmen musste, konnten Organspende und Transplantation hierzulande relativ konstant weitergeführt werden. Zu verdanken ist dies primär dem andauernden Engagement in den Kliniken, trotz Krise weiterhin an die Organspende zu denken. Ein Beleg dafür sind die Kontakte zur DSO, die bis Ende Oktober bei 2.626 lagen – und damit 4,1 Prozent über dem Vorjahr. Diese Kontakte führten in diesen 10 Monaten zu 793 postmortalen Organspendern – einer leichten Steigerung um 2,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum.

Deutschland war dank unserer Initiative auch eines der ersten Länder, das bereits sehr früh flächendeckende Tests auf SARS-CoV-2 bei allen Organspendern einsetzte. In Verbindung mit sorgfältiger Anamneseerhebung und Evaluation der Klinik und der Untersuchungsbefunde hat dies zu hoher Sicherheit in der Organspende und -transplantation beigetragen.

COVID-19 und seine Auswirkungen werden uns voraussichtlich auch noch weiterhin beschäftigen, sodass auch für die kommende Zeit ein Einfluss auf die Situation der Organspende möglich bleibt. Das bisher gezeigte Engagement in den Kliniken bestärkt aber die Hoffnung, dass sich die Organspendezahlen zukünftig doch noch weiter verbessern lassen. Noch sind auch nicht alle Maßnahmen der Gesetzesnovelle vom April 2019 und vom Initiativplan vollständig umgesetzt. Wir befinden uns daher auf einem guten Weg, die Organspende in Deutschland zum Positiven zu verändern.



Transplantation: Was gibt es Neues in der Lebertransplantation?

Fotos: privat



v.l.: Prof. Dr. med. Stefan M. Brunner, Dr. med. Frank W. Brennfleck, Prof. Dr. med. Hans J. Schlitt
Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Universitätsklinikum Regensburg

Die Lebertransplantation stellt den Goldstandard in der Behandlung von Patienten mit Leberzirrhose und akutem sowie chronischem Leberversagen dar. In den 21 deutschen Lebertransplantationszentren wurden 2019 insgesamt 773 Lebertransplantationen durchgeführt.

Aus chirurgisch-technischer Sicht ist die Lebertransplantation ein gut etabliertes Verfahren mit Ein-Jahres-Überlebensraten von über 80% und 10-Jahres-Überlebensraten von über 70% im Bundesdurchschnitt. Der Gesamterfolg der Lebertransplantation ist hierbei jedoch eng mit der Grunderkrankung und dem Gesamtzustand der Patienten verknüpft sowie ganz entscheidend auch mit der Qualität des Spenderorgans. In Zeiten abflauer Organspendebereitschaft und immer älteren Organ Spendern nimmt die Spenderorgan-Qualität stetig ab und es werden zunehmend sog. marginale Organe vermittelt.

Hauptursachen für eine Lebertransplantation

Die Hauptindikationen für eine Lebertransplantation bei Erwachsenen in Deutschland sind neben der äthyltoxischen Leberzirrhose (22%), der Hepatitis B und C bedingten Leberzirrhose, der PSC und PBC (10%) auch das hepatozelluläre Karzinom als häufigste onkologische Indikation (17%) innerhalb enger Vorgaben (MILAN-Kriterien). Eine neuere und in letzter Zeit häufiger werdende Indikation ist die durch die Nichtalkoholische Steatohepatitis (NASH) bedingte Leberzirrhose. Die weltweite Prävalenz der NASH wird auf 3–5% mit steigender Tendenz geschätzt. In den USA zeigte sich eine Zunahme der NASH-bedingten Lebertransplantationen von 1,2% in 2001 zu 9,7% in 2009. Auch in Deutschland ist bei zunehmenden metabolischen Erkrankungen eine Zunahme der NASH-bedingten Transplantationen zu erwarten.

Studien zur Organverteilung

Zusätzlich zu diesen Indikationen bekommt die Lebertransplantation einen

zunehmenden Stellenwert im kurativen Behandlungskonzept onkologischer Patienten. Neben der bereits gut etablierten Transplantation von Patienten mit hepatozellulärem Karzinom (HCC) gemäß MILAN-Kriterien (1 Herd < 5 cm oder 3 Herde < 3 cm) wird der Stellenwert der Lebertransplantation in der onkologischen Therapie in mehreren Studien evaluiert, wodurch eine zukünftige Ausweitung der Indikationen zur Lebertransplantation wahrscheinlich wird. Die **pro-duct002**-Studie (DRKS00013276) untersucht aktuell die mikroskopische Tumorfreiheit und das Überleben nach Lebertransplantation bei Patienten mit zentralem Gallengangskarzinom (Klatskin-Tumor). Eingeschlossen werden Patienten, die bei Vorliegen eines, häufig spät erkannten, Klatskin-Tumors als lokal irresektabel eingestuft wurden, sich jedoch sicher in einem nicht lymphogen- oder fernmetastasierten Tumorstadium befinden. Nach dringlicher Vermittlung eines geeigneten Spenderorgans werden die Patienten transplantiert und engmaschig nachgesorgt. Die **TOM**-Studie (DRKS00014582) untersucht die Erweiterung der Indikation in der HCC-Therapie. In zwei Studienarmen (UNOS T2 versus Milan-out/UCSF-in) wird das Rezurrenzfreie Überleben nach Lebertransplantation mit hepatozellulärem Karzinom (HCC) in Zirrhose und lokoregionärer Therapie zur Überbrückung der Wartezeit verglichen. Ziel ist auch hier langfristig die Ausweitung der Einschlusskriterien von HCC-Patienten zur Lebertransplantation. In einer kürzlich veröffentlichten, randomisiert kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass sowohl das tumorfreie Überleben sowie das Gesamtüberleben von HCC-Patienten außerhalb der Milan-Kriterien nach Downstaging-Therapie und folgender Lebertransplantation im Vergleich zur Gruppe der nicht transplantierten Patienten deutlich gesteigert werden konnte.¹ In die LIVER-T(W)O-HEAL-Studie (NCT03488953, Transplantationszentren Tübingen und Jena) werden Patienten mit irresektab-

len Lebermetastasen beim kolorektalen Karzinom eingeschlossen. Nach Chemotherapie erfolgt eine linksseitige Leberresektion und gleichzeitige auxiliäre Lebertransplantation eines lebendgespendeten linkslateralen Leberlappens. Nach Hypertrophie des Transplantats erfolgt die zweizeitige Resthepatektomie. Primärer Endpunkt ist das Gesamtüberleben 36 Monate nach Hepatektomie.

Ein Hauptproblem all dieser Studien und der potenziellen Indikationserweiterung der Lebertransplantation auch im onkologischen Bereich stellt der Mangel an Spenderorganen dar. Hier ist fraglich, ob die zuletzt intensiv geführte gesellschaftliche Diskussion über die Regelung der Organspende, die mit der erweiterten Zustimmungslösung in einem im Kern unveränderten Gesetz endete, eine Erhöhung der Spendebereitschaft und der tatsächlich durchgeführten Organspenden bewirken kann.

Mit den wenigen Organen möglichst vielen Menschen helfen

Somit bleibt aus transplantationschirurgischer Sicht nur, das „Beste aus den verfügbaren Spenderorganen“ herauszuholen. Dies kann bei marginalen Organen zum einen durch ein möglichst optimales Matching zwischen Empfänger und Spenderorgan erreicht werden: „fittere“ Empfänger, die beispielsweise aufgrund eines hepatozellulären Karzinoms transplantiert werden, erreichen auch mit marginaleren Organen ein gutes Outcome, wohingegen schwer kranke Empfänger mit sehr hohem MELD-Score ein möglichst gutes Spenderorgan benötigen. Zum anderen stellen Verfahren mit **Maschinenperfusion** – sei es hypotherm oder normotherm – eine innovative Methode dar, um marginale Spenderorgane hinsichtlich ihrer Transplantabilität zu testen, durch die Perfusion selbst zu verbessern oder zukünftig durch der jeweiligen Perfusionslösung beigefügte Zusätze womöglich sogar zu therapieren.²

Eine weitere Option, möglichst vielen Patienten mit den vorhandenen Spenderorganen zu helfen, stellt das **Splitten von postmortal gespendeten Lebern** dar. Hiermit kann zum einen durch Aufteilung in einen kleineren linkslateralen Leberlappen (Segmente II/III) ein Kind und mit dem rechts-erweiterten Leberteil (Segmente IV–VIII) ein Erwachsener transplantiert werden. Als technisch etwas aufwendigere Option kann auch bei einer Aufteilung in einen linken (Segmente II–IV) und einen rechten (Segmente V–VIII) Leberanteil eine Versorgung

von zwei (etwas kleineren) Erwachsenen angestrebt werden. Diese Splittingverfahren sind jedoch herausfordernd und mit etwas erhöhten Komplikationsraten verbunden und sollten daher nur in dafür spezialisierten Zentren durchgeführt werden. Als dritte Option, den Spenderorganpool zu erhöhen, ist die **Leberlebenspende** zu nennen. Dieses Verfahren ist ebenfalls nur in spezialisierten Transplantationszentren sinnvoll und sicher durchzuführen und muss stets kritisch und zurückhaltend indiziert werden, da ja ein gesunder Spender einer gewissen Gefahr mit möglichen Komplikationen ausgesetzt wird. Um diese Gefahr für die Spender so gering wie möglich zu halten, ist eine ausgedehnte präoperative Abklärung erforderlich. Zur weiteren Risikoreduktion für die Spender kann hier bei zu geringem Transplantat-zu-Empfänger-Gewichts-Ratio auf innovative Verfahren wie eine auxiliäre Transplantation des linken Leberlappens mit zweizeitiger Hepatektomie der nativen Leber nach entsprechender Hypertrophie des Transplantats im Rahmen eines innovativen Ansatzes zurückgegriffen werden. Dies soll aufgrund der Komplexität des Verfahrens jedoch sicherlich nur Einzelfällen vorbehalten bleiben.

Studien zur Immunsuppression

Auch nach der Lebertransplantation bestehen zur Individualisierung der Immunsuppression weitere Optimierungsansätze, die in Studien evaluiert werden mit dem Ziel, für die Empfänger eine möglichst lange Transplantatfunktion unter Inkaufnahme möglichst geringer Nebenwirkungen zu erreichen. Hier ist zum einen die Evaluierung einer „Bottom-up“-Strategie zu nennen, die inzwischen in vielen Kliniken bei den meist kritisch kranken Patienten eingesetzt wird. Dabei wird direkt postoperativ mit einer eher niedrigen Immunsuppression begonnen und es werden Calcineurin-Inhibitoren (CNI) wie Tacrolimus oder Ciclosporin erst nach Stabilisierung des Patienten – u.U. erst 1–3 Wochen (oder noch später) nach der Transplantation verwendet (Manuskript in Vorbereitung). Dies ist ohne eine relevante Erhöhung des Abstoßungsrisikos möglich, da Patienten mit hohem MELD-Score und in schlechtem klinischem Zustand zum Zeitpunkt der Transplantation eine endogen massiv verminderte Immunantwort haben. Im langfristigen Verlauf nach Lebertransplantation stehen bei vielen Patienten Nebenwirkungen der CNI-basierenden Immunsuppression im Vordergrund (Nephrotoxizität, Diabetes mellitus, Hypertonie etc.), sodass hier zunehmend versucht wird, CNIs zu minimieren und z. B. durch mTOR-Inhibitoren wie Everolimus zu ersetzen.³ In einer derzeit laufenden Studie wird sogar versucht, nach

Lebertransplantation auf CNIs komplett zu verzichten und stattdessen die immunsuppressive Therapie über eine Costimulations-Blockade mit dem anti-CD40-Antikörper Iscalimab zu erreichen (**CON-TRAIL Studie**, EudraCT 2018-001836-24). Dieser ist allerdings nicht als Tablette verfügbar, sondern muss in 14-tägigen Abständen injiziert werden – was evtl. auch die Adherence der Patienten im langfristigen Verlauf verbessert. Erste Studien in der Nierentransplantation dazu waren sehr erfolgversprechend.⁴

Insgesamt gibt es also mehrere vielversprechende sowohl chirurgisch-technische als auch medikamentöse Ansätze, wie zukünftig das Outcome nach Lebertransplantation optimiert werden kann. Der Hauptfokus wird jedoch, insbesondere bei einer potenziellen Indikationserweiterung für eine Lebertransplantation im onkologischen Bereich, bei der Erhöhung der Zahl der Spenderorgane liegen. Dies kann in limitiertem Maße durch optimale Ausnutzung der Spenderorgane durch Maschinenperfusion, Verbesserung der Allokation und des Spender/Empfänger-Matchings, Organsplitting und Lebenspende gelingen. Auch zur Optimierung der immunsuppressiven Therapie gibt es aktuell eine Reihe interessanter Ansätze, um die langfristigen Ergebnisse der Transplantation zu verbessern und vor allem, um Nebenwirkungen zu minimieren. Am Ende ist es jedoch essenziell, dass die gesamtgesellschaftliche Diskussion über Organspende weitergeht, einhergehend mit optimierter Erkennung und Organisation potenzieller Organspenden in unseren Kliniken, sodass die Zahl der insgesamt verfügbaren postmortalen Spenderorgane zunimmt. Nur so kann dem steigenden Bedarf an Organtransplantationen Rechnung getragen und eine Verteilungsgerechtigkeit für die potenziellen Empfänger aufrechterhalten werden.

Literature Cited

1. Mazzaferro V, Citterio D, Bhoori S, Bongini M, Miceli R, Carli L de et al. Liver transplantation in hepatocellular carcinoma after tumour downstaging (XXL): a randomised, controlled, phase 2b/3 trial. *The Lancet Oncology* 2020; 21(7):947–56.
2. Nasralla D, Coussios CC, Mergental H, Akhtar MZ, Butler AJ, Ceresa CDL et al. A randomized trial of normothermic preservation in liver transplantation. *Nature* 2018; 557(7703):50–6.
3. Sterneck M, Kaiser GM, Heyne N, Richter N, Rauchfuss F, Pascher A et al. Everolimus and early calcineurin inhibitor withdrawal: 3-year results from a randomized trial in liver transplantation. *Am J Transplant* 2014; 14(3):701–10.
4. Espié P, He Y, Koo P, Sickert D, Dupuy C, Chokoté E et al. First-in-human clinical trial to assess pharmacokinetics, pharmacodynamics, safety, and tolerability of iscalimab, an anti-CD40 monoclonal antibody. *Am J Transplant* 2020; 20(2):463–73.

GLOSSAR

„Bottom-up“: „von unten nach oben“

Adherence: Therapietreue

Allokation: Zuordnung eines Organs zum besten Empfänger

äthyltoxisch: durch Alkohol geschädigt

auxiliär: unterstützend, helfend

Downstagingtherapie: Therapie, die zu einer Herabstufung des Tumorstadiums führt

endogen: von innen heraus

evaluiert: überprüft, ausgewertet

fernetmetastasiert: Tochtergeschwülste in der Ferne bildend

Hepatektomie: Leberentnahme

hepatozelluläres Karzinom: = HCC; Leberzellkrebs

Hypertrophie: Größenzunahme

hypotherm: bei niedrigerer Temperatur als Körpertemperatur

Immunsuppression: Unterdrückung des körpereigenen Abwehrsystems

immunsuppressiv: die körpereigene Abwehr unterdrückend

Indikation: Grund für eine Behandlung

indiziert: angezeigt, angebracht

irresektabel: etwas ist nicht mehr zu operieren

kolorektales Karzinom: bösartiger Tumor des Dick- oder Enddarms

kurativ: mit dem Ziel der Heilung

lateral: seitig, seitlich

Lebermetastasen: Tochtergeschwülste in der Leber

Leberzirrhose: Lebervernarbung

lokoregionär: auf den Ort des Auftretens begrenzt

lymphogen: über die Lymphwege

marginal: grenzwertig

Matching: Abgleich, Suche nach dem passendsten Partner

MELD-Score: Score aus verschiedenen Laborwerten zur Errechnung der Dringlichkeit einer Lebertransplantation

metabolisch: den Stoffwechsel betreffend

nativ: körpereigen, angeboren

Nephrotoxizität: Schädlichkeit für die Nieren

Nichtalkoholische Steatohepatitis: nicht durch Alkohol bedingte Fettleber, die zu einer Leberentzündung führt

normotherm: bei normaler Körpertemperatur

onkologisch: Krebserkrankungen betreffend

Outcome: Ergebnis

PBC: Primär biliäre Cirrhose = Autoimmunerkrankung der Gallenwege

Perfusion: Durchblutung bzw. Durchspülung

Perfusionslösung: Lösung, mit der ein Transplantat durchspült wird

postmortal: nach dem Tod

postoperativ: nach der Operation

PSC: Primär sklerosierende Cholangitis = Erkrankung der Gallenwege, die zu einer zunehmenden Verengung der Gallenwege führt

randomisierte Studie: Studie nach dem Prinzip der Zufallsverteilung

Rekurrenz: Wiederkehr

Resektion: operative Entfernung

Resthepatektomie: Restleberentnahme

Dr. med. Petra Matulla

Lebertransplantierte Deutschland e.V. erhält begehrten Organspendepreis

Die Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG) vergibt alljährlich den Preis zur Förderung der Organspende. Gefördert werden sollen damit Leistungen oder Projekte im Bereich der Organspende mit dem Ziel der Verringerung des Organmangels in Deutschland. Der Preis wird von der DTG gestiftet und ist mit einem Preisgeld von 5.000 € verbunden. Im Jahr 2020 erhielt LD e.V. den Preis für den Einsatz für die Organspende im Jahr 2019.



Jutta Riemer

Die Auswahl des Preisträgers wird durch den wissenschaftlichen Beirat der DTG vorgenommen. Verliehen wird der Preis jeweils im Rahmen der Jahrestagung des darauffolgenden Jahres.

Im Frühjahr dieses Jahres hatte ich die kompletten Daten für unseren Jahresbericht 2019 zusammengetragen. Christina Hülsmann und Andrea Sebastian haben dazu die Kalendereinträge auf unserer Homepage des ganzen Jahres ausgewertet. Bei mir läuft alles zusammen und ich erstelle die Präsentationen für den Rechenschaftsbericht und sammle alle Infos und Fotos für den gedruckten Jahresbericht.

So darf ich stets jedes Jahr aufs Neue staunen, dass die Aktiven des Vereins einzeln und in der Summe wieder enorm viel ehrenamtliches Engagement gezeigt und viele Aktionen gestemmt haben. So auch für das Jahr 2019. Und es war neben den Gruppentreffen und weiteren Aktionen der Mitgliederbetreuung auch sehr viel Engagement für die Organspende dabei. Das brachte mich auf die Idee, diese große Menge an Aktionen auch mal nach außen darzustellen und eine Bewerbung für den Organspendepreis zu schreiben. Diese ausführliche, 15-seitige Bewerbung kann jeder auf unserer Homepage nachlesen.

Vor der Einreichung bei der DTG haben wir nochmals die Anzahl der Organspendeaktionen überprüft und abgefragt, sodass im Vergleich zum Jahresbericht 2019 noch weitere Aktionen berücksichtigt werden konnten.

173 +

Betroffene 173 Mal in Aktion für die Organspende

Gegenstand der Bewerbung war die Gesamtheit der ehrenamtlichen Leistungen der Aktiven des Patientenverbandes Lebertransplantierte Deutschland e.V. im Jahr 2019 mit dem Ziel der Förderung der Organspende in Deutschland.

In den folgenden Kategorien waren wir besonders aktiv. Die Zahlen hinter den Kategorien zeigen die Anzahl der Aktionen im Jahr 2019. Oftmals verbirgt sich aber hinter dem als eine Aktion gezählten Einsatz ein mehrtägiges Engagement mehrerer Aktiver. Dies ist z. B. bei Messen, beim Kirchentag, beim Tag der Organspende usw. der Fall. Auch die Zusammenarbeit mit den Länderinitiativen oder die Arbeit für den Initiativplan wurde jeweils mit einer Aktion gezählt. Wir wissen es. Oftmals stehen also hinter der Zahl 1 mehrere Sitzungen, Aktionen und umfangreiche Arbeit am heimischen PC. Ich habe die Aktionen in 5 Kategorien aufgeteilt:

1. Öffentlichkeitsarbeit in Form von Informationsständen, Podiumsdiskussionen und Vorträgen: 107

Z. B. waren wir bei Infoständen des DRK, bei Gesundheitstagen, in Firmen, bei Vorträgen in Seniorenkreisen, bei der VHS, bei Frauengruppen bis zur Teilnahme an Podien bei politischen Veranstaltungen aktiv; ebenso bei mehrtägigen, komplexen Veranstaltungen wie dem Dt. evangelischen Kirchentag in Dortmund, dem Tag der Organspende in Kiel, dem Maimarkt in Mannheim und weiteren. Auch die Aktiven des Netzwerkes Spenderfamilien waren für die Organspende aktiv. Das Netzwerk ist aus einer Initiative von LD e.V. 2016 entstanden und dort assoziiert, z. B. 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.

2. Öffentlichkeitsarbeit in Schulen: 40

In verschiedenen Schulformen, darunter auch Hochschulen und Krankenpflegeschulen, haben Aktive von LD e.V. Aktionen organisiert oder waren dabei aktiv beteiligt. Doppelstunden im Regelunterricht wurden ebenso angeboten oder begleitet wie Projekttagge oder Vorlesungen und Workshops in der Lehrerfortbildung zu metho-



v.l.: Prof. Christian Strassburg, Präsident der DTG, überreicht den Organspendepreis an Gerd Böckmann, stv. Vorsitzender von Lebertransplantierte Deutschland e.V.

dischen und didaktischen Umsetzungsmöglichkeiten im Unterricht. Auch Informationen für Schüler/innen von Krankenpflegeschulen standen auf dem Programm. Bei den Aktionen erzählten Betroffene vom Überleben durch die Organspende (Erzeugung von Betroffenheit), hielten komplette Doppelstunden mit Fachvortrag und Diskussion, vermittelten Fachexperten, boten andere Unterrichtsformen an: z. B. Begleitung von Projekttagen oder Elternabenden mit Podiumsdiskussion. Besonders wichtig ist uns die Information und Motivation von Multiplikatoren. Mit Schwerpunkt in Baden-Württemberg (24) fanden solche Aktionen auch in 4 weiteren Bundesländern statt (Bremen, NRW, Thüringen, Bayern).

3. Öffentlichkeitsarbeit in verschiedenen Medien: 13

Unsere Aktiven gehen immer wieder auf verschiedene Print- und andere Medien zu, um das Thema Organspende zu adressieren, auch wurden wir von Medienvertretern angesprochen und um Stellungnahmen oder Interviews gebeten. Diskussionen um die Gesetzesänderung und der Tag der Organspende sind hier oft die Anlässe. Dreizehn solcher Veröffentlichungen sind uns bekannt. Wir gehen aber davon aus, dass es noch mehr sind, denn nicht alle Aktiven leiten solche schönen Berichte weiter oder melden ihre Aktionen.

4. Zusammenarbeit mit weiteren Verbänden und Institutionen: 7

Wo immer es uns möglich ist, arbeiten wir zur Bündelung von Kompetenzen und Möglichkeiten bei der Information über die Organspende mit anderen Patientenorganisationen und weiteren Institutionen auf Länder- und Bundesebene zusammen. So z. B. auf der Bundesebene mit dem BMG, BZgA, DSO und mit Patientenorganisationen: BDO und BN, auch gemeinsam als BAG TxO. In verschiedenen Bundesländern haben sich Bündnisse für die Organspende gebildet. Diese haben wir teilweise mitinitiiert, sind dort jeweils vertreten und arbeiten aktiv mit. Das sind: Bündnis Organspende Baden-Württemberg mit Leitung des Arbeitskreises Schule, Runder Tisch und Netzwerk Organspende Niedersachsen, Netzwerk Organspende NRW, dort den Vorsitz, Initiative Organspende Hessen, Initiative Organspende Rheinland-Pfalz, Bündnis für Organspende Bayern und das Thüringer Bündnis Organspende.

5. Politisches Engagement für die Organspende: 6

Das Jahr 2019 war geprägt von der Arbeit am Initiativplan unter Leitung der DSO und des BMG, von der Verabschiedung des GZSO und der Diskussion um die eventuelle Einführung einer Widerspruchslösung in Deutschland. Entsprechend hat sich unser Verband geäußert und engagiert:

Am 14.1.2019: Schriftliche Stellungnahme anlässlich der Anhörung und Verabschiedung des GZSO

Am 30.1.2019: Teilnahme mündliche Anhörung anlässlich der Anhörung und Verabschiedung des GZSO

Aktive Mitarbeit am Initiativplan Organspende: Vorstandsmitglieder und Aktive haben in allen drei Arbeitsgruppen mitgearbeitet.

2.3.2019: Stellungnahme zur Unterstützung des Projektes Initiative Organspende Ost
23.9.2019: Stellungnahme zu zwei Gesetzentwürfen zur Änderung des Transplantationsgesetzes

20.12.2019: Brief an alle Abgeordneten mit der Bitte, bei der bevorstehenden Abstimmung im Bundestag für die Widerspruchslösung zu stimmen.

Mit diesen mindestens 173 ehrenamtlich durchgeführte Aktionen im Jahr 2019 zur Förderung der Organspende durch Mitglieder und Aktive von LD e.V. hatten wir uns also um den Preis der DTG beworben.

... und es hat sich gelohnt!

Trotz mehrerer Mitbewerber hat der wissenschaftliche Beirat der DTG den Preis an Lebertransplantierte Deutschland e.V. verliehen. Über diese Anerkennung freuen wir uns sehr. Weiterhin ist der Preis mit einem Preisgeld von 5.000 € verbunden. Dies alles ist uns Betroffenen sicher ein zusätzlicher Ansporn, uns auch weiterhin mit gewohntem Elan für die Verbesserung der Organspendesituation in Deutschland einzusetzen. Wir alle hoffen darauf, dass uns Corona hier nicht weiter ausbremst.

Dank!

Wenn auch auf der Urkunde mein Name als Einreicherin hervorgehoben ist, gebührt der Preis natürlich allen aktiven Mitgliedern, Ansprechpartnern/innen, Koordinatoren/innen und Vorstandsmitgliedern, die sich im Jahr 2019 für die Organspende eingesetzt haben. Überreicht wurde der Preis stellvertretend im Rahmen der Jahrestagung der DTG in Köln am 15.10.2020 an den stellvertretenden Vorsitzenden von LD e.V. Gerd Böckmann. Er stellte dort auch unsere Bewerbung als Präsentation dem Plenum beim Kongress vor.

Die Urkunde wird einen Ehrenplatz in unserer Geschäftsstelle erhalten.

Beispielhafter Einsatz unserer Aktiven für die Organspende. Hier nur einige Beispielbilder.



Dünndarm-Transplantation in Deutschland

Fotos: privat



△ **Priv. Doz. Dr. med. Sonia Radünz**
▷ **Prof. Dr. med. Andreas Pascher**
Transplantationszentrum
Universitätsklinikum Münster

Historie

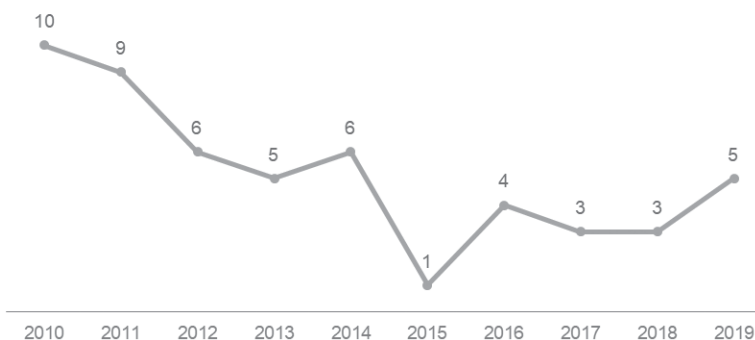
Die Dünndarm-Transplantation ist weltweit ein sehr selten durchgeführter Eingriff. In Deutschland werden jährlich circa fünf Dünndarm-Transplantationen vorgenommen. Weltweit erfolgen etwa 100 Dünndarm-Transplantationen jährlich. Im Jahr 2019 erfolgten Dünndarm-Transplantationen in Deutschland in den Universitätsklinikum Münster (n=3), Jena (n=1) und München-Großhadern (n=1). In Europa gibt es aktuell 11 aktive Zentren, die jährlich insgesamt 10–25 Transplantationen durchführen.

Im Jahr 1988 war Professor Eberhard Deltz am Universitätsklinikum Kiel die erste erfolgreiche isolierte Dünndarm-Transplantation als Lebendspende gelungen.¹ In einer internationalen Datenbank (International Transplant Registry, ITR) werden die seit 1985 von den meldenden, weltweit gut 80 Zentren durchgeführten Dünndarm-Transplantationen erfasst. Diese Datenbank umfasst mittlerweile gut 3.000 Patienten und deren klinischen Verlauf.² Bis zum 18. September 2019 waren in Europa in 26 Zentren insgesamt 414 Dünndarm-Transplantationen durchgeführt worden.³

Abb. 1: Jährliche Dünndarm-Transplantationen in Deutschland

Darmtransplantationen in Deutschland

Anzahl inkl. Kombinationen



(Quelle: DSO <https://www.dso.de/DSO-Infografiken/image047.png>)

Wer kommt für eine Dünndarm-Transplantation infrage?

Indiziert ist die Dünndarmtransplantation bei Patienten mit anatomischem oder funktionellem Verlust des Dünndarms und Komplikationen der totalen parenteralen Ernährung (TPN). Die häufigste Ätiologie für das chronische Darmversagen mit unzureichender Nährstoffresorption ist das Kurzdarmsyndrom (65%) bei mesenterialer Ischämie, Morbus Crohn oder Volvulus. Weitere Ätiologien sind Motilitätsstörungen (11%), z. B. die chronische intestinale Pseudoobstruktion, oder Tumorerkrankungen (15%), z. B. der Desmoid-Tumor.⁴ Bei Patienten mit einem solchen Desmoid-Tumor besteht zum Zeitpunkt der Diagnosestellung im Regelfall kein Darmversagen, allerdings ist im Rahmen der Operation mit dem Entstehen eines Darmversagens zu rechnen.

Der Begriff chronisches Darmversagen bezeichnet die Unfähigkeit, wegen einer eingeschränkten resorptiven Kapazität des Darms (Obstruktion, Dysmotilität, chirurgische Resektion, kongenitale Erkrankung, krankheitsassoziierte verminderte Absorption) die Protein-, Energie-, Flüssigkeits- und Mikronährstoffbilanz aufrechtzuerhalten. Der Begriff Kurzdarmsyndrom bezeichnet ein Darmversagen nach ausgedehnter Resektion mit der Unfähigkeit, die Protein-, Energie-, Flüssigkeits- und Mikronährstoffbilanz mit einer konventionellen Diät aufrechtzuerhalten.⁵

Als Folge der gestörten Nahrungsaufnahme nimmt der Körper nicht genug Nährstoffe, Vitamine und Flüssigkeit auf. Bei einer Dünndarmlänge von weniger als 1 m wird bei Erwachsenen somit in der Regel eine lebenslange parenterale Ernährung notwendig. In Abhängigkeit

von der Länge des verbliebenen Dickdarms ist ggf. eine kürzere Dünndarmlänge ausreichend, um den Patienten nach einer Adaptationsphase wieder vollständig enteral zu ernähren. Da bei Kindern die Adaptationsfähigkeit des Dünndarms größer ist, können evtl. auch kürzere Dünndarmsegmente nach entsprechender Adaptationsphase für eine enterale Ernährung ausreichend sein.

Neben der Notwendigkeit einer lebenslangen parenteralen Ernährung ist der Nachweis TPN-assoziiierter Komplikationen unabdingbar für die Indikationsstellung zur Dünndarmtransplantation. Das 5-Jahres-Überleben unter TPN liegt bei Patienten ohne Komplikationen bei 87% und bei Patienten mit Komplikationen bei 37%. Die typischen TPN-assoziierten Komplikationen sind eine Leberdysfunktion, der Verlust venöser Zugangsmöglichkeiten, wiederholte Katheter-assoziierte Septitiden oder wiederholte Dehydratationen.

Wie läuft die Transplantation ab?

Wann ist der richtige Zeitpunkt zur Dünndarm-Transplantation? Der Vorteil einer Dünndarm-Transplantation für den Patienten ist neben dem Überleben vor allem auch in der verbesserten Lebensqualität und der enteralen Autonomie zu sehen. Kindliche Organempfänger können zudem wieder eine normale lineare Wachstumsgeschwindigkeit erreichen. Idealerweise erfolgt eine Dünndarm-Transplantation vor signifikanten Gefäßzugangsproblemen, irreversiblen Leberschaden und einer insgesamt erhöhten Morbidität der Patienten. Wird die Indikation zur Dünndarmtransplantation erst gestellt, wenn bereits TPN-bedingte Leberschädigungen vorliegen, müssen solche Patienten ggf. einer kombinierten (Leber- und Dünndarm-Transplantation) oder in komplizierte Gefäßsituationen einer multiviszeralen (Mehrorgan-)Transplantation zugeführt werden.

In Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachabteilungen, insbesondere Chirurgie, Gastroenterologie/Hepatology und Ernährungsmedizin, sollten Patienten mit einem Funktionsverlust des Dünndarms jederzeit interdisziplinär behandelt und engmaschig angebunden sein. Die Evaluation zur Dünndarm-Transplantation sollte frühzeitig ins Auge gefasst werden. Im Rahmen der Evaluation werden mögliche Empfänger kritisch auf weitere Erkrankungen geprüft, die eine Transplantation ausschließen würden, z. B. schwere Infektionen, nicht kurativ behandelte Tumorerkrankungen, sofern sie nicht die

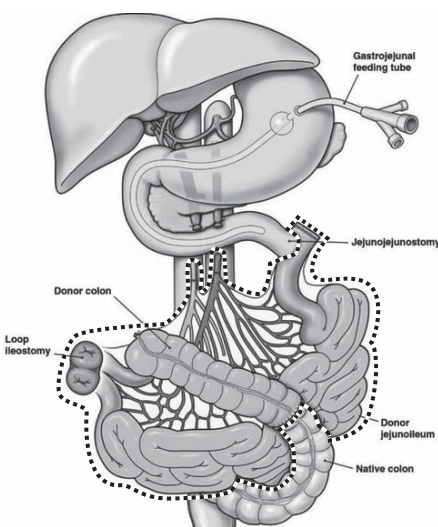
DSO

Indikation zur Transplantation sind, fortgeschrittene Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder schwere psychische Erkrankungen.

Spender eines Dünndarm-Transplantats sollten jung und schlank sein mit einem kurzzeitigen Aufenthalt auf der Intensivstation und unauffälligen Laborwerten. Die endgültige Entscheidung, ob der Spenderdarm zur Transplantation geeignet ist, wird erst nach persönlicher Sichtung des Explantationsteams des Transplantationszentrums getroffen.

Der zu transplantierende Spenderdarm umfasst neben dem Dünndarm auch das rechte Hemikolon. Der (Rest-) Darm des Empfängers wird in der Regel zunächst entfernt. Die Anastomosierung des Spenderdarms erfolgt im Bereich des Jejunums bzw. Duodenums und im Bereich des Colon transversum. Zudem wird ein diagnostisches Ileostoma angeleitet, über das regelmäßige Biopsien des Transplantats erfolgen können. Zur Blutversorgung des Spenderdarms werden mesenteriale Arterien über ein iliakales Spendergefäß in der Regel direkt auf die Aorta des Empfängers angeschlossen. Der venöse Abfluss wird in der Regel mit Anschluss der Vena mesenterica superior des Spenders auf die Vena mesenterica inferior des Empfängers garantiert. Das diagnostische Ileostoma bleibt im Regelfall im ersten Jahr nach Transplantation bestehen und kann dann bei regelhaftem Verlauf wieder zurückverlegt werden. In manchen Fällen, z.B. nach ausgedehnten Vor-Operationen, ist eine

Abb. 2: Dünndarm-Transplantat mit den Empfänger-Viscera und dem Transplantat (von gestrichelter Linie umrandet)



(Quelle: Hawksworth JS et al. Intestinal transplant techniques: from isolated intestine to intestine in continuity with other organs. In: Dunn SP et al. (eds.) Solid Organ Transplantation in Infants and Children. Springer 2017; 611–636)

plastische Deckung (Netzeinlage, Bauchdeckentransplantation) für den Bauchdeckenverschluss notwendig.

Welche Bedeutung hat die Immunologie für die Nachsorge?

Im Dünndarm gibt es besonders viele Zellen des körpereigenen Immunsystems, sodass bei einer Dünndarm-Transplantation besonders häufig Abstoßungsreaktionen gegen das transplantierte Organ auftreten.

Trotz technisch erfolgreicher Transplantationen konnte unter immunsuppressiver Therapie mit Ciclosporin durch Abstoßungen und schwere Infektionen bedingt kein sinnvolles Transplantat- und Patientenüberleben erreicht werden. Die erfolgreiche Dünndarm-Transplantation ist letztendlich erst mit Einführung des Immunsuppressivums Tacrolimus ermöglicht worden. In einer ersten Serie hatte die Arbeitsgruppe von Thomas E. Starzl 1991 fünf Patienten mit einem entsprechenden Regime behandelt.⁶ Der erfolgreiche Verlauf dieser Patientenserie führte auch in Europa zu einer (Wieder-)Aufnahme der Transplantationsaktivität.

Das immunsuppressive Schema nach Dünndarm-Transplantation umfasst eine Induktionstherapie und eine Erhaltungstherapie. In der Regel erfolgt eine kombinierte Therapie (z.B. Tacrolimus, Everolimus, Steroide), um die Dosierung der einzelnen Medikamente so zu reduzieren, sodass spezifische Nebenwirkungen möglichst geringgehalten werden. Antimetabolite wie Mycophenolat-mofetil finden aufgrund ihrer gastrointestinalen Nebenwirkungen meistens keine Anwendung.

Die gefürchtetste Komplikation nach Dünndarm-Transplantation bleibt auch unter moderner immunsuppressiver Therapie die akute Abstoßung, die letztendlich zum Verlust des Transplantats führen kann. Wichtig ist es insofern, die entsprechenden Warnsignale zu kennen und bei deren Auftreten sofort zu reagieren. Mögliche Zeichen einer akuten Abstoßung sind: erhöhte Temperatur ($> 37,5\text{ }^{\circ}\text{C}$), Appetitlosigkeit, Schmerzen im Bauchraum, Stuhlveränderungen, Schwächegefühl und schnelles Ermüden. Die Verdachtsdiagnose der akuten Abstoßung wird aufgrund klinischer und laborchemischer Befunde geäußert und mittels endoskopisch gewonnener Biopsie-Befunde gesichert. Die erste Therapie der akuten Abstoßung besteht in der Applikation von hochdosiertem Kortison. Außerdem wird die aktuelle Immunsuppression in der Dosierung angehoben.

Die humoralen Immunantworten bei Empfängern nach Dünndarm-Transplantation erfolgen sowohl über HLA- als auch

GLOSSAR

Absorption: Aufnahme

Adaptation: Anpassung

Anastomosierung: operative Verbindung der Darmteile

Antimetabolite: Hemmstoffe von Stoffwechselwegen

Aorta: Hauptschlagader

Applikation: Anwendung

Ätiologie: Ursache

Biopsie: Gewebeprobeentnahme

chronische intestinale Pseudoobstruktion: seltene Erkrankung, die mit einer scheinbaren Verlegung des Darms einhergeht

Colon transversum: Querer Teil des Dickdarms

Crossmatch: Kreuzprobe zur Verträglichkeit der Gewebe von Spender und Empfänger vor einer Transplantation

Dehydratation: Austrocknung des Organismus

Desmoid-Tumor: gutartiger Tumor der Muskelfaszien

detektiert: entdeckt

Donor: Spender

Duodenum: Zwölffingerdarm (schließt an den Magen an)

Dysfunktion: Fehlfunktion

Dysmotilität: Fehlbeweglichkeit

endoskopisch: in den Magen-Darm-Trakt hineinschauend

enteral: durch den Darm

Enteropathie: Darmkrankheit

Evaluation: fachgerechte Auswertung

Explantation: Organentnahme

gastrointestinal: den Magen-Darm-Trakt betreffend

Hemikolon: Hälfte des Dickdarms

histologisch: feingeweblich

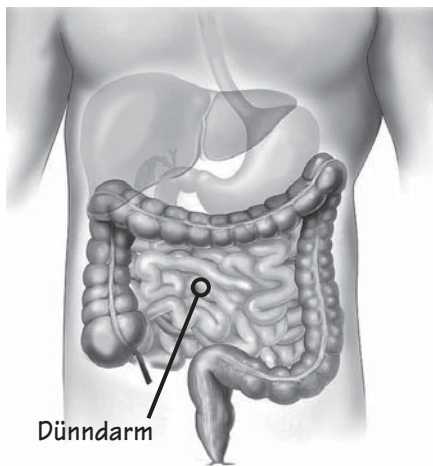
Mismatches: fehlende Übereinstimmung von Antigenen

HLA-System: = human leukocyte antigen system; Gruppe menschlicher Gene auf den weißen Blutkörperchen, die für das Immunsystem zentral sind

humoral: durch nicht-zelluläre Bestandteile der Körperflüssigkeiten vermittelte Immunantwort (z.B. Antikörper)

Ileostoma: künstlicher Darmausgang im Bereich des Krummdarms

Iliakalarterie: Beckenarterie



Non-HLA-Antikörper, die ebenfalls Immunantworten auslösen bzw. beschleunigen können.⁷ Trotz eines negativen Crossmatches vor Transplantation können die Empfänger frühzeitig nach der Transplantation Antikörper-vermittelte Abstoßungsreaktionen entwickeln. Patienten mit einer größeren Anzahl an HLA-Klasse II Mismatches scheinen ein besonderes Risiko zu tragen, Non-HLA-Antikörper und Donor-spezifische Antikörper (DSA) auszubilden.⁷ Wenn DSA nachgewiesen werden, muss umgehend eine Therapie initiiert werden, die zunächst die Gabe von intravenösen Immunglobulinen und die Durchführung einer Plasmapherese beinhaltet. Sollten die DSA persistieren, bietet die Gabe von Rituximab eine effektive Therapie-Eskalation.⁸ Auch ohne histologischen Nachweis einer Abstoßungsreaktion müssen persistierende DSA therapiert werden, um eine langfristige Schädigung des Transplantats zu verhindern und das Risiko einer Therapie-resistenten Abstoßung zu minimieren. Bei der Steroid-refraktären akuten zellulären Rejektion sowie auch bei der chronischen Inflammation des Spenderdarms, der „chronischen Transplantat-Enteropathie“, bietet der TNF-alpha Inhibitor Infliximab eine effektive Erweiterung des Therapiespektrums.⁹

Neben der akuten Abstoßungsreaktion stellt das Auftreten schwerer bakterieller, Virus- und Pilzinfektionen ein weiteres Risiko dar. In bis zu 50% der Patienten führt eine Sepsis zum Transplantatverlust oder einer frühen Patientenmortalität.²

Erfolgsaussichten

Der transplantierte Darm nimmt seine Funktion im Empfänger relativ zügig auf. Postoperativ wird früh eine enterale Ernährung (mucosale Ernährung, Immunonutrition) initiiert, um die Wiederherstellung der Mukosabarriere und eine Reduktion des Ischämie/Reperfusion-Schadens zu erreichen.

Seit 2000 wurde eine deutliche Verbesserung des Kurzzeit-Überlebens erreicht. Das Langzeit-Überleben der Dünndarm-transplantierten Patienten zeigt allerdings keine deutliche Verbesserung. Aktuell wird ein 1-Jahres-Überleben von knapp 90% und 3-Jahres-Überleben von circa 70% erreicht. Das Überleben bleibt stark abhängig vom Gesamtzustand der Patienten vor Transplantation. Patienten, die unter TPN eine Lebererkrankung entwickelt haben und einer kombinierten Transplantation zugeführt werden mussten, zeigen ein deutlich schlechteres Überleben. Bei Fortführung der TPN ohne Transplantation würde sich deren Überleben aber zügig gegen 0% entwickeln.¹⁰

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es immens wichtig bleibt, Patienten mit einem chronischen Darmversagen rechtzeitig in einem entsprechenden Transplantationszentrum vorzustellen. Mit modernen Screening- und Therapieprotokollen können Abstoßungsreaktionen zeitgerecht detektiert und behandelt werden, sodass die Langzeitprognose positiv beeinflusst werden kann.

Literatur

1. Deltz E, et al. [First Successful Clinical Small Intestine Transplantation. Tactics and Surgical Technique], *Chirurg* 1989;60(4):235-239.
2. Grant D. Intestinal Transplant Registry Report: Global Activity and Trends. *Am J Transplant* 2015; 15:210-219.
3. Clarysse M, et al. Current State of Adult Intestinal Transplantation in Europe. *Curr Opin Organ Transplant* 2020;25(2):176-182.
4. Grant D et al. Intestinal Transplant Registry Report: Global Activity and Trends. *Am J Transplant*. 2015;15(1):210-219.
5. Maprecht G, et al. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. *Aktuel Ernährungsmed* 2014;39:e57-e71.
6. Todo S, et al. Cadaveric Small Bowel and Small-Bowel-Liver Transplantation in Humans. *Transplantation* 1992;53:369-376.
7. Gerlach UA et al. Non-HLA Antibodies May Accelerate Immune Responses After Intestinal and Multivisceral Transplantation. *Transplantation*. 2017;101(1):141-149.
8. Gerlach UA et al. Clinical relevance of the de novo production of anti-HLA antibodies following intestinal and multivisceral transplantation. *Transpl Int*. 2014;27(3):280-9.
9. Gerlach UA et al. Tumor necrosis factor alpha inhibitors as immunomodulatory antirejection agents after intestinal transplantation. *Am J Transplant*. 2011;11(5):1041-50.
10. Iyer K et al. Adult Intestinal Transplantation in the United States. *Curr Opin Organ Transplant* 2020;25:196-200.

GLOSSAR

Immunglobuline: Antikörper

immunsuppressiv: das körpereigene Abwehrsystem unterdrückend

Indikation: „Angezeigtsein“ einer Behandlung, z.B. einer Operation

indiziert: angebracht

Induktion: Einleitung

Inflammation: Entzündung

Ischämie: Unterbrechung der Durchblutung

Jejunum: Leerdarm (folgt auf den Zwölffingerdarm)

Katheter-assoziiert: im Zusammenhang mit venösen Zugängen entstehend

kongenital: angeboren

kurativ: mit dem Ziel der Heilung

mesenteriale Ischämie: fehlende Durchblutung der Darmarterien

Morbidität: Erkrankungshäufigkeit

Morbus Crohn: chronisch entzündliche Dün- und Dickdarmerkrankung

Mortalität: Sterblichkeit

Motilität: Bewegung

Mucosa: Schleimhaut

mucosal: durch die Schleimhaut

Non-HLA-Antikörper: Antikörper gegen Nicht-HLA-Antigene

Obstruktion: Verengung

parenteral: „neben dem Darm“, also z. B. über die Blutbahn

persistierend: bleibend

Plasmapherese: Austausch des Blutplasmas als therapeutische Maßnahme

Rejektion: Abstoßung

Reperfusion: Wiederaufnahme der Durchblutung

Resektion: „Wegschneiden“, Entfernung

Resorption: Aufnahme

Sepsis: „Blutvergiftung“ durch Bakterien

Steroid-refraktär: nicht reagierend auf Corticosteroide (Cortison)

Therapieeskalation: Therapieerweiterung

TPN: Totale parenterale Ernährung = Ernährung ausschließlich über Infusionslösungen, die alle Nahrungsbestandteile enthalten

V. mesenterica inferior: Untere Bauchvene

V. mesenterica superior: Obere Bauchvene

Volvulus: Darmverschlingung, die zu einem Absterben eines Darmabschnittes führt

Dr. med. Petra Matulla

Lebertransplantation – und dann?

Eine Übersicht zu Medikamenten und Nachsorge

Fotos: privat



△ **Emily Saunders**

▷ **PD Dr. med. Richard Taubert**

Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie
und Endokrinologie

Ein Traum ist wahr geworden: die Lebertransplantation ist geglückt. Ab jetzt geht es nur noch bergauf und alles wird wie vor der Krankheit. Oder nicht?

Vor der Transplantation steht für viele Patienten die Operation selbst im Vordergrund. Die Hoffnung, dass das Leben gerettet werden kann. Aber was kommt danach? Gibt es Einschränkungen im täglichen Leben? Was hat es mit den vielen Medikamenten auf sich?

Diese Fragen kommen häufig erst bei Entlassung aus dem Krankenhaus auf. Hier können die Ärzte und das Pflegepersonal auf der Station, aber vor allem auch in den entsprechenden Nachsorgeambulanzen helfen.

Wozu verpflichte ich mich durch meine Einwilligung zur Transplantation?

Es gibt Dinge, die absolut lebensnotwendig für das transplantierte Organ und damit für den Organempfänger sind. Hierzu gehört in erster Linie die korrekte Einnahme der immunsuppressiven Medikamente. Diese unterdrücken das Immunsystem, sodass es nicht zu einer Abstoßung des transplantierten Organs kommt. Eine Abstoßung bezeichnet dabei einen Angriff des Immunsystems des Organempfängers gegen das transplantierte Organ aus einem fremden Körper. Eine solche Abstoßungsreaktion ist eine normale Reaktion des Immunsystems, das den Körper eigentlich vor Fremdkörpern, beispielsweise Viren, Bakterien, Parasiten, aber auch körperfremdem Gewebe, schützen soll. Eine solche Abstoßung könnte im schlimmsten Fall einen Verlust der Transplantatleber bedeuten. Es gibt unterschiedliche Medikamentengruppen, die eine solche Abstoßung wirkungsvoll und langfristig zu verhindern helfen und auf die wir im Folgenden eingehen möchten.

Welche Immunsuppressiva gibt es und welche muss ich einnehmen?

Die erste Lebertransplantation wurde im Jahre 1963 durchgeführt. Die erste

Lebertransplantation in Deutschland fand 1973 durch Prof. Pichlmayr in Hannover statt. Anfangs überlebten die transplantierten Patienten nur Stunden bis Wochen. Im Laufe der Zeit wurden die Umstände und Techniken stark verbessert, sodass nun etwa 90 Prozent der Transplantierten mindestens ein Jahr überleben. Dies haben wir unter anderem den Entwicklungen in der Pharmakologie zu verdanken.¹

Der Calcineurin-Inhibitor **Cyclosporin A** (bspw. Sandimmun® Optoral) ist seit 1983 zugelassen und hemmt die Aktivität der T-Zellen des Immunsystems. Lange Zeit war Cyclosporin A der Standard der Immunsuppression nach Lebertransplantation. Zu den Nebenwirkungen gehören vor allem Nierenfunktionsstörungen sowie kardiovaskuläre Erkrankungen wie Bluthochdruck. Möglich ist auch eine Verminderung der weißen Blutzellen. Dadurch wird die Infektabwehr des Körpers weiter geschwächt. Cyclosporin A wird alle 12 Stunden eingenommen. Es müssen Spiegelkontrollen erfolgen, möglichst immer vor der Einnahme der morgendlichen Dosis.

Tacrolimus (bspw. Prograf®, Advagraf®, Envarsus®), ebenfalls ein Calcineurin-Inhibitor, ist seit Mitte der 1990er Jahre auf dem Markt. Es hemmt die Vermehrung der T-Zellen und wirkt dadurch immunsuppressiv. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass es bei einer Therapie mit Tacrolimus seltener zu akuten Abstoßungen und zu Transplantatverlusten kommt.² Inzwischen hat es Cyclosporin A als Standardmedikament nach Lebertransplantation ersetzt. Es gibt kurzwirksame (bspw. Prograf®) und langwirksame Formen (bspw. Advagraf®, Envarsus®). Das langwirksame Tacrolimus bietet die Vorteile, dass es nur einmal täglich morgens eingenommen werden muss, weniger Spiegelschwankungen auftreten und in klinischen Studien eine Verbesserung des Transplantat- und Patientenüberlebens gezeigt hat.³

Eine zweite Substanzklasse sind Antimetabolite. Diese hemmen T- und B-Zellen des Immunsystems und werden heute eingesetzt, um weniger Calcineurin-Inhibitoren nutzen zu müssen und so die Nieren zu schonen. Der erste Antimetabolit, der nach Transplantationen eingesetzt wurde, war **Azathioprin**. Dieses ist heute durch **Mycophenolat** (bspw. CellCept®, Myfortic®) in den Hintergrund gedrängt worden. Mycophenolat wird häufig in Kombination mit Tacrolimus oder Cyclosporin A verwendet. Eine wichtige Nebenwirkung der Antimetabolite ist jedoch die Leukopenie, also eine schwere Verminderung der weißen Blutzellen im Blut. Dadurch wird die Infektionsgefahr für den Patienten deutlich erhöht.

Steroide, also **Cortison** (bspw. Prednisolon), wirken entzündungshemmend und sind in der Anfangsphase nach der Transplantation sehr wichtig. In den meisten Fällen können sie nach einigen Monaten „ausgeschlichen“ werden. Bei Lebertransplantationen aufgrund von Autoimmunerkrankungen oder bei schweren Verläufen mit Abstoßungen kann es jedoch vorkommen, dass Cortison in niedriger Dosis dauerhaft eingenommen werden soll.

Everolimus (bspw. Certican®) wird erst seit etwa 10 Jahren zur Abstoßungsprävention nach Lebertransplantation genutzt. In Kombination mit Everolimus können Calcineurin-Inhibitoren in sehr niedriger Dosis gegeben werden. Dadurch werden die Nieren geschont, die Abstoßungsrate bleibt jedoch auf demselben niedrigen Niveau wie unter Calcineurin-Inhibitor-Therapie in der Standarddosis.⁴ Außerdem wird Everolimus nach Transplantationen angewendet, die aufgrund von Leberkrebs erfolgt sind, da es das Zellwachstum und damit die Entstehung von Tumoren hemmt. Everolimus kann Wundheilungsstörungen begünstigen, sodass es bei Operationen zeitweise durch andere Medikamente, z. B. Cortison, ersetzt werden sollte.

Das Lebertransplantationszentrum der Medizinischen Hochschule Hannover nutzt standardmäßig nach Transplantation eine Kombination aus Tacrolimus (wobei nach etwa einem Monat auf die retardierte/verlängerte Form umgestellt wird), zusammen mit Mycophenolat und Cortison. Letzteres soll in den meisten Fällen nach ca. 4 Monaten abgesetzt werden (siehe Abbildung 1).

Die Kombination aus unterschiedlichen Medikamenten wird verwendet, um die hemmende Wirkung auf das Immunsystem zu kombinieren und die Nebenwirkungen durch jeweils niedrigere Dosierungen der einzelnen Substanzen auszugleichen. In einigen Fällen kann auch auf andere Medikamentengruppen zurückgegriffen werden, z. B. wenn es zu Unverträglichkeitsreaktionen gekommen ist.

Die immunsupprimierenden Medikamente müssen täglich zu bestimmten Uhrzeiten und in der Regel in bestimmten Zeitabständen zu anderen Medikamentengruppen eingenommen werden. Ohne die Mitarbeit der Patienten geht es nicht: Tagebücher und Medikamentenwecker können helfen, die Einnahmen genau nachzuvollziehen, damit keine Einnahme vergessen wird.

Einige Medikamentengruppen bauen Wirkspiegel auf, deren Ziel-Werte je nach Patient, Grunderkrankung, etwaigen Komplikationen und Zeit nach Transplantation variieren. Diese Ziel-Wirkspiegel werden individuell für jeden Patienten festgelegt und müssen regelmäßig kontrolliert

werden. Vor allem in der Anfangszeit nach einer Transplantation kann es häufiger notwendig sein, die Dosis der Medikamente zu ändern. Hierzu sind Blutabnahmen notwendig. Die kann der Hausarzt vornehmen. Er schickt die Proben dann an das Transplantationszentrum. Ein Arzt schaut sich dort jede dieser sogenannten Spiegelkontrollen an und informiert die Patienten, wenn eine Dosisanpassung erfolgen muss. Hierfür ist es wichtig, dass das Transplantationszentrum stets die aktuelle Adresse sowie Telefonnummer(n) des Patienten hat, um ihn/sie jederzeit erreichen und informieren zu können.

Es ist außerdem wichtig, sich regelmäßig im Transplantationszentrum vorzustellen. Dort kann die Transplantatleber fachgerecht mit Ultraschall und Blutabnahme kontrolliert werden. Zudem können die Medikamente dort weiter angepasst werden.

Häufig bitten auch Haus- oder Fachärzte die Transplantationszentren um Rat, wenn es darum geht, den Organempfänger neue Medikamente, z. B. Blutdrucksenker oder Antibiotika, zu verschreiben. Das gilt auch bei akuten Problemen, die im Zusammenhang mit der Transplantatleber stehen könnten. Je besser das Transplantationszentrum die Patienten kennt und regelmäßig sieht, desto besser klappt das.

Welche Nebenwirkungen haben meine neuen Medikamente?

Die immunsuppressiven Medikamente haben – wie alle anderen Medikamente auch – Nebenwirkungen. Die wichtigsten sind das erhöhte Risiko von Infektionserkrankungen sowie von Krebskrankungen aufgrund der unterdrückten Abwehrreaktion des Körpers. Daher wird allen transplantierten Patienten empfohlen, sich als Vorbeugung gegen Infekte regelmäßig impfen zu lassen, insbesondere gegen die saisonale Influenza (Gripeschutzimpfung, jährlich ab Oktober) sowie gegen Pneumokokken (Schutz gegen Lungenentzündung, alle 6 Jahre). Für Patienten ab 50 Jahren wird außerdem die Impfung gegen Herpes zoster

(Windpocken/Gürtelrose, 2 Impfungen im Abstand von 2 bis 6 Monaten) empfohlen.⁵

Lebendimpfstoffe, wie z.B. gegen Masern, sollten nach Transplantation nicht angewendet werden, da es zu Impferkrankungen kommen kann. Deshalb werden Patienten bereits vor der Transplantation gebeten, ihren Impfpass beim Hausarzt kontrollieren zu lassen und die erforderlichen Impfungen aufzufrischen. Für Patienten, die vor der Transplantation keinen ausreichenden Impfschutz erreichen können oder diesen durch die Immunsuppressiva verlieren, ist die in der Öffentlichkeit viel diskutierte „Herdenimmunität“, also der Schutz durch Impfung eines Großteils der Bevölkerung, sehr wichtig. Zudem raten wir den Patienten und Patientinnen ausdrücklich dazu, die bekannten Krebsvorsorgeuntersuchungen beim Hautarzt sowie beim Urologen bzw. Gynäkologen durchführen zu lassen. Auch augen- und zahnärztliche Vorstellungen sollten i.d.R. einmal jährlich erfolgen.

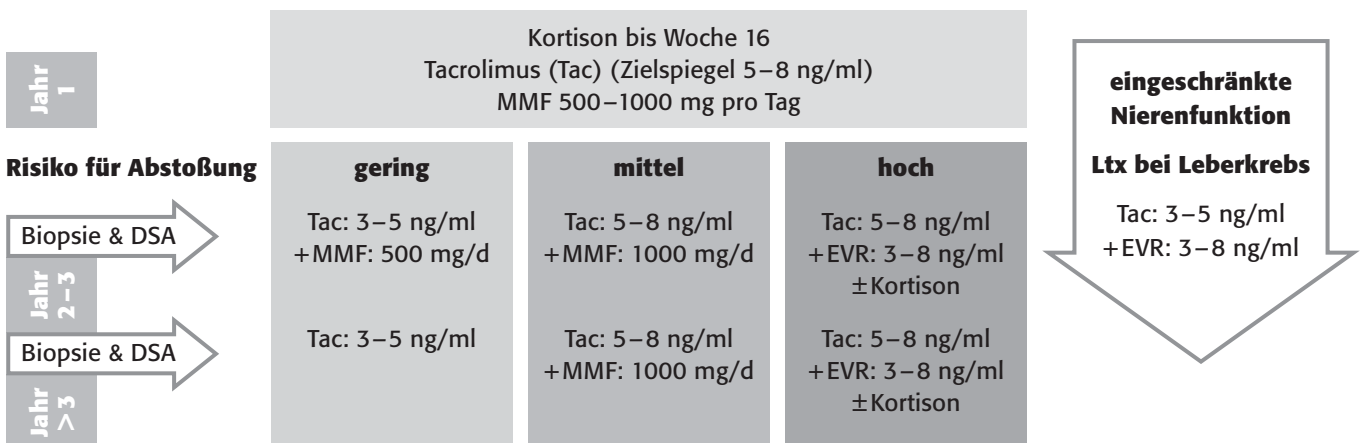
Vorsorgedarmspiegelungen werden alle 5 bis 10 Jahre empfohlen. Des Weiteren erhöhen die immunsuppressiven Medikamente das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, z. B. Bluthochdruck. Es sollten regelmäßige Kontrollen des Blutdrucks und der Herzfrequenz sowie der Blutfette erfolgen. Zudem empfehlen sich regelmäßige Kontrollen des Blutzuckers, da im Rahmen der immunsuppressiven Therapie ein Diabetes mellitus entstehen kann. Unbehandelt kann er weitere Folgeerkrankungen mit sich bringen. Auch die Nierenfunktion kann beeinträchtigt sein, sodass Hausärzte gebeten werden, diese regelmäßig zu kontrollieren. Im Rahmen der Verlaufskontrollen in den Transplantationsambulanzen wird ebenfalls auf diese Nebenwirkungen eingegangen und die Folgen der Medikamenteneinnahme regelmäßig überprüft.

Wie viel Immunsuppression muss ich einnehmen?

Jeder Patient benötigt ein unterschiedliches Maß an Immunsuppression, um die

Transplantatfunktion aufrecht zu erhalten. Leider gibt es bisher keine eindeutige Messmethode, diesen individuellen Bedarf zu ermitteln. Daher werden in der Anfangsphase i.d.R. sogenannte Standardimmunsuppressionsschemata verwendet, d.h. ein festes Schema für alle Patienten. Dieses Schema beginnt mit einer relativ hohen Immunsuppression, damit zunächst alle Patienten möglichst gut vor einer Abstoßung geschützt werden. Bei Entlassung aus dem Krankenhaus nach erfolgreicher Transplantation erhalten die Patienten in der Regel eine Dreifach-Kombination der Immunsuppressiva, bestehend aus Tacrolimus (bspw. Prograf®, Advagraf®), Mycophenolat (bspw. CellCept®, Myfortic®) und Cortison (Prednisolon). Im Verlauf der Zeit wird meist weniger Immunsuppression benötigt, um eine gute Transplantatfunktion zu erhalten. Daher kann die Menge der Immunsuppression mit der Zeit i.d.R. reduziert werden. Um das individuelle Maß der Immunsuppression zu ermitteln, werden der Verlauf der Leberwerte, die individuellen Nebenwirkungen (wie bspw. die Häufigkeit von Infekten) und der Zustand des Transplantats beurteilt. Neben nicht-invasiven Ultraschalluntersuchungen werden dazu am Transplantationszentrum Hannover bereits seit 2008 auch so genannte Protokollbiopsien eingesetzt – aktuell mit einem Volumen von ca. 200 Biopsien pro Jahr. Hierbei wird unter lokaler Betäubung und Ultraschallkontrolle mit einer Nadel eine Gewebeprobe der Transplantatleber entnommen und durch die Pathologie untersucht. Diese mikroskopischen Untersuchungen können zeigen, ob unbemerkte Entzündungs- bzw. Abstoßungsreaktionen, sogenannte subklinische Abstoßungen, stattfinden. Unbemerkt meint dabei, dass die Leberwerte bei diesen subklinischen Abstoßungen nicht erhöht sein müssen. Viele Patienten/Patientinnen benötigen Jahre nach der Transplantation nur ein oder in seltenen Ausnahmefällen sogar gar kein immunsuppressives Medikament, um eine gute Transplantatfunktion ohne Abstoßung haben zu können.

Abbildung 1: Individualisierte Immunsuppression des Lebertransplantationszentrums der Medizinischen Hochschule Hannover.



Anhand der histopathologischen Ergebnisse der Biopsien sowie den Laborwerten und ggf. individuellen Vorerkrankungen oder Nebenwirkungen wird dann in Hannover in einer interdisziplinären Konferenz des Transplantationszentrums das individuelle Konzept der Immunsuppression für die Patienten angepasst. Hierfür wird das Risiko einer Transplantatabstoßung (hohes, mittleres oder niedriges Risiko) abgeschätzt (siehe Abbildung 1). Entsprechend kann die Medikation verringert bzw. erhöht werden.

Beispielsweise wird in der Gruppe mit niedrigem Risiko nach einem Jahr die Dosis des Mycophenolat (bspw. CellCept®/Myfortic®) verringert und der Ziel-Wirkspiegel des Tacrolimus (bspw. Advagraf®/Prograf®) erniedrigt, sodass auch hier eine geringere Dosis eingenommen werden muss. So sollen die Nebenwirkungen so gering wie möglich gehalten werden, während eine Transplantatabstoßung weiterhin verhindert wird. Sollte es nach drei bzw. fünf Jahren weiterhin nicht zu einer Transplantatabstoßung gekommen sein, kann die Immunsuppression weiter reduziert werden. Hier ist es sogar möglich, sich auf eine Monotherapie mit nur einem Immunsuppressivum zu beschränken.

Zusätzlich zur Biopsie werden die so genannten Donor-Spezifischen Antikörper (DSA) bestimmt. Das Vorhandensein von DSA bedeutet ein erhöhtes Risiko für sowohl akute als auch chronische Transplantatabstoßungen sowie für eine Vernarbung des Lebertransplantats. Patienten, bei denen DSA nachgewiesen werden können, werden bei Auffälligkeiten in der Biopsie daher eher der Gruppe mit erhöhtem Risiko zugeordnet.⁶

Die Sicherheit und Wirksamkeit dieser individualisierten Immunsuppressionssteuerung wird aktuell an der MHH auch wissenschaftlich überwacht.

Und was, wenn meine Transplantat-leber abgestoßen wird?

Grundsätzlich ist zu bemerken, dass die Leber im Vergleich zu anderen Organen, wie z. B. Niere und Lunge, deutlich seltener abgestoßen wird. Eine schwere akute Transplantatabstoßung, die sich anhand einer Erhöhung der Leberwerte und häufig unspezifischen Symptomen wie Fieber oder Oberbauchschmerzen bemerkbar macht, wird in der Regel durch eine Cortison-Stoßtherapie im Krankenhaus gut behandelt. In den meisten Fällen wird die Entzündung in der Leber dadurch gehemmt und sowohl die Leberwerte als auch das Befinden der Patienten bessern sich schnell.

Akute Abstoßungen treten am häufigsten innerhalb des ersten Jahres nach der Transplantation auf. Nach dem ersten Jahr sind akute Transplantatabstoßungen nur noch selten ein Problem. Eine US-amerikanische Studie konnte zeigen, dass von da an insbesondere die Nebenwirkungen der Immunsuppression, vor allem Krebserkrankungen, kardiovaskuläre Er-

krankungen und Infektionen, zu schwerer Krankheit und zum Tode führen.⁷

Eine chronische Transplantatabstoßung ist erfreulicherweise selten und äußert sich häufig in einer schlechten Verschlechterung der Transplantatfunktion sowie Fibrose und sogar Zirrhose des Transplantats. Das kann dazu führen, dass eine erneute Transplantation notwendig wird. Seit der Einführung von Tacrolimus sind chronische Abstoßungen nach Lebertransplantation deutlich seltener geworden.

Neben Abstoßungen kann das Transplantat auch durch ein erneutes Auftreten der Grunderkrankung geschädigt werden. Dies gilt beispielsweise für die nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD), für autoimmune Lebererkrankungen oder Leberkrebs. Durch die Auswahl der Immunsuppression und begleitenden Medikation wird versucht, dieser Rückkehr der Grunderkrankungen entgegenzuwirken.

Eigene Kinder nach Transplantation – geht das?

Prinzipiell ist eine Schwangerschaft oder die Zeugung eines Kindes bei einem guten Verlauf nach einer Lebertransplantation möglich. Um eine Risikoabwägung für Mutter und Kind vornehmen zu können, sollte jedoch unbedingt vor einer Schwangerschaft eine Beratung durch das Transplantationszentrum mit angeschlossenen gynäkologischen Vorstellungen stattfinden. Denn einige immunsuppressive Medikamente können auf den Fötus übertragen werden und zu Fehlgeburten oder schweren Missbildungen führen, sodass z. B. eine Schwangerschaft unter Mycophenolat (bspw. CellCept®/Myfortic®) unbedingt zu vermeiden ist.⁸

Eine eventuelle Schwangerschaft gilt unter Immunsuppression sowie nach großer Voroperation des Bauches als Risikoschwangerschaft. Deshalb wird den Frauen empfohlen, sich während der Schwangerschaft in der Risikosprechstunde der Frauenärzte vorzustellen. Hier werden häufiger Kontrollen durchgeführt, um sichergehen zu können, dass Mutter und Kind die Schwangerschaft und Geburt so risikoarm wie möglich überstehen.

SARS-COVID-19 – bin ich in Gefahr?

Zum Schutz vor SARS-COVID-19 gelten für Patienten nach Transplantation dieselben Regeln wie für die gesunde Bevölkerung: regelmäßiges Händewaschen und -desinfizieren, 2 Meter Abstand zu anderen Personen bzw. Schutz durch Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, Meiden größerer Menschenansammlungen und Verzicht auf Reisen. Eine präventive Reduktion der Immunsuppression wird nicht empfohlen. Bei lebertransplantierten Patienten, die sich mit dem Coronavirus angesteckt haben, sollten insbesondere die Nierenwerte engmaschig kontrolliert werden, da es

sowohl durch die immunsuppressiven Medikamente als auch das Coronavirus selbst zum Nierenversagen kommen kann. Eine Reduktion der Immunsuppression sollte in diesen Fällen durch ein interdisziplinäres Transplantationsteam diskutiert werden, von selbstständigen Änderungen der Medikation durch Patienten oder Hausärzte wird dringend abgeraten.⁹

Zum aktuellen Zeitpunkt kann noch nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob immunsupprimierte Patienten nach Lebertransplantation einem generell höheren Risiko der Ansteckung oder schwereren Verläufe der Infektion mit SARS-CoV-19 unterliegen. Wahrscheinlich spielt hier auch das oben erläuterte individuelle Maß der Immunsuppression eine entscheidende Rolle. Auf die geltenden Hygieneregeln sollte daher unbedingt geachtet werden.

Fazit: Eine Lebertransplantation bietet für die meisten Patienten eine langfristige Heilung von einer schweren Lebererkrankung. Genauso wie die Transplantation ist auch die lebenslange Nachsorge eine Teamleistung von Patient, Angehörigen und den verschiedenen Gesundheitsberufen. Je besser die Zusammenarbeit der Patienten mit den Gesundheitsberufen (von der Hausarztpraxis bis zum Transplantationszentrum) funktioniert und je höher die individuelle Mitarbeit des Patienten ist, desto erfolgreicher ist die Nachsorge.

1 Roberto Ferreira Meirelles, J., et al. Liver transplantation: history, outcomes and perspectives. *Einstein (São Paulo)* 13, 149-152 (2015)

2 Muduma, G., et al. Systematic Review and Meta-Analysis of Tacrolimus versus Ciclosporin as Primary Immunosuppression after Liver Transplant. *PLoS One* 11 (2016)

3 Adam, R., et al. Improved Survival in Liver Transplant Patients Receiving Prolonged-release Tacrolimus-based Immunosuppression in the European Liver Transplant Registry (ELTR): An Extension Study. *Transplantation* 103, 1844-1862 (2019)

4 Guan, T., et al. Efficacy and safety of everolimus treatment on liver transplant recipients: A meta-analysis. *European Journal of Clinical Investigation* 49 (2019)

5 Ständige Impfkommision des Robert-Koch-Instituts. *Impfkalender 2020/2021*

6 Höfer, A., et al. Non-invasive screening for subclinical liver graft injury in adults via donor-specific anti-HLA antibodies. *Scientific Reports* 10 (2020)

7 Rana, A., et al. No Gains in Long-term Survival After Liver Transplantation Over The Past Three Decades. *Annals of Surgery* 269, 20-27 (2019)

8 Nure, E., et al. Pregnancy after Liver Transplant: Neonatal Outcomes and Long-Term Maternal Follow-up. *Transplantation Proceedings* 51, 2948-2951 (2019)

9 Fix, O., et al. Clinical Best Practice Advice for Hepatology and Liver Transplant Providers During the COVID-19 Pandemic: AASLD Expert Panel Consensus Statement. *Hepatology* 72, 287-304 (2020)

Ernährungsempfehlungen bei Lebertransplantation

Fotos: privat



△ **Dr. med. Katharina Luise Hupa-Breier**

▷ **PD Dr. med. Richard Taubert**

Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie
und Endokrinologie

Es ist bekannt, dass eine ausgewogene Ernährung eine wichtige Basis für die Verbesserung und den Erhalt unserer Gesundheit ist. Auch bei Patienten, die auf eine Lebertransplantation warten oder bereits eine Lebertransplantation erhalten haben, ist eine ausgewogene, gesunde Ernährung eine wichtige Grundlage zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität.

Vor der Lebertransplantation

Mangelernährung ist eine ernstzunehmende Komplikation der Lebererkrankung, denn sie beeinträchtigt nicht nur die Lebensqualität des Patienten, sondern erhöht das Risiko für Komplikationen und einen tödlichen Verlauf vor und nach einer Lebertransplantation. Bis zu 60% aller Patienten mit einer Leberzirrhose leiden an einer Mangelernährung, welche mit einer erhöhten Mortalitätsrate und Morbidität assoziiert ist.¹ Hierbei stehen der Proteinmangel und der Verlust an Muskelmasse (Sarkopenie) im Vordergrund. Insbesondere die Sarkopenie ist mit einer erhöhten Mortalität und Morbidität assoziiert.² Die Ursachen dieser Mangelernährung sind primär durch drei Faktoren zu erklären: ungenügende Nahrungsaufnahme, ein veränderter Stoffwechsel und durch eine gestörte Resorption der Nährstoffe.³

Eine ungenügende Nahrungsaufnahme kann verschiedene Ursachen haben, z. B. aufgrund von Appetitlosigkeit, Geschmacksstörungen und Völlegefühl. Auch Aszites (Bauchwasser) führt oft zu einem Völlegefühl mit der Folge einer eingeschränkten Nahrungsaufnahme.

Andererseits kann auch die Absorption der Nahrung im Magen-Darm-Trakt gestört sein, z. B. durch den Pfortaderhochdruck (portale Hypertension) und Störungen der Magen-Darm-Motilität, häufige Blutungen aus dem Magen-Darm-Trakt sowie Diarrhoen. Auch der Mangel an Gallensäuren führt zu einer verminderten Resorption der Nährstoffe im Darm. Zudem konnten einige Studien zeigen, dass auch Veränderungen im Mikrobiom, d. h. die Zusammensetzung der

natürlichen, im Darm vorkommenden Bakterien zu einer gestörten Nahrungsaufnahme führen kann und dadurch sogar Einfluss auf den Progress der Lebererkrankung haben kann.⁴

Darüber hinaus spielt die Leber selber als Energiespeicher und Energieumwandlung eine zentrale Rolle im Energiestoffwechsel des Körpers. Kann sie ihre Funktion nicht mehr erfüllen, so kommt es einerseits zu einer verminderten Energiebereitstellung, andererseits aber auch zu der Energiegewinnung aus anderen Energiequellen, z. B. der Muskulatur.

Neben der verminderten Energiezufuhr besteht bei vielen Patienten aufgrund von chronischen Entzündungen und einer vermehrten Aktivierung des vegetativen Nervensystems, dem Sympathikus, ein erhöhter Energiebedarf. Patienten mit Aszites sind außerdem besonders gefährdet, da die Parazentese, die Entlastung von Bauchwasser ebenfalls zu einem Energieverlust führt, insbesondere zu einem Verlust von Eiweiß (Proteinen).

Neben dem Mangel an Makronährstoffen besteht bei vielen Patienten auch ein Mangel an Mikronährstoffen. Am häufigsten kommt es zu einem Mangel an Vitamin D, Thiamin (Vitamin B1), Vitamin B12 und Folsäure. Aber auch Zinkmangelzustände treten häufig bei Patienten mit Lebererkrankungen auf und können hier insbesondere zu dem Auftreten einer hepatischen Enzephalopathie („Leberkoma“) sowie Geschmacksstörungen führen.⁵

Die Leitlinien der Europäischen Lebergesellschaft⁶ empfehlen bei jedem Patienten mit einer Leberzirrhose das Auftreten einer Mangelernährung oder eine Sarkopenie regelmäßig zu überprüfen und ggf. eine Therapie einzuleiten.

Insgesamt sollte eine Energiezufuhr von ca. 30 kcal/kg Körpergewicht angestrebt werden, d. h. ein 70 kg schwerer Mensch mit mäßiger körperlicher Aktivität benötigt ca. 2.100 kcal. Insbesondere sollte hierbei auf eine ausreichende Proteinaufnahme geachtet werden (ca. 1,2–1,5 g/kg KG/Tag). Somit würde der Beispielpatient ca. 90 g Protein/Tag benötigen, welches z. B. durch den Verzehr von 2 Scheiben Vollkornbrot mit Scheibkäse und Kochschinken, 150 g Magerquark und einer Portion Kabeljaufilet (alternativ Tofusteak) erreicht werden kann.

Auch bei Patienten, die zu einer hepatischen Enzephalopathie (dem „Leberkoma“) neigen, wird eine proteinreiche Ernährung empfohlen. Hierbei scheint jedoch der Aufbau der Aminosäure eine wichtige Rolle zu spielen. Die Zufuhr von verzweigt-kettigen Aminosäuren aus pflanzlichen Lebensmitteln (z. B. Milchprodukte, Hülsenfrüchte, Nüsse) scheint sogar mit einer Verbesserung der kognitiven, d. h. geistigen Fähigkeiten, Funk-

tion assoziiert zu sein, wohingegen die übermäßige Zufuhr an aromatischen Aminosäuren (z. B. aus Fisch und Fleischprodukten) möglicherweise zu einem erhöhten Risiko für das Auftreten einer hepatischen Enzephalopathie führt.

Längere Fastenzeiten sollten bei Patienten mit Leberzirrhose soweit wie möglich vermieden werden, da die Leber nicht mehr in der Lage ist, ausreichende Energiereserven zu speichern und abzurufen. Um Fastenzeiten zu meiden, sollte die Nahrungsaufnahme auf 4–6 Mahlzeiten pro Tag verteilt werden. Insbesondere der Verzehr einer abendlichen, proteinreichen Spätmahlzeit ist hilfreich (z. B. Quark mit Obst und Haferflocken). Sollten die regulären Mahlzeiten den Energiebedarf dennoch nicht decken können, so können die Anreicherung der Speisen mit Proteinpulver oder der Verzehr von hochkalorischer Trinknahrung eine hilfreiche Unterstützung sein. Grundsätzlich gilt, dass hierbei insbesondere die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gastroenterologen, Ernährungsmedizinern und Diätassistenten wichtig ist.

Neben der Mangelernährung ist auch ausgeprägtes Übergewicht (BMI > 40 kg/m²) mit einer erhöhten Mortalität und Morbidität assoziiert. In diesem Fall sollte eine moderate Gewichtsreduktion angestrebt werden, wobei die Entwicklung einer Sarkopenie unbedingt vermieden werden sollte.

Nach der Lebertransplantation

Nach der Lebertransplantation besteht zunächst einer erhöhter Energie- und Proteinbedarf.⁷ Postoperativ sollte eine frühzeitige orale Nahrungsaufnahme angestrebt werden, welche bei nicht ausreichender Kalorienzufuhr durch eine intravenöse Ernährung kurzfristig unterstützt werden kann. Im weiteren Verlauf normalisiert sich der Stoffwechsel wieder und der Energiebedarf unterscheidet sich langfristig nicht mehr von einem nicht-transplantierten Patienten. Eine spezielle Diät muss nach einer Lebertransplantation nicht eingehalten werden, allerdings sollten einige Punkte beachtet werden.

Vitaminhaushalt

Die Einnahme von Kortison vermindert die Kalziumresorption und fördert die Kalziumausscheidung aus dem Urin, sodass es häufig zu einem Kalziummangel kommt. Dies kann langfristig zu einer verminderten Knochendichte führen. Aus diesem Grund wird eine kalziumreiche Kost empfohlen, z. B. durch den Verzehr von Milchprodukten oder kalziumreiches Mineralwasser sowie eine regelmäßige Kontrolle des Kalziumhaushalts.

Auch kommt es häufig zu einem Vitamin-D-Mangel nach Lebertransplantation,⁸ welcher nicht nur eine negative Auswirkung auf den Knochenstoffwechsel

hat, sondern möglicherweise auch mit einem erhöhten Risiko für eine Abstoßungsreaktion assoziiert ist.⁹ Da eine „knochengesunde Lebensweise“ mit regelmäßiger Sonnenlichtexposition oftmals nicht ausreichend ist, wird eine regelmäßige Kontrolle des Vitamin-D-Haushaltes und ggf. frühzeitige Substitution empfohlen.

Tacrolimus und Cyclosporin können außerdem zu einem Magnesiummangel führen, sodass eine regelmäßige Kontrolle des Magnesiumhaushalts empfohlen wird und ggf. eine Substitution erfolgen sollte.⁶ Auch magnesiumreiche Lebensmittel können helfen, einem Mangel vorzubeugen, z. B. dunkler Kakao, grünes Gemüse, Vollkornprodukte, Hülsenfrüchte und Nüsse.

Wechselwirkungen zwischen Lebensmitteln und Medikamenten

Einige Lebensmittel können die Wirkung der Immunsuppression stören, sodass der Verzehr von diesen Lebensmitteln gemieden werden sollte. Hierzu zählen insbesondere Grapefruit (sowohl als Frucht als auch als Saft in Multivitamingetränken), Granatapfel, Pampelmuse, Johanniskraut (z. B. als Tee) und Cranberrys. Auch auf den Verzehr von Alkohol sollte verzichtet werden.

Regelmäßige Gewichtskontrolle

Langfristig kommt es bei vielen Patienten nach Lebertransplantation zu einer deutlichen Gewichtszunahme. Dies ist einerseits bedingt durch den verbesserten Appetit und das verbesserte Allgemeinbefinden, aber auch durch die Nebenwirkungen der Medikamente, insbesondere durch das Kortison.

Eine übermäßige Gewichtszunahme ist jedoch mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen assoziiert, wie z. B. Bluthochdruck, Diabetes oder Fettstoffwechselstörungen. Daneben kann es auch zu einer Verfettung der Leber führen (nicht-alkoholische Fettlebererkrankung), welches langfristig die Organfunktion schädigen kann und im schlimmsten Fall zur Entwicklung einer erneuten Leberzirrhose führt. Aus diesem Grund sollten eine übermäßige Gewichtszunahme und die Entwicklung von Adipositas frühzeitig durch eine ausgewogene Ernährung und regelmäßige, moderate sportliche Aktivität verhindert werden.

Küchenhygiene

In den ersten 6 Monaten nach einer Organtransplantation ist eine hohe Dosis an Immunsuppression notwendig, sodass der Körper in dieser Zeit besonders anfällig für Infekte ist. Da die Immunsuppression jedoch voraussichtlich lebenslang eingenommen werden muss, sollte ein transplantiertes Patient auch langfristig die Grundsätze der Küchenhygiene einhalten. Hierbei gilt, dass frisches Obst

Tabelle 1: Ernährungsempfehlungen für Patienten nach Lebertransplantation (adaptiert nach den Richtlinien der DGE und der EASL)

Was sollten Sie Essen?

- Bevorzugen Sie Vollkornprodukte
- Verzehren Sie ballaststoffreiche Lebensmittel
- Essen Sie reichlich Gemüse und Obst (mind. 5 Portionen/Tag)
- Essen Sie proteinreiche Lebensmittel (z. B. Hülsenfrüchte)
- Achten Sie auf kalziumreiche Lebensmittel (z. B. fettarme Milchprodukte)
- Bevorzugen Sie mageres Fleisch (max. 1–2 Portionen/Woche)
- Genießen Sie 1–2/Woche Fisch
- Bevorzugen Sie pflanzliche Fette/Öle
- Genießen Sie täglich eine kleine Handvoll Nüsse

und Gemüse gut gewaschen werden sollte und das Küchengeschirr nach jedem Gebrauch heiß und mit Spülseife gereinigt werden sollte. Lebensmittel sollten kühl gelagert werden, abgelaufene oder verdorbene Lebensmittel sollten nicht mehr verzehrt werden. Der Verzehr von rohen Eiern oder Eierspeisen, die nicht ausreichend erhitzt worden sind (z. B. Tiramisu, selbst gemachte Majonäse) sollte vermieden werden, um eine Infektion mit Bakterien (z. B. Salmonellen, Toxoplasmose) zu vermeiden. Auch auf Rohmilchprodukte oder Produkte mit rohem Fisch oder Fleisch sollte verzichtet werden.

Insbesondere eine Infektion mit dem Hepatitis-E-Virus sollte bei immunsupprimierten Patienten vermieden werden, da dieses Virus zu einer schweren, chronischen Leberentzündung führen kann.^{10,11} Eine Infektion mit dem Virus erfolgt über den Verzehr von rohem oder nur unzureichend gegartem Schweinefleisch (z. B. Mett). Auch Wildtiere und Meeresfrüchte können das Virus anreichern und durch den Verzehr zu einer Infektion führen. Aus diesem Grund sollten Produkte von Schwein und Wild (z. B. Wildschwein, Reh, Hirsch) nur ausreichend durchgegart verzehrt werden. Das Fleisch sollte für mind. 20 Minuten bei >70 °C erhitzt werden.

In anderen Gebieten mit einem geringen Hygienestandard, insbesondere Asien und Afrika, sollte der Verzehr von nicht abgekochtem Leitungswasser (u. a. auch Eiswürfel) vermieden werden. Außerdem sollten nur ausreichend erhitzte Speisen verzehrt werden. Auch hier gilt die Regel: „Cook it, peel it or leave it!“ (Schäle es, koch es oder vergiss es!).

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist es für alle Patienten nach Lebertransplantation empfehlenswert, die Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin in den täglichen Alltag

Was sollten Sie meiden?

- Alkohol
- Grapefruit (auch als Saft), Cranberry
- Johanniskraut
- Stark gesüßte Getränke (z. B. Limonaden, unverdünnte Fruchtsäfte)
- Rohes Fleisch (z. B. Mett, blutiges Steak)
- Roher Fisch (z. B. Sushi)
- Rohmilchprodukte (z. B. Rohmilchkäse)

zu integrieren. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Punkte ist in Tabelle 1 aufgelistet. Daneben sollte insbesondere bei komplexeren Fragestellungen eine individuelle Ernährungsberatung als zusätzliche Unterstützung erfolgen.

References

1. Merli, M., et al. Nutritional status: its influence on the outcome of patients undergoing liver transplantation. *Liver international : official journal of the International Association for the Study of the Liver* 30, 208-214 (2010).
2. Plauth, M., et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease. *Clin Nutr* 38, 485-521 (2019).
3. Hammad, A., Kaido, T., Aliyev, V., Mandato, C. & Uemoto, S. Nutritional Therapy in Liver Transplantation. *Nutrients* 9(2017).
4. Xiao, J., et al. Organ transplantation and gut microbiota: current reviews and future challenges. *American journal of translational research* 10, 3330-3344 (2018).
5. Grungreiff, K., Reinhold, D. & Wedemeyer, H. The role of zinc in liver cirrhosis. *Ann Hepatol* 15, 7-16 (2016).
6. European Association for the Study of the Liver. Electronic address, e.e.e. & European Association for the Study of the Liver. *EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease. Journal of hepatology* 70, 172-193 (2019).
7. Anastacio, L.R. & Davisson Correia, M.I. Nutrition therapy: Integral part of liver transplant care. *World journal of gastroenterology* 22, 1513-1522 (2016).
8. Stein, E.M., et al. Severe vitamin D deficiency among heart and liver transplant recipients. *Clin Transplant* 23, 861-865 (2009).
9. Bitetto, D., et al. Vitamin D and the risk of acute allograft rejection following human liver transplantation. *Liver international : official journal of the International Association for the Study of the Liver* 30, 417-444 (2010).
10. Behrendt, P., Steinmann, E., Manns, M.P. & Wedemeyer, H. The impact of hepatitis E in the liver transplant setting. *Journal of hepatology* 61, 1418-1429 (2014).
11. Pischke, S., et al. Hepatitis E in German – an under-reported infectious disease. *Dtsch Arztebl Int* 111, 577-583 (2014).

Reha nach Lebertransplantation



Foto: Knappschaftsklinik Bad Neuenahr

Prof. Dr. med. Kerstin Herzer

Fachärztin für Innere Medizin, Gastroenterologie/Hepatologie, Transplantationsmedizin (EBTM)

Knappschaftsklinik Bad Neuenahr

Was bedeutet Rehabilitation nach Lebertransplantation (LTx)?

Die Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens. Rehabilitation soll Menschen, die unter den Folgen von Krankheit oder Behinderung leiden, unterstützen, beeinträchtigte oder verloren gegangene körperliche bzw. organbezogene Funktionen wiederherzustellen oder zu kompensieren, um den Belastungen und Erfordernissen des Alltagslebens (und Berufslebens) begegnen zu können.

Zudem bedeutet Rehabilitation (Sekundär-)Prävention und hat zum Ziel, die Rezidivrate (Wiederauftreten) der Grunderkrankung zu vermeiden.

Nur etwa 30% aller LTx-Patienten in Deutschland erlangen nach der Transplantation ihre Voll- oder Teilerwerbsfähigkeit wieder. Dieser Anteil könnte höher sein, wenn mehr Patienten nach LTx eine Reha-Maßnahme erhalten würden. Zudem ist gezeigt, dass Patienten, die an einem Reha-Programm teilnehmen, ein signifikant besseres Transplantatüberleben haben.

Die Nachsorge im frühen Verlauf nach Organtransplantation umfasst neben der stationären Behandlung und der ambulanten Nachsorge an einem qualifizierten Zentrum auch die stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Ziel ist die möglichst vollständige Wiederherstellung der sozialen und beruflichen Integration. Bei einer Lebendspende hat auch der Spender ein Anrecht auf eine Reha-Maßnahme.

Zudem kann auch bei fortgeschrittener Lebererkrankung oder Zirrhose eine Reha-Maßnahme hilfreich und wirksam sein, den Allgemeinzustand deutlich zu verbessern und das Risiko einer Transplantation, sofern erforderlich und indiziert, zu reduzieren.

Was beinhaltet eine Reha-Maßnahme nach Transplantation?

Die Reha nach LTx ist ganzheitlich ausgelegt und auf 5 Säulen aufgebaut:

1) Physische Stabilisierung

Körperliches Training und tägliche physische Aktivität reduzieren das Risiko einer Fatigue (Erschöpfung) und können eine solche positiv beeinflussen. Zudem werden die Auswirkungen einer Sarkopenie (Verlust an Muskelmasse) verbessert. Auch vermindert die Ausübung täglicher körperlicher Aktivität Angstzustände und Depressionen.

2) Psychologische Stabilisierung

Im Rahmen von psychologischen Gesprächsgruppen und Einzelgesprächen werden themenbezogen und auch individuell eine problematische Krankheitsverarbeitung und Anpassungsstörungen in Folge der tiefgreifenden Veränderungen durch eine LTx bearbeitet. Informationen, Umgang mit Stress und Übungen zur Entspannung reduzieren Schlafstörungen und somatische (körperliche) Folgen von Stress und Spannungszuständen wie u. a. arterielle Hypertonie und metabolische Störungen.

3) Informationen zur Ernährung

Ernährungsmedizinische Interventionen verbessern neben muskulärem Training eine Sarkopenie bei LTx Patienten. Zudem erlangen Schulungen zur Ernährung einen zunehmenden Stellenwert vor dem Hintergrund von metabolischen (Stoffwechsel)Erkrankungen, v. a. der nicht-alkoholischen Steatohepatitis (NASH; Fettlebererkrankung) im Rahmen eines metabolischen Syndroms, als Indikation zur Lebertransplantation. Darüber hinaus wird ein Ungleichgewicht im Zuckerstoffwechsel, also eine diabetogene Stoffwechsellage oder ein bereits bestehender Diabetes, positiv beeinflusst.

4) Informationen zur allgemeinen Nachsorge

Schulungen im Rahmen der Reha-Maßnahme betonen und erläutern den Stellenwert der regelmäßigen Kontrollen und Vorsorgeuntersuchungen. Allgemeine Fragen zum ‚Leben nach Transplantation‘ werden ausführlich diskutiert und beantwortet.

5) Schulung zur Medikation, insbesondere Immunsuppression

Eine regelmäßige Überprüfung der Wirkstoffspiegel der immunsuppressiven

Therapie ist zentraler Bestandteil der Nachsorge. Ausreichende Information zu den aktuell verwendeten Wirkstoffen, der Wichtigkeit der regelmäßigen Einnahme und der Dosis-Wirkungs-Beziehung erhöht die Adhärenz an die Medikamenteneinnahme und reduziert Nebenwirkungen sowie das Risiko einer Transplantatschädigung.

Wer organisiert eine Reha-Maßnahme und wie wird sie finanziert?

Unmittelbar im Anschluss an den stationären Aufenthalt nach der Transplantation erfolgt, wenn die Reha-Fähigkeit gewährleistet ist, die Reha-Maßnahme als Anschlussheilbehandlung (AHB) für 21 Tage. Sie wird von den behandelnden Krankenhausärzten über den Sozialdienst des Krankenhauses noch während des stationären Aufenthaltes bei den zuständigen Kostenträgern beantragt.

Im ambulanten Bereich kann der Haus- bzw. Facharzt als Vertragsarzt eine medizinische Rehabilitation als sogenanntes Heilverfahren (HV) beantragen.

Um den Auswirkungen einer Erkrankung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken, ist die gesetzliche Rentenversicherung (DRV) Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme (§ 9, § 10 SGB VI). Ansonsten finanzieren die gesetzlichen (und privaten) Krankenkassen die Leistungen zur Rehabilitation (§ 11, § 40 SGB V), sofern ambulante, kurative Krankheitsbehandlungen nicht ausreichen. Als Kostenträger treten somit in der Regel bei berufstätigen Patienten die Rentenversicherungen und bei den meisten anderen Versicherten die (gesetzliche oder private) Krankenversicherung ein. Lebendspender werden über die Krankenversicherung des Transplantatempfängers finanziert.

Was sind die Ziele einer Rehabilitation nach Transplantation?

Ziel ist zunächst die **Verbesserung der Lebensqualität** durch Reduktion der Beschwerden und Verbesserung der körperlichen Funktion und Leistungsfähigkeit sowie die Stabilisierung des psychischen Befindens infolge der Bearbeitung der Krankheitsbewältigung und dem Umgang mit der Erkrankung im Alltag. Dieses Ziel wird darüber hinaus verfolgt über die Ermöglichung und Gewährleistung der sozialen Wiedereingliederung und Teilhabe in Bezug auf Beruf, Familie und den Erhalt der Selbstständigkeit.

Ein weiteres Ziel ist die **Verbesserung der Prognose**, über Prävention und Risi-

koreduktion, sowie eine Reduktion der Morbidität und Mortalität.

Schließlich beinhalten die Ziele der Reha auch einen **Beitrag zur Kostenstabilität**. Das wird erreicht über eine Verbesserung der Adhärenz, eine Reduktion von Krankenhausaufenthalten sowie die Vermeidung einer vorzeitigen Berentung und Pflege.

Wie ist der Stellenwert einer Rehabilitation nach LTx einzuschätzen?

Daten aus der Charité und dem Universitätsklinikum Eppendorf der Prä-MELD-Ära legen nahe, dass nur bis zu 30% der LTx-Patienten in Deutschland die Voll- bzw. Teilerwerbsfähigkeit wiedererlangen. In Anbetracht der MELD-basierten Warteliste im Jahr 2007 und des weiter zunehmenden Mangels an Spendern und der sich daraus ergebenden Verschlechterung des klinischen Zustands der transplantierten Patienten und der Patienten auf der Warteliste dürften sich die Ergebnisse aktuell eher verschlechtern. Somit entwickelt sich die LTx zu einer der am meisten ressourcenverbrauchenden Maßnahmen im deutschen Gesundheitswesen und weltweit. Eine fundierte Rehabilitation kann zu einer erfolgreichen LTx erheblich beitragen und ist aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive sehr empfehlenswert. In der individuellen Wahrnehmung des Betroffenen ist die ganzheitliche Betreuung der physischen, psychischen und informativen Bedürfnis-

Über die Autorin

Frau Professorin Dr. med. Kerstin Herzer ist Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie/Hepatology mit Zusatzbezeichnung Transplantationsmedizin (EBTM) und seit Februar 2020 Chefärztin der Knappschaftsklinik Bad Neuenahr. Die Knappschaftsklinik Bad Neuenahr ist eine Klinik für Rehabilitation von Patienten mit onkologischen oder gastroenterologischen Erkrankungen und Stoffwechselproblemen unter Anwendung ganzheitlicher Therapiekonzepte. Unter der ärztlichen Leitung von Frau Prof. Herzer werden dort auch Patienten mit fortgeschrittener Lebererkrankung oder nach Lebertransplantation Reha-medizinisch versorgt.

Nach dem Studium der Humanmedizin und der Promotion an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz absolvierte Frau Prof. Herzer einen dreijährigen Forschungsaufenthalt am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg, gefolgt von der Facharztausbildung mit begleitender Forschungstätigkeit an der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Stoffwechselerkrankungen des Universitätsklinikums Mainz. Ihre Habilitation 2009 hatte die Regulation des programmierten Zelltodes beim Leberkarzinom zum Thema. Daraufhin war sie von 2010 bis 2019 Oberärztin der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie des Universitätsklinikums Essen und dort unter anderem verantwortlich für die internistische Betreuung der lebertransplantierten Nachsorgepatienten. Seit 2015 ist sie Professorin der medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen und dem Universitätsklinikum Essen in Forschung und Lehre als Fakultätsmitglied weiterhin verbunden.

Sie vertritt zudem das Thema Lebertransplantation über zahlreiche Publikationen, Kongressbeiträge und Vorträge. Ihr weiteres medizinisches Interesse gilt der integrativen Medizin, der Naturheilkunde und der Ernährungsmedizin.

se während des Reha-Aufenthaltes überaus hilfreich in der Stabilisierung und Wegbereitung für das Leben nach und mit einer Transplantation.

Genauso wie die Nachsorge nach Lebertransplantation an einem spezialisier-

ten Zentrum erfolgen sollte, so ist es auch empfehlenswert, die Reha-Maßnahme an einer Klinik mit der entsprechenden fachspezifischen Expertise durchzuführen.

Mein persönlicher Erntedank

Ute Wanner

Seit mein lieber Mann mit einer erfolgreichen Lebertransplantation ein neues Leben geschenkt bekommen hat, empfinde ich Erntedank – Dankbarkeit in einer ganz anderen Dimension. Dankbarkeit, Zufriedenheit, Ehrfurcht vor dem Leben an sich, aber auch tiefe Dankbarkeit gegenüber den Menschen, die uns in unserer schweren Zeit des Wartens und der Unsicherheit begleitet haben. Den Ärzten, Freunden, der Familie, unserem Herrn im Himmel. Dieses neue Leben konnten wir nur empfangen, weil wir vertraut haben, weil wir uns an alle Anweisungen und Empfehlungen gehalten haben. Alle haben es nur gut mit uns gemeint und wollten uns zum Ziel bringen.

Diese Situation übertrage ich nun auf die Pandemie. Die Verantwortlichen in



Politik und Wissenschaft, die Ärzte mühen sich ab, geben Empfehlungen und unterstützen die Gesetzgebung, um uns gut und unbeschadet durch die Krise zu bringen. Nicht nur ihnen gebührt Respekt und Dankbarkeit, auch allen Menschen, die Rücksicht auf ihre Mitmenschen nehmen und die Maßnahmen einhalten, sagen wir als Betroffene und Risikogruppe DANKE. Vor allem als Angehörige haben wir uns gerne an alle Vorsichtsmaßnahmen gehalten aus Dankbarkeit, dass unsere lieben Angehörigen ein neues Leben geschenkt bekommen haben.

An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön an alle Angehörigen von Menschen aus Risikogruppen von uns Ansprechpartnern für Angehörige von Betroffenen, für alles Mittragen und Zur-Seite-Stehen, alles Einhalten von Einschränkungen und Ihr Verständnis.

Danke und bleiben Sie gesund.

29. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft in Köln – live und virtuell!

Gerd Böckmann/Jutta Riemer

Vom 15. bis 17. Oktober 2020 fand die Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) im Kongresszentrum des Kölner Messegeländes statt. In Sichtweite des Kölner Doms, nur durch den Rhein von der Innenstadt getrennt, waren Vorträge und Veranstaltungen zur Transplantationsmedizin geplant. Auch eine Ausstellung von Unternehmen, die für die Transplantation erforderliche Medikamente und Geräte anbieten, sollte stattfinden. Kurz vor Beginn des Kongresses rollte jedoch die zweite Welle der Corona-Pandemie durch Deutschland und die Nachbarländer. Köln wurde kurz vor Beginn des Kongresses zum Risikogebiet. Die Ausstellung musste abgesagt werden, der Kongress war schon als Hybridveranstaltung geplant und konnte mit geringer Teilnehmerzahl bei einem entsprechenden Hygienekonzept durchgeführt werden. Viele Vorträge wurden online oder als Video-Einspielung angeboten, abschließende Diskussionsrunden fanden unter Einbeziehung von Chats statt. Nicht nur viele der Dozenten, sondern auch viele Tagungsteilnehmer mussten auf die Reise nach Köln verzichten. Die wenigen Teilnehmer verloren sich etwas in den für mehrere hundert Besucher geeigneten Räumen. Wir haben beide Seiten erlebt: Gerd Böckmann war live in Köln dabei, Jutta Riemer hat den Kongress virtuell verfolgt. Besonders erfreulich war die Verleihung des Organspende-Preises der DTG an Lebertransplantierte Deutschland e.V. Dieser mit

5.000,- € dotierte Preis wird für herausragendes Engagement für die Organspende in Deutschland verliehen (siehe separater Bericht S. 8).

Mit dem Thema Corona-Pandemie beschäftigten sich mehrere Vorträge.

Covid-19 und Transplantation

Aktuelle Forschungsergebnisse zu Covid-19-Infektionen und ihr Einfluss auf Transplantationen und Transplantationspatienten bildeten einen Schwerpunkt der Veranstaltung.

Auch zu Zeiten des Höhepunktes der Pandemie in der ersten Jahreshälfte 2020 haben Intensiv- und Dialysekapazitäten in Deutschland ausgereicht, sodass transplantationsmedizinische Eingriffe ohne Beeinträchtigungen durchgeführt werden konnten. Kein Zentrum hat sein Transplantationsprogramm schließen müssen, wie das im benachbarten Ausland vorgekommen ist. So kam es in Deutschland zu keiner nennenswerten Abnahme der Transplantationszahlen, die sich allerdings, wie bekannt, an sich schon auf niedrigem Niveau bewegen. Es wäre also eine Katastrophe für die betroffenen Wartelistenpatienten gewesen, wenn es hier noch Einbrüche gegeben hätte. Lediglich Lebendorganspenden, die ja planbar sind, wurden nach Nutzen-Risiko-Abwägung teilweise verschoben. Es gab keinen einzigen Fall, in dem es durch die Transplantation zur SARS-CoV-2-Ansteckung des Transplantierten kam.

Mittlerweile weiß man auch, dass eine Transplantation und in Folge die damit einhergehende Behandlung mit immunsuppressiven Medikamenten das

SARS-CoV-2-Infektionsrisiko und das COVID-19-Erkrankungsrisiko per se nicht erhöhen. Das war eines der wesentlichen Ergebnisse, die auf der Tagung diskutiert wurden.

„Menschen, die vor Kurzem ein Spenderorgan erhalten haben, sollen sich natürlich bestmöglich vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus schützen, müssen aber keine Sorge haben, dass das Risiko für einen schlechten COVID-19-Verlauf bei ihnen überproportional höher ist als bei Nicht-Transplantierten. Die zweite wichtige Botschaft lautet: Es gibt keinen Grund, die Transplantationsprogramme zu stoppen, selbst wenn die Infektionszahlen wieder weiter ansteigen. „Wir können unsere Patienten sicher transplantieren und versorgen“, so die Botschaft von Prof. Christian Hugo aus Dresden, Generalsekretär der DTG.

Ein weiteres Thema war die Lebendspende bei Niere und Leber.

Durch mehr Lebendspenden – Verringerung des Organmangels

Prof. Utz Settmacher vom Lebertransplantationszentrum Jena stellte die Möglichkeiten der Lebendspende im Bereich der Leber vor. Er betonte, dass die Lebendspende auch bei erwachsenen Empfängern ein gutes Mittel sei, um dem Versterben auf der Warteliste bei nach wie vor bestehendem Organmangel entgegenzutreten. Die Durchführung von Leberlebend-Transplantationen (LLTx) erfordern im Zentrum besondere Erfahrung und Logistik. So wurden 2019 in 9 von 21 Lebertransplantationszentren insgesamt 58 Leberlebendspenden durchgeführt, was



6,5 % der durchgeführten Lebertransplantationen entspricht. Davon 48 LLTx konzentriert in 5 Zentren (Jena, Hamburg, Essen, Regensburg, Tübingen). Waren zu früheren Zeiten bei erwachsenen Spendern die Blutgruppenverträglichkeit und die ausreichende verbleibende Lebermasse unumstößliche Voraussetzungen, zeigte Settmacher auf, dass auch blutgruppeninkompatible Transplantationen durch entsprechende Vorbereitung des Spenders (medikamentös und Immunadsorptionsverfahren) erfolgreich sind. Bei nicht ausreichender Lebermasse des Spenders setzt Settmacher auf eine zweischrittige Transplantation, bei der ein – eigentlich zu kleines – Stück Leber unter Erhalt der kranken Leber mit Restfunktion verpflanzt wird und nach Größenzunahme in einer zweiten OP dann die kranke Leber entfernt werden kann. Lebendspende ist und bleibt aber stets ein freiwilliger Akt und kann nur nach eingehender Beratung und Aufklärung zu möglichen körperlichen und seelischen Nebenwirkungen in Erwägung gezogen werden.

Die Themen Crossover-Spende (Überkreuzspende) oder gar Reihenspende bis hin zur Spende in einen anonymen „Spender-Pool“ wurden im Zusammenhang mit der Nierentransplantation beleuchtet und Erfahrungen aus dem Ausland präsentiert. Bei der Nierenlebendspende kann ein komplettes Organ entnommen werden. Hier beträgt der Anteil der Lebendspenden in Deutschland derzeit ca. 32%. Durch die Crossover-Spende könnte dieser Anteil und die Gesamtzahl der Transplantationen erhöht werden. Bei der Überkreuzspende werden die Organe zwischen zwei Spender- und Empfängerpaaren ausgetauscht, weil eine Spende bei den ursprünglichen Paaren A/A oder B/B wegen Gewebeunverträglichkeit nicht möglich wäre. Z.B. spendet hier Ehemann A auf Ehefrau B und „overcross“ gleichzeitig Ehemann B auf Ehefrau A. So können Nieren-Wartelistenpatienten, die ansonsten 6–8 Jahre auf die Transplantation warten müssen, mit einer Organspende versorgt werden. Dieses Verfahren schließt das deutsche Transplantationsgesetz (noch?) aus. Voraussetzung für eine Lebendspende – Niere wie Leberteil – ist in Deutschland eine Blutsverwandtschaft oder eine besondere persönliche Nähe. In anderen Ländern (z.B. USA, UK, Niederlande) ist dies erlaubt und man hat gute Erfahrungen im Bereich der Nierentransplantation gemacht. Aufgrund der schwierigeren Operation, geringeren Fallzahlen und logistischen Hindernissen stellt sich die Frage für die Leberlebendspende bisher wohl eher nicht. Prof. Vicklicky aus



Tagungspräsidenten Prof. Dr. Lutz Weber, Prof. Dr. Christine Kurschat, Prof. Dr. Dirk Stippel (v.l.)

Tschechien und Prof. Dor aus UK zeigten das Potenzial dieser erweiterten Form der Nieren-Lebendspende anhand von internationalen Zahlen auf. Sie wiesen aber auch darauf hin, dass eine aufwändige Logistik notwendig ist und es im Vorfeld wichtige Fragen zu beantworten gilt: Wie wird das Outcome systematisch erfasst? Wie wird aufgeklärt? Wie wird sichergestellt, dass potenzielle Spender alle Aspekte der entsprechenden Lebendspendeform verstehen?

So fordert auch die DTG in ihrer Pressemeldung zum Kongress „Kreative Konzepte in der Lebendspende“ und weist darauf hin, dass auch in Deutschland über eine Spende nach dem Hirntod hinaus über Organspenden nach Herztod (non heart-beating-donation) ernsthaft diskutiert werden sollte.

Haustiere – Infektionsrisiko nach Transplantation?

Transplantation und Haustiere war das Thema eines Vortrags von Prof. Andreas Zuckermann aus Wien, der sich direkt an Transplantationspatienten richtete. Aus hygienischer Sicht sollten Transplantierte auf das Halten von Haustieren und den Umgang mit ihnen völlig verzichten. Eine Übertragung von Bakterien und Viren vom Tier auf den Menschen kann niemals völlig ausgeschlossen werden. Ein Tierhaltungsverbot, wie es einige Transplantationszentren propagieren, sei jedoch nicht praxisgerecht und würde von vielen umgangen. Deshalb gab er einige Tipps, die nach einer Transplantation unbedingt beachtet werden sollten. In der ersten Zeit nach der Transplantation, in der die Immunsuppressiva noch relativ hochdosiert

eingenommen werden, sollte auf den Umgang mit Tieren verzichtet werden. Wenn die Transplantatfunktion stabil ist, kann mit entsprechender Umsicht ein Tier im Haus gehalten werden. Bevorzugt sollten hierbei Hunde und Katzen werden. Diese Tiere sollten gesund und regelmäßig umfassend geimpft und entwurmt sein. Bei Katzen sollte es sich um reine Hauskatzen und nicht um Freigänger handeln. Die Toxoplasmose ist eine allgegenwärtige Gefahr bei der Katzenhaltung (s. Artikel in den Lebenslinien 2/2020). Die Reinigung des Katzenklos ist an andere Familienmitglieder zu delegieren oder nur mit Einmalhandschuhen und Mundschutz durchzuführen. Eine Kastration des Tieres mindert das Interesse an Artgenossen und damit das Infektionsrisiko für Tier und Mensch. Eine regelmäßige tierärztliche Untersuchung sollte selbstverständlich sein.

Vögel, Kleinnager und Reptilien stellen ein sehr hohes Risiko dar. Sie können eine Vielzahl von potenziell gefährlichen Krankheitserregern auf den Menschen übertragen. Impfungen sind nicht möglich, auch sind die Erkrankungen nicht so umfassend erforscht wie bei Hund und Katze. Ein Verzicht auf die Haltung dieser Tiere ist dringend anzuraten.

Bei einer Infektionserkrankung eines Transplantierten ist immer der Kontakt mit Tieren zu überprüfen und dem behandelnden Arzt mitzuteilen. Auch das Tier eines Nachbarn, zu dem nur ein gelegentlicher Kontakt besteht, kann die Quelle einer Erkrankung sein.

Quellen: Vorträge bei der DTG-Jahrestagung; PM der DTG vom 16.10.2020; DSO

Von Dr. Benjamin Albrecht

Hepatitis C

Wie wir alle lesen konnten, ging der diesjährige Nobelpreis für Medizin an die beiden US-Forscher Harvey J. Alter und Charles M. Rice sowie den kanadischen Professor Michael Houghton für ihren Beitrag zur Identifikation des Hepatitis-C-Virus (HCV)¹. Seit der Entdeckung und der genaueren Identifizierung hat sich einiges im Bereich der Behandlungsmöglichkeiten getan. Ein relativ neues Medikament, das 2017 sowohl in der EU und der Schweiz als auch in den USA in Kombination mit Pibrentasvir zur Behandlung der HCV-Infektion zugelassen wurde, ist das Glecaprevir, ein HCV-Proteasehemmer. Eine Protease ist ein Enzym, das Proteine spaltet. Die Effekte dieser Kombinationstherapie mit Glecaprevir und Pibrentasvir beruhen auf der Hemmung der HCV-NS3/4A-Protease, die eine Rolle bei der Virusvermehrung spielt. In einer Meta-Analyse aus Italien² wurde anhand von Publikationen von Januar 2017 bis Februar 2019 und Kongresspräsentation von April 2019 die Wirksamkeit und Si-

cherheit im klinischen Alltag systematisch überprüft. Die medikamentöse Kombinationstherapie ist bei Erwachsenen mit den Genotypen 1–6 zugelassen und damit für ein breites Spektrum von Patienten. Die Ergebnisse von insgesamt 12.531 Erwachsenen, die behandelt wurden, deuten auf eine gute Verträglichkeit und hohe Wirksamkeit der Behandlung von HCV hin. Die häufigsten Nebenwirkungen waren Juckreiz, Müdigkeit und Kopfschmerzen. Durch Nebenwirkungen hervorgerufene Behandlungsabbrüche wurden bei 0,6 Prozent der Patienten berichtet. Ein anderes Medikament zur Behandlung von HCV ist Sofosbuvir. Dies ist ein Polymerase-Hemmer, sodass also eine andere Wirkweise dahintersteckt. Eine Polymerase spielt eine wichtige Rolle bei der Replikation, also der Abschrift der Erbinformation einer Zelle oder eben eines Virus und dadurch bei der Vermehrung von Viren. Sofosbuvir ist ein Wirkstoff, der spezifisch auf die HCV-RNA-Polymerase NS5B wirkt. Somit

werden keine menschlichen DNA- oder RNA-Polymerasen gehemmt. Das Besondere ist weiterhin, dass der Wirkstoff unabhängig vom Genotyp ist und daher generell bei allen HCV-Patienten wirkt. Allerdings scheint Sofosbuvir toxisch auf die Nieren zu wirken. Eine Studie aus Taiwan³ an 481 Patienten verglich eine 12 Wochen andauernde Therapie mit direkt antiviral wirksamen Medikamenten in Kombination mit Sofosbuvir (308 Patienten) und ohne (173 Patienten). Zur Untersuchung der Nierenfunktion wurde die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) bis 24 Wochen nach Therapieende gemessen. Es zeigte sich, dass die eGFR sich unter der Therapie mit Sofosbuvir verschlechterte und nach Therapieende wieder besserte. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zunehmendes Alter, ein fortgeschrittenes Stadium einer chronischen Nierenerkrankung und die Kombinationstherapie mit Sofosbuvir einen Einfluss auf den Rückgang der glomerulären Filtrationsrate haben.

Hepatitis B

Bereits 1976 wurde die Entdeckung des Hepatitis-B-Virus (HBV) mit dem Nobelpreis für Physiologie und Medizin ausgezeichnet.¹ Das HBV wird durch Blut und Körperflüssigkeiten übertragen und es ist daher die Frage, wie man eine Übertragung dieses Virus von der Mutter auf ein ungeborenes Kind verhindern kann. Hier kommt oft das Virustatikum Tenofovir ins Spiel, das sowohl in der Behandlung der HIV-Infektion als auch der Hepatitis B eine Rolle spielt. Es wirkt hemmend auf die Vermehrung der Virus-DNA und damit der Viren, hat aber einen anderen Wirkmechanismus als die vorigen Me-

dikamente zur Behandlung von HCV. Es hemmt keine Polymerase oder Protease, sondern wird selbst in die DNA, anstelle eines anderen Nucleotid-Bausteins, eingebaut, da es in der Form und dem Aufbau des eigentlichen Nucleotid-Bausteins sehr ähnlich ist. Dadurch verliert die DNA des Virus ihre eigentliche Funktion und kann sich nicht weiter vermehren. Dieses Medikament ist aufgrund seiner Wirksamkeit und Sicherheit die bevorzugte Therapie, um eine Übertragung zu verhindern. Allerdings fehlen bisher noch Daten zur langfristigen Sicherheit bei Kindern nach fetaler Gabe des Wirkstoffes.

Eine multizentrische Studie aus Taiwan⁴ hat sich dieses Themas angenommen und untersuchte 128 Kinder, 71, deren Mütter mit Tenofovir behandelt wurden, und 57, die kein Tenofovir bekamen, die im Alter von 2 bis 7 Jahren immer wieder zu Nachuntersuchungen einbestellt wurden. Es zeigte sich, dass Kinder, deren Mütter in der Spätschwangerschaft behandelt wurden, ein vergleichbares Längenwachstum, eine vergleichbare Nierenfunktion und eine vergleichbare Knochenentwicklung hatten und dass somit keine gravierenden Nebenwirkungen in Bezug auf diese Parameter zu finden waren.

Hepatitis E

Eine Hepatitis-E-Infektion (HEV) kann durch unzureichend gegartes Schweinefleisch oder Wild oder in Südostasien durch Übertragungen durch verunreinigtes Wasser wegen Überschwemmungen verursacht werden. Wie bereits im vorigen Heft erwähnt, heilen nahezu alle akuten Hepatitis-E-Infektionen (99%)

unbemerkt und ohne Symptome aus. Wenn es allerdings bei Patienten mit chronischer HBV-Infektion zu einer sogenannten HEV-Superinfektion kommt, scheint dies mit schlechteren Krankheitsverläufen assoziiert zu sein. Daher untersuchte eine weitere Studie aus Taiwan⁵ diesen Zusammenhang an HBV-Patien-

ten mit einer bereits diagnostizierten Leberzirrhose (414) und an HBV-Patienten ohne Zirrhose (2.123). Dabei zeigte sich, dass eine HEV-Superinfektion in beiden Gruppen das Risiko eines leberbedingten Todes erhöht, insbesondere bei Patienten mit Zirrhose.

Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD)

Neben den Hepatitis-Viren ist die nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD) die häufigste Lebererkrankung heutzutage. Allerdings sind die Verläufe dieser Erkrankung sehr unterschiedlich und oft

schwer vorhersagbar. Dadurch ist es auch oft schwer, Komplikationen zu behandeln bzw. sogar zu verhindern und früh genug zu erkennen. In Houston, USA, wurde daher eine Studie durchgeführt,⁶ die un-

abhängige und gemeinsame Auswirkungen von Faktoren des metabolischen Syndroms auf das Risiko einer Entwicklung einer Zirrhose oder eines hepatzellulären Karzinoms (HCC) bei Patien-

ten mit NAFLD untersucht. Rückblickend wurden dafür NAFLD-Patienten in 130 Einrichtungen aus den Jahren 2004–2008 eingeschlossen, die bis 2015 nachbeobachtet wurden. Die untersuchten Symptome eines metabolischen Syndroms waren Diabetes, Bluthochdruck, Dyslipidämie und Fettleibigkeit. Von den insgesamt 271.906 Patienten entwickelten 22.794 eine Zirrhose und 253 ein HCC. Besonders erhöht war das Risiko für einen schlechten Verlauf bei Patienten mit einem Diabetes, aber auch die anderen Symptome erhöhten das Risiko, später an Zirrhose oder HCC zu erkranken. Daher wäre es wichtig, Patienten mit Diabetes und gleichzeitig bestehendem Bluthochdruck und Fettleibigkeit als Zielgruppe für eine Sekundärprävention zu nehmen, also besondere Screening- und Vorsorgeuntersuchungen im Hinblick auf eventuelle Lebererkrankungen anzubieten. In einer anderen Studie aus Südkorea⁷ wurde untersucht, inwiefern eine NAFLD-Erkrankung mit einem erhöhten Risiko für einen Myokardinfarkt einhergeht. Bei der Untersuchung nahmen 111.492 Erwachsene ohne bekannte Erkrankungen durch regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen zwischen 2003 und 2013 teil. Die Ergebnisse bestätigen einen Zusammenhang von NAFLD und Myokardinfarkt unabhängig von der Tatsache, ob Patienten deutliche Anzeichen für eine NAFLD oder aber auch keine Anzeichen zeigten. Eine japanische Studie⁸ untersuchte Risikofaktoren von NAFLD-Patienten für ein hepatozelluläres Karzinom. Es zeigte sich, dass Alkoholkonsum, der Fibrose-4-Index (ein Index, der aus den Basislaborwerten GOT, GPT, der Thrombozytenanzahl und dem tatsächlichen Alter berechnet wird) und besonders männliche Patienten Risikofaktoren zur Entwicklung eines HCC darstellen. Daher sollte also auch bei NAFLD-Patienten ohne Zirrhose der Alkoholkonsum, insbesondere bei Männern, genau beachtet werden. In Bezug auf NAFLD wird aber auch immer mehr der Einfluss der Darmflora, also des Mikrobioms, diskutiert. Die Darmflora hat einen großen Anteil bei der Regulation des Immunsystems des Verdauungstraktes,⁹ beeinflusst die Barrierefunktion des Darms und kann dadurch eine Veränderung der Signalwege und Funktionen des gesamten Verdauungstraktes hervorrufen. Allerdings sind die Interaktionen zwischen Darm und Leber gegenseitiger Natur. Die Leber produziert Gallensäure, die die mikrobielle Zusammensetzung des Darms reguliert, und Stoffwechselprodukte aus dem Darm regulieren die Synthese der Gallensäure und die Verstoffwechslung der Glukose und Fette. Insofern haben Stoff-

wechselprodukte wie z. B. kurzkettige Fettsäuren (SCFAs), Trimethylamine-N-Oxide (TMAO) – die bei der Verstoffwechslung von Fleisch entstehen –, Gallensäuren (BAs), endogenes Ethanol, Indol und weitere nicht nur Einfluss auf den Darm und seine Schutzbarriere, sondern sie werden auch über die Blutbahn letztlich zur Leber transportiert, wo sie ebenfalls wirken. In einer Review¹⁰ chinesischer Wissenschaftler fassen sie den derzeitigen Wissensstand zusammen, welche Rolle solche Stoffwechselprodukte in Bezug auf NAFLD spielen und inwiefern eine Therapie mit Antibiotika, Präbiotika, Probiotika, Gallensäureregulation oder gar einer Stuhltransplantation möglich ist. Bei den SCFAs wurde berichtet, dass diese bei NAFLD-Patienten weniger zu finden sind. Allerdings haben diese kurzkettigen Fettsäuren einen protektiven Effekt auf den Darm. Sie verbessern die Barrierefunktion des Darms, indem sie die Verbindung von tight junctions (ziemlich dichte Verbindungen zwischen Darmzellen) durch bestimmte Signalwege unterstützen. Außerdem beeinflussen sie die Motilität des Darms, indem sie die Darmbewegungen verlangsamen, sodass die Aufnahme von Nährstoffen und der Fettstoffwechsel durch die Leber gefördert wird. Indem SCFAs auf direktem Wege durch die Pfortader in die Leber kommen, wirken sie dort hemmend durch die Zellen der Pfortader in Bezug auf eine mögliche Entzündung oder Fettleber. Und zuletzt hemmen SCFAs die Entstehung von NAFLD auf epigenetischer Ebene, indem sie die Abschrift bestimmter Gene und somit die Bildung von bestimmten, für den Stoffwechsel wichtigen, Proteinen ermöglichen. Eine erhöhte Konzentration von TMAOs findet sich meist in Kombination mit einem erhöhten Body-Mass-Index und einem erhöhten Fettleberindex, einem wichtigen Wert für die Diagnose der NAFLD. Ein erhöhter Wert von im Blut zirkulierendem TMAO, einhergehend mit einem Vitamin-D-Mangel, ist mit dem Schweregrad einer NAFLD verknüpft. In Tierexperimenten zeigte sich, dass erhöhte TMAO-Konzentrationen mit einer Anhäufung von Triglyceriden und geminderter Leberfunktion einhergehen. Generell scheint TMAO eine Insulinresistenz zu fördern und eine Störung des Glukosestoffwechsels zu begünstigen. Gallensäuren (Bas) wiederum unterstützen nicht nur den Glukose-, Cholesterol- und Triglycerid-Stoffwechsel, sondern beeinflussen auch verschiedene Signalwege, die unter anderem auf der einen Seite den Fettstoffwechsel hemmen, Entzündungsfaktoren begünstigen und aber auf der anderen Seite den Glukose-

stoffwechsel verbessern können. Ethanol, das durch die Verstoffwechslung von Kohlenhydraten entsteht, wird in die Blutbahn abgegeben und letztendlich in der Leber abgebaut. In NAFLD-Patienten zeigte sich eine erhöhte Konzentration von Ethanol im Gegensatz zu gesunden Probanden. Ob dies allerdings durch eine Störung von Dehydrogenase-Enzymen, die die Kohlenhydrate synthetisieren und Ethanol freisetzen, hervorgerufen wird oder ein allgemeiner Anstieg der endogenen Ethanol-Konzentration bedeutet, ist noch unklar. Ethanol kann generell die engen Verbindungen der tight junctions stören, somit die Durchlässigkeit erhöhen und die Schutzfunktion des Darms zerstören. Indol wiederum, ein Stoffwechselprodukt von Tryptophan, hilft beim Aufbau der Schutzbarriere des Darms. Die Konzentration ist bei NAFLD deutlich niedriger als in gesunden Probanden. Es stimuliert außerdem die Insulinausschüttung, hemmt den Appetit und verringert die Darmmotilität. Als Therapiemöglichkeiten in Bezug auf Darmbakterien wurden bereits mehrere Versuche mit Antibiotika gemacht, vor allem bisher mit Rifaximin. Die Ergebnisse waren sehr widersprüchlich, was mehrere Gründe hat. Rifaximin ist ein Breitbandantibiotikum, das daher wahrscheinlich auch die „guten“ Darmbakterien abtötet und daher nicht präzise genug wirkt. Bisher wurden Versuche bei Menschen nur mit Kurzzeitgaben von Antibiotika gemacht, da eine Langzeitgabe zu großen Nebenwirkungen führt. Als Präbiotika kommen vor allem die SCFAs zum Einsatz, wobei die Einnahme wegen ihres ranzigen Geruchs und dem schlechten Geschmack ein Problem darstellt. Andere mögliche Wirkstoffe sind das Inulin allein oder in Kombination mit Metronidazol. Allerdings haben die Studien bisher sehr unterschiedliche Ergebnisse und es bedarf mehr Studien mit größeren Patientengruppen. Im Bereich der Probiotika gab es Untersuchungen, die Erfolge in Bezug auf eine Verringerung des Fettgehaltes der Leber oder die Minderung von Entzündungswerten zeigten. Der Erfolg hängt dabei sowohl von der Art der eingesetzten Bakterienstämme ab als auch von ihrer Quantität und der Einnahmezeit. Außerdem scheint eine Kombination von mehreren Bakterienstämmen effektiver zu sein als die Gabe eines einzelnen Stammes. Eine weitere Möglichkeit, Darmbakterien anzusiedeln, steht seit kurzem auch durch eine Stuhltransplantation zur Verfügung. Obwohl eine Stuhltransplantation bisher keine ungünstigen Ergebnisse zeigt, bedarf es weiterer Untersuchungen.

Transplantation älterer Organe

Aufgrund der leider immer noch sehr angespannten Situation in Bezug auf Spenderorgane, die ja leider auch durch das neue Transplantationsgesetz nicht verbessert wurde, spielen Organe von älteren Menschen eine immer größere Rolle. Hierbei handelt es sich um Organe von über 70-jährigen Menschen, die durch Hirninfarkte o.ä. sterben. Heidelberger Forscher untersuchten daher, welche Patientengruppen von älteren Spendern profitieren. Dafür analysierten sie die von vielen Transplantationszentren an die Collaborative Transplant Study gemeldeten Transplantationen zwischen den Jahren 2000 und 2017, also insgesamt 48.261 Lebertransplantationen. Es zeigte sich, dass diese Organe eher für Patienten mit HCC nützlich sind und weniger für Patienten mit anderen Lebererkrankungen.

Dies gilt sowohl für Alkoholranke als auch für Menschen mit Hepatitis-Erkrankungen und andere. Allerdings zeigte sich sogar bei Organen von Menschen mit 80 Jahren oder älter eine 5-Jahres-Überlebensrate von über 60%, wenn sie nicht an Patienten mit Hepatitis C oder mit akutem Leberversagen verpflanzt wurden. Obwohl die Überlebenschancen der Spenderorgane durch die Entwicklung der direkt wirkenden antiviralen Medikamente (DAAs) in den letzten Jahren verbessert wurde, nimmt die Überlebensrate mit zunehmendem Alter der Spenderorgane ab. Eine weitere Studie aus Heidelberg untersuchte eine ebenfalls wichtige Einflussgröße auf die Überlebensrate, nämlich die Zeit zwischen der Entnahme von Organen und der eigentlichen Transplantation, genauer gesagt,

der kalten Ischämiezeit, also der Zeit, in der das Organ ohne Blutzufuhr heruntergekühlt wurde, bis es wiederum auf Körpertemperatur aufgewärmt und transplantiert wird. Auch dieser Faktor hat Einfluss auf das Organüberleben in Abhängigkeit zu den verschiedenen Erkrankungen. Je länger ein Organ gekühlt wurde, desto höher ist das Risiko einer Organabstoßung nach Transplantation. Daher ist eine Verpflanzung von Organen mit längeren kalten Ischämiezeiten besonders für Patienten mit HCC und mit Leberzirrhose aufgrund von Alkoholmissbrauch angedacht. Solche Untersuchungen sind aber in Bezug auf die angespannte Spendensituation sehr nützlich, damit möglichst jedes Spenderorgan den größtmöglichen Nutzen für die bestimmten Patientengruppen darstellen kann.

Referenzen

- Eckert, N.; Lenzen-Schulte, M.; Zylka-Menhorn, V. Nobelpreis für Medizin: Hepatitis-C-Virus im Blut gebannt; *Deutsches Ärzteblatt* 2020; 117(41): A-1898 / B-1616
- Lampertico, P.; Carrión, J. A.; Curry, M.; Turnes, J.; Cornberg, M.; Negro, F.; Brown, A.; Persico M.; Wick, N.; Porcalla, A.; Pangerl, A.; Crown, E.; Larsen, L.; Yu, Y.; Wedemeyer, H. Real-world effectiveness and safety of glecaprevir/pibrentasvir for the treatment of patients with chronic HCV infection: A meta-analysis; *Journal of Hepatology* 2020; 72(6): 1112-21
- Liu, C. H.; Lee M. H.; Lin J. W.; Liu C. J.; Su T. H.; Tseng T. C.; Chen, P. J.; Chen D. S.; Kao, J.H. Evolution of eGFR in chronic HCV patients receiving sofosbuvir-based or sofosbuvir-free direct-acting antivirals; *Journal of Hepatology* 2020; 72(5): 839-46
- Wen, W. H.; Chen H. L.; Shih, T. T. F.; Wu, J. F.; Ni, Y. h.; Lee C. N.; Zhao, L. L.; Lai M. W., Mu S. C., Tung Y. C.; Hsu H. Y.; Chang, M. H. Long-term growth and bone development in children of HBV-infected mothers with and without fetal exposure to tenofovir disoproxil fumarate. *Journal of Hepatology* 2020; 72(6):1082-87.
- Tseng T. C.; Liu C. J.; Chang C. T.; Su T. H.; Yang W. T.; Tsai C.H.; Chen C. L.; Yang H. C.; Liu C. H.; Chen P. J.; Chen D. S.; Kao J.H. HEV superinfection accelerates disease progression in patients with chronic HBV infection and increases mortality in those with cirrhosis. *Journal of Hepatology* 2020; 72(6):1105-11
- Kanwal F.; Kramer J. R.; Li, L.; Dai J.; Natarajan Y.; Yu X.; Asch S. M.; El-Serag H.B. Effect of metabolic traits on the risk of cirrhosis and hepatocellular cancer in non-alcoholic fatty liver disease. *Hepatology* 2020; 71(3):808-19.
- Sinn, D. H.; Kang, D.; Chang Y.; Ryu S.; Cho S. J.; Paik, S. W.; Song, Y. B.; Pastor-Barriuso, R.; Gullall, E.; Cho, J.; Gwak G. Y. Non-alcoholic fatty liver disease and the incidence of myocardial infarction: A cohort study. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2020; 35(5):833-9
- Tobari M.; Hashimoto, E.; Tani, M.; Kodama, K.; Kogiso, T.; Tokushige, K.; Yamamoto, M.; Takayoshi, N.; Satoshi, K.; Tastuo, A.; The characteristics and risk factors of hepatocellular carcinoma in nonalcoholic fatty liver disease without cirrhosis; *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2020; 35(5): 862-69
- Albillos, A.; de Gottardi, A.; Rescigno, M. The gut-liver axis in liver disease: Pathophysiological basis for therapy. *Journal of Hepatology* 2020, 72:558-577
- Dai, X.; Hou, H.; Zhang, W.; Liu, T.; Li, Y.; Wang, S.; Wang, B.; Cao, H. Microbial Metabolites: Critical Regulators in NAFLD. *Frontiers in Microbiology* 2020; 11:567654
- Houben, Ph.; Döhler, B.; Weiß, K. H.; Mieth, M.; Mehrabi, A.; Süsal, C. Differential influence of donor age depending on the indication for liver transplantation – A collaborative transplant study report. *Transplantation* 2020, 104:779-787
- Lozanovski, V.; Döhler, B.; Weiß, K. H.; Mehrabi, A.; Süsal, C. The differential influence of cold ischemia time on outcome after liver transplantation for different indications – Who is at risk? A collaborative transplant study report. *Frontiers in Immunology*. 2020, 11:892.

Jeder Tag hat zwei Griffe.

**Wir können ihn am Griff der Ängstlichkeit
oder am Griff der Zuversicht halten.**

Henry Ward Beecher (1813–1887), US-amerikanischer Geistlicher

Lebertransplantation bei Leberzellkrebs – Kann Kaffee die gute Prognose weiter verbessern?

Foto: privat



Dr. med. Marie-Therese Schneebacher¹,
Prof. Dr. med. Frank Tacke²,
Prof. Dr. med. Johann Pratschke¹,
△ Priv. Doz. Dr. med. Moritz Schmelzle¹

¹ Chirurgische Klinik

² Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hepatologie und Gastroenterologie,

Campus Charité Mitte | Campus Virchow-Klinikum

Bösartige Erkrankungen der Leber und aktuelle Therapiekonzepte

Die häufigste bösartige Erkrankung der Leber ist der primäre Leberzellkrebs, das hepatozelluläre Karzinom.¹ Für die Entstehung eines hepatozellulären Karzinoms, kurz HCC, sind einige Risikofaktoren bekannt. Allen voran stehen die chronische Entzündung des Lebergewebes und der daraus resultierende Geweumbau, die Zirrhose. Eine chronische Entzündung des Lebergewebes kann durch unterschiedliche Erkrankungen, aber auch lebensstilbedingt hervorgerufen werden. Da es sich bei der Leberzirrhose um einen chronischen, also oft jahrelangen Prozess handelt, sind die Therapiemöglichkeiten begrenzt. Diese umfassen vor allem die Vermeidung von weiteren Risikofaktoren, die das Fortschreiten der Krankheit beschleunigen.

Die Therapieansätze des HCCs sind stadienabhängig und basieren primär auf der Behandlung des Tumors und nur nachrangig auf der Behandlung der bestehenden Zirrhose. Zu der Behandlung des HCCs zählen chirurgische Maßnahmen, wie die Leberresektion oder die Lebertransplantation. Die Lebertransplantation gilt für Tumoren innerhalb klar definierter Grenzen, wie z. B. die Mailand-Kriterien, als beste Therapieoption.^{2,3} Durch eine Organtransplantation wird nicht nur der Tumor, sondern auch das zirrhotisch veränderte Lebergewebe entfernt und somit der Risikofaktor für eine erneute Entartung der Leberzellen behoben.

Trotz zufriedenstellender Langzeitergebnisse für diese Therapieansätze erfahren einige Patienten ein Tumorrezidiv. Dies betrifft ca. 20% der Patienten, die sich einer Lebertransplantation unterzogen haben.^{4,5} Die Rate eines erneuten Auftretens

des Tumors liegt bei Patienten, die eine chirurgische Resektion des Tumors erhielten, bei bis zu 50–80%.⁶ Dies lässt sich dadurch erklären, dass das im Körper verbliebene Lebergewebe weiterhin einen chronisch-entzündlichen Umbau aufweist. Dadurch bleibt der größte Risikofaktor für ein HCC-Rezidiv weiterhin bestehen.⁷

Die Wirkung von Kaffee auf den menschlichen Körper wird bereits seit den späten 1960er-Jahren untersucht.^{8,9} Eine Vielzahl klinischer Studien konnten einen positiven Effekt von Kaffee auf die Leber nachweisen.^{10–13} Ein erhöhter Kaffeekonsum war sowohl mit einem verlangsamten Fortschreiten einer Leberfibrose, als auch einem geringeren Risiko zur Entwicklung einer Zirrhose und eines HCCs verbunden. Allerdings war die positive Wirkung von Kaffee in den durchgeführten Studien abhängig von der konsumierten Menge. Meist konnten die gewünschten Effekte erst nach zwei bis drei Tassen koffeinhaltigem Kaffee pro Tag erreicht werden.^{14–17}

In einer aktuellen Arbeit untersuchten wir den möglichen Zusammenhang von Kaffeekonsum mit dem Gesamtüberleben und der Tumorrezidivrate nach Lebertransplantation bei HCC. Wir erfragten dafür den täglichen Kaffeekonsum von Patienten, die in einem Zeitraum von 10 Jahren eine Lebertransplantation erhalten hatten. Diese Angaben wurden mit den klinischen Daten der Patienten verglichen. Von 90 befragten Patienten gaben 83 (92,1%) an, vor und/oder nach der Lebertransplantation regelmäßig koffeinhaltigen Kaffee zu trinken. Neun Patienten (10%) konsumierten nach der Lebertransplantation weniger als eine Tasse Kaffee pro Tag, 51 Patienten (56,7%) 1–2 Tassen pro Tag und 21 Patienten (23,2%) ≥ 3 Tassen pro Tag. Bei 16 Patienten (17,8%) trat nach einem medianen Nachbeobachtungszeitraum von 11,5 Monaten eine Tumorrezidivrate auf. Die Tumorrezidivrate war in Patienten mit einem Kaffeekonsum von ≥ 3 Tassen pro Tag vor oder nach der Lebertransplantation signifikant geringer.

Kaffeekonsum war also mit einem verbesserten Langzeitüberleben assoziiert. Patienten, die < 3 Tassen Kaffee pro Tag konsumierten, wiesen dabei ein signifikant kürzeres Überleben auf als Patienten mit Kaffeekonsum von ≥ 3 Tassen.¹⁸

Kaffee und mögliche Wirkungsmechanismen

Kaffee enthält über tausend bekannte Inhaltsstoffe, wie z. B. Koffein, Kawehol und Cafestol, deren Konzentration je nach Zubereitungsart stark variiert. In den vergangenen Jahren gewann besonders Koffein an Bedeutung, da eine Risikoreduktion in der Entstehung eines HCCs bei koffeinfreiem Kaffee nicht nachgewiesen werden konnte.¹⁷

Fotos: <https://pxhere.com>

Der genaue Mechanismus hinter dem protektiven Effekt von Kaffee konnte bislang noch nicht festgehalten werden. Für Koffein und seine Abbauprodukte sind starke anti-oxidative und anti-inflammatorische Wirkung beschrieben.¹⁹ Ebenfalls wird in experimentellen Studien eine Aktivität als Gegenspieler für bestimmte Rezeptoren im Körper beschrieben, welche eine anti-fibrotische und anti-tumorale Wirkung vorweisen. Eine Blockierung dieser Rezeptoren konnte in einer in-vitro Studie sogar ein vermindertes Wachstum von Tumorzellen bewirken.¹⁸ In Studien an Ratten konnte gezeigt werden, dass Koffein vorbeugend die Leberfibrose und Entstehung neuer Gefäße innerhalb der Leber reduziert. Auch in Ratten mit bereits zirrhotischen Lebern führt eine therapeutische Koffeinbehandlung zu einer Reduzierung der Fibrose.²⁰

Insgesamt muss man also von komplexen Wirkmechanismen von Koffein ausgehen, die sowohl direkte Wirkungen auf das hepatozelluläre Karzinom als auch indirekte Wirkungen auf das chronisch-entzündete Lebergewebe haben. Weitere Studien sind notwendig, um die Bedeutung von Koffein und dessen möglichen Wirkmechanismen zu bestätigen.

Zusammenfassung und Ausblick

In Anbetracht der umfangreichen wissenschaftlichen Vorarbeiten kann für koffeinhaltigen Kaffee ein mögliches Potenzial sowohl in der Primär- als auch Sekundärprophylaxe bei HCC und Leberfibrose vermutet werden. Aufgrund der aktuellen Studienlage ist erhöhter Konsum von Kaffee sicher und gilt auch in hohen Maßen nicht als gesundheitsschädigend.^{21,22} Auch wenn die Datenlage noch nicht ausreichend robust für eine Empfehlung scheint, so liegt es doch nahe, Patienten, die an chronisch-entzündlichen Erkrankungen der Leber und deren

Folgen leiden, schon jetzt auf den möglicherweise positiven Effekt eines erhöhten Kaffeeconsums hinzuweisen.

Literaturverzeichnis

1. Sia, D., et al., *Liver Cancer Cell of Origin, Molecular Class, and Effects on Patient Prognosis. Gastroenterology*, 2017. 152(4): p. 745-761.
2. European Association for the Study of the Liver. *Electronic address, e.e.e. and L. European Association for the Study of the, EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease. J Hepatol*, 2019. 70(1): p. 172-193.
3. Fernandez-Sevilla, E., et al., *Recurrence of hepatocellular carcinoma after liver transplantation: Is there a place for resection? Liver Transpl*, 2017. 23(4): p. 440-447.
4. Lai, Q., et al., *Alpha-fetoprotein and modified response evaluation criteria in solid tumors progression after locoregional therapy as predictors of hepatocellular cancer recurrence and death after transplantation. Liver Transpl*, 2013. 19(10): p. 1108-18.
5. Kondili, L.A., et al., *Primary hepatocellular cancer in the explanted liver: outcome of transplantation and risk factors for HCC recurrence. Eur J Surg Oncol*, 2007. 33(7): p. 868-73.
6. Zheng, J., et al., *Actual 10-Year Survivors After Resection of Hepatocellular Carcinoma. Ann Surg Oncol*, 2017. 24(5): p. 1358-1366.
7. Yoshida, S., et al., *Sublethal heat treatment promotes epithelial-mesenchymal transition and enhances the malignant potential of hepatocellular carcinoma. Hepatology*, 2013. 58(5): p. 1667-80.
8. McLean, A.E., *Coffee, alcohol, and liver enzymes. Lancet*, 1968. 2(7576): p. 1035.
9. Stocks, P., *Cancer mortality in relation to national consumption of cigarettes, solid fuel, tea and coffee. Br J Cancer*, 1970. 24(2): p. 215-25.
10. Klatsky, A.L. and M.A. Armstrong, *Alcohol, smoking, coffee, and cirrhosis. Am J Epidemiol*, 1992. 136(10): p. 1248-57.
11. Tanaka, T., et al., *Inhibitory effects of chlorogenic acid, reserpine, polyphenolic acid (E-5166), or coffee on hepatocarcinogenesis in rats and hamsters. Basic Life Sci*, 1990. 52: p. 429-40.
12. Ruhl, C.E. and J.E. Everhart, *Coffee and tea consumption are associated with a lower incidence of chronic liver disease in the United States. Gastroenterology*, 2005. 129(6): p. 1928-36.
13. Tverdal, A. and S. Skurtveit, *Coffee intake and mortality from liver cirrhosis. Ann Epidemiol*, 2003. 13(6): p. 419-23.
14. Gelatti, U., et al., *Coffee consumption reduces the risk of hepatocellular carcinoma independently of its aetiology: a case-control study. J Hepatol*, 2005. 42(4): p. 528-34.
15. Gallus, S., et al., *Does coffee protect against hepatocellular carcinoma? Br J Cancer*, 2002. 87(9): p. 956-9.
16. Bravi, F., et al., *Coffee reduces risk for hepatocellular carcinoma: an updated meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol*, 2013. 11(11): p. 1413-1421 e1.
17. Bamia, C., et al., *Coffee, tea and decaffeinated coffee in relation to hepatocellular carcinoma in a European population: multicentre, prospective cohort study. Int J Cancer*, 2015. 136(8): p. 1899-908.
18. Wiltberger, G., et al., *Protective effects of coffee consumption following liver transplantation for hepatocellular carcinoma in cirrhosis. Aliment Pharmacol Ther*, 2019. 49(6): p. 779-788.
19. Amer, M.G., N.F. Mazen, and A.M. Mohamed, *Caffeine intake decreases oxidative stress and inflammatory biomarkers in experimental liver diseases induced by thioacetamide: Biochemical and histological study. Int J Immunopathol Pharmacol*, 2017. 30(1): p. 13-24.
20. Schmelzle, M., et al., *CD39 modulates hematopoietic stem cell recruitment and promotes liver regeneration in mice and humans after partial hepatectomy. Ann Surg*, 2013. 257(4): p. 693-701.
21. Heath, R.D., et al., *Coffee: The magical bean for liver diseases. World J Hepatol*, 2017. 9(15): p. 689-696.
22. Heckman, M.A., J. Weil, and E. Gonzalez de Mejia, *Caffeine (1, 3, 7-trimethylxanthine) in foods: a comprehensive review on consumption, functionality, safety, and regulatory matters. J Food Sci*, 2010. 75(3): p. R77-87.

Welt-Hepatitis-Tag

Am 28. Juli 2020 war Welt-Hepatitis-Tag. Er stand erneut unter dem Motto: „Hepatitis: Findet die fehlenden Millionen!“ Laut WHO sind schätzungsweise an die 330 Millionen Menschen weltweit von einer chronischen Hepatitis B oder C betroffen. Unentdeckt verlaufen diese oft lange Zeit fast symptomlos, können dann aber zu tödlichen Spätfolgen (Zirrhose und Leberkrebs) führen. Erkannt kann die Hepatitis B in den meisten Fällen kontrolliert und die Hepatitis C geheilt werden. Deshalb ist es wichtig, die „stummen Infizierten“ zu finden, um Schlimmes zu vermeiden. Informationen zum

Welt-Hepatitis-Tag finden Sie auf www.welt-hepatitistag.info

Aber auch die Hepatitis E kann, speziell bei Immunsupprimierten und schwer Lebererkrankten, große Probleme machen. Auch hierzu im Folgenden einige Informationen.

Machen Sie mit: Zum diesjährigen Welt-Hepatitis-Tag will die **World Hepatitis Alliance einen offenen Brief an die Regierungen aller Länder schicken**, den jeder online per Unterschrift unterstützen kann. Der Brief soll die Regierungen weltweit –

auch in Deutschland – an ihr Versprechen von 2016 erinnern, Hepatitis B und C bis zum Jahr 2030 einzudämmen.

Sie können den englischsprachigen Brief hier unterzeichnen:

<https://www.nohep.org/2020whdletter/>.

Eine deutsche Übersetzung des Briefes finden Sie hier: <http://www.weltheepatitistag.info/infos/aktionen/unterzeichnen-sie-den-offenen-brief-der-wha-an-die-regierungen-aller-laender/>

Zum Welt-Hepatitis-Tag am 28. Juli 2020

Jutta Riemer

Hepatitis B und C: Findet die Millionen

Weltweit ahnen knapp 80% der Infizierten nicht, dass sie betroffen sind. Auch in Deutschland geht man von Hunderttausenden Infizierten aus, von denen die meisten nichts von der Infektion ahnen. Positive Hepatitis-Tests sind oftmals Zufallsbefunde. (z. B. Blutspende). Die Betroffenen sind dann oft erstaunt, denn sie hatten niemals eine „Gelbsucht“ gehabt. Infektionen verlaufen oftmals unbemerkt. 50–90% werden allerdings chronisch, wobei erste unspezifische Anzeichen wie Müdigkeit oder Gelenkschmerzen auch spät auftreten können. Die Infektion zerstört die Leber weiter bis zur Leberzirrhose mit schweren Komplikationen wie Wassereinträgungen (Aszites), Gehirnleistungsstörungen (Hepatische Enzephalopathie). Viele Menschen registrieren erst in diesem Endstadium, dass ihre Leber krank ist.

Vorbeugung und Behandlung

Infektionen und schwere Verläufe ließen sich verhindern. Gegen Hepatitis B (in Kombination mit Hep A!) gibt es eine Schutzimpfung. Die Hepatitis-C-Infektion lässt sich durch Vermeiden von Blutkontakten verhindern. Doch auch wenn Menschen bereits chronisch infiziert sind, gibt es wirksame Therapien: Beides kann die Leber vor Schäden bewahren und zudem das Ansteckungsrisiko für andere Menschen senken. Die Hepatitis-B-Infektion ist durch verschiedene antivirale Medikamente gut kontrollierbar. Bei der medikamentösen Hepatitis-C-Therapie führt die Ersttherapie schon in 95% der Fälle zur Virusfreiheit, nur 5% benötigen weitere Therapien.

Ziel der WHO: „Viruselimination“ weltweit bis 2030

Die WHO verkündete 2016 das Ziel, die Hepatitis B und C weltweit bis zum Jahr 2030 drastisch einzudämmen. Mit Schutzimpfungen gegen Hepatitis B, Screening auf vorhandene Hepatitis-Infektionen und konsequente Behandlungen soll das Ziel erreicht werden. Alle Länder haben sich verpflichtet mitzumachen. Auch Deutschland hat ein Programm dazu aufgelegt (BIS2030-Strategie), dessen konsequente Verfolgung aber durch die derzeitige Corona-Pandemie verzögert werden dürfte.

Deutschland: Guter Behandlungszugang, unbefriedigendes Screening

Steht in Deutschland die Hepatitis-Diagnose, ist der Zugang zu effektiven Therapien gut gewährleistet. Der Zugang wird in den neuen Leitlinien zur Hepatitis C noch verbessert werden, indem die Wartezeit auf die Hepatitis-C-Therapie von einem halben Jahr wohl entfallen wird. Dies war bisher von den Krankenkassen vorgegeben, da Hepatitis C erst nach einem halben Jahr chronisch wird. Bei Diagnosestellung sind die meisten Patienten aber schon viele Jahre infiziert.

Für frühzeitige Diagnosen wird allerdings noch zu wenig getan. Zu den Risikogruppen gehören alle, die verstärkt Übertragungswegen ausgesetzt sind (Hep C: Blut-zu-Blut-Kontakt, Hep B: Blut und weitere Körperflüssigkeiten), wie z. B. Partner und Kinder von Infizierten, Menschen mit Drogengebrauch und/oder häufig wechselnden Sexualpartnern, homosexuelle Männer, Empfänger von Blutprodukten vor 1991 (Hepatitis C), Menschen aus Ländern mit hoher Hepatitis-B- oder -C-Verbreitung sowie allgemein Patienten mit unklar erhöhten Leberwerten. Bisher ist ein Screening auf Hepatitis B und C für diese Risikogruppen leider noch nicht empfohlen. Entschieden werden soll noch in 2020, ob man allen über 35-Jährigen eine kostenfreie Untersuchung im Rahmen der Gesundheitsvorsorge anbietet. Das wäre zumindest ein kleiner Fortschritt. Das Screening sollte aber ausgeweitet werden, um frühzeitig Infektionen zu entdecken und das Ansteckungsrisiko zu minimieren.

Hepatitis E: Häufigstes Hepatitisvirus in Deutschland

Vorsicht geboten für Transplantierte – Rohes Fleisch meiden

Was man zu früheren Zeiten als eher exotisches, in Indien vorkommendes Virus wahrgenommen hat, ist längst in Deutschland angekommen. Das Robert-Koch-Institut schätzt, dass jeder 6. Bürger eine Infektion mit dem Hepatitis-E-Virus durchgemacht hat. Weltweit infizieren sich lt. WHO schätzungsweise 20 Millionen Menschen jährlich mit dem Virus.

Übertragungswege

Während in Entwicklungsländern die Hepatitis-E-Viren – wie auch die Hepatitis A – meist durch schmutziges Wasser übertragen werden, sind es in Deutschland unvollständig geräuchertes Fleisch sowie Meeresfrüchte. In Mettbrötchen,

aber auch anderen Rohfleischprodukten, ja in Feldfrüchten wie Erdbeeren kann das Virus auftreten.

Neu: Blutproben werden auf Hep E getestet

Ein großer Fortschritt ist es, dass seit 1.1.2020 Blutprodukte auch auf Hepatitis E untersucht werden müssen. Was für HIV, Hepatitis B und C schon lange selbstverständlich war, gilt also nun auch für die Hepatitis E. Die Testung der Blutproben begann schon im Herbst 2019 und es konnten so schon Übertragungen des Virus verhindert werden, was gerade bei schwer Erkrankten wichtig ist.

Verlauf und Therapie

Meistens verläuft eine Infektion unbemerkt. Bei Menschen mit schwerer Vorerkrankung der Leber kann die Infektion problematisch bis tödlich verlaufen. Bei immungeschwächten Personen, wie Organtransplantierte, besteht die Gefahr einer chronischen Virus-Erkrankung, die in 1–3 Jahren zur Leberzirrhose führen kann. Bei chronischen Verläufen wird das antivirale Medikament Ribavirin eingesetzt, da es kein anderes dafür zugelassenes Medikament gibt. ²/₃ der Patienten heilen so aus. Spricht der Patient auf Ribavirin nicht an, gibt es keine weitere Alternative.

Vom Hepatitis-E-Virus gibt es verschiedene Varianten. In Indien und Afrika ist eher der Genotyp 1 verbreitet, der im letzten Drittel der Schwangerschaft dazu führt, dass jede 4. der Infizierten an Komplikationen verstirbt. In Europa ist der Genotyp 3 verbreitet, der diese Probleme seltener macht.

Vorbeugung

Gegen das Hepatitis-E-Virus des Genotyps 3, wie er in Europa vorkommt, gibt es noch keinen Impfstoff. In China ist ein solcher gegen den Genotyp 1 schon seit 8 Jahren erhältlich. Ob er auch gegen den Genotyp 3 wirksam wäre, ist nicht bekannt. Vielleicht interessieren sich ja auch bei uns einmal Ärzte, Hersteller und die Politik für einen Impfstoff gegen Hepatitis Genotyp 3.

Zur Erinnerung: Gegen Hepatitis A und B kann sich jeder impfen lassen und sollte dies auch tun.

Die Vorbeugung in Deutschland, besonders für Immunsupprimierte, besteht also vor allen Dingen darin, rohes Fleisch und Rohwurstprodukte zu meiden.

Quelle: PM der Deutschen Leberhilfe e.V. v. 28.7.2020

Hämochromatose: Vorbeugen durch Blutspenden?!

Prof. Dr. med. Birgit Gathof

Fachärztin für Transfusionsmedizin – Internistin

Uniklinik Köln

Aderlässe sind eine Therapie der Wahl bei Patienten mit Hämochromatose und ebenso bei gesunden Personen mit einer Veranlagung dazu. Bei einem Aderlass von ca. 500 ml werden dem Körper mit allen anderen Blutbestandteilen auch ca. 250 mg Eisen entnommen.

Hierdurch wird das vermehrt im Körper gespeicherte Eisen entfernt. Diese Aderlässe können mittels Nadel aus einem Blutgefäß über ein Schlauchsystem oder in einen Aderlassbeutel erfolgen. Blutspendedienste erhalten weltweit Anfragen von Hämochromatose-Patienten oder deren behandelnden Ärzten, ob das entnommene Blut nicht für andere Menschen gespendet werden könnte. Da weltweit ein Mangel an Blutspenden herrscht, wäre es erstrebenswert, dieses Blut als Blutspenden zur Patientenversorgung zugänglich zu machen. Andererseits sollten für die zu behandelnden Patienten Risiken, z. B. durch vermehrtes Eisen im Spenderblut oder verdeckte Risiken, beim Blutspender vermieden werden. In den einzelnen Ländern weltweit und in Europa sowie auch bei den einzelnen Blutspendediensten gibt es dazu unterschiedliche Regelungen: Manche Blutspendedienste lehnen die Zulassung zur Blutspende für Hämochromatose-Merkmalsträger/-patienten ab, da diese Patienten und damit nicht gesund seien. Entsprechend der



Foto: <https://pixabay.com/de/photos/blut-blutspende-medizinische-5427229/>

aktuellen Richtlinien* können symptomfreie Hämochromatose-Patienten jedoch nach Normalisierung ihrer Eisenspeicherwerte aufgrund individueller Entscheidung des Spendeartzes zur Blutspende zugelassen werden.

Insbesondere können auch gesunde Verwandte von Hämochromatose-Patienten und gesunde Träger von Mutationen, die Hämochromatose verursachen, durch regelmäßige Blutspenden ihre Eisenspeicher im Normalbereich halten.

In der Transfusionsmedizin an der Uniklinik Köln haben wir mehr als 10 Jahre Erfahrung mit der „Blutspende von Hämochromatose-Merkmalsträgern“. Mehr als 10 Personen mit Hämochromatose-Merkmalen halten mit regelmäßigen Blut-

spenden (Männer bis zu 6 Mal, Frauen bis zu 4 Mal pro Jahr jeweils 500 ml) ihre Eisenspeicherwerte im für die Prävention der Symptome und Organschäden der Hämochromatose im normalen Bereich. Ihre Eisenspeicherparameter werden regelmäßig bei jeder Blutspende gemessen. Aufgrund einer Änderung der Richtlinien können jetzt sogar Menschen im höheren Alter regelmäßig Blut spenden und damit ihre Prävention der Hämochromatose fortsetzen.

* Literatur:

Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie), Bundesanzeiger, 9.7.2010, ISSN 0720-6100

Hämochromatose

Jutta Riemer

Die Hämochromatose ist eine der häufigsten erblichen Stoffwechselstörungen. Sie wird autosomal rezessiv vererbt und etwa jeder 9. Nordeuropäer trägt die entsprechende Anlage auf dem Chromosom Nr. 6. Die Krankheit kann nur zum Erscheinen kommen, wenn man von Mutter und Vater das defekte Gen geerbt hat. Ca. 1/4 Million Menschen in Deutschland haben von beiden Elternteilen die Anlage geerbt. Davon erkranken bis zur Hälfte im Laufe des Lebens an der Hämochromatose. Der Gendefekt bewirkt letztendlich eine verstärkte Eisenaufnahme aus der Nahrung. Dieses überschüssige Eisen wird in Leber, Bauchspeicheldrüse, Hypophyse, Herz und ande-

ren Organen sowie Gelenken abgelagert und führt mit zunehmender Dauer der Eisenüberlagerung zu Eisenvergiftung und später, meist ab dem 40. Lebensjahr, unbehandelt zu Leber-Zirrhose, Leberkarzinom, Diabetes, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Impotenz, Kardiomyopathie und Arthropathie. Zwei wichtige Laborparameter geben den entscheidenden Hinweis auf diese Erkrankung:

Der Ferritinspiegel im Serum (Ferritin ist ein Eisenspeicherprotein) zeigt die Menge des gespeicherten Körpereisens an. Bei Hämochromatose-Patienten ist er meist deutlich erhöht (über 500 µg/l). Die Erhöhung kann jedoch bei jungen Patienten moderat sein oder beim Gesunden auf eine Entzündung hindeuten.

Die Transferrin-Sättigung mit Eisen über

60% (prozentuale Beladung des Eisentransportproteins Transferrin mit Eisen) rundet die Diagnostik ab und führt zur Entdeckung von an die 95% der Hämochromatose-Patienten.

Die Therapie der Wahl ist nach wie vor zu meist der regelmäßige Aderlass mit dem Ziel der Entleerung der Eisenspeicher. In manchen Fällen muss auf andere Therapien zurückgegriffen werden wie z.B. die Erythrozytapherese oder medikamentöse Therapie. Ist die Leber schon stark geschädigt und zirrotisch umgebaut, kann eine Lebertransplantation heilen. Auf jeden Fall ist es von großer Bedeutung, die Hämochromatose frühzeitig zu entdecken, um die genannten gravierenden Spätschäden und die Lebertransplantation zu verhindern.

Quelle: www.haemochromatose.org

Tätigkeitsberichte der Transplantationszentren für 2019 veröffentlicht

Patienten finden gezielt Berichte für jedes Organ nach Zentrum

Bundesweit wurden in Deutschland im Jahr 2019 insgesamt 3.767 Organe in 46 Transplantationszentren übertragen. Gleichzeitig warteten hierzulande mehr als 9.000 Patienten im letzten Jahr auf eine Transplantation. Um einen Überblick über die Entwicklung der Wartelisten, der Organtransplantationen und deren Ergebnisse zu geben, veröffentlicht die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) die Tätigkeitsberichte aller deutschen Transplantationszentren für das Jahr 2019 auf ihrer Homepage www.dso.de unter „Statistiken und Berichte“. Die DSO erstellt jährlich die Tätigkeitsberichte der Transplantationszentren auf Basis des Transplantationsgesetzes (TPG, § 11 Abs. 5

TPG). Die Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung sind ein Auszug aus der Bundesauswertung des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).

Für jedes Transplantationszentrum wird pro dort übertragenem Organ, d.h. Herz, Lunge, Leber, Pankreas und Niere, ein separater Tätigkeitsbericht angeboten. In ergänzenden Grafiken werden die Zahlen für jedes Zentrum über den Verlauf der letzten acht Jahre dargestellt bzw. zu den bundesweiten Ergebnissen in Relation gesetzt.

Darüber hinaus bietet die DSO-Website die Möglichkeit, unabhängig vom jeweiligen Transplantationszentrum gezielt

die bundesweiten Daten für jedes einzelne Organ auszuwählen. Außerdem zeigen diese bundesweiten Grafiken auch die Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung.

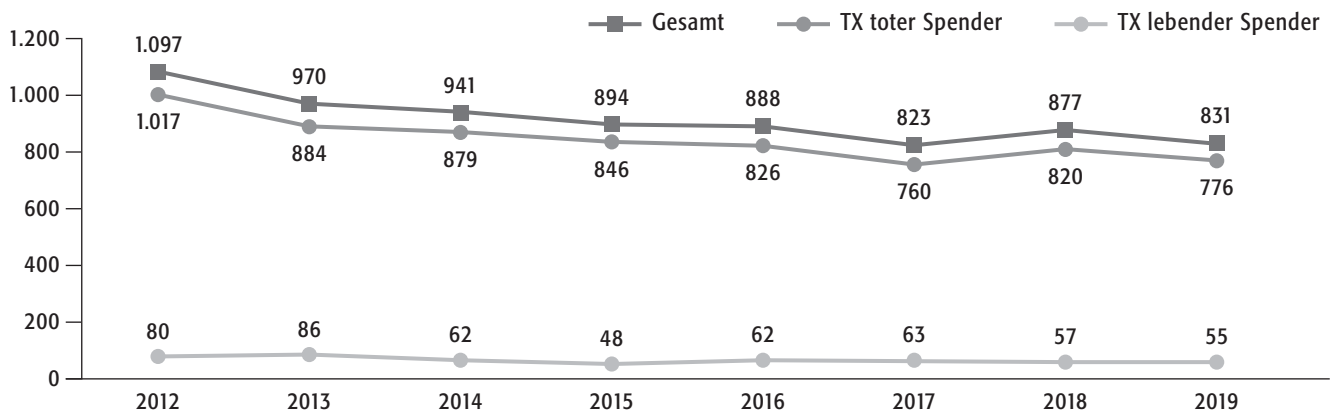
Durch die verschiedenen Auswahlmöglichkeiten können die Patienten schnell und einfach auf die Daten zugreifen, die für sie von Interesse sind.

Link zu den Berichten:

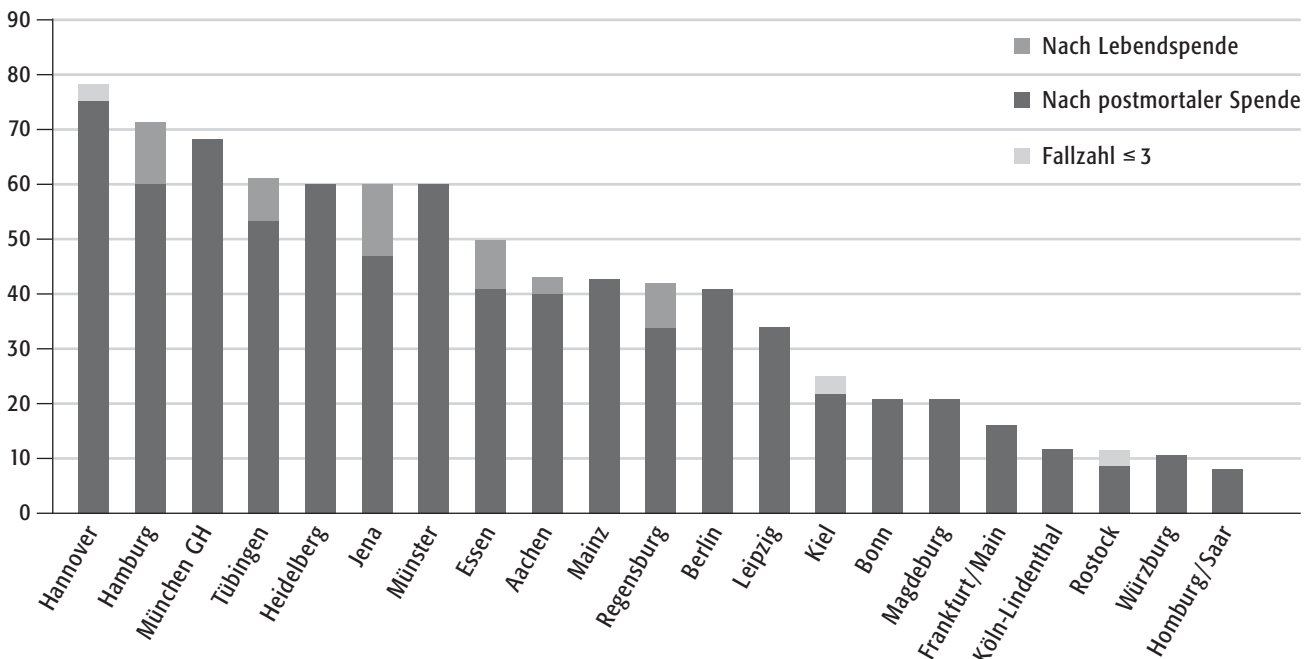
<https://www.dso.de/organspende/statistiken-berichte/berichte-der-transplantationszentren>

PM der DSO v. 29.9.2020

Lebertransplantationen: Deutschland 2012–2019 (Anzahl inkl. Kombinationen)



Lebertransplantationen: Alle Leberzentren 2019 (Anzahl inkl. Kombinationen)



Lebertransplantation: Grafiken zum Tätigkeitsbericht 2019 nach § 11 Abs. 5 TPG

Regensburg: 250. Split-Lebertransplantation

Meilenstein für die Mediziner am Universitätsklinikum Regensburg (UKR): Spezialisten transplantierten Mitte Juni 2020 einem Kleinkind und einer Erwachsenen eine Leber. Das Besondere: die Ärzte hatten nur ein Spenderorgan zur Verfügung. Insgesamt war es die 250. Split-Lebertransplantation am UKR.

„Der Aufwand ist groß, aber es ist schön zu sehen, dass wir mit einem Spenderorgan zwei Patienten helfen können und das bereits zum 250. Mal“, kommentiert Professor Dr. Stefan Brunner, Stellvertreter Direktor der Klinik und Poliklinik für Chirurgie des UKR, die 250. Split-Lebertransplantation. Mit dieser Technik ist es möglich, mit nur einem Spenderorgan zwei Patienten das Leben zu retten. Dabei wird die Spenderleber unmittelbar nach Eintreffen im Transplantationszentrum von einem spezialisierten Chirurgenteam geteilt. Der kleinere Leberanteil ist für ein Kind und der größere Leberanteil für einen Erwachsenen bestimmt. Parallel zur Teilung des Spenderorgans beginnen zwei weitere Chirurgeteams mit der Entfernung der erkrankten Lebern bei den jeweiligen Empfängern.

Hochspezialisierte Teams und schnelle Reaktionen

In der Transplantationsmedizin sind solche Operationen nicht im Voraus planbar, da man nicht weiß, wann ein passendes Spenderorgan zur Verfügung steht,

sodass zu jeder Tages- und Nachtzeit hochspezialisierte Teams von verschiedenen an der Transplantation beteiligten Fachbereichen zur Verfügung stehen müssen. Dabei ist eine schnelle Reaktion mit hohem organisatorischem Aufwand notwendig, um keine Zeit zu verlieren. Zwei Patienten, davon ein Kleinkind oder Säugling, müssen für die Operation vorbereitet werden, Gleiches gilt auch für die Spenderleber. „Nur ein fein abgestimmtes Zusammenspiel der verschiedenen medizinischen Disziplinen ermöglicht es, diese Eingriffe so präzise und auch erfolgreich durchzuführen“, so Professor Dr. Hans Jürgen Schlitt, Direktor der Klinik und Poliklinik für Chirurgie des UKR. Daher gehören solche komplexen Operationen nur an sehr wenigen Kliniken in Deutschland zum medizinischen Standard, wie es im Universitären Transplantationszentrum Regensburg der Fall ist. Angesichts des Organmangels in Deutschland ist dieses Verfahren jedoch wichtig, um mit den zur Verfügung stehenden Spenderorganen möglichst achtsam umzugehen und vielen Patienten helfen zu können.

Auch der sechs Monate alte Lucca Eliah und Frau R. erhielten so ihr neues Spenderorgan. Neben den technischen Voraussetzungen und dem medizinischen Know-how ist natürlich auch die Beschaffenheit der Spenderleber entscheidend. „Auch wenn die Leber ein Organ ist, das

sich prinzipiell sehr gut regenerieren kann, muss das Spenderorgan eine sehr gute Qualität haben, um einen möglichst komplikationsfreien Verlauf und eine gute langfristige Funktion zu erreichen“, erklärt Professor Brunner. Werden alle Voraussetzungen erfüllt, werden in einer vier- bis sechsständigen Operation beiden Patienten die Teillebern transplantiert. Im Fall von Lucca Eliah übernimmt anschließend das Team aus der Kinder- und Jugendmedizin unter Leitung von Professor Dr. Michael Melter, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, und Frau Dr. Birgit Knopke, verantwortliche Kinderärztin für die pädiatrische Lebertransplantation, die weitere Versorgung des Patienten.

Diese Aufgaben übernimmt die Leber

Die Leber ist als zentrales Organ für die Entgiftung des Körpers zuständig. Wenn ihre Funktion gestört ist, wird der Körper mit Giftstoffen überschwemmt und lebenswichtige Stoffe, die zum Beispiel für die Blutgerinnung verantwortlich sind, werden nicht mehr gebildet. So ist für Patienten mit einem Leberversagen eine Lebertransplantation oftmals die einzige Möglichkeit einer Behandlung.

Quelle: PM des Universitätsklinikums Regensburg v. 30.6.2020



Das interdisziplinäre Team, bestehend aus Chirurgie, Anästhesisten, Internisten und Pädiatern zusammen mit den beiden transplantierten Patienten.

Heidelberg: „Wir freuen uns auf unsere neue, moderne Chirurgie!“ Umzug im Neuenheimer Feld am 10. Oktober 2020

Josef Theiss

Nach sechsjähriger Bauzeit wurde der neue Bau der Chirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg fertiggestellt. Der Neubau zwischen Medizinischer Klinik sowie Frauen- und Hautklinik ist ein weiterer wichtiger Schritt in der Vollen- dung des 1987 begonnenen „Heidelberger Klinikrings“. Der Umzug in das 210 Millionen teure neue Klinikum erfolgte am 10. Oktober und lässt nun auch für die Lebertransplantationspatienten alle An- laufstellen zusammenrücken, lag doch seither fast ein Kilometer zwischen der Transplantationschirurgie und der Innen- ren Medizin.

Kernstück des Neubaus ist der Opera- tionstrakt mit 16 OP-Sälen, die digital in die Medizin- und IT-Landschaft der Klinik eingebettet sein werden. Sechs OP-Säle sind zusätzlich mit integrierten Endosko- pie-Systemen und zwei OPs als Hybrid- OP mit robotergestütztem Angiographie- System ausgestattet. Außerdem wird es einen ambulanten OP-Bereich geben, eine Tagesklinik, eine Radiologische Funk- tionsdiagnostik sowie Ambulanzen. Von zentraler Bedeutung für das Gesamtklini- kum ist die Hubschrauberlandeplattform auf dem Dach. Eine gemeinsame Not- fallzufahrt von Medizinischer Klinik und Chirurgie wurde bereits im August 2014 fertiggestellt. Für Forschung und Lehre stehen auf rund 900 Quadratmetern Fläche ein neuer Hörsaal mit 196 Plätzen so- wie sieben Seminarräume zur Verfügung. Im Bettenhaus sind neben den fünf Nor- malpflegestationen mit jeweils 36 Betten zwei Intensiv- und zwei Intermediate-Care- Stationen mit je max. 28 Betten sowie eine Wahlleistungsstation mit 21 Betten, insgesamt 313 Betten, untergebracht.



Foto: Uniklinik Heidelberg

Unser Verband war schon immer eng verbunden mit dem Transplantations- zentrum der alten Chirurgie direkt am Neckar. Mit und an dieser wurde unser Patientenverband als „Selbsthilfe Leber- transplantierter Heidelberg e.V.“ gegrün- det, aus der unser heutiger Verein her- vorgegangen ist. Im Hörsaal fand unser erstes Arzt-Patienten-Seminar im No- vember 1993 statt, an dem ich als noch nicht transplantierter Patient teilgenom- men habe. Ich hatte gerade die Evalu- erungsuntersuchungen zu einer Leber- transplantation hinter mir und die Grün- derin unseres Vereins, Jutta Vierneusel, die mit mir in der Medizinischen Klinik in der Bergheimer Straße zuvor ein län- gereres Gespräch am Krankenbett führte, hatte mich dazu eingeladen. Einige Jah- re früher, nämlich im Jahr 1989, war ich schon einmal Patient der Chirurgie in Hei- delberg, durch eine Teilleberresektion wurde ich von einem Lebertumor (HCC)

befreit. Die Chirurgie sah mich noch ei- nige Male zu Operationen wieder. Im Februar 1994 wurde mir dort als „high urgent-Patient“ eine neue Leber einge- pflanzt, die mich bis heute bestens ver- sorgt. Sehr viele unserer Mitglieder, da- runter mehrere ehrenamtlich Mitwirkende, sind dort transplantiert worden. Im Hörsaal der Chirurgie fanden jährlich un- sere Patientenveranstaltungen statt. In guter Verbindung standen wir auch mit den Klinikseelsorgern der Chirurgie, Fr. Pfarrerin Barbara Roßner und Pfarrer Horst Tritz, letzterer verabschiedete sich im April in den Ruhestand. Bleibt zu ho- fen, dass Neubau und Ausstattung noch bessere Bedingungen auch für die Tran- splantationsmedizin unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. h.c. Markus W. Büchler bringen werden.

Quelle: PM des UK Heidelberg v. 1.10.2020



Schenke Mut: Erzähl Deine Geschichte!

Mach mit! Eine Aktion für Patienten, die als Kind oder Jugendlicher ein Organ bekommen haben und ihre Angehörigen / Unter allen Teilnehmer*innen wird ein Fahrrad verlost

Besondere Momente, verwirklichte Träume, Tröster in schwierigen Phasen: Erzähle Deine Geschichte und schenke Patient*innen, die noch vor einer Transplantation stehen, und ihren Angehörigen mit Deinen Erfahrungen Mut.

Vor 50 Jahren erhielt erstmals ein zwölfjähriges Mädchen an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) eine Niere. Seitdem hat sich die Transplantation bei Kindern und Jugendlichen zu einem Schwerpunkt an der MHH entwickelt. Anlässlich des 50-jährigen Jubiläums startet das MHH-Transplantationszentrum im Januar 2021 die Mitmach-Aktion „Schenke Mut: Erzähl Deine Geschichte!“. Denn: Kinder und Jugendliche, die auf ein Spenderorgan warten, sind schwer krank. Sie und ihre Familien brauchen Unterstützung und Mut, um die schwere Zeit durchzustehen.

Geschichten von kleinen und großen Held*innen gesucht

Zum Mitmachen aufgerufen sind alle im Kindes- oder Jugendalter transplantierten Patient*innen und ihre Angehörigen. Der Kreativität sind dabei keine Grenzen gesetzt: Die Geschichten können beispielsweise in Form von Texten, gemalten Bildern, Fotos, Videos, Tonauf-

Anmerkung der Redaktion: Ihre Geschichte dürfen Sie gerne an info@lebertransplantation.de senden, dann veröffentlichen wir sie in einer Ausgabe dieser Zeitschrift „Lebenslinien“.

nahmen, Gedichten oder Comics erzählt werden. Die Beiträge werden auf der Internetseite www.mhh.de/DeineGeschichte veröffentlicht.

Unter allen Teilnehmer*innen wird mit freundlicher Unterstützung des Zweirad-Center Stadler, dem größten Zweirad-Center Deutschlands, ein Fahrrad verlost. Zudem wird aus den Beiträgen ein Jubiläumsbuch zur MHH-Geschichte der Transplantation bei Kindern entstehen, das alle Teilnehmer*innen bekommen.

„Aus eigener Erfahrung und weil mir das Wohl und die Zukunft von Kindern und Jugendlichen sehr wichtig ist, unterstütze ich das Projekt aus vollem Herzen und hoffe, dass wir viele Geschichten von großen und kleinen Helden sammeln können“, sagt die Schirmherrin der Mitmach-Aktion

Elke Büdenbender, Richterin am Verwaltungsgericht Berlin und Gattin des Bundespräsidenten Frank-Walter Steinmeier.

Unterstützt wird die Aktion zudem durch die Rudolf-Pichlmayr-Stiftung und die Rehabilitationseinrichtung Ederhof für Kinder, Jugendliche und Familien vor und nach Organtransplantation.

Teilnahme und Kontakt

Nähere Informationen zur Aktion, Beispielbeiträge und die Teilnahmebedingungen stehen in Kürze auf der Internetseite www.mhh.de/DeineGeschichte.

Fragen zur Aktion beantworten dann Camilla Mosel, Luisa Huwe und Nicolas Kayser telefonisch unter 0511-53284084 oder per E-Mail über DeineGeschichte@mh-hannover.de.

Hannover: Rund um die Uhr für die Organspende im Einsatz

Deutsche Stiftung Organtransplantation zeichnet MHH für ihre umfassende 24-Stunden-Labordiagnostik bei Organspenden aus

Die Transplantation von Spenderorganen muss sicher, effektiv und schnell sein. Um dies jederzeit zu gewährleisten, werden Blut und Gewebe des Organspenders vor der Organvergabe und Transplantation umfassend getestet – und das rund um die Uhr. Institute an der MHH tragen durch ihren diagnostischen 24-Stunden-Service dazu bei, dass die immunologisch passenden Organe vermittelt und gefährliche Infektionen und Organschäden bei den Spenderorganen rechtzeitig erkannt werden. Dafür wurde die MHH am 13. Februar 2020 als erster Exzellenz-Partner der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), die in Deutschland die Organspende koordiniert, ausgezeichnet.

Referenzzentrum für Nierenpathologie

MHH-Institute nehmen in ihren Laboren sieben Tage die Woche, 24 Stunden



„Exzellente Partner“: Professor Rainer Blasczyk, Professor Axel Haverich, Dr. Axel Rahmel und Professor Michael Manns (v.l.)

am Tag Gewebetypisierungen, Infektionsdiagnostiken und pathologische Untersuchungen von Spenderblut und Spenderorganen vor. „Es gibt deutschlandweit nur wenige Partner, die das gesamte Spektrum abdecken. Die MHH ist für uns aufgrund der vorhandenen Expertise un-

ter anderem das Referenzzentrum für pathologische Untersuchungen von Spendernieren“, sagte Dr. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der DSO, bei der Verleihung der Urkunde in Hannover.

Als Vertreter der diagnostischen Institute nahm Professor Dr. Rainer Blasczyk, Direktor des Instituts für Transfusionsmedizin und Transplantat Engineering, die Urkunde entgegen. In seinem Institut wird das immunologische Profil des Spenders erstellt. Außerdem werden Verträglichkeitsproben zwischen Spender und Empfänger vorgenommen. An der Diagnostik beteiligt sind zudem die Institute für Pathologie, für klinische Chemie, Mikrobiologie und Virologie.

Professor Dr. Blasczyk bedankte sich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der MHH, die rund um die Uhr für die Organspende im Einsatz sind.

Quelle: PM der DSO v. 14.2.2020

Uniklinikum Saarland: Oase geschenkten Lebens eingeweiht

Am Samstag, 19. September 2020, wurde auf dem Campus des Universitätsklinikums des Saarlandes in Homburg eine „Oase geschenkten Lebens“ eingeweiht. Mit dieser ersten Oase im Saarpfalz-Kreis wurde ein weiterer Ort etabliert, an dem die saarländischen Organspenderinnen und Organspender und ihre Angehörigen geehrt werden. Die aus einer Stele und einem Ginkgobaum bestehende Oase befindet sich vor dem neuen Zentralen Hörsaal- und Bibliotheksgebäude.

„Wer die Welt erwärmen will, muss ein großes Feuer in sich tragen.“ Dieses Zitat des belgischen, katholischen Ordensgeistlichen Phil Bosmans steht auf der stählernen Gedenkstele in dankbarer Erinnerung an alle Organspenderinnen und Organspender. Die schlichte Stele mit ausgelassenem Ginkgoblatt wird ergänzt durch einen echten Ginkgobaum. Der Ginkgobaum steht symbolisch als Zeichen für Hoffnung und dankbare Erinnerung.

„Wir freuen uns sehr über den neuen Standort auf dem Gelände unseres Universitätsklinikums, da wir nun mit dieser Oase geschenkten Lebens alle bei uns zusammenbringen: die Angehörigen der verstorbenen Organspenderinnen und Organspender, die Lebendspenderrinnen und Lebendspender, die Transplantierten und unsere Kolleginnen und Kollegen der Transplantations- und Intensivmedizin“, stimmen Prof. Dr. Urban Sester, Leiter des Transplantationszentrums am UKS, und Prof. Dr. Ralf Ketter, Inhousekoordinator Organ- und Gewebespender am UKS, überein. Dieser Gemeinschaftsgedanke zeigte sich auch bei dieser Eröffnungsfeier unter Schirmherrschaft der saarländischen Gesundheitsministerin Monika Bachmann.

Auf dem Homburger Campus nahmen Angehörige von Organspenderinnen und Organspendern teil, aber auch Transplantierte mit ihren Familien sowie Beschäftigte des Universitätsklinikums. Vor

allem den Organempfängern war es ein zentrales Anliegen, die Spenderinnen und Spender zu ehren, die ihnen ein neues Leben ermöglicht haben.

Mit einem gemeinsamen ökumenischen Gottesdienst in der Klinikkirche und einer Feierstunde mit musikalischer Umrahmung an der Gedenkstele wurde die „Oase“ eingeweiht. Corona-bedingt hielten die Teilnehmer entsprechend Abstand, was durch liebevoll ausgeschnittene, auf dem Boden liegende Stoffherzen erleichtert wurde.

Der besondere Ort des Gedenkens wurde von fünf Projektpartnern ermöglicht: die Arbeitsgruppe „Infoteam Organspende Saar“ des Selbsthilfevereins Niere Saar e.V., die Saarländische Landesregierung, die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), die Ärztekammer des Saarlandes und die Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes.

Quelle: PM des UK des Saarlandes v. 19.9.2020



Fotos: Familie Schmitt, Niere Saar e.V.

Mannheim: Herausragender Einsatz für die Organspende

Minister Manne Lucha ehrt das Universitätsklinikum Mannheim

In Baden-Württemberg gab es im Jahr 2019 insgesamt 118 Organspender (2018: 126). Es konnten 376 Organe für die Transplantation entnommen werden (2018: 418). 1.042 Menschen aus Baden-Württemberg standen Ende Oktober 2020 auf der Warteliste für eine Transplantation. Von Januar bis Ende Oktober 2020 spendeten 96 Menschen nach dem Tod ihre Organe, im selben Vorjahreszeitraum waren es 98.

In Baden-Württemberg wird jährlich ein Entnahmekrankenhaus für besonderes Engagement bei der Organspende ausgezeichnet. Wichtige Kriterien für die Auszeichnung sind unter anderem:

- die kontinuierliche Fortbildung der Transplantationsbeauftragten sowie Schulungen für die Mitarbeiter der Intensivstationen
- die Erarbeitung interner Richtlinien für den Fall einer Organspende

- die enge Zusammenarbeit mit der DSO, z.B. regelmäßige Analysen aller Todesfälle mit Hirnschädigung
- ein verantwortungsvoller Umgang mit Angehörigen

Nach Bewertung dieser Kriterien fiel die Wahl 2020 auf das Universitätsklinikum Mannheim.

Im Universitätsklinikum Mannheim kümmert sich auf jeder Intensivstation ein Team aus engagierten Ärzten und Pflegenden darum, dass im Fall eines möglichen Organspenders frühzeitig der Kontakt zur Deutschen Stiftung Organtransplantation hergestellt wird. Im Gespräch können so alle Fragen frühzeitig und ohne Zeitdruck geklärt werden. Der Wille eines Verstorbenen zur Organspende wird so in jedem Fall am Lebensende beachtet.

Für dieses besondere Engagement wurde das Klinikum vom Ministerium für

Soziales und Integration Baden-Württemberg gemeinsam mit der Landesärztekammer, der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKKG) und der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) ausgezeichnet.

Sozialminister Manne Lucha MdL und Geschäftsführende Ärztin der DSO-Region Baden-Württemberg PD Dr. Christina Schleicher nahmen die Ehrung vor. Klinikleitung und der Leitende Transplantationsbeauftragte Dr. med. Thomas Kirschning freuten sich über diese Auszeichnung und betonten, dass es ihnen ein großes Anliegen sei, durch gespendete Organe Leben zu schenken und vor allen Dingen in jedem Fall den Willen der Verstorbenen zu ergründen und diesem gerecht zu werden.

Quelle: PM der DSO vom 11.11.2020

Leipzig: 8. Patiententag für Lebertransplantierte – online

Jutta Riemer

Viele der Patiententage an den Lebertransplantationszentren mussten Corona-bedingt abgesagt werden. In Leipzig hat das Lebertransplantationszentrum neue Wege beschritten und gemeinsam mit unserem Koordinator Mitte-Ost, Hans-Jürgen Frost, für den 21.11.2020 ein Online-Seminar vorbereitet. **Prof. Dr. Daniel Seehofer**, Leiter des Bereichs hepatobiliäre Chirurgie und viszerale Transplantation, und **Prof. Dr. Thomas Berg**, Leiter des Bereichs Hepatologie am UKL, bedauerten sehr, dass keine Präsenzveranstaltung stattfinden kann. Aber der Schutz der Patienten habe oberste Priorität. So mussten Ärzte, Patienten, Angehörige und weitere Interessierte zwar auf persönliche Begegnungen verzichten, bekamen aber dennoch wichtige Informationen aktuell von erstklassigen Fachreferenten live und online auf der UKL-Website geliefert. Über 80 Teilnehmer hatten sich eingeloggt, hörten die Vorträge und beteiligten sich aktiv an der abschließenden Fragerunde. Verschiedene Vorträge rund um das Thema Organspende, Lebererkrankungen und Lebertransplantation, moderiert von Prof. Berg, waren geboten.

Alexander Brick, Vorstandsmitglied Lebertransplantierte Deutschland e.V.,

sprach über die Aktivitäten unseres Verbandes im letzten Jahr. **Dr. Katalin Ditt-rich**, Geschäftsführende Ärztin der DSO-Region Ost, referierte zur Organspende in Deutschland und in Sachsen. Sie erläuterte zum Abschluss den Weg, wie Transplantierte ihren Brief an die Spenderfamilien schreiben können. Sie machte auch darauf aufmerksam, dass die DSO den Spenderfamilien nur Auskunft geben darf, wenn die schriftliche Einwilligung der Transplantierten vorliegt. **Dr. Niklas Aehling** vom UKL berichtete über sogenannte Leberersatzverfahren. Diese „Leberdialyse“ kann die vielen Stoffwechselprozesse einer gesunden Leber nicht ersetzen und ist deshalb nicht geeignet, den Patienten viele Jahre trotz insuffizienter Leber am Leben zu erhalten, wie das z.B. mit der Nierendialyse der Fall ist. Die Leberersatztherapie kann aber Hilfe bei der Entgiftung leisten, um so die Zeit bis zu einer Regeneration oder zur Transplantation besser zu überbrücken.

Über die Bedeutung von Bridging-Therapien bei HCC referierte **Dr. Florian von Bömmel**. Eine Entfernung des erkrankten Gewebes (Resektion), die sogenannte TACE (Embolisation des Tumors) und weitere sollen bewirken, dass in der Wartezeit auf die Transplantation das Tumorwachstum begrenzt bleibt und so die Chance auf eine rechtzeitige Transplantation erhalten bleibt.

Gabriela Pajer, eine im Jahr 2019 lebertransplantierte Patientin, schilderte ihre Bedenken, Ängste und Hoffnungen vor und nach ihrer Lebertransplantation. Es geht ihr sehr gut und sie sprach letztendlich strahlend von ihrem „Weg ins neue Leben“ durch ihre Transplantation. Gerade den Menschen auf der Warteliste machen solche authentischen Berichte Mut und geben Hoffnung.

Abschließend beschäftigte sich **Dr. Adam Herber** mit dem Patientenüberleben nach Lebertransplantation und Wirkung und Nebenwirkungen von Immunsuppressiva. Gerade den frisch Transplantierten macht es sicher Mut, dass Dr. Herber aufzeigen konnte, dass nach 10 Jahren noch 50–60%, nach 20 Jahren noch 40–50% der Patienten am Leben sind. Zum Thema Nachsorge und Immunsuppression lesen Sie auch auf der S. 13 ff.

In der abschließenden Expertenrunde wurden Fragen aus den verschiedenen Bereichen, auch zu den Themen Lebertransplantation, Corona und zu erwartende Impfstoffe, beantwortet.

Regensburg: 25 Jahre Transplantationsmedizin am Uniklinikum

Eine Organtransplantation ist für schwer erkrankte Menschen oft die letzte Hoffnung. Seit 1995 kümmert sich das Universitäre Transplantationszentrum des Universitätsklinikums Regensburg (UKR) um Patienten, deren eigene Organe versagen. In den 25 Jahren seines Bestehens wurde das Transplantationszentrum mit seiner interdisziplinären Versorgung und über 2.500 Organ- sowie über 3.200 Stammzelltransplantationen ein fester Anker für die Belange der Patienten in Ostbayern. Wissenschaftsminister Sibler würdigt zum Jubiläum die Bedeutung der Spitzenmedizin in Regensburg für die Region.

„Im vergangenen Vierteljahrhundert entwickelte sich die Transplantationsmedizin zu einem medizinischen und Forschungsschwerpunkt am UKR. Sukzessive wurde das Transplantationszentrum durch seine klinische und wissenschaftliche Leistungsfähigkeit zu einem überregional sichtbaren, geschätzten und modernen Standort für Organ- und Stammzelltransplantationen“, so Professor Dr. Oliver Kölbl, Ärztlicher Direktor des UKR. Im Bereich der Organtransplantation von Herz, Niere, Leber und Bauchspeicheldrüse sowie der Stammzelltransplantation bei Erwachsenen und Kindern stellt das Transplantationszentrum des UKR die voll-

ständige Versorgung der Bevölkerung in der Region Oberpfalz und Niederbayern sicher, als einziges Kinderlebertransplantationszentrum in Bayern auch weit über die Region hinaus.

Das Transplantationszentrum am UKR ist spezialisiert auf Stammzellübertragungen und auf die Verpflanzung aller Organe mit Ausnahme von Lungen. Die Transplantationsmedizin ist auch erklärter Forschungsschwerpunkt der Fakultät für Medizin. Insgesamt wurden am UKR in den vergangenen 25 Jahren über 900 Lebern, fast 1.300 Nieren, 271 Herzen und 98 Bauchspeicheldrüsen transplantiert und bei über 3.200 Patienten Stamm-

zelltransplantationen vorgenommen.

Nicht nur in der täglichen Routine bleibt die Transplantationsmedizin eine Herausforderung. „Wir haben es trotz der Coronavirus-Pandemie geschafft, die Organspende und Transplantationsmedizin immer offen zu halten. Wir können Tag und Nacht transplantieren, wenn passende Spenderorgane zur Verfügung stehen“, so Professor Dr. Bernhard Banas, Leiter des Universitären Transplantationszentrums Regensburg, weiter. Derzeit warten 600 Patienten, die in Regensburg gelistet wurden, auf eine Organtransplantation, bundesweit sind das etwa 11.000.

Quelle: PM der UK Regensburg v. 11.11.2020

Hans Wilhelm Gäb erhält die „Goldene Sportpyramide“ 2020

Der lebertransplantierte, frühere Tischtennisnationalspieler, Sportfunktionär und Gründer des Vereins Sportler für Organspende erhält die Ehrung der Deutschen Sporthilfe für das Lebenswerk des „moralischen Gewissens des deutschen Sports“.

Hans Wilhelm Gäb gilt als eine der profiliertesten und angesehensten Personen des deutschen Sports. Der mehrfache Deutsche Meister und Nationalspieler im Tischtennis bekleidete das Präsidentenamt im Deutschen Tischtennis-Bund (DTTB) und engagierte sich im Präsidium des Nationalen Olympischen Komitees (NOK) und im Vorstand der Deutschen Sporthilfe. Aufgrund einer Viruserkrankung musste Gäb sein Engagement einschränken und sich 1994 einer Lebertransplantation unterziehen. Gäb ist langjähriges Mitglied in unserem Verband Lebertransplantierte Deutschland e.V.

Seine persönliche Erfahrung bewog ihn dazu, Menschen in ähnlicher Situation mit den von ihm gegründeten Vereinen „Sportler für Organspende“ (1998) und „Kinderhilfe Organtransplantation“ (2004) zu unterstützen.

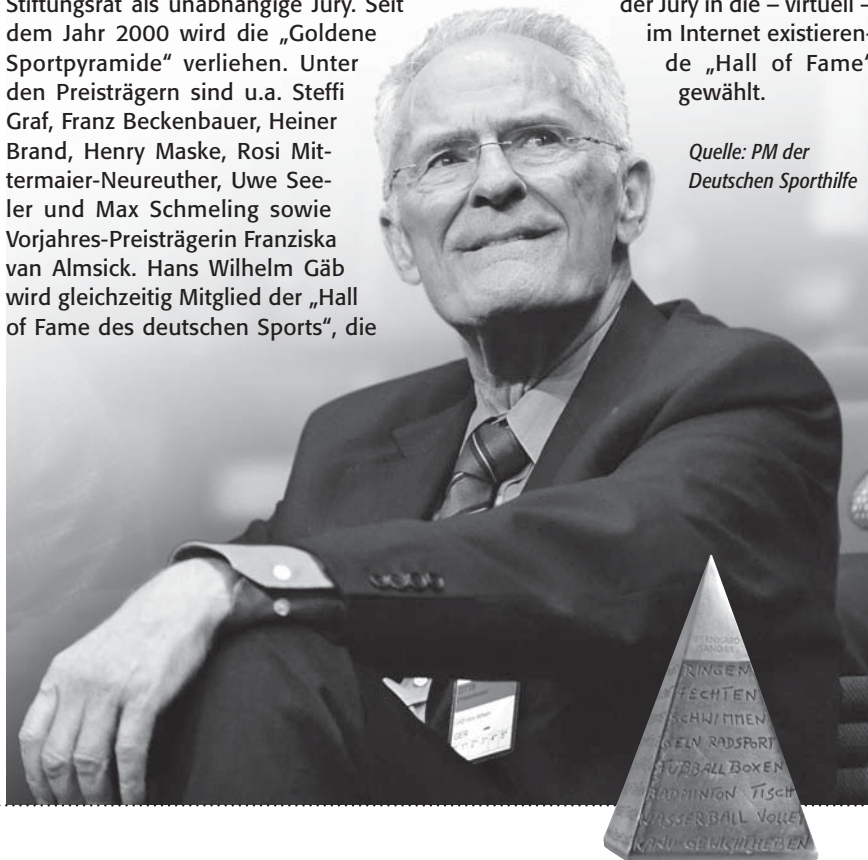
Der gelernte Journalist gründete zu Beginn seiner beruflichen Karriere das Fachmagazin „Auto-Zeitung“, war dann bei Ford und später im Vorstand der Adam Opel AG, zuletzt als Vice-President von General Motors Europe und Aufsichtsratsvorsitzender der Adam Opel AG tätig. Nach dem beruflichen Ausstieg engagierte er sich wieder verstärkt im Sport und kehrte in den Sporthilfe-Vorstand zurück,

dem er heute noch als Ehrenvorsitzender angehört.

Die Wahl des Preisträgers der „Goldenen Sportpyramide“ erfolgt durch die bisherigen Preisträger sowie den Sporthilfe-Stiftungsrat als unabhängige Jury. Seit dem Jahr 2000 wird die „Goldene Sportpyramide“ verliehen. Unter den Preisträgern sind u.a. Steffi Graf, Franz Beckenbauer, Heiner Brand, Henry Maske, Rosi Mittermaier-Neureuther, Uwe Seeler und Max Schmeling sowie Vorjahres-Preisträgerin Franziska van Almsick. Hans Wilhelm Gäb wird gleichzeitig Mitglied der „Hall of Fame des deutschen Sports“, die

damit zukünftig aus 121 Mitgliedern besteht. In diesem Jahr wurden außerdem Verena Bentele (Para-Biathlon und -Ski-Langlauf), Georg Hackl (Rennrodern) und Thomas Lange (Rudern) von der Jury in die – virtuell – im Internet existierende „Hall of Fame“ gewählt.

Quelle: PM der Deutschen Sporthilfe



Organspende-Zahlen: Januar–Oktober 2020

Dennis Phillips

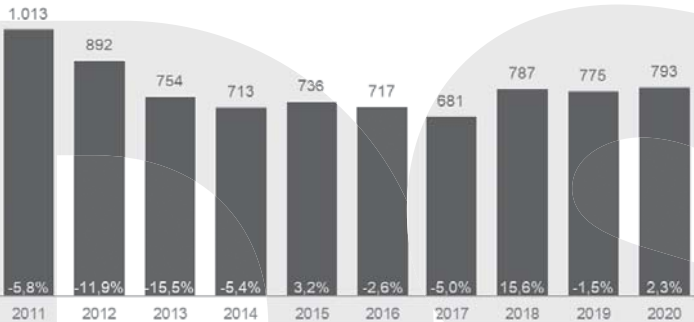
Laut Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) stieg die Zahl der Organspender 2020 gegenüber dem Vergleichszeitraum im Vorjahr von Januar bis Oktober um 2,3% an (775 → 793). Entsprechend wurden auch mehr Organe in Deutschland gespendet (2.516 → 2.558, +1,7%). Obwohl die Zahl der

Organspender und -spenden gestiegen ist, wurden tatsächlich um 2,2% weniger Organe in Deutschland transplantiert als in den ersten 10 Monaten 2019 (2.667 → 2.609). Dies kann mit dem Organ austausch über die Eurotransplant-Ländergrenzen zu tun haben. In den letzten Jahren wurden in Deutschland stets mehr Organe transplantiert als gespendet. Der insgesamt positive Trend lässt sich auch bei der Anzahl der ge-

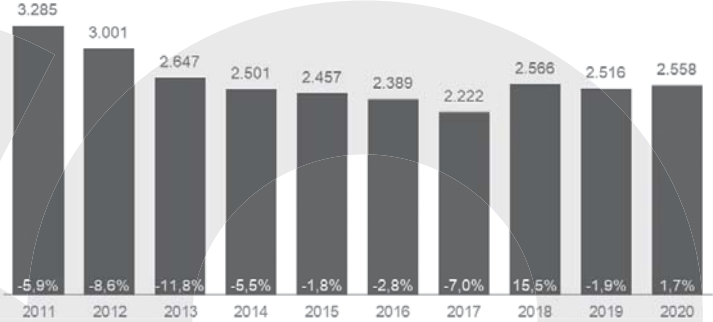
spendeten (614 → 646, +5,2%) und in Deutschland transplantierten Lebern zeigen (654 → 671, +2,6%). Gerade jetzt in der Corona-Zeit ist der stabile und eher positive Verlauf der Organspende-Zahlen, im Vergleich mit anderen europäischen Ländern, bemerkenswert. In vielen Nachbarländern sind die Zahlen Corona-bedingt rückläufig.

Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation

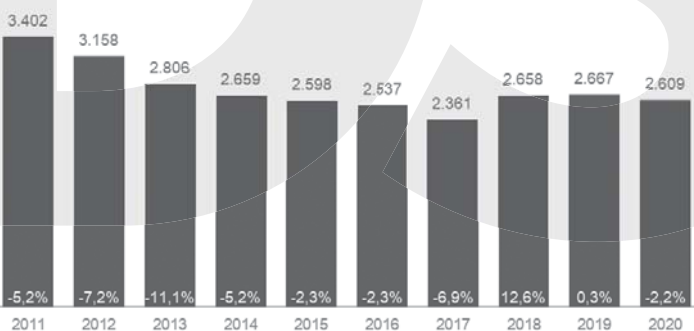
Postmortale Organspender in Deutschland
Prozentuale Veränderung zum Vorjahr - Januar bis Oktober



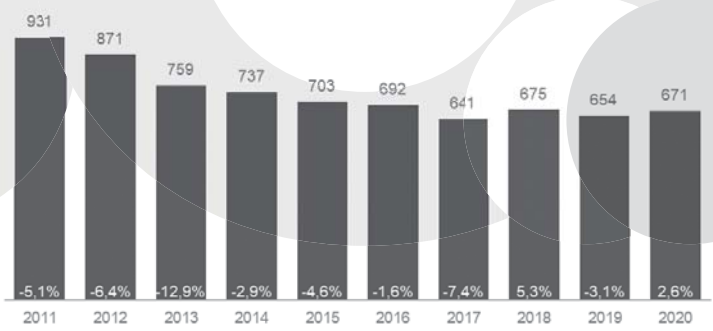
DSO Postmortal gespendete Organe in Deutschland
Prozentuale Veränderung zum Vorjahr - Januar bis Oktober



Transplantierte Organe in Deutschland (pm Spende)
Prozentuale Veränderung zum Vorjahr - Januar bis Oktober



DSO Transplantierte Lebern in Deutschland (pm Spende)
Prozentuale Veränderung zum Vorjahr - Januar bis Oktober



Dr. med. Angelika Eder ist neue Geschäftsführende Ärztin in der DSO-Region Bayern

Seit dem 25. November 2020 leitet Dr. med. Angelika Eder die Geschicke in der Region Bayern der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Zusammen mit einem Team aus 12 Koordinatoren und fünf administrativen Mitarbeitern unterstützt sie rund 200 Krankenhäuser im Freistaat bei allen Belangen rund um die Organspende.

„Gemeinsam arbeiten wir daran, alle Möglichkeiten zu einer Organspende zuverlässig zu erkennen. Wenn es der Wille eines Verstorbenen war, Organe für die Transplantation zu spenden, so setzen wir diesen Wunsch um“, sagt Dr. Angelika Eder. „Dazu stehen wir rund um die Uhr bereit, um die Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern bei Fragen und vor Ort im Prozess einer Organspende zu unterstützen.“ Die neue Geschäftsführende Ärztin studierte an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU)

München Medizin. Nach ihrer Approbation 1992 arbeitete Dr. med. Angelika Eder in der Chirurgischen Klinik der LMU, von 1996 bis 1998 sammelte sie dort Erfahrungen in der Transplantationschirurgie. Seit 1998 setzt sich die Ärztin als Koordinatorin der DSO in Bayern intensiv für das Thema Organspende ein.

Die Medizinerin hat das E-Learning-Angebot der DSO zum Ablauf einer Organspende maßgeblich mitentwickelt und arbeitet federführend an der kontinuierlichen Erweiterung und Verbesserung dieses Tools. Informationen zum E-Learning finden Sie auf der Homepage der DSO (www.dso.de) unter „Fachinformationen“. Seit Jahren begleitet Dr. Eder außerdem verschiedene wissenschaftliche Projekte bei der DSO.



Seit 20 Jahren betreut die neue Geschäftsführende Ärztin die verschiedenen Selbsthilfegruppen im Bereich der Organspende in Bayern und gibt den Betroffenen Mut und Zuversicht. Die DSO ist die Koordinierungsstelle für die postmortale Organspende gemäß Transplantationsgesetz und

bietet den rund 1.200 Entnahmekrankenhäusern in Deutschland umfassende Unterstützung bei allen Abläufen der Organspende. Dazu gehören auch Vorträge und Beratungen in den Kliniken, Fort- und Weiterbildungen, ein zertifiziertes E-Learning-Fortbildungsprogramm sowie fachbezogene Informations- und Arbeitsmaterialien. Die DSO hat sieben Regionen gebildet, um die Organspende flächendeckend sicherzustellen.

PM der DSO vom 15.12.2020

Foto: DSO

DSO-Kongress erreicht virtuell über 800 Teilnehmer

Jutta Riemer

Vom 3.–5.11.2020 fand in diesem Jahr zum 16. Mal der DSO-Jahreskongress statt. Aufgrund der Pandemie aber rein virtuell. Vielleicht aber gerade aufgrund des virtuellen Charakters wurden sehr viele Transplantationsbeauftragte – circa 400 –, also deutlich mehr als bei früheren Kongressen, erreicht.

An drei Kongresstagen wurde jeweils in zwei Stunden intensiv über für Organspende relevante Themen informiert und diese diskutiert.

Im Folgenden gehe ich auf einige spannende Fragestellungen ein, die Gegenstand des Kongresses waren:

Wie viele Organspenden wären möglich, wenn alle Möglichkeiten in den Krankenhäusern ausgeschöpft würden?

Sören Melsa, Transplantationskoordinator der DSO, referierte über Recherchen zur Todesfallanalyse durch Auswertung des Transplant-Check-Systems, in das die Krankenhäuser die Verläufe der entsprechenden, durch Hirnschädigungen verstorbenen Patienten eintragen müssen. Denn die Krankenhäuser sind nicht nur schon seit der ersten Fassung des TPG 1997 verpflichtet, alle potenziellen Organspender zu melden, sondern seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende (GZSO) im Jahr 2019 müssen sie alle diese Fälle mit Hirnschädigung, die zum Tode geführt haben, aber keine Organspende realisiert wurde, begründen und mindestens 1 × pro Jahr an die DSO melden. Die Auswertung der Daten ergab, dass im Jahr 2019 bei 2.075 Fällen, die potenziell zur Organspende hätten führen können, eine Limitierung der Therapie durchgeführt wurde, ohne den Willen des Patienten, ob er hätte Organe spenden wollen oder nicht, zu ermitteln. Bei der durchschnittlichen Rate von medizinischen Kontraindikationen, Ablehnungen durch die Angehörigen, Kreislaufversagen und weiteren Gründen, die eine Organspende ausschließen, hätten 2019 830 mehr Menschen Organe spenden können!

Mit den tatsächlichen 932 und diesen zusätzlichen Organspenden hätte die Organspenderrate in Deutschland 2019 von 11,2 auf schätzungsweise 23,6 Organspender pro Million Einwohner verdoppelt werden können!

Vieler Hilfestellungen, neuer Strukturen und Informationen bedarf es noch, um diese Potenziale auszuschöpfen und noch mehr Verstorbenen entsprechend ihrem Willen eine Organspende zu ermöglichen.



Moderation und Leitung des Kongresses:
Dr. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der DSO

Wie können die Vorgänge rund um die Organspende innerhalb einer Klinik optimiert werden?

Frau Dr. Anne Trabitsch vom UK Dresden referierte zum Thema Monitoring von Patienten mit schwerer Hirnschädigung auf der Intensivstation. Sie zeigte nochmals die zu geringe Erkennungs- und Melderate als Hauptgrund für den herrschenden Organmangel auf. Mit 18 Organ Spendern liegt Dresden an der Spitze realisierter Organspenden bei den Universitätskliniken. Hier gäben manche Universitätsklinik immer noch traurige Bilder mit Zahlen weit unter zehn Spendern ab. Trabitsch erklärte die besseren Zahlen mit klaren Kommunikationswegen und wöchentlichen Besprechungen, bei denen Fälle aufgearbeitet werden, bei denen trotz indizierter IHA-Diagnostik (irreversibler Ausfall der Hirnfunktion, früher: „Hirntod“) der potenzielle Spenderwille doch nicht erhoben wurde. Weiterhin befindet sich in Dresden eine Screening-App in der Entwicklung, die den Transplantationsbeauftragten in Echtzeit und automatisiert über entsprechende Fälle informiert, damit dieser zeitnah Maßnahmen einleiten kann. Trabitsch rechnet mit einer weiteren Erhöhung der Spenderzahlen nach Implementierung der App.

Neue Richtlinie – Darf das Thema Organspende schon vor erfolgter Hirntoddiagnostik angesprochen werden?

Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp von der Universitätsmedizin Greifswald stellte die seit 1.9.2020 gültigen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Spendererkennung vor. Diese Richtlinien werden helfen, den Patientenwillen umzusetzen und jedem Organspendewunsch nachzukommen. Die Richtlinie schafft z.B. Klarheit und formuliert deutlich, dass der Spendewunsch frühzeitig festgestellt werden muss. Das heißt also vor Einleitung palliativmedizinischer Maßnahmen und vor der Feststellung des IAH.

Die Richtlinie gibt nun auch die Sicherheit, dass intensivmedizinische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen bis zur Feststellung der Organspende-Entscheidung und darüber hinaus bis zur Organentnahme durchgeführt wer-



Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp, Universität Greifswald, im Gespräch mit Dr. Axel Rahmel, Vorstand DSO, und PD Dr. Christina Schleicher, Geschäftsführende Ärztin Baden-Württemberg der DSO über seinen Vortrag zur neuen Richtlinie Spendererkennung der Bundesärztekammer

den müssen. So kann es gut sein, dass ein Patient in der Patientenverfügung intensivmedizinische Maßnahmen ablehnt, aber für den Fall der Organspende diese tolerieren würde, ohne dies explizit festgelegt zu haben. Es ist nun Pflicht, den Organspende-Wunsch gemeinsam mit dem Patientenvertreter (und den Angehörigen) zu ermitteln, bevor weitere Therapieentscheidungen, z.B. eine Therapie-limitierung, getroffen werden.

Live-Online-Umfrage – Bekommen die Transplantationsbeauftragten ausreichend Unterstützung in ihren Kliniken?

Dieser Frage gingen Referenten und Teilnehmer am letzten Kongresstag nach. **Dr. Axel Rahmel**, Medizinischer Vorstand der DSO, zeigte, dass die Implementierung der Transplantationsbeauftragten (TxB) mit mindestens einem, in Unikliniken und solchen mit Neurochirurgie auch bis zu fünf, fast überall erfolgreich abgeschlossen ist. Besonders wichtig ist aber für die Arbeit der TxB die tatsächliche Freistellung und Unterstützung ihrer Arbeit bei der Detektion von Organ Spendern, internen Schulungen, Gesprächen, internen Koordinierungsaufgaben. Inwieweit hier die gesetzlichen Vorgaben des GZSO von 2019 in der Praxis Einzug gehalten haben, wurde beim Kongress mittels einer Live-Umfrage bei den teilnehmenden TxB erhoben.

In Circa-Angaben: 12% gaben vollständige Umsetzung an, 20% größtenteils umgesetzt, 46% nur in Teilen umge-



Dr. Axel Rahmel, Vorstand DSO, Dr. Detlev Bösebeck, Geschäftsführender Arzt DSO-Region Nord-Ost im Gespräch mit OA Prof. Gerlad Söffker, Hamburg-Eppendorf, über dessen Vortrag über die Feststellung des irreversiblen Gehirnfunktionsausfalls

setzt, 15% nahezu gar nicht umgesetzt und 7% wussten nichts dazu zu sagen. Die Teilnehmer diskutierten die Gründe und sahen Verbesserungen im Hinblick auf das Engagement der Klinikleitungen ebenso wie in der Behebung des Ärztemangels. Man müsse in Zukunft besonderes Augenmerk darauf haben, dass die Freistellung der TxB für ihre Arbeit erfolge und diese Zeit und die zweckgebundenen Mittel nicht für andere Tätigkeiten verwendet würden. Transparenz und Netzwerkkontakte der TxB untereinander wurden positiv bewertet und sollten weiter befördert werden. Nachfragen bezogen sich auch auf die Einführung des im GZSO festgelegten Rufbereitschaftsdienstes. Diese für Mitarbeiter und Angehörige wichtige Unterstützung bei der Feststellung des irreversiblen Ausfalls des Gehirns meist in Krankenhäusern ohne Neurochirurgie wird aber wahrscheinlich erst 2022 zur Verfügung stehen können.

Wie werden Spenderangehörige seitens der DSO betreut?

Anne-Bärbel Blaes-Eise, Koordinatorin der DSO, beschäftigt sich schon viele Jahre mit dem wichtigen Thema der Betreuung der zurückbleibenden Angehörigen und Familien der Organspender. Dass diese aufgefangen werden und auf ihre Fragen Antwort bekommen, ist gerade uns Transplantierten ein besonderes Anliegen.

Mit dem Inkrafttreten des GZSO im letzten Jahr sind diesbezüglich wichtige Aufgaben und Befugnisse der DSO festgeschrieben worden. Diese beziehen sich

z. B. auf die Aufklärung über die Tragweite der Entscheidung für eine Organspende, die Speicherung von Namens- und Adressdaten der Angehörigen, gemäß deren Einwilligung, die Einladung zu Angehörigentreffen, die anonymisierte Information über die Transplantationsergebnisse der gespendeten Organe und die Weiterleitung von anonymen Dankesbriefen von Organempfängern an die Spenderfamilien und deren natürlich ebenfalls anonyme Antworten an die Empfänger. Frau Blaes-Eise zeigte an Beispielen auf, wie wichtig diese Betreuung für die Familien ist. Viele Organempfänger möchten sich mit einem Brief bei der Familie „ihres“ Organspenders bedanken. Ein solcher Brief kann auch für die Spenderfamilie hochwertvoll sein, die Sinnhaftigkeit der Spende unterstreichen und so die Verarbeitung des Erlebten befördern. Ein Interview mit Frau Blaes-Eise können Sie auf der Seite 39 lesen.

An dieser Stelle nochmals der Appell an alle Transplantierten: Wollten Sie nicht schon lange mal an die Spenderfamilie schreiben? Fassen Sie sich ein Herz!



Moderation der Abschlusssitzung: Dennis Wilms

Infos dazu gibt es im entsprechenden Flyer. Dieser steht auf unserer Homepage www.lebertransplantation.eu zum Download zu Verfügung. Ebenso können Sie sich unter www.dankesbriefe-organspende.de informieren.

Wir senden den Flyer aber auch gerne zu. Bitte frankierten und adressierten DINlang-Umschlag senden an:

Lebertransplantierte Deutschland e.V., Bebbelsdorf 121, 58454 Witten

Zum Abschluss des Kongresses

Die Abschlusssitzung und Diskussionen am 5.11.2020 wurde gemeinsam von **Dr. Rahmel** und dem Wissenschaftsjournalisten und **Moderator Dennis Wilms** geleitet. Mit 800 angemeldeten Teilnehmern und durchschnittlich 500 Zuhörern an jedem der drei Tage darf der Kongress als Erfolg wahrgenommen werden. „Neben dem persönlichen Zusammentreffen, das hoffentlich im nächsten Jahr wieder stattfinden kann, möchten wir auch zukünftig möglichst viele Menschen, die sich in und für die Organspende engagieren, digital an dieser Fortbildung teilhaben lassen“, versprach Rahmel in seinem Schlusswort.

Weiterleitung des Transplantationsergebnisses an die DSO

Einwilligungserklärung der Patienten erforderlich – Spenderangehörige fragen noch viele Jahre später nach

Burkhard Tapp

Im Rahmen der Angehörigenbetreuung der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) können die jeweiligen Spenderangehörigen erfahren, welche Organe transplantiert wurden und wie es den Empfängern/innen geht. Zu dieser Information gibt es seit der Änderung des Transplantationsgesetzes (§ 12a) im vergangenen Jahr zwei Voraussetzungen:

1. Von den Organempfängern/innen liegt dem Transplantationszentrum eine schriftliche Einwilligungserklärung vor, die es erlaubt, die Informationen an die DSO weiterzuleiten.
2. Die Angehörigen des jeweiligen Organspenders haben in einer eigenen Erklärung dem Empfang dieser Informationen schriftlich zugestimmt, die der DSO vorliegt.

Selbstverständlich ist diese Information anonym, d.h. es werden keine persönlichen Daten weitergegeben, die Rückschlüsse auf die konkrete Person zulassen.

Vielen Spenderangehörige hilft es zu wissen, wie es den Organtransplantierten geht, die ein oder auch mehrere Organe ihres verstorbenen Angehörigen erhalten haben. Dies trägt dazu bei, dass die Spenderangehörigen gut mit der Entscheidung zur Organspende leben können. So gibt es Spenderangehörige, die auch viele Jahre nach der Organspende immer mal wieder bei der DSO nachfragen, wie es den Empfängern/innen inzwischen geht.

Daher ist es wichtig, dass auch Transplantierte, deren Transplantation schon viele Jahre zurückliegt, ihrem Transplantationszentrum eine entsprechende Einverständniserklärung zur Verfügung stellen. Die DSO hat dazu das Formular „Ein-

willigungserklärung Organempfänger zur Weiterleitung der Ergebnisse der Transplantation in anonymisierter Form an die Deutsche Stiftung Organtransplantation“ zum Download online gestellt:

https://dso.de/SiteCollectionDocuments/Dankesbriefe/Einwilligung_Transplantierte_Ergebnisse.pdf#search=Angeh%C3%B6rigenbetreuung

In ihrem Vortrag zur Angehörigenbetreuung der DSO am 4. November 2020 wies Frau Blaes-Eise darauf hin, dass bei Anfragen von Spenderangehörigen häufig keine Auskunft gegeben werden kann, da eine entsprechende Einwilligungserklärung nicht vorliegt. Wenn Sie dies ändern möchten, laden Sie das Formular herunter, füllen es aus und senden es unterschrieben an das Wartelistenbüro Ihres Transplantationszentrum.

Während der Organspende und darüber hinaus

Zeit und Raum für einen würdevollen Abschied geben

Ane-Bärbel Blaes-Eise ist Koordinatorin der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Sie begleitet Angehörige von Organspendern auf der Intensivstation. Zu vielen Familien hat sie auch nach der Organspende noch jahrelang Kontakt. Sie steht für Fragen zur Verfügung, organisiert Angehörigentreffen oder leitet Dankesbriefe von Organempfängern weiter. Beim 16. DSO-Jahreskongress sprach sie darüber, was Ärzte und Pflegende auf den Intensivstationen tun können, um die Situation für die Angehörigen zu verbessern.

Was haben Sie in Gesprächen mit Angehörigen über deren Gefühle erfahren?

Für die Angehörigen ist der plötzliche Tod eines geliebten Menschen oft ein Schock und immer mit starken Gefühlen der Trauer und des Verlustes verbunden. Die Frage nach einer Organspende ist insbesondere dann für die Angehörigen eine Belastung, wenn sich der Verstorbene zu Lebzeiten nicht dazu geäußert hat, sein Wille also nicht bekannt ist. Für Angehörige kann die Organspende Trost bedeuten, weil sie das Gefühl haben, dass dem plötzlichen Tod ein wenig von seiner Sinnlosigkeit genommen wurde. Häufig berichten Angehörige auch, dass sie stolz darauf sind, dass ihr Verstorbener im Tode anderen Menschen noch geholfen hat.

Was bedeutet das für Ihre Arbeit und für Ärzte und Pflegende auf den Intensivstationen?

Das sollte Mut machen und dazu führen, dass wir in unserem Kopf Hemmschwellen abbauen. Nur so kann die Frage nach einer möglichen Organspende zu einem selbstverständlichen Teil des Gesprächs über Entscheidungen am Lebensende in den Krankenhäusern werden.

Wann werden Angehörige das erste Mal auf die Möglichkeit einer Organspende angesprochen?

Bei einem Patienten mit schwerster Hirnschädigung auf der Intensivstation, für den keine Behandlungsmöglichkeiten mehr bestehen, wird im Gespräch zwischen Arzt und Angehörigen geklärt, ob eine Patientenverfügung vorliegt, die Wünsche für die Behandlung am Lebensende formuliert. Zu diesem Gespräch gehört auch die Frage, wie der Patient zur Organspende stand. Um den Willen des Patienten umzusetzen, ist es wichtig, schon frühzeitig die Möglichkeit einer

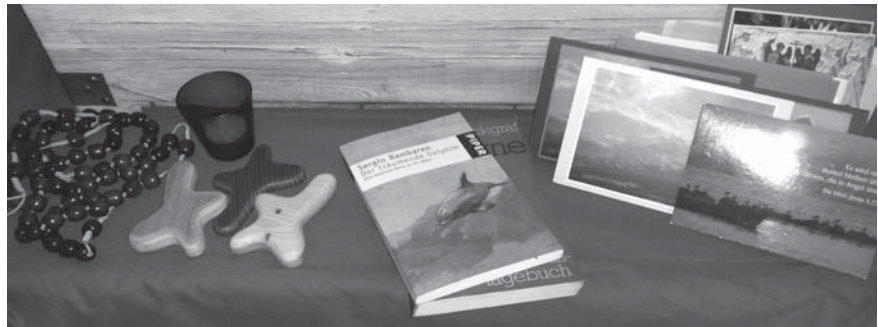


Foto: privat

Organspende anzusprechen. Es wäre tragisch, wenn sich jemand zu Lebzeiten für eine Organspende entschieden hat, im Krankenhaus jedoch niemand danach fragt.

Was ist für die Angehörigen wichtig?

Ganz unabhängig von einer möglichen Organspende ist es für die Angehörigen wichtig, das Gefühl zu haben, dass sich das Krankenhauspersonal gut um den Patienten kümmert. Angehörige brauchen die Gewissheit, dass sie ehrlich, zuverlässig und verständlich über den Zustand des Patienten und die Prognose informiert werden.

Bei Gesprächen über eine mögliche Organspende ist es wichtig, dass die Angehörigen verstehen, dass es keine Möglichkeit mehr für ein Zurück ins Leben gibt. Sie brauchen Raum und Zeit für eine Entscheidung und die Möglichkeit für einen würdevollen Abschied.

Können Sie Beispiele nennen, wie die Begleitung der Angehörigen in einigen Krankenhäusern gelebt wird?

Hier kommt besonders dem Pflegepersonal eine wichtige Aufgabe zu. Sie haben oft engeren Kontakt zu den Angehörigen und können helfen, Abschied zu nehmen. Angehörige möchten den Verstorbenen berühren, einen Hand- oder Fußabdruck mitnehmen, ein letztes Foto machen. Das Pflegeteam kann dazu ermutigen, dem Verstorbenen etwas in den Operationssaal mitzugeben, wenn es zu einer Organentnahme kommt. Das ist ein Übergangsritual.

Beeindruckt hat mich, als die beteiligten Ärzte und Pflegenden im Operationssaal vor der Organentnahme eine Gedenkminute einlegten, um dem Spender zu danken. Das verändert die Stimmung im Operationssaal. Wenn Angehörige davon erfahren, ist das für sie ein Zeichen der Wertschätzung und Dankbarkeit. Möglicherweise kann das für andere Krankenhäuser auch eine Anregung sein.

Von großer Bedeutung ist es auch, dass Angehörige nach der Organentnahme die Möglichkeit erhalten, den Verstorbenen zu sehen. Dann sind die äußeren Zeichen des Todes für sie besser begreifbar. Die Angehörigen sehen, dass der Verstorbene nicht entstellt ist und dass er würdevoll behandelt wurde.

Welche Angebote gibt es nach einer erfolgten Organspende?

Für die nächsten Angehörigen bzw. nahestehende Personen eines Organspenders ist es wichtig zu erfahren, ob die gespendeten Organe transplantiert werden konnten und wie es den Organempfängern geht. Für viele ist das ein großer Trost. Auch für die Mitarbeiter in den Entnahmekrankenhäusern, die den Verstorbenen während des Klinikaufenthaltes und im Organspende-Prozess begleitet haben, ist dies eine wichtige und motivierende Nachricht. Sie zeigt, dass durch ihren Einsatz und ihr Engagement anderen, ihnen unbekanntem Patienten ein neues Leben geschenkt werden konnte.

Die gesetzliche Regelung sieht vor, dass Organempfänger in die Mitteilung der anonymisierten Ergebnisse einwilligen müssen. Die Einholung einer solchen Einwilligung erfolgt durch das Transplantationszentrum (z. B. bei Aufnahme auf die Warteliste). Das ist ein wichtiges Element der Angehörigenbetreuung und ein Zeichen der Wertschätzung für die Organspende. Es funktioniert aber nur, wenn alle beteiligten Institutionen ihrer Aufgabe nachkommen und engagiert zusammenarbeiten. Seit Jahren organisiert die DSO Angehörigentreffen zum Dank an die Organspender, auf denen die Familien Gelegenheit zum Austausch untereinander finden.

Einige Angehörige und Transplantierte haben ihre Gedanken und Erfahrungen auf der Website www.dankesbriefe-organspende.de veröffentlicht.

PM der Deutschen Stiftung Organtransplantation
v. 30.10.2020

Bündnis Organspende Bayern hat Erfolg mit Resolution

Thema Organspende steht im Freistaat nun verbindlich auf dem Lehrplan

Seit Beginn des neuen Schuljahres 2020/21 wurden die Themen Organspende und Transplantation in die bayerischen Lehrpläne von Mittel- und Realschulen sowie Gymnasien aufgenommen. Somit werden ab sofort diese Themen in den Fächern katholische und evangelische Religionslehre, Ethik und Biologie behandelt. Lehrkräfte werden für den neuen Stoff vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus mit einer Handreichung unterstützt. Im Bündnis Organspende Bayern engagieren sich auch Vertreter von Lebertransplantierte Deutschland e.V. Das Bündnis Organspende (www.buendnis-organspende.bayern.de) hatte hierzu mit seiner Resolution die entscheidende Initiative geleistet. Nun ist es also soweit, dass ethische, medizinische, aber auch rechtliche Fragen zur Organspende künftig im Religions- und Ethikunterricht sowie im Fach Biologie diskutiert werden.

So soll in Bayern die generelle Bereitschaft zur Organspende erhöht und langfristig mehr Organspenden realisiert werden. Derzeit stehen im Freistaat etwa 1.300 Menschen auf der Warteliste für ein Spenderorgan.

„Wir wollen vermeidbare Informationsdefizite zu Transplantationen in Bayern im Schulunterricht angehen“, verdeutlichte Beate Merk, stellvertretende Vorsitzende des Arbeitskreises Gesundheit und Pflege im Bayerischen Landtag. Denn aus Befragungen unter Schülerinnen und Schülern weiß man, dass fehlende Information der Hauptgrund für die Ablehnung einer Organspende ist. Deshalb hat die intensive Aufklärung im jugendlichen Alter besondere Bedeutung, um die aktuelle Situation zu verbessern. Sachgerechte Aufklärung kann Ängste abbauen und verhindern, dass sich „Mythen und Märchen“ rund um das Thema etablieren. Auch ist die Multiplikatorenwirkung in den Familien und dem Umfeld der jungen Menschen nicht zu unterschätzen.

„Als Patientenbeauftragter mache ich auf all die Patientinnen und Patienten aufmerksam, die auf ein Spenderorgan warten. Ich kann nicht untätig zusehen, wie jeden Tag in Deutschland drei Menschen versterben, weil für sie kein geeignetes Organ verpflanzt werden kann. Wir alle müssen uns eine Meinung bilden und eine persönliche Entscheidung für oder gegen eine Organspende treffen.

Und das gilt ganz besonders für unsere jungen Leute! Es ist gut, dass sich ab sofort auch unsere Schülerinnen und Schüler mit dem Thema fundiert und umfassend befassen. Nur wer informiert ist, fängt an, sich selbst Gedanken zu machen oder mit Freunden und Familie zu diskutieren“, so der Patienten- und Pflegebeauftragte der Bayerischen Staatsregierung, Prof. (Univ. Lima) Dr. Bauer MdL und Mitglied im Bündnis. „Ich rege an, dass Schulen oder Lehrkräfte eine transplantierte Person in ihren Unterricht einladen dürfen. Nur wer selbst eine Transplantation erlebt hat, kann authentisch von persönlichen Erfahrungen, Hoffnungen und Ängsten berichten. Als Patienten- und Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung setze ich mich dafür ein, dass den Schulen bei der Vermittlung geeigneter Patientinnen und Patienten seriös geholfen wird.“

Quellen: <https://www.patientenportal.bayern.de>, PM der Patienten- und Pflegebeauftragten der bayerischen Staatsregierung v. 22.9.2020; Ärzteblatt v. 24.7.2020

Neu von der BZgA: Wissen kompakt – Organspende

Das Unterrichtsheft für den Einsatz in der Schule



Das Unterrichtsheft richtet sich an Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufe II und bietet Lehrkräften Anregungen zur Aufbereitung des Themas Organspende im Unterricht. Ziel ist es, Schülerinnen und Schüler zu informieren und zu befähigen, sich eine eigene Meinung zu bilden und diese auf einem

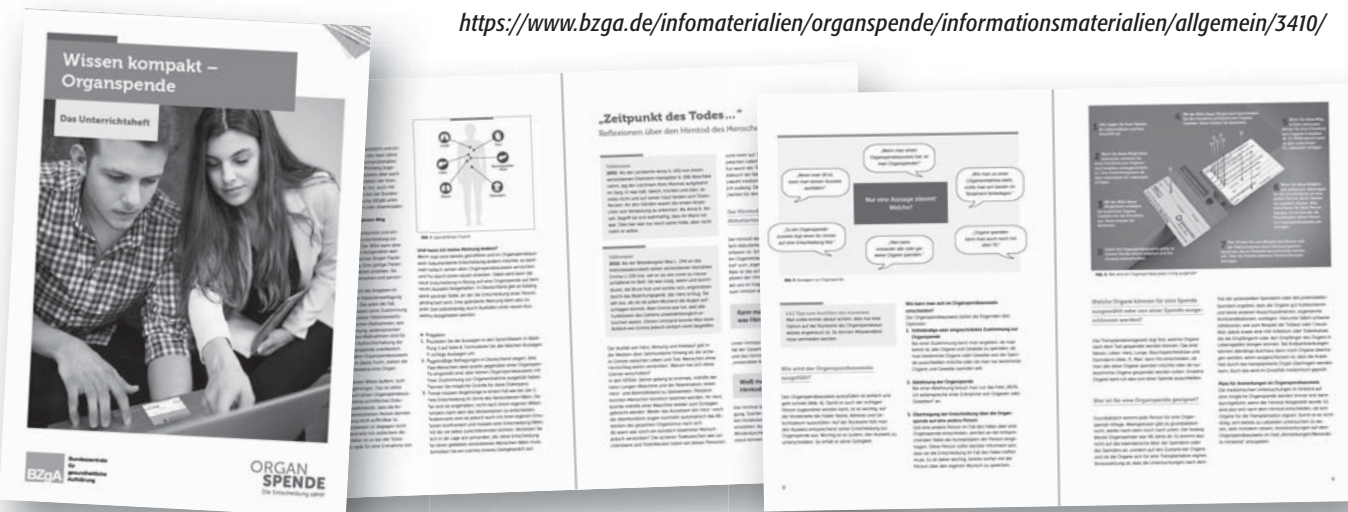
Organspendeausweis zu dokumentieren. Im Heft werden neben Fakten auch Fragen und Bedenken der Jugendlichen zur Organspende aufgegriffen und Lösungswege bzw. Diskussionsansätze zur Beantwortung dieser Fragen aufgezeigt.

Das Heft kann kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

bestellt werden. Als Begleitmaterial stehen eine methodisch-didaktische Handreichung, eine Linksammlung sowie die Lösungen zu den Aufgaben aus dem Unterrichtsheft ausschließlich als PDF-Dateien zur Verfügung.

Hier geht's zum Download und zur Bestellmöglichkeit des Hefts:

<https://www.bzga.de/infomaterialien/organspende/informationsmaterialien/allgemein/3410/>



Immer mehr Menschen treffen eine Entscheidung zur Organspende

Neue BZgA-Daten: Einstellung der Bevölkerung zur Organ- und Gewebespende

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) veröffentlicht erste Studienergebnisse ihrer bundesweiten Repräsentativbefragung „Einstellung, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende in Deutschland 2020“.

Die aktuellen Daten zeigen, dass mit 62 Prozent deutlich mehr Befragte eine Entscheidung zur Organ- und Gewebespende getroffen haben – bei der Befragung im Jahr 2018/2019 lag dieser Wert noch bei 56 Prozent. Gestiegen ist auch der Anteil derer, die ihre Entscheidung schriftlich in einem Organspendeausweis und/oder einer Patientenverfügung festgehalten haben: von 39 Prozent auf aktuell 44 Prozent. 18 Prozent der Befragten haben eine Entscheidung getroffen, diese aber nicht schriftlich dokumentiert. 82 Prozent der in diesem Jahr Befragten stehen dem Thema Organ- und Gewebespende positiv gegenüber, 2018 waren es 84 Prozent.

In der im Frühjahr 2020 durchgeführten Erhebung wurde zudem gefragt, ob das im Januar 2020 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende bekannt ist. Im Ergebnis wissen dies 50 Prozent der Befragten. 35 Prozent sind darüber informiert, dass mit der neuen Rechtsgrundlage, die ab 1. März 2022 gelten wird, eine Dokumentation der Entscheidung zur Organ- und Gewebespende in einem Online-Register möglich sein wird.

Prof. Dr. Heidrun Thaiss, Leiterin der BZgA: „Immer mehr Menschen halten ihre Entscheidung zur Organ- und Gewebespende in einem Organspende-

ausweis oder einer Patientenverfügung fest. Genau das ist Ziel unserer Aufklärungsarbeit. In Zukunft werden wir auch über das neue Online-Register und die Möglichkeit, die eigene Entscheidung zur Organ- und Gewebespende künftig dort speichern zu können, informieren.“

Das Register befindet sich aktuell noch im Aufbau. Mit spezifischen Angeboten wollen wir zudem das Interesse für das Thema Organ- und Gewebespende noch weiter steigern, die Entscheidungsfindung unterstützen und die Menschen anregen, ihre persönliche Entscheidung schriftlich, am besten in einem Organspendeausweis, und zukünftig digital im Online-Register festzuhalten.“

Bestehende Wissenslücken zu erkennen – und diese dann zu schließen –, ist ein wichtiger Bestandteil der Aufklärungsarbeit der BZgA. So zeigen die aktuellen Studiendaten, dass die Hälfte der Befragten irrtümlicherweise davon ausgeht, ab einem bestimmten Alter keine Organe und kein Gewebe mehr spenden zu können. Auch wissen mit 53 Prozent nur knapp über die Hälfte der Befragten, dass man im Organspendeausweis der Entnahme von Organen und Geweben auch widersprechen kann. Ungefähr einem Fünftel der Befragten ist nicht bekannt, dass der irreversible Hirnfunktionsausfall – der sogenannte Hirntod – medizinische Voraussetzung für eine Organspende ist.

Hintergrund

Am 16. Januar 2020 wurde das Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende vom Deutschen Bundestag verabschiedet. Ziel des

Gesetzes ist es, die persönliche Entscheidung zur Organ- und Gewebespende zu registrieren, verbindliche Information und qualitätsgesicherte Aufklärung zu gewährleisten und die regelmäßige Auseinandersetzung mit der Thematik zu fördern.

Dabei bleibt die derzeit geltende Rechtslage – die sogenannte Entscheidungslösung – in ihrem Kern unverändert, das heißt, eine Organspende ist grundsätzlich nur dann möglich, wenn die potenzielle Organspenderin oder der potenzielle Organspender zu Lebzeiten in eine postmortale Organentnahme eingewilligt haben oder die nächsten Angehörigen nach dem Tod des Angehörigen dieser zugestimmt haben. Das Gesetz sieht unter anderem die Einrichtung eines bundesweiten Online-Registers zur Speicherung der Entscheidung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende vor. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ist gesetzlich beauftragt, das Register zu errichten. Das Gesetz wird am 1. März 2022 in Kraft treten.

Für die BZgA-Repräsentativbefragung wurden von April bis Mai 2020 bundesweit 4.001 Bürgerinnen und Bürger im Alter von 14 bis 75 Jahren befragt.

Ein Informationsblatt mit ausgewählten Studienergebnissen steht zum Download bereit unter:

www.bzga.de/presse/daten-und-fakten/organ-und-gewebespende/

Weiterführende Informationen der BZgA zum Thema unter:

www.organspende-info.de



Leben schenken – Organspende in NRW

„Ein Bild sagt mehr als tausend Worte“

Gerd Böckmann

Mit einer Foto-Wanderausstellung möchte das Netzwerk Organspende NRW möglichst viele Bürgerinnen und Bürger erreichen. Gezeigt werden menschliche Schicksale und Geschichten, die hinter den Zahlen von Organspenden, Transplantationen, Gesetzen und Wartelisten stehen.

Auf einfühlsame Weise zeigt der Dortmunder Fotograf Benedikt Ziegler mit seinen Bildern Organtransplantierte und ihre Familien, Ärzte und Transplantationsbeauftragte, aber auch Familien von Spendern und Menschen, die auf eine lebensrettende Organspende warten.

Organspenden sind ein starkes Zeichen der Solidarität und des gesellschaftlichen Zusammenhaltes. Das Netzwerk möchte mit den Fotos zum Nachdenken anregen und die Menschen bitten, sich mit dem Thema Organspende zu beschäftigen und eine Entscheidung zu treffen.

Eröffnet wurde die Ausstellung im Düsseldorfer Landtag durch den Landtagspräsidenten Andre Kuper und den Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen Karl-Josef Laumann, der bekräftigte: „Aufklärung und Information sind enorm wichtig. Ich hoffe, dass die Ausstellung in vielen öffentlichen Gebäuden gezeigt wird. Wir müssen den Menschen deutlich vor Augen führen, dass Patienten auf der Warteliste nur

dann eine Möglichkeit haben weiterzuleben, wenn andere bereit sind, nach ihrem Tod Organe zu spenden. Ich bin froh, dass sich das Netzwerk Organspende dieser Aufgabe stellt.“

Die Ausstellung ist als Wanderausstellung konzipiert und wurde bisher im Düsseldorfer Landtag und im Universitätsklinikum Düsseldorf gezeigt. Seither reist sie durch NRW und wird an zahlreichen Standorten wie Rathäusern, Krankenhäusern, Schulen gezeigt. Der derzeitige Standort findet sich auf der Homepage des Netzwerks Organspende NRW.

Gefördert wird die Ausstellung durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW.



Wandelhalle des Landtags in Düsseldorf mit der Ausstellung



Bild der Ausstellung, Auch Mitglieder von Lebertransplantierte Deutschland erzählen ihre Geschichte, fotografiert von Gerd Böckmann



v.l.: Gesundheitsminister NRW Karl-Josef Laumann, Landtagspräsident Andre Kuper, Vorsitzender des Netzwerks Organspende NRW Stefan Palmowski, Fotograf Benedikt Ziegler



Bundesgesundheitsminister Jens Spahn besuchte schon die Ausstellung, hier mit Claudia Krogull (BdO) und Konstanze Birkner (Geschäftsführerin des Netzwerks Organspende), Foto Netzwerk Organspende

Muslime und Organtransplantation

P. Klaus Schäfer SAC

In Deutschland leben rund 4,5 Mio. Muslime. Dies entspricht rund 5,5%. Davon haben rund 1,8 Mio. Muslime die deutsche Staatsangehörigkeit (Wikipedia). Damit sind Muslime ein Teil unserer Gesellschaft. Daher ist es naheliegend zu fragen, wie Muslime die Organtransplantation sehen. Hierzu ist es sinnvoll, die weltweite Position zu Hirntod und zu Organtransplantation zu betrachten, davon ableitend die Position der in Deutschland lebenden Muslime, vertreten durch den Zentralrat der Muslime in Deutschland (ZMD).

Vorausgehend ist festzuhalten, dass es – wie in anderen Bereichen auch – einzelne Personen gibt, die eine andere Position vertreten. Auf diese soll hier nicht eingegangen werden, denn damit ließe sich auch „beweisen“, dass die Erde eine flache Scheibe oder innen hohl sei.

Der Koran

Im Koran ist – wie auch in der Bibel – „Hirntod“ kein Begriff. Ist es doch ein Wort, das sich erst seit den 1960er Jahren langsam im internationalen Sprachgebrauch für den „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“ (IHA) – wie er seit 2015 in der Medizin oft genannt wird – durchsetzte. Wie in der Bibel (Weish 16, 13) ist auch im Koran Allah – „Allah“ ist nicht der Name Gottes, sondern das arabische Wort für „Gott“ – der Richter über Leben und Tod: „Allah gibt Leben und Tod; und Allah sieht euer Tun.“ (Sure 3, 156)

Auch „Organspende“ oder „Organtransplantation“ ist kein Wort des Korans. Es gibt jedoch einen Vers, an dem viele Muslime ihr Leben messen: „Wer einen Menschen tötet, für den soll es sein, als habe er die ganze Menschheit getötet. Und wer einen Menschen rettet, für den soll es sein, als habe er die ganze Welt gerettet.“ (Sure 5, 32)

Auf dem Hintergrund von Sure 5, 32 sind die meisten Muslime Befürworter der Organspende, so Ilhan Ilkic.

Internationale Position

Auf internationaler Ebene legte 1981 das kuwaitische Religionsministerium fest, dass ein Mensch erst als tot angesehen werden könne, wenn seine Herz- und Kreislaufaktivitäten – wenn auch künstlich aufrecht erhalten – erloschen sind: „Es ist nicht möglich, diese Person aufgrund des Hirntodes als tot zu betrachten, wenn in ihrem Kreislauf- und Atmungsapparat Leben ist, wenn auch apparativ.“

Doch dabei blieb es nicht. Bereits 1986 wurde auf einer Konferenz islamischer Rechtsgelehrter in Amman der Hirntod dem Herztod in einer Fatwa gleichgestellt. Darin heißt es: „Der menschliche Tod, und alle daraus entstehenden islamisch-rechtlichen Konsequenzen gilt bei Vorliegen einer der beiden folgenden Zustände:

1. Bei vollständigem, irreversiblen, ärztlich festgestelltem Herz- und Atemstillstand,

2. bei irreversiblen, ärztlich festgestelltem Ausfall der Hirnfunktion, auch wenn die Herz- und Atemfunktion noch mechanisch aufrechterhalten wird bzw. mechanisch aufrechterhalten werden kann.“

Dieser Entscheidung ging die Rechtsprechung des Islamischen Gutachterrates der islamischen Weltliga in seiner 8. Sitzung vom 19.–28.1.1985 in Mekka voraus. Dort wurde entschieden, dass Organspende unter bestimmten bioethischen Voraussetzungen möglich war.

Dies geschah entgegen der Bedenken oder ihrer Ablehnung einiger renommierter muslimischer Gelehrten gegenüber der Organtransplantation. Gleichsam für die Organspende sprachen sich auch aus: 1988 der Internationale Islamische Gutachterrat der International Curricula Organisation (ICO = Internationale Organisation für Lehrpläne), 1995 die Islamische Organisation für die Medizinische Wissenschaft in Kuwait und 2000 der Europäische islamische Gutachterrat in Dublin in seiner 6. Versammlung.

Position des Zentralrates der Muslime in Deutschland

In seiner 1. Anhörung im Deutschen Bundestag am 28.6.1995 bezog sich der Zentralrat der Muslime in Deutschland (ZMD) in seinen Ausführungen zur Organtransplantation auf die Internationale Versammlung für islamisches Rechtswesen, Islamische Weltliga in Mekka (1985), die Islamische Organisation für Medizinwissenschaft, 6. Seminar für Medizin und islamisches Rechtswesen in Kuwait (1989), die Islamische Organisation für Medizinwissenschaft, 8. Seminar für Medizin und islamisches Rechtswesen in Kuwait (1995) und dem WHO-Regional Office for the Eastern Mediterranean, Arbeitsvorlage von Prof. Dr. M.N.Yasien, Leiter der Fakultätsabteilung „Vergleichendes islamisches Rechtswesen“ der Universität von Kuwait. In Bezug zur Organtransplantation fasste der ZMD zusammen:

1. Die Entnahme eines Organs aus dem Körper eines Menschen und seine Verpflanzung in den Körper eines anderen Menschen ist eine erlaubte lobenswerte Handlung und wohlthätige Hilfeleistung, die unter Berücksichtigung folgender Einzelheiten den islamischen Vorschriften und der Menschenwürde nicht widerspricht.
2. Die Organverpflanzung muss die einzig mögliche medizinische Behandlungsmaßnahme für den Empfänger sein.
3. Der Erfolg bei beiden Operationen, sowohl der Entnahme als auch der Einpflanzung, muss für gewöhnlich oder in den meisten Fällen gesichert sein.
4. Die Organentnahme darf beim Spender nicht zu einer Schädigung führen, die den normalen Lebensablauf stört, da der islamische Grundsatz lautet: „Ein Schaden darf nicht durch einen anderen Schaden gleichen oder größeren Ausmaßes behoben werden.“ Der Spender würde sich in diesem Fall sonst selbst ins Verderben stürzen, was islamisch nicht erlaubt ist.
5. Sollte der Schaden beim Empfänger durch eine Organspende von einem Verstorbenen bzw. durch tierisches Material oder technische Mittel zu beheben sein, ist die Organspende von einem lebenden Menschen nicht erlaubt.
6. Die Abgabe des Organs muss vom Spender freiwillig und nicht unter Zwang erfolgen. Bei Kindern und unmündigen Personen genügt die Zustimmung der Erziehungsberechtigten bzw. des Vormundes nicht, da dies zu einer Entwürdigung und Schädigung

- der beaufsichtigten Person führt.
7. Kauf und Verkauf von menschlichen Organen sowie sonstiger Organhandel widerspricht der Menschenwürde und ist verboten. Materielle Zuwendungen und sonstige freiwillige, nicht auf kommerzieller Basis beruhende Entschädigungen sind erlaubt.
 8. Da jedem Menschen von Gott Ehre erwiesen und Würde verliehen wurde, können islamisch gesehen Muslime, Anhänger anderer Offenbarungsreligionen und Nichtgläubige unabhängig von ihrer weltanschaulichen Überzeugung sowohl als Organspender als auch als -empfänger akzeptiert werden. Lediglich rechtskräftig zum Tode verurteilte Personen kommen als Organempfänger nicht in Frage.
 9. Die Entnahme von Organen von einem toten Menschen darf nur nach seiner zu Lebzeiten und bei voller geistiger Kraft erfolgten ausdrücklichen Zustimmung erfolgen. Eine Erlaubnis kann von den Angehörigen erteilt werden, unter den Bedingungen, dass vom Verstorbenen keine ausdrückliche Verweigerung zu Lebzeiten ausgesprochen wurde und dass die sonstigen o.g. Vorschriften beachtet werden.

In Bezug auf den Hirntod und die Hirntoddiagnostik schrieb am 28.6.1995 der ZMD in dieser Stellungnahme weiter: „Nach islamischem Grundsatz soll die Feststellung des Todes nicht über Gebühr hinausgezögert werden. Ein Hi-

nauszögern der Feststellung des Todes, wenn schon die vitalen Funktionen und die Hirnaktivität irreversibel erloschen sind, steht aus islamischer Sicht im Widerspruch zur Würde des Menschen und zu seinem Recht auf würdevolle Behandlung, sowohl im Leben als auch im Tod. Das Hinauszögern der Feststellung des Todes entwürdigt den Menschen zu einer künstlich aufrechterhaltenen biologischen Masse. Das ist aus islamischer Sicht nicht vertretbar.“

Damit wird der Hirntote als Leichnam mit vitalen Funktionen angesehen. Die Feststellung des Hirntods wie auch die Abschaltung der künstlichen Beatmung bzw. die Organentnahme soll „nicht über Gebühr hinausgezögert werden“, da dies einer Leichenschändung entspricht. Dies ist zwar so nicht formuliert, aber angedeutet.

Nach obersten muslimischen Rechtsgutachtern dürfen Muslime ihre Organe auch an Andersgläubige spenden, z. B. an Christen, „denn wir alle sind Kinder Adams“, so Ilhan Ilkilic.

Fazit

Nach hartem Ringen in der muslimischen Welt während den 1980er Jahren um die Haltung des Islam zu Hirntod und Organspende setzte sich das Hirntodkonzept und die Befürwortung der Organspende in allen internationalen islamischen Gremien durch.

So ist es nicht verwunderlich, dass der Zentralrat der Muslime in Deutschland

seit Jahren mit dem Plakat „Muslime werben für Organ- und Gewebespende“ wirbt. Dieses Plakat wird herausgegeben zusammen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und der Deutschen Gesellschaft für Gewebetransplantation (DGFG).

Dieses Plakat ist es wert, es näher zu betrachten, denn darauf steht auch: „Organ- und Gewebespende ist HALÄL. Muslime helfen, Leben zu retten. Muslime spenden. Wir klären auf.“ Und an der Seite steht unter der Überschrift „Solidarität“ der Text: „Wir helfen Dir! Egal, wer Du bist. Egal, woher Du kommst. Egal, zu welcher Religion Du gehörst.“ – Das ist wahre Solidarität.

„Haläl“ ist ein arabisches Wort und kann mit „erlaubt“ und „zulässig“ übersetzt werden. Es bezeichnet alle Dinge und Handlungen, die nach islamischem Recht zulässig sind. Es ist die 3. von 5 Kategorien für menschliche Handlungen im islamischen Rechtswesen (1. fard = obligatorisch, verpflichtend; 2. mandüb = empfohlen, erwünscht; 3. haläl = erlaubt; 4. makrüh = verpönt; 5. haräm = verboten).

Wäre für uns Christen ein ähnliches Plakat mit der Überschrift „Christen werben für Organ- und Gewebespende“ vorstellbar?

Der etwas andere Gottesdienst: Mein Tod – Dein Leben

Josef Theiss

Ein Gottesdienst mal ganz anders durften die Teilnehmer am 26. Januar 2020 in der evangelischen Pauluskirche in Stuttgart-Zuffenhausen erleben. In einem sehr einfallsreich und sensibel gestalteten Gottesdienst wurde das Thema Organspende zur Auseinandersetzung angeboten. Viele fühlten sich angesprochen und kamen zum Gottesdienst am Abend, der von Pfarrer Dieter Kümmel geleitet und moderiert wurde.

Das Ziel war Aufklärung über das Für und Wider von Organspende. Es sollten keine fertigen Antworten geliefert werden, sondern zum Nachdenken angeregt werden.

Damit dies gelingt, waren die Dekanin Dangelmeier-Vincon auf der einen Seite als Pfarrerin und Klinikseelsorgerin und Josef Theiss als Organempfänger auf der

anderen Seite eingeladen, ihre eigene Sicht und Erfahrung dazu einzubringen. Freilich kamen dabei die verschiedenen Sichtweisen und Einstellungen zu Tage, die beiden Sprecher stimmten in so manchen Fragen nicht überein und informierten und diskutierten teilweise recht kontrovers, z. B. bei der Frage, ob am Hirntod Verstorbene noch Sterbende oder schon Verstorbene seien. Josef Theiss verwies dabei auf die in Deutschland gesetzlich geregelte Möglichkeit der Organspende nach Hirntod. Selbstverständlich aufgrund einer Zustimmung dazu, stellvertretend auch durch die Angehörigen.

In kleinen Gruppen aufgeteilt konnte man sich mit dem Gehörten und der eigenen Meinung persönlich auseinandersetzen und auch Fragen stellen. Schließlich gab es die Möglichkeit, in einer Diskussionsrunde die Referenten noch direkt zu befragen. Sehr erfreulich war, dass die Teilnehmer nach dem Gottesdienst nicht

gleich auseinanderliefen, sondern noch länger das persönliche Gespräch suchten. Darunter auch selbst von einer Organspende betroffene Angehörige, aber auch von Wartepatienten auf eine Transplantation.

Dem Team gebührte Dank und Respekt für die Auswahl des heiklen Themas und für den Mut, dieses in einem Gottesdienst aufzugreifen. Leider geschieht dies viel zu selten. Bleibt nur noch anzumerken, dass die Zuffenhausener Pauluskirche auch in anderer Hinsicht einen Besuch wert ist: Die vier außergewöhnlichen Wandgemälde und Friese von Wilhelm Richard Heinrich Wiedmann sind besonders bemerkenswerte Kunstwerke und geben der neuromanischen Kirche des bekannten Stuttgarter Architekten Heinrich Dolmetsch (erbaut 1903) eine besondere kunsthistorische Note.

Landkreis Ludwigsburg: Virtuelle Aktionen zum Tag der Organspende

Josef Theiss

Nachdem auch die bundesweite, zentrale Veranstaltung zum Tag der Organspende am 6.6.2020 nur virtuell stattfinden konnte, fand auch im Landkreis Ludwigsburg die Auseinandersetzung mit dieser wichtigen Thematik online statt. Die Kontaktgruppe Ludwigsburg/Bietigheim von Lebertransplantierte Deutschland e.V. hat mit der Gesundheitsförderung des Landratsamtes mehrere Aktionen initiiert: ein Fotowettbewerb zum Thema Organspendeausweis auf Facebook und die „Aktion 9011“. Hier wurde über eine Foto-Collage und einen Video-Clip anschaulich über Daten in Zusammenhang mit Organspende und Transplantation informiert.

Das Thema Organspende, durch die Corona-Pandemie etwas in den Hintergrund gerückt, ist dennoch für eine große Anzahl Menschen, die auf ein Spenderorgan warten, täglich aktuell:

9.011 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 angewiesen. 8 Jahre muss ein Dialysepatient im Durchschnitt warten, bis er eine gespendete Niere 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.). 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. In allen Posts sind wichtige Aussagen enthalten: z.B. Organspende kann Menschen einen zweiten Geburtstag beschern, ausreichend Spender hier können Organhandel in armen Ländern verhindern, die Entscheidung zur Organspende sollte selbst und bewusst getroffen werden.

Link: <https://www.facebook.com/landkreis.ludwigsburg/>



Komplett virtuell – Vorlesung Organspende mit Fachexperten an der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg

Jutta Riemer

Seit einigen Jahren schon organisiert Prof. Dr. paed. M.A. Steffen Schaal von der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg zusammen mit dem Gesundheitsamt (GA) Ludwigsburg und Lebertransplantierte Deutschland e.V. (LD e.V.) einen Aktionstag zum Thema Organspende für die Studierenden. Als Partner beteiligen sich das Bündnis Organspende Baden-Württemberg und die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) sowie immer wieder einzelne Ärzte oder Transplantationsbeauftragte der Kliniken.

Die Studierenden hatten in den letzten Jahren bei Vorlesungen im Hörsaal sachlich korrekte Informationen und einen umfassenden Überblick über verschiedene Aspekte der Organspende und Transplantation erhalten. Methoden und Unterrichtsformen wurden im Workshopformat erarbeitet und ergänzt wurde das Programm durch einen Informationsstand im Foyer.

Auch für den 7.7.2020 war wieder eine solche Aktion im Rahmen der Biologievorlesungsreihe geplant. Aufgrund der Corona-Situation mussten wir umplanen. Alles sollte nun virtuell per Videovorlesung vermittelt werden. Für uns Referenten ein neues Format, aber wir wollten es wagen. Der übliche Infostand musste entfallen und einige Unterlagen wurden den Studierenden vorab zur Verfügung gestellt. Nach einer virtuellen Vorbereitungssitzung waren alle Details geklärt und es konnte am 7. Juli um 8.15 Uhr losgehen. Einige Referenten waren mit Abstand und Maske mit Prof. Schaal im Konferenzraum in der PH versammelt, andere schalteten sich vom Homeoffice aus zu. Die Präsentationen wurden eingespielt und waren so für jeden Teilnehmer sichtbar.

Über 150 Studenten haben sich zur virtuellen Vorlesung „Transplantation und Organspende – ein facettenreiches Thema“ in die Videokonferenz eingewählt.

Nach der kurzen **Begrüßung durch Prof. Schaal**, führte Frau **Dr. Uschi Traub**, Leiterin Gesundheitsförderung und Prävention im Landratsamt Ludwigsburg, ins Thema ein. Sie verdeutlichte, dass jeder von einer Transplantation betroffen sein kann. Sie forderte auf, deshalb gut zu überlegen, ob man zu einer rettenden Transplantation für sich oder für ein Familienmitglied „Ja“ – jedoch zur Organspende „Nein“ sagen kann. Danach nahm

Josef Theiss vom Verein Lebertransplantierte Deutschland e.V. die Studierenden emotional mitten ins Thema. Er schilderte – mit aussagekräftigen Fotos untermalt – seine eigene Betroffenheit. Hätte er nicht vor 26 Jahren eine Spenderleber bekommen, hätte er seine Krebserkrankung damals nicht überlebt.

Dr. Carl-Ludwig Fischer-Fröhlich, Transplantationskoordinator bei der DSO, lieferte die neuen Daten und Zahlen zur Organspende und wies insbesondere auf die Bedeutung der Optimierung der Prozesse in den Krankenhäusern hin, die zum Anstieg der Organspenden führen können.

Von **Dr. Wolfgang Bettelo**, Transplantationsbeauftragter am Klinikum Stuttgart, erhielten die Teilnehmer viele Informationen zum Ablauf einer Organspende im Spenderkrankenhaus. Auch das Thema rund um die Feststellung des irreversiblen Ausfalls des Gehirns („sog. Hirntod“) wurde ausführlich beleuchtet.

Zum Abschluss erläuterte **Jutta Riemer**, Vorsitzende von LD e.V., die neuen gesetzlichen Grundlagen rund um die Organspende. Das am 1. April 2019 verabschiedete Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende (GSZO), das u.a. die Stärkung der Tätigkeit der Transplantationsbeauftragten und die verbesserte Vergütung für die Entnahmekrankenhäuser vorsieht, war ebenso Thema wie die Entscheidung des Bundestages am 16. Januar 2020 für ein Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft und somit gegen die Widerspruchslösung.

Die Referenten haben sich wohl eher wie Fernsehsprecher gefühlt. Die Zuhörer waren nicht direkt präsent. Dass die Themen erfasst und bewegt haben, konnten wir alle aber an den vielen Fragen und Beiträgen im Rahmen der abschließenden Diskussions- und Frageunde erkennen. Fazit: Auch virtuell können solche Aktionen gut gelingen.



v.l.: Prof. Schaal, Dr. Bettelo, Dr. Traub, Dr. Fischer-Fröhlich, Josef Theiss. Es fehlt Jutta Riemer (vom Homeoffice zugeschaltet).



Im Regieraum: Dr. Bettelo und Prof. Schaal

Pressespiegel

Dennis Phillips

Alkoholkonsum im Alter birgt besondere Risiken

Bei älteren Menschen können schon geringere Mengen alkoholischer Getränke zu unerwünschten Wirkungen führen. Hinzu kommen mögliche Wechselwirkungen mit Medikamenten. Alkoholkonsum kann außerdem gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Osteoporose, Diabetes, Bluthochdruck, Schlaganfall, Gedächtnisverlust und Stimmungsinstabilität weiter verschlechtern. Anlässlich des Tages der älteren Menschen am 1. Oktober 2020 weist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auf ihr Informations-Angebot und ein neues Faltblatt zu den Auswirkungen des Alkoholkonsums bei älteren Menschen hin.

„Alkoholkonsum birgt in jedem Alter Gefahren. Bei älteren Menschen zeigen sie ein besonderes Spektrum: Alkoholkonsum kann zum Beispiel das Risiko für Stürze und andere Unfälle erhöhen, da das Gleichgewicht und die Reaktionszeit beeinträchtigt werden. Diese Effekte können bei älteren Menschen auch bei geringen konsumierten Mengen auftreten“, sagte Prof. Dr. Heidrun Thaiss, Leiterin der BZgA. „Wird Alkohol über einen längeren Zeitraum in größeren Mengen konsumiert, steigt das Risiko für bestimmte Krebserkrankungen. Außerdem werden der Magendarmtrakt, die Leber und spezifische Gehirnfunktionen beeinträchtigt. Bei älteren Menschen kann zudem der Abbau des Alkohols durch die Leber verzögert sein. Zuvor ‚gut verträgliche‘ Mengen können daher mit steigendem Lebensalter stärkere Wirkung zeigen. Ältere Menschen sollten Alkohol aus diesen Gründen besonders zurückhaltend konsumieren“, warnte Prof. Thaiss.

Die Webseite der BZgA-Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ informiert ältere Menschen, ihre Angehörigen sowie Fachkräfte zum Thema Alkoholkonsum im Alter. Daneben finden sich praktische Hinweise, wie der Alkoholkonsum reduziert werden kann und wo Betroffene Beratung und Hilfe finden können.

Die Webseite des BZgA-Programms „Gesund & aktiv älter werden“ bietet neben dem neuen Inhalt „Alkohol im Alter“ auch Informationen zu weiteren Gesundheitsbereichen, die ältere Menschen betreffen – beispielsweise zu den Themen Bewegung, Ernährung und Medikamente.

Quelle: PM der BZgA

Grippeimpfung in der Coronavirus-Pandemie besonders wichtig

Insbesondere Risikogruppen sollten sich im Herbst mit der Grippeimpfung vor einer möglichen Influenza-Infektion schützen, da sie ein erhöhtes Risiko für einen schweren Grippeverlauf haben. Ziel ist, dass in der Pandemie möglichst viele Menschen durch eine Impfung vor der Grippe geschützt sind, um zu verhindern, dass der Höhepunkt der Grippe-Infektionen

mit einem möglichen Anstieg an Corona-Infektionen zusammenfällt, warnte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

„Die Grippeimpfung ist die wichtigste Präventionsmaßnahme gegen diese Infektionskrankheit. Durch die Impfung lässt sich das Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs senken. Daher sollten sich insbesondere Menschen mit erhöhtem Risiko – also Ältere ab 60 Jahren, chronisch Kranke und auch Schwangere – unbedingt impfen lassen und am besten schon jetzt einen Impftermin vereinbaren. Denn nach der Impfung dauert es 10 bis 14 Tage, bis der Körper einen ausreichenden Schutz gegen die Grippeviren aufgebaut hat“, sagte Prof. Dr. med. Heidrun Thaiss, Leiterin der BZgA.

Um eine Ansteckung zu vermeiden, wird neben einer Impfung auch regelmäßiges, gründliches Händewaschen mit Seife und Abstandhalten empfohlen, denn Grippeviren können über Tröpfcheninfektion beim Husten oder Niesen und über Hände und Oberflächen übertragen werden – und das noch, bevor sich Krankheitszeichen bemerkbar machen.

Im Mittelpunkt der Kampagne steht die Internetseite www.impfen-info.de/grippeimpfung/. Flankiert wird sie in den kommenden Wochen und Monaten mit Großflächenplakaten und City-Light-Postern, um bundesweit auf die Bedeutung der Grippeimpfung aufmerksam zu machen. Sie sollen begleitend über Anzeigen in Zeitschriften und mit Broschüren in Arztpraxen zur Impfung motivieren.

Das medizinische Personal stellt eine wichtige Zielgruppe der Impfung dar und ist darüber hinaus die wichtigste Informationsquelle für Menschen, die sich impfen lassen wollen. Zur Unterstützung der impfenden Ärzteschaft hat das Robert Koch-Institut ein neues Faktenblatt zur Influenza-Impfung veröffentlicht: www.impfen-info.de/grippeimpfung/

Weitere Informationen zu „Sicherheit und Wirksamkeit der Grippeimpfung“ und zu „Fragen und Antworten zur Grippeimpfung“: www.impfen-info.de/grippeimpfung/fragen-und-antworten/

Quelle: PM der BZgA

Polizei und Sanitäter als Lebensretter

Zwei Sanitäter starteten mit Blaulicht und Sirene mit ihrem Rettungswagen in Richtung Wien. An Bord hatten sie einen Patienten, der eine neue Leber bekommen sollte. Doch auf der Autobahn ging plötzlich nichts mehr. Alles stand im Stau. Das Leben des Patienten hing am seidenen Faden.

Da bemerkte einer der Notfallsanitäter eine Polizeistreife, stoppte den Wagen und erläuterte dem Beamten die Situation. Dieser erklärte sich sofort bereit zu helfen. Der Ordnungshüter schaltete ebenfalls Blaulicht sowie Sirene ein und lotste den Krankenwagen abseits der Autobahn auf „Schleichwegen“ ins Krankenhaus. Nur so hat es der Patient doch noch zeitgerecht zu seiner lebensrettenden Operation geschafft.

Quelle: Kronenzeitung v. 16.10.2020

Thema Organspende in der Schule – Wie bringe ich es rüber?

Virtuelles Seminar für Transplantierte und Spenderangehörige

Mariele Höhn

Unter der Federführung der „Initiative Organspende Rheinland-Pfalz“ (IOR) startete am 12.9.2020 das 1. virtuelle Organspende-Seminar für Transplantierte und Spenderangehörige. Beteiligt war auch unser Verband „Lebertransplantierte Deutschland e.V.“ und die „Deutsche Stiftung Organtransplantation“, Region Mitte (DSO).

Wegen Corona konnte dieses Meeting leider nur virtuell durchgeführt werden.

Vor einigen Jahren wurde in Rheinland-Pfalz die Aktion „Schultour Organspende“ ins Leben gerufen, die von der IOR organisiert wird. Betroffene berichten in Schulen von ihren Erfahrungen und versuchen, den Schülern das Thema Organspende näherzubringen. Damit sie für diese Veranstaltungen gut gerüstet sind und mehr Sicherheit gewinnen, wurde dieses Seminar angeboten.

13 Teilnehmer, Transplantierte und Spenderangehörige, hatten sich dafür angemeldet. Frau **Monika Seibel, Referentin der IOR**, hatte das Seminar gemeinsam mit Frau Höhn und Frau Riemer von LD e.V. gut vorbereitet und begrüßte am 12.9.2020 alle Teilnehmer zum Seminar.

Nach einer allgemeinen Vorstellungsrunde referierte Sören Melsa, Koordinator der DSO, über das Thema „Wichtige medizinische und rechtliche Aspekte der Organspende“ und gab allen einen kurzen Einblick zu diesem komplexen Bereich.

Der PowerPoint-Vortrag von Jutta Riemer, Vorsitzende LD e.V., vermittelte Basiswissen zum Thema Kommunikation. „Wie und auf welchem Weg kommunizieren wir? Welche Botschaften senden wir? Welche empfangen wir?“

Es wurden 2 Patientenberichte vorgelesen und analysiert.

Nach einer kurzen Pause berichtete Frau Riemer, ehemals Lehrerin, den Teilnehmern, wie sie ihre Botschaften, ihre Geschichte erzählen, sich auf die jeweilige Veranstaltung vorbereiten und wie sie die Schüler am ehesten erreichen können.

Im Anschluss gab es für die Teilnehmer die Möglichkeit, sich praktisch zu beteiligen, indem sie versuchen, sich schwierigen Fragen der Schüler zu stellen. Dieses Training wurde in 3 Gruppen aufgeteilt. **Sören Melsa (DSO)**, **Jutta Riemer** und **Mariele Höhn (LD e.V.)** hatten im Vorfeld dazu spezielle Fragen gesammelt.

Jeder Teilnehmer konnte auf einen Button klicken, hinter dem sich eine Frage versteckte und beantwortete diese dann. Die Ausführungen der einzelnen wurden dann ergänzt und diskutiert durch die Gruppe.

Mit diesem Seminar wurden Methoden und Praxisideen vermittelt, wie man sich am besten vorbereitet und seine Geschichte in der Schule interessant und authentisch rüberbringt. Außerdem wurden Grundkenntnisse zur Organspende aufgefrischt und auf kritische Fragen vorbereitet.

Fast alle Teilnehmer gaben hinterher ein positives Feedback und sind für ein 2. Seminar im kommenden Jahr offen, ob virtuell oder persönlich wird sich zeigen.

Hier exemplarisch 7 der 18 Fragen und Antworten aus den verschiedenen Seminargruppen:

Gruppe 1: Herr Melsa

Finden Sie es gerecht, wenn Alkoholiker eine Leber oder Raucher ein Herz transplantiert bekommen?

Organe werden laut Gesetz nach den Kriterien der Chancengleichheit, der Dringlichkeit und der Erfolgsaussicht vermittelt. Es zählen nur medizinische, keine sozialen oder moralischen Kriterien. Niemand bewertet, ob der Empfänger das Organ auch „verdient“ hat oder welches Leben mehr wert ist, gerettet zu werden. Wenn wir beim Beispiel der alkoholischen Lebererkrankung bleiben, müssen wir feststellen, dass dieser Patient dringlich eine Transplantation benötigt. Das wird auch nicht in Frage gestellt, denn auch eine Alkoholsucht ist eine Erkrankung. Das gilt auch für Menschen ohne Suchtpotenzial, die sich durch schädlichen Gebrauch zu viel Alkohol zugeführt haben und nun eine Lebererkrankung aufweisen oder in Fällen einer anderen Grunderkrankung, bei der zusätzlich regelmäßig Alkohol getrunken wurde.

Wichtig ist es, bei diesen Patienten nach der Erfolgsaussicht zu schauen. Jeder und jede dieser Patienten und Patientinnen wird richtliniengemäß erst auf eine Warteliste genommen, wenn er/Sie psychologisch/psychiatrisch begutachtet wurde, ein evtl. notwendiges Therapiekonzept einhält und nachweislich 6 Monate abstinent war. So soll möglichst sichergestellt werden, dass die Transplantation mit guter Erfolgsaussicht für viele Jahre durchgeführt wird und nicht

wieder durch Alkohol gefährdet wird. Ein Selbstverschuldensprinzip führt natürlich nicht zum Ausschluss einer Transplantation. Denn sonst wären z.B. Skiverletzungen, Verletzungen durch Gleitschirmflüge oder Reiten und alle Folgen selbstverschuldeter Unfälle, Behandlung von Raucherbeinen, Bypässe aufgrund von Rauchen, Drogenentzug u.v.a.m aus den Kasernenleistungen ebenfalls auszuschließen. Es zählen immer Erfolgsaussicht und Dringlichkeit!

Ich habe schon mal gehört, dass Menschen, die eigentlich hirntot sind, sich doch noch bewegen. Stimmt das?

Alle körperlichen Reaktionen, die vom Gehirn bestimmt werden, können im Zustand des Hirntods (irreversibler Hirnfunktionsausfall) nicht mehr durchgeführt werden. D.h. also, willentliche Bewegungen gibt es nach Eintritt des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls keine mehr. Manche unwillkürlichen Bewegungen werden aber nicht über den „Umweg“ des Gehirns ausgeführt, sondern nur als spinaler Reflex übers Rückenmark. Ein gutes Beispiel ist der Kniesehnenreflex, der im gesunden Leben ja sehr schnell das Stolpern verhindern soll. Dieser kann auch noch nach dem Hirntod ausgelöst werden, manchmal sogar überoptimal, da die Hemmungsschaltung durch das Gehirn fehlt. Ein weiteres Beispiel ist ein alter Reflex, der für unser Leben keine Bedeutung mehr hat, nur noch bei Babys zu beobachten ist und sich dann rückbildet: Zieht man leicht am Tuch der Unterlage des Babys, dann hebt es automatisch (Reflex nur übers Rückenmark) die Hände. Das hat aus der Evolution her gesehen die Bedeutung, sich an der Mutter festzuhalten, wenn der Untergrund droht, unsicher zu werden. Beim Erwachsenen ist der Reflex nicht mehr auslösbar, weil er durch das Großhirn blockiert wird. Fällt diese Blockade durch den Hirntod weg, kann es sein, dass der Mensch die Arme bewegt („Lazarusphänomen“). Damit unkontrollierte Muskelbewegungen die Operation nicht stören, werden Medikamente gegeben, die die Muskeln entspannen (Relaxantien).

Also JA, eine Bewegung einer hirntoten Person ist möglich, hat aber nichts damit zu tun, dass diese noch Lebenszeichen aufweist, sondern ist eher ein Beweis dafür, dass das Gehirn als übergeordnete Instanz ausgefallen ist.

Gruppe 2: Frau Höhn

Sie können nur weiterleben, weil ein anderer Mensch gestorben ist. Belastet Sie das? Oder haben Sie ein schlechtes Gewissen?

Transplantierte/r: „Der Verstorbene ist ja nicht wegen mir gestorben. Durch eine plötzliche Erkrankung, Unfall o.ä. wurde der Hirntod festgestellt. Das ist ganz einfach Schicksal!

Vielleicht hatte der Verstorbene ja einen Organspendeausweis, hat sich zu Lebzeiten mit dem Thema Organspende auseinandergesetzt und verfügt, dass er im Fall des Falles Organe spenden möchte, oder seine Angehörigen haben das nach seinem Tod entschieden. Deshalb ist es so wichtig, im Vorfeld sich zu informieren und sich zu entscheiden. Dafür oder dagegen, das ist jedem selbst überlassen.

Ich denke, dass es für die Angehörigen auch ein Trost ist, dass ein schwerkranker Mensch durch die Spende weiterleben kann. D.h. die verstorbene Person ist nicht umsonst gestorben.

Es gibt natürlich Transplantierte, die sich damit schwertun. Für sie stehen Psychologen und Selbsthilfegruppen zur Seite. Der Austausch mit anderen ist eine Unterstützung, manche finden auch in der Religion eine Hilfe.“

Wissen Sie, von wem Ihr Organ stammt? Denken Sie öfter an die Familie und Ihren Organspender?

Transplantierte/r: „Eine Organspende ist vollkommen anonym. So steht es auch im Transplantationsgesetz. Ich kenne weder die Spenderfamilie noch wissen die Angehörigen des Organspenders, wer die Organe erhalten hat.

Es besteht aber die Möglichkeit, einen Dankesbrief an die Spenderfamilie zu schreiben. Für uns Transplantierte ist es ein Herzenswunsch, „danke“ zu sagen. Dieser Brief muss allerdings in anonymer Form verfasst werden, denn die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Deutschland erlauben es nicht, die Identität des Organspenders oder seiner Familie zu erfahren.

Für die Spenderfamilie ist die Sehnsucht nach einem solchen Brief meist sehr groß und wenn er eintrifft, ist es ein emotionales Ereignis. Der Dankesbrief des Empfängers bestärkt sie darin, richtig gehandelt zu haben.

Der Brief wird jetzt im Transplantationszentrum abgegeben und geht von da aus zur Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), die ihn an die Familien weiterleitet. Natürlich müssen beide „Parteien“ einverstanden sein.

Ich denke oft an den Spender, besonders am Tag meiner Transplantation. Dann zünde ich z.B. eine Kerze für ihn an. Ich mache mir auch Gedanken, was war das für ein Mensch, der mir seine Organe geschenkt hat, und frage mich, warum er sterben musste. Es gibt aber auch Transplantierte, die dies nicht wissen möchten. Das muss auch jeder für sich entscheiden.“

Frage an eine Spenderangehörige: Wie schwer ist Ihnen die Entscheidung gefallen, die Organe Ihres Angehörigen freizugeben für eine Transplantation? Hatten Sie dabei Unterstützung?

Spenderangehörige: „Als ich meinen Mann verlor, war das ein großer Schock. Nach einem Schlaganfall hat er es nicht zurück ins Leben geschafft – obwohl er mehrere Monate gekämpft hat. Auf der Intensivstation habe ich die Entscheidung für die Organentnahme getroffen. Eine Koordinatorin der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) hatte zuvor das genaue Vorgehen mit mir besprochen. Auf den Tod kann man sich nicht vorbereiten, aber die Frage nach der Organspende kann man schon weit im Voraus klären und mit der getroffenen Entscheidung entlastet man die Angehörigen. Denn die Nachricht, einen geliebten Menschen verloren zu haben, ist ein hoch emotionales Ereignis, bei dem ein Angehöriger mit der zusätzlichen Beantwortung der Frage nach der Organspende schnell überfordert wird. Zum Glück wusste ich, dass mein Mann dem Prinzip Organspende gegenüber positiv eingestellt war. Das hat letztendlich meine Entscheidung erleichtert. Mein Mann spendete Nieren, Herz und Leber.“

Gruppe 3: Frau Riemer

Was halten Sie eigentlich von Menschen, die gegen eine Organspende sind?

Wenn die Organspende aufgrund ausführlicher Information getroffen wurde, kann ich diese gut akzeptieren. Organspende ist freiwillig und

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
AufklärungDEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung DSO

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

Organspendeausweis ausschneiden und ausgefüllt
bei den Personalpapieren tragen

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

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

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

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

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

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname Telefon

Straße PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum Unterschrift

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

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

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

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

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

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname Telefon

Straße PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum Unterschrift

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

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

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

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

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

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname Telefon

Straße PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum Unterschrift

Fortsetzung von Seite 49

jede Meinung dazu zu tolerieren. Die Basis der Entscheidung könnte man evtl. hinterfragen. Sind vielleicht Ängste, Märchen oder Mythen, die durch sachliche Information aufgeklärt werden könnten, hinter der Entscheidung? Dann lohnt sich das nochmalige Gespräch über das Thema. Steht aber die Entscheidung fest, sollte auch diese Entscheidung – zur Entlastung der Angehörigen im Ernstfall – in einem Organspendeausweis dokumentiert werden.

Sind die Regeln, nach denen Organe verteilt werden, Ihrer Meinung nach gerecht? Bekommen Kinder und jüngere Menschen eigentlich Bonuspunkte?

Hier wird ein Mangel verwaltet. Deshalb kann es nie ganz gerecht zugehen, da ja nicht jeder, der eine Transplantation benötigt, auch ein Spenderorgan bekommt. Deshalb sind Regeln besonders wichtig. Die Grundprinzipien der Organverteilung sind im Transplantationsgesetz festgelegt: Dringlichkeit, Erfolgsaussicht und Wartezeit. Die detaillierten Regeln für die Verteilung der Organe werden von einer speziellen Kommission von Experten der Bundesärztekammer ausgearbeitet. Eurotransplant richtet sich dann danach. Einzelne Ärzte haben keine Möglichkeit, bestimmte Patienten zu bevorzugen. Die Vermittlung von Organen richtet sich nur nach medizinischen Kriterien, nicht z. B. nach Alter oder sozialem Stand. Ausnahmeregelungen gibt es für Kinder, da diese unter Organfehlfunktionen besonders stark leiden und Entwicklungsstörungen aufweisen können. Die Richtlinien sind hier so gefasst, dass Kinder möglichst innerhalb von drei Monaten transplantiert werden sollen. Ein weiteres Sonderprogramm besteht bei Nierentransplantation für ältere Wartelistenpatienten (65 und älter), die mit älteren Organen versorgt werden.

Schüler sprechen über Organspende

Jutta Riemer

Für Frau Mathieu-Weiszhar, Lehrerin in der Fachschule für Gesundheits- und Krankenpflege in Mutlangen am Stauferklinikum ist das Thema Organspende stets ein wichtiges für ihre Abschlussklassen. So wurde es auch im Januar 2020 wieder auf den Stundenplan gesetzt und die schon traditionelle Bitte um die Gestaltung einer Doppelstunde traf bei Jutta Riemer vom Verband Lebertransplantierte Deutschland e.V. ein. So erklärte sie dann am 30.1.2020 den Schülerinnen und Schülern die Veränderungen im TPG 2019/20 und beantwortete Fragen, die sich aus dem vorangegangenen, einführenden Unterricht von Frau Mathieu-Weiszhar und dem dort gezeigten Film „Die Lebenden reparieren“ ergeben hatten. Besonderer Diskussionsbedarf hatte sich rund um das Thema Irreversibler Hirnfunktionsausfall (Hirntod) ergeben, aber auch ethische Fragen z. B. zur Lebendspende, Organverteilung und Entscheidungsfreiheit wurden behandelt und angeregt diskutiert. Wilfried Hess führte den SuS mit der Schilderung der durchlebten, belastenden Wartezeit und der anschließenden Lebertransplantation vor Augen, dass ein solches Schicksal jede Familie betreffen kann. Für die darauffolgende Doppelstunde war der Transplantationsbeauftragte des Stauferklinikums Dr. Ulrich Rapp zu Gast im Unterricht und erläuterte die Abläufe einer Organspende im Spenderkrankenhaus und beantwortete weitere Fragen der angehenden Krankenpfleger/innen.



Foto: privat

Infotelefon

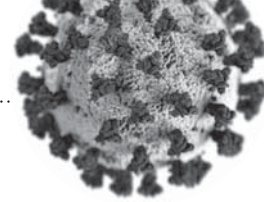
Organspende

0800/90 40 400

Montag bis Freitag · 9 bis 18 Uhr · Gebührenfrei

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION Gemeinnützige Stiftung DSO



Corona und COVID-19

Erste Impfstoffe kurz vor der Zulassung – Wer wird zuerst geimpft? – Langzeitfolgen einer COVID-19-Infektion

Gerd Böckmann

Anfang November zeigte sich ein erster Hoffnungsschimmer in der Corona-Pandemie. Die deutsche Firma BioNTech gab gemeinsam mit dem amerikanischen Pharma-Konzern Pfizer bekannt, dass ihr Corona-Impfstoff kurz vor der Zulassung steht. Sie warteten mit beeindruckenden Zahlen zur Wirksamkeit ihres Impfstoffs auf. Dieser könne bis zu 90% betragen. Die wissenschaftliche Publikation der Daten stand zu diesem Zeitpunkt noch aus. Die EU hat sich inzwischen den Zugriff auf erste Impfstofflieferungen gesichert, Deutschland möchte bis zu 100 Millionen Dosen erhalten. Die Studien sind bisher noch nicht vollständig abgeschlossen und veröffentlicht. Schwere Nebenwirkungen sind bisher nicht aufgetreten.

Der Impfstoff war von BioNTech im Projekt „Lightspeed“ (Lichtgeschwindigkeit) seit Mitte Januar 2020 entwickelt worden. Die für eine Zulassung entscheidende Phase-III-Studie begann Ende Juli 2020 in verschiedenen Ländern. Bis Ende Oktober haben mehr als 40.000 Menschen mindestens eine der beiden Impfungen bekommen, die im Abstand von drei Wochen verabreicht werden. Ein Impfschutz wird nach Angaben der Hersteller eine Woche nach der zweiten Injektion erreicht. Es wird auch geprüft, in welchem Maß die Impfung nicht nur vor COVID-19 schützt, sondern auch vor schweren Verläufen der Krankheit. Insgesamt sollen sowohl die Schutzwirkung als auch etwaige Nebenwirkungen über einen Zeitraum von zwei Jahren beobachtet werden.

Bei dem Impfstoff der Firmen BioNTech und Pfizer handelt es sich um einen **mRNA-Impfstoff**. mRNA-Impfstoffe enthalten Genabschnitte des SARS-CoV-2-Virus in Form von messenger-RNA (kurz mRNA), die auch als Boten-RNA bezeichnet wird. Ausgehend von der mRNA werden nach dem Impfen in den Körperzellen Proteine hergestellt, die dann das Immunsystem zu einer gezielten Antikörperbildung gegen SARS-CoV-2 und einer zellulären Abwehr gegen SARS-CoV-2-infizierte Zellen anregen und so eine Immunreaktion erzeugen. Eine Immunreaktion anregende Proteine werden als Antigene bezeichnet.

Um die Aufnahme durch Körperzellen zu ermöglichen, wird die mRNA mit Lipidstoffen umhüllt, sodass sogenannte

mRNA-Lipidnanopartikel entstehen. Diese sind auch nach der intramuskulären Injektion stabil und ermöglichen die Aufnahme der mRNA in einige wenige Muskel- und Immunzellen. Studien haben gezeigt, dass die Lipidnanopartikel nicht zytotoxisch (zellschädigend) sind und von ihnen keine Gefahr für den menschlichen Körper ausgeht.

In den Zellen wird die Erbinformation, die auf der mRNA kodiert ist, ausgelesen und in Protein übersetzt (translatiert). Das ist ein Prozess, der in Körperzellen auch mit der zelleigenen mRNA abläuft: Bei einigen COVID-19-mRNA-Impfstoffen handelt es sich um Nucleosid-modifizierte mRNA (modRNA), die das SARS-CoV-2-Oberflächenprotein (Spikeprotein) kodiert. Die Verträglichkeit der modRNA ist im Allgemeinen gegenüber nicht modifizierter mRNA verbessert.

Das ausgehend von der mRNA gebildete Virusprotein regt als Antigen das Immunsystem des Körpers dazu an, Antikörper gegen SARS-CoV-2 zu produzieren (humorale Immunantwort). Virusproteine können zudem eine T-Zell-Antwort (CD4, CD8) auslösen (zelluläre Immunantwort). Die mRNA der RNA-Impfstoffe wird nach kurzer Zeit von den Zellen abgebaut. Sie wird nicht in DNA umgebaut und hat keinen Einfluss auf die menschliche DNA, weder in Körperzellen noch in Keimbahnzellen. Nach dem Abbau der mRNA findet keine weitere Produktion des Antigens statt.

mRNA-basierte Impfstoffe haben den Vorteil, dass eine große Anzahl Impfdosen innerhalb weniger Wochen hergestellt werden kann. Die COVID-19-Impfstoffe auf mRNA-Basis müssen derzeit bei niedrigen Temperaturen transportiert und gelagert werden (-20 bis -80°C). Die Impfstoffhersteller arbeiten daran, den Impfstoff in Zukunft auch bei Kühlschranktemperatur lagerfähig zu machen. Der mRNA-Impfstoff, der von der deutschen Firma Curevac entwickelt wird, ist bei Kühlschranktemperatur lagerfähig. Die Zulassung wird im Lauf des Jahres 2021 erwartet. Genaue Angaben liegen zurzeit noch nicht vor. BioNTech und Pfizer rechnen damit, noch 2020 weltweit bis zu 50 Millionen Impfstoff-Dosen bereitstellen zu können, im kommenden Jahr kalkulieren sie mit bis zu 1,3 Milliarden Dosen.

Weitere Impfstoffentwicklungen

Alle Impfstoffkandidaten basieren auf dem Grundprinzip, unserem Immunsys-

tem Teile (Antigene) des Coronavirus zu präsentieren, sodass der Körper eine Immunität gegenüber dem Erreger aufbauen kann. Die unterschiedlichen Kandidaten nutzen verschiedene Ansätze. Dabei gibt es drei Hauptentwicklungslinien: Lebendimpfstoffe mit Vektorviren, Totimpfstoffe mit Virusproteinen oder die schon beschriebenen mRNA-Impfstoffe.

Vektor-Impfstoffe: Ein abgeschwächtes Virus dient als Transportmittel (Vektor) für einen ungefährlichen Teil der Erbinformation von SARS-CoV-2 in wenige Körperzellen. Vektor-Impfstoffe enthalten den Bauplan für ein oder mehrere Antigene.

Totimpfstoffe mit Virusproteinen: Bei dieser Methode wird die Erbinformation mit dem Bauplan für ein Virusprotein in Bakterien, Hefe oder in Säugerzellen eingebracht, die dann das Virusprotein produzieren. Nach der Reinigung wird das Virusprotein als Antigen im Impfstoff verwendet.

Die EU-Kommission schließt im Auftrag der Mitgliedstaaten zentral Verträge mit Herstellern möglicher Impfstoffe ab. Das Ziel sind günstige Konditionen und schnellere Belieferung. Mit sechs Firmen bzw. Konsortien hat die Kommission bereits Verträge geschlossen: AstraZeneca, BioNTech-Pfizer, Curevac, Johnson & Johnson, Moderna, Sanofi-GSK. Die Impfdosen werden nach Zulassung und Produktion entsprechend der Bevölkerungsgröße unter den Mitgliedsstaaten aufgeteilt.

Zulassung der Impfstoffe

In Großbritannien wurde der Impfstoff der Firmen BioNTech und Pfizer bereits am 2.12.2020 zugelassen, die USA folgten kurz darauf. Die Zulassung in der Europäischen Union stand am 13.12.2020 bei Redaktionschluss kurz bevor. Dies gilt ebenso für einen mRNA-Impfstoff der US-amerikanischen Firma Moderna, für den bereits ein Zulassungsantrag gestellt wurde. Für den Corona-Impfstoff gilt wegen der besonderen Dringlichkeit ein beschleunigter Zulassungsprozess. Zwar haben schon Länder wie Russland, China und kürzlich erst Bahrain Impfstoffe mit Einschränkungen freigegeben und impfen damit bereits Teile der Bevölkerung. Aber wie gut diese Impfungen tatsächlich schützen und welche Nebenwirkungen sie haben können, ist derzeit weitgehend offen.

Wer wird zuerst geimpft?

Selbst wenn ein Impfstoff zugelassen wird und erste Mengen ausgeliefert werden, ist klar, dass nicht alle Bundesbürger zur selben Zeit geimpft werden können. Die ständige Impfkommission, der Deutsche Ethikrat und die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina haben ein gemeinsames Positionspapier verfasst, in dem sie „Empfehlungen für einen gerechten und geregelten Zugang zu einem COVID-19-Impfstoff“ geben. Diese basieren nicht nur auf medizinisch-epidemiologischen Erkenntnissen, sondern beziehen auch ethische und rechtliche Prinzipien mit ein. Zuerst sollen folgende Personen geimpft werden:

- Bewohner von Senioren- und Altenpflegeheimen
- Personen im Alter von ≥ 80 Jahren
- Personal mit besonders hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen (z. B. in Notaufnahmen, in der medizinischen Betreuung von COVID-19-Patienten/innen)
- Personal in medizinischen Einrichtungen mit engem Kontakt zu besonders gefährdeten Gruppen (z. B. in der Hämato-Onkologie oder Transplantationsmedizin)
- Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Altenpflege
- andere Tätige in Senioren- und Altenpflegeheimen mit Kontakt zu den Bewohnern

Danach folgen weitere Risikogruppen wie Senioren, Personen mit Vorerkrankungen, zu denen auch Organtransplantierte gehören, sowie Personal des Gesundheitssystems. Diese werden nach Alter, dem Schweregrad einer Erkrankung und dem Risiko, dem sie ausgesetzt sind, gestaffelt. Personen, die in wichtigen Bereichen des öffentlichen Lebens arbeiten beziehungsweise das öffentliche Leben aufrechterhalten, etwa Mitarbeiter der Gesundheitsbehörden und der Polizei, Erzieher und Lehrer, sollen ebenso bevorzugt eine Impfung erhalten. Das Positionspapier hebt zudem hervor, dass eine Impfung grundsätzlich auf freiwilliger Basis erfolgen soll, es soll keine Impfpflicht geben. Die Impfung soll nicht in den Hausarztpraxen, sondern in staatlich zugelassenen Impfzentren stattfinden.

Impfzentren

Die Verteilung eines Impfstoffs wird über Impfzentren erfolgen, die von den Bundesländern eingerichtet werden. Es wird Impfteams geben, die stationäre Pflegeeinrichtungen aufsuchen. Abhängig von der Verfügbarkeit des Impfstoffs und der Zahl und Größe der Impfzentren und ihrer personellen Ausstattung ist da-

mit zu rechnen, dass eine Impfung der Risikogruppen, zu denen etwa die Hälfte der Bevölkerung zählt, die erste Jahreshälfte 2021 in Anspruch nehmen wird.

Eine Entspannung dieser Situation könnte erst eintreten, wenn weitere Impfstoffe auf den Markt kommen, die wie die üblichen Grippeimpfstoffe von den Hausärzten verabreicht werden können

Impfung bei Organtransplantierten unter Immunsuppression

Da, soweit bekannt, an Organtransplantierten keine Studien gemacht wurden und bisher keine Erfahrungen dokumentiert wurden, kann noch keine verlässliche Aussage über die Wirkung des Impfstoffs bei immunsupprimierten Patienten gemacht werden. Auch über Nebenwirkungen des Impfstoffs bei Immunsupprimierten liegen noch keine Daten vor. Grundsätzlich sollte eine Impfung mit den mRNA basierenden Impfstoffen von BioNTech/ Pfizer, Moderna und Curevac möglich sein, da es sich nicht um Lebendimpfstoffe handelt. Denkbar ist ein schwächerer Impfschutz, der aber immer noch besser als gar kein Schutz ist. Unklar ist auch noch, welcher zeitlicher Abstand zwischen Transplantation und Impfung liegen sollte. Transplantierte Patienten sollten sorgfältig auf die entsprechenden Veröffentlichungen achten und Rat bei ihrem Transplantationszentrum einholen.

Langzeitfolgen nach einer COVID-19-Infektion

Bei Infektionen mit Lungenentzündungen werden grundsätzlich lange Genesungszeiten beobachtet und sind nicht ungewöhnlich. Auch bei COVID-19-Erkrankungen können Wochen bzw. Monate nach der akuten Erkrankung noch Symptome vorhanden sein oder neu auftreten. Es existiert aufgrund der Neuartigkeit des Krankheitsbildes und den sehr unterschiedlichen klinischen Ausprägungen bis jetzt keine einheitliche Definition für Langzeitfolgen (Englisch: „Long Covid“). Es gibt den Vorschlag, Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung nicht als einheitliches Phänomen zu betrachten, sondern verschiedene Krankheitsbilder zu beschreiben, die sowohl zeitversetzt als auch parallel in verschiedenen Ausprägungen auftreten können. Zum Beispiel lassen sich organspezifische Langzeitfolgen nach Intensivbehandlungen beobachten. Darüber hinaus kommen, auch bei mildereren Verläufen, Atemstörungen, Schwindel, längerfristige Erschöpfung, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, Geruchsverlust, Merkstörungen, Gedächtnisprobleme oder Wortfindungsstörungen vor. Auch

wird in der Literatur von ungewöhnlichen Symptomen wie plötzlichem Erbrechen, Durchfall und starkem Schwindel berichtet. Über den klinischen Verlauf von COVID-19 nach sehr milden oder asymptomatischen Erkrankungen ist bislang wenig bekannt. Verlässliche, repräsentative Daten zum Anteil der Erkrankten mit Langzeitfolgen liegen derzeit nicht vor. Daten aus England deuten jedoch darauf hin, dass etwa 40% der hospitalisierten Erkrankten längerfristige Unterstützung benötigen und bei etwa 10% der nicht hospitalisierten, mild Erkrankten Symptome länger als 4 Wochen andauern. Es wird diskutiert, ob eine COVID-19-Infektion wie andere Virusinfektionen die Krankheit Myalgische Encephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) auslösen kann.

Dieser Artikel basiert auf Informationen, die am 13.12.2020 vorlagen. Informieren Sie sich bitte in seriösen Quellen über die aktuelle Situation.

Quellen:

Pressemitteilung der Firmen BioNTech und Pfizer vom 9.11.2020

Pressemitteilung der Firma Curevac vom 12.11.2020

Positionspapier der gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der ständigen Impfkommission, des deutschen Ethikrates und der nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina vom 9.11.2020

Homepage und Pressemitteilungen des Bundesministeriums für Gesundheit:

www.bundesgesundheitsministerium.de

Homepage des Robert-Koch-Instituts: www.rki.de

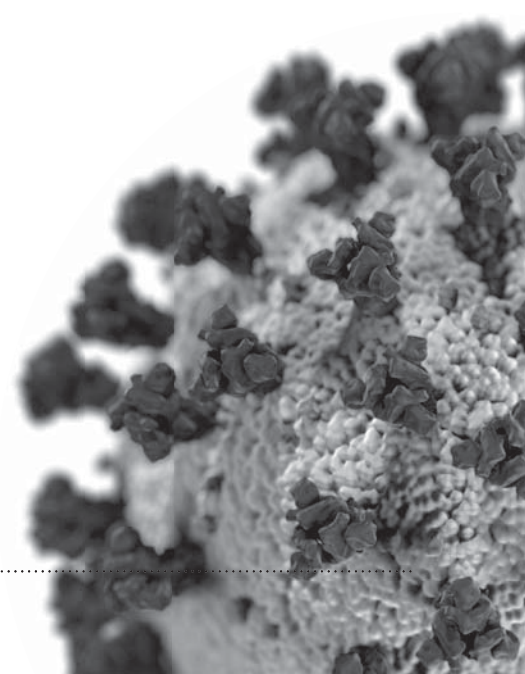
Homepage und Pressemitteilungen des Paul Ehrlich-Instituts: www.pei.de

Homepage des vfa. Die forschenden Pharmaunternehmen: vfa.de

Homepage der Deutschen Gesellschaft für ME/CFS: www.mecfs.de

Newsletter der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) vom 1.12.2020

Weitere Quellenangaben beim Verfasser



Wie habe ich bisher die Coronazeit erlebt? Unsere Mitglieder berichten.

In Juli-Mitgliederbrief baten wir die Mitglieder um kurze Berichte, wie sie die ersten Monate der Corona-Pandemie erlebt haben. Hier ein Einblick in die Rückmeldungen.

Anne Vorderderfler

Meine Lebertransplantation war im Jahr 2011 und ich fühle mich seitdem sehr wohl. Mein Leben verläuft in guten Bahnen ohne große Beeinträchtigungen.

Die vergangene Coronapandemie-Zeit hat mich nicht wirklich sehr belastet. In den ersten Wochen, in denen man wenig vor die Tür kam, habe ich in meinem Büro viele Dinge aufarbeiten können, die schönen Tage mit Gartenarbeit, Spaziergängen und Fahrradfahrten an der frischen Luft zugebracht und es endlich geschafft, alle Schränke aufzuräumen. Habe mich also so verhalten wie alle.

Während verschiedener Urlaube im Sommer in Deutschland und bei Verwandten in Österreich haben wir Vorsicht walten lassen und uns nicht gefährdet gefühlt. Dass man nicht in die weite Welt reisen kann in diesen Zeiten, stört uns wenig.

Zu Anfang auf die Enkel zu verzichten, war schwer. Mittlerweile kommen sie wieder, was mir auch sehr wichtig ist.

Wir treffen unsere Kinder mit deren Familien und auch gute Freunde im engeren Kreis, gehen unserem Hobby auf dem Golfplatz nach und machen uns nicht verrückt.

Außerhalb beim Einkaufen etc. Masken zu tragen, ist selbstverständlich. Das ewige Umarmen mit Bekannten war mir in der Vergangenheit schon oft zu viel und ich bin nicht böse, dass dies nun wegfällt.

Somit fühle ich mich auch in diesen Pandemiezeiten gut und wir machen das Beste daraus.

Trotzdem wäre ich natürlich froh, wenn es bald einen Impfschutz gäbe.

Seit Jahren bekomme ich im Winter die Grippe- und Pneumokokkenschutzimpfung und vertrage sie bestens. In diesem Jahr werde ich mich auch noch gegen Gürtelrose impfen lassen. Zwischen den Impfungen sollten jeweils 4 Wochen liegen.

Viele Grüße aus dem Münsterland



Foto: Wilfried Hess

Wilfried Hess

Diese Zeit war geprägt am Anfang von Einkaufsstress (WC-Papier etc.), lange Schlangen vor Einkaufszentren, leere Regale ...

Verschieben von Arztterminen, Absagen von Kontaktgruppentreffen, Atemschutzmasken kaum noch zu bekommen.

Viel Zeit mit herrlichen Radtouren auf der Schwäbischen Alb, im Donautal und Rucksackvesper!

In der freien Natur schmeckt's am besten!
Vor allem bei schönem Wetter.

Refugien in unserer tollen Heimat, dem Schwäbischen Wald, mit Wanderungen ausfüllen.

An den Wochenenden jedoch die Radlerpandemie. Alles, was Pedale treten konnte, war unterwegs.

Die Straßen fast autofrei.

Die Luft wieder gut, keine Flieger über uns.

Die Natur traut sich wieder ins Dorf, Turmfalken brüten an unserem alten Scheunengiebel.

Ansteckungsangst in den Kliniken, im Alltag.
Mein erster Coronatest in der Uniklinik Heidelberg.

Negativ!

Neue Gartenfreundschaften mit Blumenliebhabern.

Entschleunigung, da kaum Termine wahrgenommen werden konnten. Weniger ist mehr!

Hobbies wie Schnitzen, Malen, Werkeln in der Werkstatt ...

Leider keine Besuche bei unseren Mitgliedern, höchstens anrufen.

Auch Briefe oder Karten (mit eigenen fotografierten Motiven) wieder von Hand schreiben.

Meinen 9. Geburtstag nach Lebertransplantation feiern.
Den beiden Spendern in Andacht danke sagen.

Ein kleines Lächeln verändert den Tag.

K. J. (Name der Redaktion bekannt)

Hallo, Ihr lieben Lebertransplantierten,

heute möchte ich von meinen Erfahrungen mit Corona als Lebertransplantierte berichten. Vielleicht ist mein kurzer Erfahrungsbericht für andere Transplantierte interessant, auch wenn die Infektion ja auch bei Transplantierten sehr unterschiedlich verlaufen kann.

Zu meiner Person: Ich bin 57 Jahre alt, verheiratet und habe 4 Söhne. Meine Grunderkrankung ist eine PSC (Primär sklerosierende Cholangitis). Diese entzündliche Erkrankung der Gallenwege schritt fort und 2009 war es dann soweit, dass eine Transplantation unumgänglich wurde. Die Transplantation rettete mir schließlich das Leben und ich nehme nun, wie viele Transplantierte, als Immunsuppression Tacrolimus (2mg pro Tag).

In dieser Corona-Zeit hat das Virus vor mir leider nicht Halt gemacht. Was man verhindern wollte, ist doch passiert. Vielleicht war es der Besuch eines Kirchenchorkonzertes, kurz bevor Veranstaltungen dieser Art nicht mehr stattfinden durften? Wir wissen es nicht. Jedenfalls habe ich mich mit SARS-CoV-2 infiziert. Die Erkrankung zog sich über 7 Wochen mit einem Entzündungsgefühl auf Lunge, Kurzatmigkeit, Halsschmerzen und immer das Gefühl der Schlappeheit! 38,2 °C Fieber hatte ich nur einmal. Die Krankheit verlief in Schüben. Es ging mir schlecht, dann wurde es besser und ich hatte schon gehofft, dass alles vorbei wäre, dann wurde es wieder schlimmer. Glücklicherweise war der Verlauf bei mir so, dass ich nicht ins Krankenhaus eingewiesen werden musste. Ich bekam auch keine speziellen Medikamente oder ärztliche Betreuung. Mein Körper musste mit dem Virus selbst fertig werden. Nach 10 Wochen wurde auf Corona-Antikörper getestet. Der Antikörpertest EIA-IgG (Euroimmun) zeigte im Blut den Wert 2,2 (im Labor relevant ab 0,8). Inzwischen bin ich wieder ziemlich fit, kann täglich 15 km Rad fahren. Manchmal ist sie noch da - die Kurzatmigkeit. Das spüre ich auch daran, dass ich noch nicht wieder so gut singen kann wie vor der Covid-Erkrankung.

Nebenbei habe ich versucht, mit vielen bewährten „Hausmittelchen“ das Wohlbefinden zu steigern und den Verlauf vielleicht etwas zu lindern. Also alles das, was man auch tut, wenn man z. B. einen grippalen Infekt hat: Inhalieren mit Sole, vitaminreiche Früchte, Zwiebeln, Knoblauch, Eukalyptus- und Mentholbonbons und jeden Tag einen ½ Teelöffel Myrrhekörnchen, die entzündungshemmend wirken sollen. Diese nehme ich auch ansonsten wegen einer Colitis (Darm-Entzündung) ein. Ob diese Maßnahmen geholfen haben? Ich hatte das Gefühl. Aber das sind natürlich meine ganz persönlichen, subjektiven Empfindungen.

Was mir emotional sehr geholfen hat, war das Gebet. Ich habe Jesus meine Ängste und Sorgen gesagt und er hat mich dann ruhig gemacht.

Soweit mein kleiner „Corona-Einblick“. Euch Aktiven im Verein an dieser Stelle einmal ein ganz dickes Dankeschön für eure Superarbeit und euren Einsatz für Lebertransplantierte. Euch allen viel Kraft, Gesundheit und alles Gute

Sport nach einer Lebertransplantation

Gerd Böckmann

Würde ich nach meiner Lebertransplantation wieder Tennis spielen können? Diese Frage beschäftigte mich schon wenige Tage nach meiner Transplantation. Mut machte mir der Leiter der Gastroenterologie und Hepatologie des Klinikums Professor Dr. G. bei einem Besuch in meinem Krankenzimmer. Die Transplantation war gut verlaufen, eine Abstoßungsreaktion verzögerte jedoch eine schnelle Genesung. Ich konnte zwar das Bett verlassen, war jedoch nach wenigen Schritten völlig erschöpft. „In wenigen Monaten stehen Sie wieder auf dem Tennisplatz“, so die Prognose von Professor G. Ich hatte erhebliche Zweifel. Nun hatte ich jedoch ein Ziel: Ich wollte wieder Tennis spielen, wenn möglich in einer Mannschaft.

Beruf und Sport

Sport hat in meinem Leben schon immer eine Rolle gespielt. Als Schüler und Student war ich begeisterter Ruderer. Training, Ruderregatten und in den Ferien ausgedehnte Wanderfahrten auf deutschen und europäischen Flüssen bestimmten meine Freizeit. In der folgenden Lebensphase trat der Sport in den Hintergrund. Familie und Beruf ließen mir wenig Zeit. Einmal in der Woche Gymnastik und Volleyball mussten reichen. Im Alter von 34 Jahren begann ich, gemeinsam mit meiner Frau wieder häufiger Sport zu treiben, Tennis, so hatten wir uns überlegt, ist vom zeitlichen Aufwand her machbar, Tennisanlagen waren schnell erreichbar, sodass auch nach spätem Feierabend noch eine Stunde Spiel möglich war. Nach kurzer Zeit waren wir beide in einer Mannschaft aktiv und spielten auf den Tennisanlagen der Region. Auch unsere drei Kinder fanden Gefallen am Tennissport, so war in den nächsten Jahren oftmals die ganze Familie gleichzeitig auf der Tennisanlage.

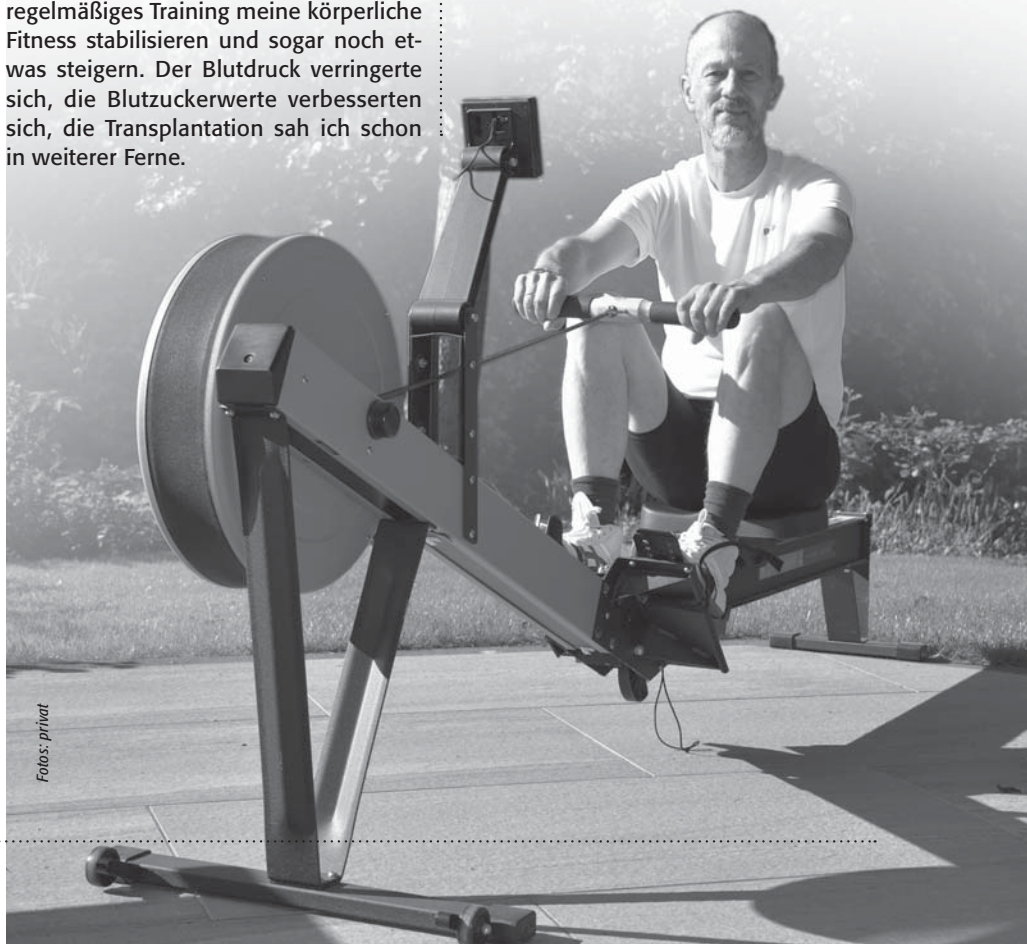
Erkrankung

Als bei mir im Alter von 45 Jahren eine PSC (Primär sklerosierende Cholangitis) diagnostiziert wurde, schränkte mich dies zunächst nicht in der Ausübung des Sports ein. Von da an begleitete mich jedoch der Gedanke an eine mögliche Lebertransplantation und regelmäßige Krankenaufenthalte wurden zur Normalität. Aber als nach einigen Jahren auch noch eine AIH (Autoimmunhepatitis) dazukam, reduzierte sich meine sportliche Leistungsfähigkeit.

Da im Tennissport die Spielstärke in einer individuellen Leistungsklasse bewertet wird, bewirkte dies, dass meine Gegner bei Mannschaftsspielen auch spielschwächer wurden und für mich noch ein Erfolgserlebnis gegeben war. 2014 gelang mir mit meiner Mannschaft noch ein Aufstieg in die höchste Spielklasse des hiesigen Bezirks. Zu diesem Zeitpunkt machte mir schon ein erheblicher Gewichts- und auch Kraftverlust zu schaffen, durch regelmäßige Cortisoneinnahme war ich zum insulinpflichtigen Diabetiker geworden. Im Herbst 2014 zeichnete sich für mich ab, dass eine Lebertransplantation für mich unumgänglich ist. Anfang 2015 fanden die Leistungsuntersuchungen statt. Ich habe meine Berufstätigkeit eingestellt und wurde kurz darauf für berufsunfähig erklärt. Durch die in dieser Zeit häufigen Krankenhausaufenthalte war es schwierig, an einem regelmäßigen Tennistraining teilzunehmen. Da ich jedoch nicht bettlägerig war, hatte ich mir zum Ziel gesetzt, die Transplantation in einem möglichst guten Zustand des Herzkreislauf-Systems zu erleben. Ich rechnete mit einer längeren Wartezeit und ob ich in dieser Zeit Tennis spielen kann, wusste ich nicht. Ein Ruderergometer, das im Keller verstaubte, wurde von mir neu entdeckt. Da es sich um ein echtes Ergometer handelte, wie es auch im Rehasport und im Leistungstraining der Ruderer eingesetzt wird, konnte ich durch regelmäßiges Training meine körperliche Fitness stabilisieren und sogar noch etwas steigern. Der Blutdruck verringerte sich, die Blutzuckerwerte verbesserten sich, die Transplantation sah ich schon in weiterer Ferne.

Transplantation

Im Mai, just als ich mich wieder auf den Tennisplatz begeben wollte, erreichte mich der erste Anruf zur Transplantation. Ein Tennisfreund brachte mich ins Klinikum, eine gepackte Tasche, wenn auch mit Sportsachen, hatte ich ja dabei. Die Transplantation wurde jedoch nicht durchgeführt, aus mir nicht bekannten Gründen war das mir zugedachte Organ nicht geeignet. Nun rechnete ich mit einer längeren Wartezeit. Aber wiederum sollte ich mich täuschen. Schon drei Tage später war es dann soweit, diesmal wurde die Transplantation durchgeführt. Die Transplantation war problemlos verlaufen, eine Abstoßung verzögerte jedoch die Heilung. Obwohl die Abstoßung sofort erkannt und behandelt wurde, konnte ich nicht glauben, jemals wieder Sport treiben zu können. Ich durfte zwar das Krankbett sofort nach der Transplantation kurzzeitig verlassen, nach wenigen Schritten war ich jedoch schweißgebadet. Auch 10 Tage nach der Transplantation stellte die Treppe des Krankenhauses eine unüberwindbare Barriere für mich dar. Mit Hilfe der Physiotherapeuten des Klinikums konnte ich allerdings bald den ersten Treppenabsatz meistern. Jetzt wollte und konnte ich um den Fahrstuhl einen Bogen machen, das Treppenhaus des Klinikums wurde mein erstes Trainingsareal. 3 Wochen nach der Transplantation konnte ich das Klinikum verlassen.



Fotos: privat

Anschlussheilbehandlung

In der anschließenden Anschlussheilbehandlung in Bad Driburg habe ich weiter an meiner Fitness gearbeitet. Nach 2 Wochen waren bereits wieder ausgedehnte Spaziergänge über 2 Stunden möglich. So konnte ich nach 3 Wochen Reha zuhause wieder auf mein Ruderergometer zurückkehren. Jetzt hatte ich ein neues Ziel. Bevor ich auf den Tennisplatz zurückkehren wollte, plante ich, mindestens mein Leistungsniveau vor der Transplantation wieder zu erreichen. Der Leistungsverlust, das Ergometer mit Aufzeichnungsfunktion machte diesen messbar, lag bei etwa 20 Prozent. Nach 3 Monaten mit regelmäßigem Training und ausgedehnten Spaziergängen hatte ich mein Ziel erreicht.



Zurück auf dem Tennisplatz

Inzwischen war Herbst, das Wetter war noch gut, mein damaliger Hausarzt ist auch ein begeisterter Tennisspieler und begleitete meine ersten Versuche beim Wiedereinstieg. Ob ich mein erstes Match nach der Transplantation gegen ihn gewonnen habe, weil er auf mich Rücksicht genommen hat oder weil die Spielfreude bei mir nach fast einem halben Jahr ohne Tennis so groß war, kann ich nicht sagen. Jedenfalls wollte ich im Winter wieder mit dem Training starten. Eine erneute Abstoßung verzögerte jedoch meine Pläne. Zum Glück wurde auch diese Abstoßung rechtzeitig erkannt. Nach einem kurzen Krankenhausaufenthalt mit der entsprechenden Behandlung blieb sie ohne Folgen für die Leber und meine Gesundheit. Mein Trainingsprogramm habe ich danach wiederaufgenommen mit dem Ziel, in der nächsten Saison im Sommer wieder in der Mannschaft zu spielen. Dies ist mir gelungen, ich habe vier Sommer als aktiver Mannschaftsspieler hinter mir, ohne Corona-Pandemie wären es sogar fünf. Auf die Mannschaftsspiele im Jahr 2020 hat die Mannschaft einvernehmlich ver-

zichtet, da alle Spieler über 60 Jahre alt waren und kein Risiko eingehen wollten. So blieb es in diesem Jahr bei Spielen innerhalb des Vereins.

Der Sport und insbesondere der Tennissport haben mir bei der Bewältigung der Erkrankung und der Transplantation sehr geholfen. Dies gilt sowohl aus gesundheitlicher Sicht als auch aus sozialer Sicht. So konnte ich einige Zeit nach der Transplantation vollständig auf das Insulin verzichten, mein Körpergewicht bereitet mir keinerlei Probleme, bei Wanderungen und Radtouren kann ich problemlos auch mit Jüngeren mithalten. Sport und Bewegung in einer Gruppe bringen eine Abwechslung in den Alltag, die ich nicht vermissen möchte.

Tennis: Geeignet für Lebertransplantierte?

Rückschlagsportarten wie Tennis, Badminton oder Tischtennis werden von Organtransplantierten häufig ausgeübt. Der Verein TransDia richtet unter anderem deutsche Meisterschaften für diese Sportarten aus.

Wer jemals eine Ballsportart betrieben hat, weiß, was den Reiz dieser Sportart ausmacht. Einen Ball zu beherrschen, sei es mit Hand, Fuß oder Schläger und dies auch noch im Wettbewerb mit anderen, hat eine hohe Attraktivität. Die mitgliederstärksten Sportverbände in Deutschland sind im Ballsport zu Hause.

Viele Transplantierte haben irgendwann einmal eine dieser Sportarten betrieben. Bei dem Wunsch, nach einer Transplantation wieder Sport zu treiben, scheiden die Sportarten, bei denen der Körperkontakt zum Gegner nicht ausgeschlossen werden kann, meist aus. Die Verletzungsgefahr ist zu groß. Es bleiben die Rückschlagsportarten übrig, bei denen der Ball mithilfe eines Schlägers über ein Netz befördert werden muss. Ein Kontakt ist hier allenfalls mit dem Partner bei der Spielvariante Doppel denkbar.

Gegenüber dem Tischtennis und Badminton hat der Tennissport den Vorteil, vom Frühjahr bis zum Herbst im Freien ausgeübt werden zu können. In der Zeit der Corona-Pandemie war Tennis eine der Sportarten, die wegen des geringen Infektionsrisikos als eine der ersten wieder ausgeführt werden durften.

Bevor jedoch ein Transplantiertes mit dem Tennissport beginnt oder wieder einsteigt, sollten bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Rehaprogramm nach Transplantation sollte mit gutem Erfolg absolviert sein. Dies betrifft sowohl die körperliche Beweglichkeit (Gymnastik), Muskulatur, Koordination als auch die Belastbarkeit des Herz-Kreislauf-Systems.

- Eine kardiologische Untersuchung ergibt keine Bedenken.
- Bei orthopädischen Problemen sollte ein Facharzt befragt werden.
- Das Transplantationszentrum sollte keine Bedenken gegen die Ausübung des Sports haben.

Wenn bereits Erfahrungen im Tennissport vorliegen, findet sich in fast jedem Verein ein Spielpartner, der einen moderaten Wiedereinstieg ermöglicht. Bevor es an ein echtes Match geht, sollten erst einige Trainingsspiele helfen, die eigene Leistungsfähigkeit einzuschätzen. Wer Bedenken hat, kann diese ersten Übungen auch mit einem qualifizierten Tennislehrer absolvieren.

Dies gilt auf jeden Fall für Einsteiger. In vielen Vereinen finden Kurse für Anfänger jeden Alters statt. Schnupperstunden werden vielfach unentgeltlich angeboten und stellen eine gute Möglichkeit dar festzustellen, ob einem dieser Sport überhaupt zusagt. Ballsportler aus anderen Disziplinen finden oft einen schnellen Einstieg und sind beim Tennis oft vertreten.

Über kurz oder lang wird es für jeden Spieler auch zu einer Wettkampfsituation kommen. Dann setzt lediglich der Ehrgeiz des Spielers Grenzen. Dem einen reicht ein geselliges Doppel oder Mixed-Spiel, ein anderer möchte an Meisterschaftsspielen, egal ob Vereinsmeisterschaften oder Ligaspielen, teilnehmen. Hierbei kommt ein großer Vorteil des Tennissports zum Tragen: Es gibt sehr viele Alters- und Leistungsklassen. So haben im Tennissport auch Anfänger im fortgeschrittenen Alter die Möglichkeit, am Wettkampfsport teilzunehmen. So hat sich der lebertransplantierte Autor dieser Zeilen in Meisterschaftsspielen schon Kontrahenten mit neuen Hüftgelenken oder Rehabilitanden nach Herzinfarkt oder Schlaganfall gegenübergesehen und spielt regelmäßig mit dem Empfänger einer Niere.

Das wichtigste aber ist es, Sport in einer Gemeinschaft zu betreiben. Die Gesellschaft anderer Menschen, die Freude an Sport und Bewegung haben, ist für das seelische Befinden von großer Bedeutung. Ob dies nun eine Tennismannschaft oder eine Wandergruppe ist, regelmäßige Bewegung in einer Gruppe, egal ob mit oder ohne sportlichen Ehrgeiz, ist für jeden gesundheitlich wertvoll, egal ob organtransplantiert oder nicht.

Gerd Böckmann, 60 Jahre alt, hat ein Jahr nach seiner Lebertransplantation im Alter von 55 Jahren wieder mit dem leistungsmäßigen Tennissport begonnen und spielt zurzeit in einer Herren-60-Mannschaft.

Änderungen beim steuerlichen Pauschbetrag für Behinderte

Peter Mohr

Ende Juli 2020 hat die Regierung Änderungen beim steuerlichen Pauschbetrag für Behinderte beschlossen.

Der Pauschbetrag vereinfacht die Steuererklärung: Als Steuerpflichtige/r muss man nicht jede Ausgabe, die man aufgrund einer Behinderung hat, einzeln angeben. Man trägt einfach die Summe des Pauschbetrags in die Steuererklärung ein. Einzelangaben sind nur notwendig, wenn diese Ausgaben höher sind als der Pauschbetrag.

Die Steuerverwaltung hat den Vorteil, dass erheblich weniger Belege geprüft werden müssen. Das steuerpflichtige Einkommen verringert sich um die Höhe des Pauschbetrags. Wer also ein Einkommen von 50.000 Euro im Jahr hat, muss bei einem Pauschbetrag von 5.000 Euro nur noch 45.000 Euro versteuern.

Die Höhe des Pauschbetrags richtet sich nach dem Grad der Behinderung (GdB). Mit einem GdB von 100 erhält man also den höchsten Pauschbetrag.

Laut Finanzministerium wird künftig Folgendes geändert:

- die Behinderten-Pauschbeträge werden verdoppelt;
- die Einführung eines behinderungsbedingten Fahrtkosten-Pauschbetrags (unter Berücksichtigung der zumutbaren Belastung). Dieser Punkt betrifft geh- und stehbehinderte Men-

schen sowie Menschen mit den Merkzeichen AgB, Bl und H; für Lebertransplantierte Menschen also meist weniger interessant;

- der Verzicht auf die zusätzlichen Anspruchsvoraussetzungen zur Gewährung eines Behinderten-Pauschbetrags bei einem GdB kleiner 50. Einen Pauschbetrag gab es bisher für diese Menschen nur bei Vorliegen einer Berufskrankheit, wenn eine gesetzliche Rente bezahlt wurde und wenn eine dauerhafte Bewegungseinschränkung vorlag. Für Menschen mit einem GdB zwischen 20 und 50 also eine große Verbesserung;

- die Aktualisierung der Grade der Behinderung an das Sozialrecht, wodurch zukünftig ein Behindertenpauschbetrag bereits ab einem GdB von mindestens 20 berücksichtigt wird.

Darüber hinaus soll der Pflege-Pauschbetrag als persönliche Anerkennung der häuslichen Pflege bei gleichzeitiger Umstellung der Systematik angehoben werden. Für die Pflegegrade 2 und 3 wird zukünftig ebenfalls ein Pflege-Pauschbetrag gewährt.

Diese Veränderung ist meines Erachtens für uns als Lebertransplantierte nur selten wichtig, sodass sie nicht kommentiert wird.

Als Tabelle dargestellt sieht das neue System also so aus:

Pauschbeträge VZ 2020		Pauschbeträge ab VZ 2021	
Grad der Behinderung von	Pauschbetrag in EUR	Grad der Behinderung von	Pauschbetrag in EUR
		20	384
25 und 30	310	30	620
35 und 40	430	40	860
45 und 50	570	50	1.140
55 und 60	720	60	1.440
65 und 70	890	70	1.780
75 und 80	1.060	80	2.120
85 und 90	1.230	90	2.460
95 und 100	1.420	100	2.840

Fiktive Genehmigung – Wenn die Krankenkasse nicht entscheidet

Peter Mohr

Der Arzt/die Ärztin hat Ihnen ein Hilfsmittel verschrieben und Sie haben das Hilfsmittel bei Ihrer Krankenkasse beantragt. Nun lässt die Krankenkasse aber wochenlang nichts von sich hören und Sie wissen nicht, wie es weitergehen soll. Für diesen Fall gibt es eine Gesetzesvorschrift: § 13 Abs. 3a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

„Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforder-

lich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.“

Am 26. Mai 2020 hat jedoch das Bundessozialgericht ein Urteil zu diesem Thema gefällt. Dieses Urteil besagt, dass die Genehmigungsfiktion weiter besteht, wenn der Patient „gutgläubig“ der Meinung ist, das beantragte Hilfsmittel stehe ihm tatsächlich zu.

Wurde also der Antrag auf ein bestimmtes Hilfsmittel bereits einmal abgelehnt, würde diese Gutgläubigkeit nicht mehr bestehen. Ebenso verhält es sich, wenn ein Medikament oder eine Behandlung beantragt wird, von der der Patient/die Patientin weiß, dass sie für die derzeitige Krankheit als Behandlung nicht zugelassen ist. Der gutgläubige Patient kann sich also das beantragte Hilfsmittel beschaffen.

Wartet der Patient/die Patientin allerdings die Entscheidung der Krankenkasse länger als drei Wochen ab und ist diese dann negativ, so kann sie nicht mehr auf die Möglichkeit der fiktiven Genehmigung

zurückgreifen. Oder, einfach ausgedrückt: Dieser Zug ist dann abgefahren.

Endgültig entschieden ist das Problem noch nicht, da der Urteilstext bis jetzt nicht vorliegt und der Sozialverband VdK Verfassungsbeschwerde angekündigt hat.

Ein weiteres Problem: Verschiedene Gerichte haben in den letzten Jahren ge-

urteilt, dass die Drei-Wochen-Frist nur greift, wenn es sich um ein kuratives Hilfsmittel handelt, also ein Hilfsmittel, das die zugrunde liegende Krankheit heilt. Ist dies nicht der Fall (z. B. eine Gehhilfe bei einem dauerhaft gehbehinderten Patienten), greift die Regel nicht. Allerdings sind Fälle bekannt, in denen Kranken-

kassen sich auch bei nicht kurativen Hilfsmitteln an die Drei-Wochen-Frist gehalten haben. Somit besteht ein gewisses Risiko, wenn man auf der Frist besteht. Auf jeden Fall sollte mit dem Lieferanten des Hilfsmittels über dieses Thema gesprochen werden.

Pandemie und Arbeitsschutz

Jutta Riemer

Im späten Frühjahr, also in der ersten Hochzeit der Corona-Viruserkrankungen, haben uns sehr viele Anfragen bezüglich der Wiederaufnahme der Arbeit erreicht. Besonders häufig waren Anfragen von Transplantierten und deren Angehörigen, die in Berufen tätig sind, die mit vielen oder auch mit potenziell erkrankten Menschen in Kontakt kommen. Hier einige Beispiele dazu:

„... Ich arbeite als Reinigungskraft in einer Klinik. Ich kann mich ja nicht laufend krankschreiben lassen. Ich habe nun schon Angst, mich zu infizieren. ...“

„... In meinem Beruf als Erzieher habe ich Kontakt mit schwerstbehinderten Menschen. Abstand halten ist hier unmöglich. Gibt es hier Sonderregelungen?“

„... Ich habe als Intensivschwester immer wieder Kontakt zu Covid-Patienten. Mein Mann ist Lebertransplantiert. Wir halten schon so gut wie möglich Abstand. Trotzdem habe ich Angst, ihn anzustecken. Gibt es hier für Angehörige von Hochrisikopatienten besondere Rechte?“

Vereinzelt konnten wir auch Befürchtungen hören, dass durch Krankschreibungen wegen erhöhten Infektionsrisikos negative Folgen im beruflichen Umfeld befürchtet wurden und ein rascher Wiedereinstieg trotz Immunsuppression vorangetrieben wurde.

Die Nöte der Menschen haben den Vorstand von Lebertransplantierte Deutschland e.V. veranlasst, diese Fragen direkt beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Minister Heil) und beim Bundesministerium für Gesundheit (Minister Spahn) zu stellen.

Am 29.5.2020 schrieben wir an die Bundesminister Jens Spahn und Hubertus Heil:

„... Die aktuelle Situation durch das Covid-19-Virus bedeutet für viele Menschen eine enorme Belastung. Viele fürchten um ihren Arbeitsplatz, viele fürchten um ihre Gesundheit und die Anzahl von Menschen, die um beides fürchten, dürfte ebenfalls enorm sein. Als Lebertransplantierte Deutschland

e.V. kümmern wir uns um Menschen vor und nach einer lebensrettenden Transplantation. Während die Wartelistenpatienten einen deutlich eingeschränkten Allgemeinzustand aufweisen, sind die Patienten nach der Transplantation auf Medikamente angewiesen, die das Immunsystem einschränken. Somit gehören beide zur Risikogruppe in der derzeitigen Pandemie. Dies zeigt sich deutlich an den aktuellen Zahlen der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG), die eine Mortalität von 10% der erkrankten Transplantierten bei einer Covid-19-Infektion festgestellt haben. In letzter Zeit erreichen uns viele besorgte Anfragen von Wartelistenpatienten und Transplantierten, die ihrer Arbeit nachgehen und sich dabei in Gefahr begeben, weil sie beispielsweise als Pflegekraft oder Kindergärtner/in mit und an anderen Menschen arbeiten müssen. Wir sind der Überzeugung, dass diese Menschen vor den aktuellen Risiken geschützt werden müssen, ohne Gefahr einzugehen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Eine mögliche Lösung wäre, dass für Transplantierte und Patienten auf der Warteliste ein Äquivalent zum Mutterschutzgesetz geschaffen wird. Das Arbeitsschutzgesetz liefert hier keine ausreichende Handhabung für diese besondere Personengruppe. In der Regel dürfte ein Arbeitgeber bei der Entwicklung eines Schutzkonzeptes überfordert sein, die Risiken von Transplantierten richtig einzuschätzen. Anlehnend an §11, Abs. 2 MuSchG sollten Transplantierte und Wartelistenpatienten ihre Arbeit für den Zeitraum einer besonderen Gefahr aussetzen dürfen. Jedoch sind wir der Überzeugung, dass dafür nicht der Arbeitgeber aufkommen sollte, wie es §18 MuSchG vorsieht. Denkbar wäre hier die Übertragung der finanziellen Last auf die Krankenkassen, wie §19 MuSchG, oder aber die Arbeitsagenturen, die ja auch in der derzeitigen Krise das Kurzarbeitergeld verwalten. Arbeitgeber, die Transplantierte einstellen oder weiterbeschäftigen und damit einem Menschen mit Behinderung einen wichtigen Aspekt der Teilhabe ermöglichen, sollten dafür keine negativen Konsequenzen fürchten müssen.

Wir wären Ihnen verbunden, wenn Sie unser Anliegen prüfen und einer praktikablen Lösung für die Betroffenen zu führen könnten. Gern stehen wir Ihnen für Rückfragen zur Verfügung! ...“

Am 13.7.2020 erhielten wir eine Antwort aus dem Bundesministerium für Gesundheit.

Die Corona-Pandemie stellt Deutschland und unser Gesundheitswesen vor nicht dagewesene Herausforderungen. Bereits jetzt lässt sich feststellen, dass keine Virusinfektion in den letzten 100 Jahren ähnliche gesundheitliche, gesellschaftliche und wirtschaftliche Folgen hatte. Zu den besonderen Herausforderungen gehört auch, mit der Gefahr der eigenen Ansteckung umzugehen. Sie regen an, eine Rechtsgrundlage zu schaffen, so dass sowohl Transplantierte als auch Patientinnen und Patienten auf der Warteliste aufgrund ihres höheren Risikos für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung ihre Arbeit für den Zeitraum einer besonderen Gefahr unter Fortzahlung der Gehälter aussetzen dürfen. Ihr Anliegen wurde in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales geprüft. Die Vielfalt und Vielzahl verschiedener potenziell prädisponierender Vorerkrankungen und ihrer Schweregrade sowie die Vielzahl anderer Einflussfaktoren (z. B. Alter, Geschlecht, Gewicht, bestimmte Verhaltensweisen, adäquate medikamentöse/therapeutische Einstellung) und deren individuelle Kombinationsmöglichkeiten machen die Komplexität einer Risikoeinschätzung deutlich. Verschiedene Grunderkrankungen wie z. B. Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes, Erkrankungen des Atmungssystems, der Leber, der Niere, Krebserkrankungen, ein geschwächtes Immunsystem oder Faktoren wie Adipositas und Rauchen scheinen das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf zu erhöhen. Eine generelle Festlegung zur Einstufung in eine Risikogruppe ist jedoch nicht möglich. Vielmehr erfordert dies eine personenbezogene Risikoeinschätzung, im Sinne einer (arbeits-)medizinischen Beurteilung.

Wie risikobehaftet Transplantierte bzw. Wartelistenpatientinnen und -patienten tatsächlich sind, lässt sich derzeit nach Aussagen der Deutschen Transplantationsgesellschaft noch nicht abschließend beantworten.

Die geltenden Regelungen zur Beurteilung und Feststellung von Arbeitsunfähigkeit gelten auch für Transplantierte und Patientinnen und Patienten auf der Warteliste. Nach der von allen Vertragsärztinnen und -ärzten zu beachtenden Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses liegt Arbeitsunfähigkeit dann vor, wenn Versicherte aufgrund von Krankheit ihre Tätigkeit nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen können beziehungsweise, wenn aufgrund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich allein noch keine Arbeitsunfähigkeit bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundheit abträgliche Folgen erwachsen, die Arbeitsunfähigkeit unmittelbar hervorrufen. Mit der AU-RL besteht somit eine Regelung, die einen ausreichenden Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Einzelfall ermöglicht. Einer spezialgesetzlichen Regelung für Transplantierte und Menschen auf der Warteliste bedarf es daher nicht.

Eine Finanzierung der Arbeitsunfähigkeit aus Mitteln der Arbeitslosenver-

sicherung über die Agentur für Arbeit kommt nicht in Betracht. Abgesichert werden soll nach Ihrem Vorschlag ein Risiko, das sich unmittelbar aus der gesundheitlichen Situation der Betroffenen ergibt. Entgeltersatzleistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch, die aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung finanziert werden, knüpfen jedoch an die Arbeitslosigkeit, die Teilnahme an beruflichen Maßnahmen oder an einen Arbeitsausfall an. Dies sind allesamt Risiken, die sich aus der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ergeben und nicht Folge einer konkreten Erkrankung sind.

Insbesondere für Menschen mit Vorerkrankungen ist und bleibt besonders wichtig, die größtmögliche Minderung des Risikos einer Infektion, zum Beispiel durch die allgemein bekannten Verhaltensregeln (AHA-Formel: Abstand halten, Hände waschen, Alltagsmaske tragen sowie Nies-Hust-Etikette) und weitere Maßnahmen der Kontaktreduktion, wie zum Beispiel die Inanspruchnahme von Homeoffice und/oder zeitversetztem Arbeiten in Teams sowie, wenn möglich, das Vermeiden der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel und das regelmäßige Reinigen des Arbeitsplatzes. Zudem sind Nachbarschaftshilfen empfehlenswert, die z. B. bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben unterstützen können und helfen, das Kontaktisiko zu minimieren.

Mir ist bewusst, dass Sie als Transplantierte bzw. Wartelistenpatientinnen und -patienten in der Pandemie vor besondere Herausforderungen gestellt sind. Für Ihr langjähriges Engagement für diese Patientengruppe und für Ihren Einsatz für die Organspende danke ich Ihnen herzlich. Ich wünsche Ihnen alles Gute. ... „

So bleibt festzustellen, dass jede/r Betroffene möglichst seiner Situation gemäß Absprachen mit dem Arbeitgeber treffen sollte um ggf. durch eine Veränderung des Einsatzortes oder des Aufgabenprofils eine Minimierung des Infektionsrisikos zu erreichen. Weiterhin sollten Betroffene in diesen Notlagen ihren Arzt oder Amtsarzt aufsuchen und sich bei Bedarf eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen lassen. Vielleicht nehmen Sie die Antwort aus dem Bundesgesundheitsministerium mit zu Ihrem Arzt. Wenn Sie dennoch Probleme haben, geben Sie uns Bescheid und wir werden dies an die zuständigen Ministerien weitergeben.

Unser Anschreiben und die Antwort aus dem Bundesgesundheitsministerium können Sie auf unserer Homepage herunterladen.

Zentrale Veranstaltung zum Dank an die Organspender 2020 in Halle

Alexander Brick

Gekennzeichnet von der alles verändernden Corona-Situation fand in diesem Jahr die Zentrale Veranstaltung zum Dank an die Organspender hauptsächlich virtuell statt. In kleinerem Rahmen wurden dennoch im Park des Dankens, des Erinnerens und des Hoffens in Halle drei Bäume gepflanzt. Neben Herrn Dr. Rahmel und Frau Dr. Dittrich von der DSO, Frau Dr. Wachsmuth als Vorsitzende des Vereins zur Förderung der Organspende waren auch zahlreiche Mitglieder unseres Verbandes, wie unser Koordinator Hans-Jürgen Frost und unser Ansprechpartner in Dresden Siegfried Frank dabei, um der verstorbenen Organspender zu gedenken, mit Wartelistepatienten zu hoffen und das Geschenk des Lebens zu feiern.

Ein Video mit Impressionen der Veranstaltung finden Sie unter www.dankesbriefe.dso.de.

Foto: privat



Virtuelle Veranstaltung zum Dank an die Organspender

Dankesbriefe-Homepage geht online

Organspender sind Lebensretter. Werden mehrere Organe gespendet, sind es im Durchschnitt mehr als 30 Lebensjahre, die ein Organspender den Empfängern seiner Organe schenkt. Dennoch findet die gesellschaftliche Wertschätzung gegenüber den Organspendern hierzulande noch immer eher verhalten und ohne öffentliche Wahrnehmung statt. Das soll sich zukünftig ändern.

Unter der Schirmherrschaft von Sabine Weiss, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, fand die bundesweite Veranstaltung zum Gedenken an die Organspender am 26. September 2020 virtuell auf der neuen Website **www.dankesbriefe-organspende.de** statt, die zu diesem Anlass online ging. Angehörige von Organspendern, Transplantierte und Wartelistenpatienten haben das Programm durch Statements, Fotos und Videos maßgeblich mitgestaltet.

„Heute wollen wir Danke sagen all jenen Organspendern, die anderen todkranken Menschen mit ihrer Spende ein zweites Leben ermöglicht haben. Es ist eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe, den Organspendern und ihren Familien eine stärkere gesellschaftliche Wertschätzung und Anerkennung zuteil werden zu lassen“, sagt Sabine Weiss in ihrem Grußwort. „Wenn wir uns in diesem Jahr auch nicht persönlich begegnen können, bin ich überzeugt, dass der heutige Gedenktag viele Menschen im Netz zusammenbringt.“

Virtuelle Bäume zum Gedenken an die Organspender

Zu dem Programm am 26. September gehörten eine virtuelle Baumpflanzaktion und ein Video aus dem „Park des Dankens, des Erinnerns und des Hoffens“ in Halle (Saale). Dort werden auch in diesem Jahr Bäume gesetzt, die symbolisch an die verstorbenen Organspender erinnern (s. Kasten). Wie die Organspende steht der Baum gleichzeitig für das Leben und den Tod. Der Park ist seit 2008 eine Begegnungsstätte für die Menschen, die das Thema Organspende verbindet: Transplantierte, die voller Dankbarkeit sind für dieses Lebensgeschenk, Angehörige, die sich an geliebte Menschen erinnern, und Patienten, die auf ein rettendes Organ hoffen. Ein Video aus einem ähnlichen Projekt im Saarland zeigt die „Oase des geschenkten Lebens“ (s. S. XX). So gelingt es, eine Brücke zu schlagen zwischen der neuen virtuellen Plattform und den begehren Begegnungsstätten.

Wie kann ich Danke sagen?

Für viele Organempfänger ist es ein Herzenswunsch „Danke“ zu sagen. Schließlich ist das Geschenk eines lebensrettenden Organs von unschätzbarem Wert. Das geht nun in symbolischer Weise auf der neuen Website. Es besteht auch die Möglichkeit, über die DSO und die Transplantationszentren einen anonymen Dankesbrief direkt an die Familie des Spenders der erhaltenen Organe weiterzuleiten.

Die DSO lädt dazu ein, die neue Plattform mitzugestalten und zu einem Ort des Gedenkens und Erinnerns an die Organspender und der Begegnung von Angehörigen, Organempfängern und Wartelistenpatienten zu machen. „Diese Website lebt durch die vielen verschiedenen Beiträge von Organempfängern und Angehörigen, die ihre Dankbarkeit und Liebe, aber auch ihre Trauer und ihre Hoffnung mit uns teilen“, erklärt Dr. med. Katalin Dittrich, Geschäftsführende Ärztin der DSO in der Region Ost.

Stimmen voller Dankbarkeit und Leben

Agnes Müller ist lungentransplantiert und hat einen Beitrag für die neue Website verfasst. Sie erklärt: „Ich rede oft mit meiner geschenkten Lunge und wir danken dem Spender und seiner Familie. Gerne unterstütze ich das öffentliche Gedenken an die Organspender.“

Franz Meiser führt aus: „Ich lebe seit 25 Jahren mit der Niere eines Organspenders. Ich nutze heute die Gelegenheit, ihm Danke zu sagen. Organspenden schenken Leben und die Chance, weiter für andere Menschen da zu sein.“

Für viele Angehörige ist das Lesen eines Dankesbriefes ein besonderes und sehr emotionales Ereignis. Es wird als Bestätigung aufgefasst, das Richtige getan zu haben. Auch der Kontakt zu anderen Organempfängern und die Erfahrung, welche Bedeutung die Transplantation für deren Leben hat, ist wichtig.

Tamara Schlitter war eine von 150 Gästen bei der ersten Gedenkveranstaltung im letzten September. In diesem Jahr hat sie für die neue Website ein Video zur Erinnerung an ihre Tochter Hanna aufgenommen. Ihr gemeinsames Motto war: „Leave your fears behind.“ Hanna verstarb im November 2016 im Alter von



21 Jahren. Mit ihrer Organspende hat sie sechs Menschen das Leben gerettet. „Meine Tochter hatte seit ihrem 18. Lebensjahr einen Organspendeausweis. Darüber bin ich froh, denn als Angehörige ist es schwer, eine solche Entscheidung zu treffen“, sagt Tamara Schlitter. Sie ergänzt: „Ich finde es wichtig, dass durch öffentliche Veranstaltungen und die Website, Angehörige von Organspendern und Organempfänger zusammenkommen und das Andenken an die Organspender öffentlich aufrechterhalten wird.“

Nicole Sieben sagt: „Als Eltern mussten wir die schwerste Entscheidung unseres Lebens treffen für unseren Sohn Lenny, der durch einen Unfall im Koma lag – er wurde Organspender und fünf Menschen durften durch ihn weiterleben. Er fehlt uns jeden Tag. Das öffentliche Gedenken an die Organspender schafft einen Raum für Trauer und Erinnerung.“

Info zur Website

Die neue Website **www.dankesbriefe-organspende.de** ist ein virtueller Treffpunkt für Angehörige von Organspendern, Organempfänger, Wartelistenpatienten und alle, die sich mit den Themen Organspende und Transplantation befassen. Sie bietet Raum für den Dank und die Erinnerung an die Organspender sowie für die Hoffnung auf eine Transplantation.

Die neue Homepage ist eine Plattform für Videos, Audio-Botschaften, Fotos, Zitate oder Gedichte, die Betroffene persönlich mit Erinnern, Hoffen und Danken verbinden und mit anderen teilen möchten.

Quelle: PM der DSO v. 22.9.2020

Du kannst Tränen vergießen,
weil er, weil sie gegangen ist
oder Du kannst lächeln,
weil er gelebt hat.

Du kannst Deine Augen verschließen und beten,
dass er wiederkehrt
oder Du kannst die Augen öffnen und all das sehen,
was er hinterlassen hat.

Dein Herz kann leer sein,
weil Du ihn nicht sehen kannst
oder Du kannst voll Liebe sein,
die ihr geteilt habt.

Du kannst dich vom Morgen abwenden
und im Gestern leben
oder Du kannst morgen glücklich sein
wegen des Gestern.

Du kannst dich an ihn erinnern,
nur daran, dass er gegangen ist
oder Du kannst sein Andenken bewahren
und es weiterleben lassen.

Du kannst weinen und dich verschließen,
leer sein und dich abwenden
oder du kannst tun,
was er, was sie gewollt hätte:
Lächeln, deine Augen öffnen, lieben
und weitermachen.

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.

Essen aus der Natur

Schon im Altertum wussten die Menschen um die Vielfalt der Wildgemüse, Wildkräuter und der Früchte aus Wald und Flur. Viele Wildgemüse waren zugleich Heilpflanzen. Sie enthalten ätherische Öle, Aroma- und Bitterstoffe, die sich positiv auf den Stoffwechsel des Menschen auswirken. Zum Beispiel wirken sie verdauungsfördernd, entwässernd, blutreinigend und appetitanregend. So gab es bereits im Mittelalter auch sogenannte Kräuterfrauen, welche die Kräuter, Wildfrüchte und -Gemüse trockneten, verarbeiteten, Salben und Tinkturen herstellten, mit denen sie von Ansiedlung zu Ansiedlung zogen und dort feilboten.

Bärlauch, Löwenzahn, Sauerampfer, Knoblauchrauke, Spitz- und Breitwegereich, Wiesen- und Kletterlabkraut, Waldmeister, Giersch, Schafgarbe, Gänseblümchen, Brennnessel sind nur einige.

An Strauch- und Baumfrüchten will ich nur wenige nennen. Allen voran der Holunder. Dieser ist ein mystischer uralter Hausstrauch, welcher schon immer die Nähe des Menschen suchte. Für die genussreiche Küche und zum Heilen ist er ein Tausendsassa, der uns gleich zwei Mal im Jahr reichlich beschenkt: von April bis Juni die Blüte und ab September bis November die Beeren, die nur in reifem Zustand und gekocht verzehrt werden sollten.

Dann haben wir die Vogelbeere, die auch Eberesche genannt wird und nicht giftig ist, die Weißdornbeere, Hagebutte und Schlehe (auch Schwarzdorn genannt), Brombeere und Himbeere.

Aber auch Pilze wachsen in Wald und Flur. Auf diese wollen wir heute aber nicht näher eingehen.

Und nun ein paar Anregungen für die Küche.

Bärlauch

Dieser ist verwandt mit Schnittlauch, Zwiebel und Knoblauch. Schon im frühen Frühling ab März bis ungefähr Mitte Mai (vor der Blütezeit) werden die besten Blätter geerntet. Jedoch aufgepasst! Die Blätter ähneln denen der Maiglöckchen. Um eine Verwechslung auszuschließen, braucht man nur am Blatt zu riechen. Im Zweifelsfalle zerreibt man die Blätter zwischen den Fingern, wodurch die ätherischen Öle der Pflanze freigesetzt werden. Von diesen jungen Blättern richte ich einen **wunderbaren Bärlauch-Salat** an. Wem der kräftige Knoblauchgeschmack

zu ausgeprägt ist, kann jederzeit einige Blätter unter einen Blattsalat mischen.

Erntet man die Blätter während oder nach der Blüte, so sind diese kräftiger im Geschmack. Sie können beispielsweise für die Zubereitung von Suppen, Semmelknödeln oder Saucen verwendet werden. Man kann aus ihnen aber auch ein vorzügliches Pesto zubereiten.

Bärlauch-Pesto

2 Bund (= große Sträuße) Bärlauch – waschen und ganz fein schneiden
ca. 1 EL Pinienkerne ganz fein gehackt
1 gehäufte EL fein geriebener guter Parmesan
ca. 100 ml Olivenöl extra vergine
1 TL Pfeffer gemahlen
1/2 TL Salz

Bärlauch, Pinienkerne und Parmesan in eine Schüssel geben und vermischen. Olivenöl darüber gießen, bis die Masse bedeckt ist. Ungefähr 2–3 Stunden ziehen lassen. Dann mit Pfeffer und Salz würzen, in kleine Gläser mit Schraubverschluss abfüllen und kühl und dunkel lagern. Ich stelle sie in den Kühlschrank, da hält das Pesto bis zu einem Jahr.

Man kann auch die Pinienkerne und den Käse weglassen oder mehr nehmen – je nach Geschmack.

Bärlauch-Essig und Bärlauch-Öl

Einige frische Bärlauch-Blätter dem (Wunsch-)Essig bzw. dem Öl zusetzen. Nach ca. 6 Wochen ist der Essig bzw. das Öl hervorragend aromatisiert und die Blätter können entfernt werden.

Löwenzahn

Der Löwenzahn gehört zur selben Pflanzenfamilie wie die Ringelblume, die Sonnenblume, Aster oder auch das Gänseblümchen.

Er regelt die Verdauung, pflegt Leber und Galle und hilft bei Rheuma und Nierensteinen – also ein „Allrounder“. Er ist besonders reichhaltig an Eisen, Magnesium und Vitaminen, aber auch an Kalium, Kalzium und Mineralstoffen.

Die Löwenzahnpflanze kann komplett verwertet werden. Sowohl aus den frischen Blättern (in der Winterzeit aus den getrockneten) als auch aus der Wurzel kann **Tee** zubereitet werden.

Die Blüten eignen sich als Gesichtswasser (zur Entspannung). Hier wird aus den Blüten ein Tee zubereitet. Diesen bis

auf Körpertemperatur abkühlen lassen. Dann durch ein Sieb schütten und die Blüten auf dem Gesicht zur Entspannung auflegen (10 Minuten). Den kalten Tee als Gesichtswasser verwenden.

Die jungen saftigen Blätter werden jedoch überwiegend für wunderbaren **Salat** verwendet. Aber auch ein köstliches **Löwenzahnrisotto** ist nicht zu verachten. Hierbei sammeln Sie zwei Hände voll junge Löwenzahnblätter, waschen und schneiden sie klein, fügen beim Kochen zu Beginn die Hälfte bei und ungefähr 10 Minuten vor Garende fügen Sie den Rest hinzu. Wenn das Risotto glasig (fertig) ist, hebe ich noch ca. 3 EL Weißwein darunter und lasse diesen verdunsten. Das gibt ein herrliches Aroma.

In jedem Frühjahr sammle ich die kleinen festen Knospen im Herzen der jungen Blätter des gerade sprießenden Löwenzahns und mache ...

Falsche Kapern

Die kleinen Knospen trocken säubern, wegstehende Blättchen entfernen. Die Knospen in kleine Gläser schichten, mit Estragon-Essig auffüllen, sodass die Knospen bedeckt sind, und in den verschlossenen Gläsern im Kühlschrank aufbewahren. Nach ca. 6 Wochen sind die „Kapern“ fertig. Sie können im Kühlschrank über Monate hinweg aufbewahrt werden. Wie lange sie genau halten, kann ich nicht sagen, da sie bei uns immer recht schnell vertilgt werden.

Brennnessel

Die Brennnessel gehört zu der gleichnamigen Pflanzenart und ist fast weltweit verbreitet. In Deutschland kommt die „große“ und die „kleine“ Brennnessel vor.

Die protein-, vitamin- und mineralstoffreichen Blätter können ebenso wie Blüten und Samenstände als Brennnesselspinat gekocht oder als Salat (junge Triebe) verwendet werden. Die Blätter stechen nicht mehr, wenn diese entweder getrocknet, gekocht, gewässert oder „mechanisch bearbeitet“, das heißt in einem Tuch kurz geknetet wurden.

Ich verwende nur die oberen 6–8 Blätter der Pflanze.

Der **Brennnesselspinat** wird zubereitet wie der herkömmliche Spinat. Aber man kann auch ein wunderbares **Pesto** wie folgt daraus herstellen.

Brennnessel-Pesto – super auch zu Nudelgerichten

ca. 200 g Brennnesselblätter – ganz klein hacken

50 g Pinienkerne oder Sonnenblumenkerne – geröstet und klein gehackt
100 ml Olivenöl extra vergine
100 g Feta (oder geriebener Parmesan)
4 Knoblauchzehen
Saft 1/2 Zitrone
Pfeffer und Meersalz

Die klein gehackten Brennnesselblätter, die Kerne und das Olivenöl gut durchrühren, den Käse, die kleingehackten Knoblauchzehen und den Zitronensaft unterrühren, mit Pfeffer und Salz würzen. In kleine Schraubverschlussgläser füllen und im Kühlschrank aufbewahren. Dieses Pesto hält ca. 2–3 Wochen.

Sie können dieses Rezept auch ändern, indem Sie z.B. Walnüsse oder Cashewkerne verwenden.

Holunder

als Erfrischungsgetränk. Wie bereits erwähnt, ist Holunder ein „Tausendsassa“. Im Frühjahr kann man aus den Blüten einen herrlich erfrischenden **Sirup** herstellen, den man kühl und **verdünnt als Erfrischungsgetränk** genießt oder bei schlechtem Wetter als **Tee** zubereitet. Aber man kann das ganze Jahr über auch auf dem Frühstücksbrötchen **Holunderblütengelee** genießen.

Holunderblütengelee

10 Holunderblütendolden
3/4 l frisch gepresster Orangensaft
500 g Gelierzucker 2:1
Saft einer Zitrone (nach Geschmack)

Die Holunderdolden kräftig ausschütteln, die Blüten mit einer Gabel (oder von Hand) abstreifen und in einer großen Schüssel mit dem gepressten Orangensaft etwa einen Tag an einem kühlen Ort ziehen lassen.

Dann die Mischung durch ein Tuch oder ein Haarsieb in einen Topf abseihen, Blüten dabei gut auspressen. Den Gelierzucker zugeben und je nach Geschmack auch den Saft der Zitrone. Die Mischung zum Kochen bringen und nach Anleitung (auf der Zuckertüte) unter Rühren kochen. Danach in saubere Gläser füllen und verschließen.

Sind dann die Beeren reif, so kann man auch aus diesen einen Sirup herstellen oder auch einen

Holundersaft

Hierfür brauchen Sie ungefähr 1,5 kg Beeren (nur schwarze Beeren ohne Stiele), 500 g Zucker und 1 l Wasser. Diese Zutaten bringen Sie in einem großen Topf zum Kochen, kochen alles so lange, bis die Beeren platzen (hier können Sie auch etwas nachhelfen, indem Sie die Beeren vor dem Kochvorgang etwas andrücken). Dann gießen Sie alles durch ein feines Haarsieb (oder durch ein Tuch). Da die Kerne sehr klein sind, reicht ein normales Sieb nicht aus, da die Kerne hier mit durchgehen. Bei einem Haarsieb können Sie das Fruchtfleisch noch etwas durchdrücken. Füllen Sie den Saft in Flaschen ab und stellen ihn kalt.

Sie können dem Rezept auch etwas Zitronensaft oder Zimt hinzufügen. Dies gibt einen besonderen Geschmack.

Aber auch in der Marmeladenküche gibt es Gutes. Hier haben wir noch ein sehr gutes, wenn auch etwas aufwendiges Rezept:

Gelee aus den Beeren von Holunder, Weißdorn und Berberitzen

500 g Holunderbeeren
400 g Weißdornbeeren
100 g Berberitzen
entsprechende Menge Gelierzucker

Holunderbeeren in 125 ml Wasser ca. 2 Minuten kochen. Durch ein feines Haarsieb kräftig durchpassieren. Den Pressrückstand nochmals in 125 ml Wasser aufkochen und erneut durchpressen.

Weißdornbeeren und Berberitzen in 350 ml Wasser zerdrücken und ca. 5 Minuten kochen. Danach ebenfalls durch ein feines Haarsieb durchpassieren und auspressen. Den gesamten Saft abmessen, auf 750 ml auffüllen (ich nehme hierzu Wasser, man kann aber auch Apfelsaft nehmen) und mit der entsprechenden Menge Gelierzucker nach Anleitung weiterkochen. In saubere Gläser füllen, verschließen und auf den Kopf stellen.



Brombeeren und Himbeeren

Beide Pflanzen gehören zu den Rosengewächsen.

Auch diese werden gerne zu Marmeladen oder Gelees verarbeitet. Außerdem gibt es eine Vielfalt von Rezepten als Kuchen oder Torten. Der Phantasie kann freier Lauf gewährt werden.

Aber was ist mit Süßspeisen oder Aufläufen? Diese sind wohl weniger bekannt. Aus diesem Grunde habe ich mir zum Schluss noch ein Auflaufrezept aufgehoben.

Brombeerauflauf – als fruchtiges Dessert

etwas Butter für die Auflaufform
450–500 g Brombeeren
80 g Zucker
2 EL Zucker zum Bestreuen
1 Ei
80 g brauner Zucker
6 EL zerlassene Butter
8 EL Milch
125 g Mehl
1 Msp. Backpulver



Die Auflaufform mit Butter einfetten, den Backofen auf 180 °C vorheizen.

Die Brombeeren und den feinen Zucker in einer großen Schüssel vermengen. Anschließend die Früchte in die vorbereitete Form geben.

Das Ei mit dem braunen Zucker verquirlen, dann die zerlassene Butter und Milch einrühren, Mehl und Backpulver darüber sieben und alles zu einem glatten Teig verarbeiten. Den fertigen Teig über die Brombeeren gießen, sodass diese ganz bedeckt sind.

Den Auflauf in den Backofen schieben und 25–30 Minuten goldbraun backen. Anschließend mit 2 EL Zucker bestreuen und noch heiß servieren.

Wenn Sie nun bei einem Ihrer nächsten Spaziergänge im Wald oder die Wiesen entlang genauer hinschauen, werden Sie mit Sicherheit das eine oder andere erkennen, vielleicht fällt Ihnen auch ein Rezept „aus Großmutterns Zeiten“ ein. Ernten Sie und probieren Sie alles aus! Es macht auch mir immer wieder Spaß, etwas Neues zu erproben.

*Viel Erfolg
und guten
Appetit!*

Ulrike und Ernst Eberle

Tag der Organspende 2020 via Video-Chat

Alexander Brick

Corona hält uns nicht auf! Die Jenaer Kontaktgruppe hat das diesjährige

Treffen bzw. die geplante Gartenparty zum Tag der Organspende auf den Bildschirm verlegt. So konnten wir uns trotz aller Besonderheiten und Einschränkungen in diesem Jahr dennoch auf digitalem Weg

sehen und austauschen. Wir denken an unsere Spender und ihre Familien und sagen von Herzen: Danke für die geschenkte Lebenszeit!



Nachruf für Friedrich Meyer

In der Nacht vom 13. zum 14. März verließ uns unser Mitglied und Ansprechpartner Friedrich Meyer aus Langenaltheim in Mittelfranken/Bayern.

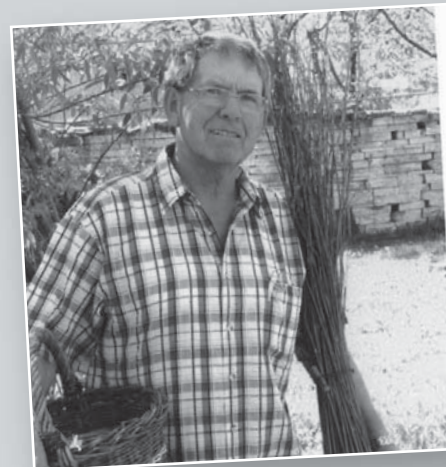
Er leitete seit ca. 11 Jahren die von ihm aufgebaute Kontaktgruppe Südliches Mittelfranken/Nördliches Schwaben, unterstützte mit seiner hingebungsreichen Art die Gruppenarbeit in Mittelfranken und sorgte ständig für ein abwechslungsreiches Freizeitgeschehen in beiden Gruppen.

Seit ca. fünf Jahren baute er zusätzlich eine Gruppe in Nordschwaben bis hin in die Augsburgener Umgebung auf. Die Gruppentreffen bei Dehner in Rain am Lech waren stets ein beliebter Treffpunkt für unsere Gruppenmitglieder.

Seine 33-jährige Erfahrung als Transplantierte und seine vielfältigen Beziehungen zu Tx-Zentren und Reha-Einrichtungen werden uns fehlen. Genauso wie sein unermüdlicher Kampf für die Organspende. Oft verband er seine Korbflechte-Aktivitäten an Vorführ- und Verkaufsständen mit aktiver Organspendearbeit auf kleinen und großen Jahrmärkten.

Für uns unerwartet hat ihn der Tod über Nacht aus seinem irdischen Leben geführt. Wir danken Herrn Friedrich Meyer für seine Verbundenheit mit unserer Arbeit und denken voll Mitgefühl an seine Angehörigen.

Roland Stahl



FRIEDRICH
MEYER

*05.08.1950
+13.03.2020

Das Schönste, was ein
Mensch hinterlassen kann,
ist ein Lächeln im
Gesicht derjenigen,
die an ihn denken

„Das einzig Wichtige im Leben
sind Spuren von Liebe,
die wir hinterlassen,
wenn wir ungefragt weggehen
und Abschied nehmen müssen“

Albert Schweitzer

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 Ansprechpartnerin

Dana Häniche

Ich bin 48 Jahre alt, geschieden, Mutter einer 18-jährigen Tochter und eines 12-jährigen Sohnes, wohne in Schwelm, der Kreisstadt vom Ennepe-Ruhr-Kreis. Seit 2013 arbeite ich als Bauzeichnerin in Wuppertal. Dem Verein Lebertransplantierte Deutschland bin ich Mitte 2017 beigetreten.

Bei mir liegt eine erbliche Polyzystische Nierenerkrankung vor. Hierbei sind Zysten in den Nieren und waren bis zu meiner Transplantation in sehr großer Anzahl auch in meiner Leber vorhanden. Seit 2012 hatte ich Kontakt zur Uniklinik Essen. Ich merkte im Laufe der Jahre das Wachsen der Zysten und somit auch die Raumforderung der Leber. Ich hatte Wassereinlagerungen in der Lunge, die zur Kurzatmigkeit führten. Mahlzeiten konnte ich nur noch in kleineren Mengen zu mir nehmen. Die Verdrängung der inneren Organe war spürbar, die große Zystenleber spürte ich bis ins kleine Becken. Mitunter hatte ich schmerzhafte Einblutungen in den Zysten sowie steti- ge Rückenschmerzen und Abgeschlagenheit. Für Außenstehende gab ich dauerhaft das Bild einer hochschwangeren Frau ab.



Am 31.12.2017 wurde ich erfolgreich in der Uniklinik Essen transplantiert. Es kam eine 9,5 kg schwere Leber zum Vorschein! Nach einigen Startschwierigkeiten ging es stetig bergauf. In der anschließenden Reha in Bad Driburg hat mir der

persönliche Kontakt zu Christina Hülsmann, der Koordinatorin für NRW, sehr gutgetan. Man kann im Vorfeld einiges lesen, aber wenn der Zeitpunkt da ist, steht man vor einem Berg mit vielen Fragen. Diese konnte ich nun alle loswerden und habe auch viele Informationen und Broschüren bekommen.

Ebenso hilfreich war mein erster Besuch im März 2018 in der Kontaktgruppe Wuppertal. Begleitet von einer guten Freundin schlich ich dorthin, denn die Transplantation war noch keine drei Monate her. Dort sah ich Gleichgesinnte, die mitten im Leben standen. Das machte mir Hoffnung, dass die Kräfte wiederkommen – und sie kamen wieder! Und sogar besser als vor der Transplantation. Denn nun hatte ich wieder eine Leber, die mir Kraft gab. Der Austausch in der Gruppe ist sehr hilfreich und vielseitig, aber auch der telefonische Kontakt. Man ist nicht allein mit seinen Problemen.

So kam mit der Zeit auch mein Entschluss, mich zu engagieren. Zum einen für das Thema Organspende und auch als Ansprechpartnerin für den Verein Lebertransplantierte Deutschland. Ich freue mich darauf, als Ansprechpartnerin meine persönlichen Erfahrungen weitergeben zu können und Betroffenen zur Seite zu stehen.

Foto: privat

Datenschutzrechtlicher Hinweis

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

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

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

SEPA-Lastschriftmandat
Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

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

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

Vorname Name

Straße/Hausnr. PLZ/Ort

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum Unterschrift

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

Termine 2021

Aufgrund der Corona-Pandemie finden seit April 2020 keine Gruppentreffen und andere Veranstaltungen für transplantierte Patienten statt. Unten sehen Sie für 2021 geplante Termine. 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.

5.6.2021 Zentrale Veranstaltung zum Tag der Organspende – Halle

26.6.2021 Jahrestagung mit Mitgliederversammlung in Hannover

Der Termin für den 5. Deutscher Patiententag in München steht noch nicht fest

Die Liste der definitiv geplanten Termine ist entsprechend der unklaren Situation mitten in der Corona-Pandemie sehr kurz. Bitte informieren Sie sich über eventuelle neue Termine mit einem Blick auf unsere Homepage www.lebertransplantation.eu oder fragen Sie bei Ihrem Ansprechpartner oder ihrer Ansprechpartnerin nach.

Impressum

Lebenslinien

Informationen für Patient und Arzt
Ausgabe 1/2021

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, Gem. KK NRW, DAK Gesundheit Hamburg, SH-Förderung KISS Hamburg, AOK Nordwest-Rheinland/HH, AOK Ludwigsburg-Rems-Murr, AOK Rheinland-Pfalz, Saarland, AOK Baden-Württemberg, GKV Gem.förderung Hessen, GKV-Fördergem. KK Heilbronn, Reg. Fördergem. KK Baden-Württemberg, GKV Selbsthilfe Rheinland-Pfalz-Saarland, Reg. Fördergem. KK Wuppertal, Reg. Fördergem. KK Neckaralbe, Reg. Fördergem. Rhein-Neckar-Odenwald, Rg. Fördergem. VdEK NRW, Runder Tisch Mittelfranken, Runder Tisch Schwaben-Nord, Runder Tisch Coburg, Runder Tisch Oberpfalz, IKK Classi

3. Darüber hinaus erhielten wir Spenden und Unterstützung durch:

DB Global Business S, Kedrion Biopharma, Peter Hahn GmbH, Biotest AG, Beratungszentrum Selbsthilfe Stadt Jena, RRT KISS Oberpfalz, Stadt Coburg, Landkreis Limburg/Weilburg

Anlass-Spenden:

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

Baymatik e.V., Gerd Böckmann, Andre Felting, Landfrauen Hemmingen. Trauergemeinde Prof. W. Henning, Trauergemeinde Friedrich-Karl Jostes, Christel Pfeiffer, Dennis Phillips, Trauergemeinde Friedrich Pickel, Thomas Schneider, Andreas Schnizler, Kerstin Schulze-Kühne, Eva Singer, Geburtstag Josef Theiss, Dr. Ulrich Thumm, Karin Tönsmann, 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, 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	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
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
Hagen/EN-Kreis/Märk. Kreis	Dana Häniche*	02336-18790		dana.haeniche@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
Lebensspende	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
Niedersachsen, Bremen	Egbert Trowe	05139-9827930	05139-9840533	egbert.trowe@lebertransplantation.de
Nord (HH, S-H, M-V)	Peter Mohr	04131-53217		peter.mohr@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 Nord	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	09441-174 49 49		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 unseren Sprecher des Arbeitskreises Transplantationsgesetz/Organspende – ATOS:

Name	Telefon	Fax	E-Mail
ATOS	Alexander Brick	0152-27 77 77 00	alexander.brick@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	
Pfarrerin Barbara Roßner	Pastoralpsychologin, Heidelberg, Tel. 06221-484678

Medizin mit gesundem Menschenverstand

Bei der Literaturrecherche bin ich über einen Artikel der Max-Planck-Gesellschaft gestolpert. Eine Forschergruppe des Max-Planck-Instituts für Biologie des Alterns in Köln untersucht den Alterungsprozess an Fruchtfliegen und Mäusen. Die Forscher Sebastian Grönke und Linda Partridge haben dabei Erfolge im Bereich des Anti-Agings erzielt.



Der Medikamentencocktail

Dabei half eine Kombination dreier Medikamente, das Leben der Fliegen um etwa die Hälfte zu verlängern. Als erstes ist ein Medikament zur Immunsuppression nach Nierentransplantationen zu nennen, das Rapamycin. Weiterhin findet das Lithium, normalerweise zur Behandlung von Depressionen eingesetzt, Verwendung. Und als letztes gehört dazu ein Wirkstoff Trametinib, ein Krebsmedikament.

Lasst die gesundheitsschädlichen Angewohnheiten!

Beim Alterungsprozess spielen die Gene eine untergeordnete Rolle. Was sich vor allem nachgewiesenermaßen negativ auf die Lebenserwartung auswirkt, sind gesundheitsschädliche Angewohnheiten, wie z.B. Rauchen oder Alkoholkonsum. Aber auch epigenetische Veränderungen haben einen großen Effekt auf den Alterungsprozess. Hierbei heften sich kleine Molekülgruppen an die DNA und dadurch werden bestimmte Gene an- oder abgeschaltet. Diese epigenetischen Veränderungen werden durch bestimmte Bedingungen des Umfelds eines Menschen hervorgerufen. Dabei scheinen vor allem Gene des sogenannten IIT-Netzwerks eine Rolle zu spielen. Werden Gene dieses Netzwerks gehemmt, steigt die Lebenserwartung. Dieses Netzwerk steuert wichtige Funktionen, wie die Entwicklung, die Zellvermehrung und somit das Wachstum, die Fortpflanzung und die Reaktion auf Stress. Die drei genannten Medikamente wirken an verschiedenen Stellen dieses Netzwerks. Anscheinend hat schon jede einzelne Substanz eine verlängernde Wirkung auf die Lebensdauer von ca. 11 Prozent. Alle drei zusammengenommen steigern die Lebensdauer auf 50 Prozent. Außerdem scheinen sie sich gegenseitig zu ergänzen und ihre Nebenwirkungen zu verringern. Rapamycin wirkt negativ auf den Fettstoffwechsel, was durch Lithium aber wiederum aufgehoben wird.



Weniger Nahrung und dafür mehr essenzielle Aminosäuren

Doch wollen wir wirklich einen Medikamentencocktail in ferner Zukunft mit allen seinen Nebenwirkungen zu uns nehmen, um unsere Lebensdauer signifikant zu erhöhen? Ich würde die Frage mit „Nein“ beantworten. Doch es gibt auch ohne Medikamente Hoffnung. Die Studien haben außerdem gezeigt, dass eine ausgewogene Diät mit weniger Nahrung, dafür aber mit den essenziellen Aminosäuren ebenfalls eine hemmende Wirkung auf das IIT-Netzwerk hat und somit Fruchtfliegen und Mäuse eine höhere Lebenserwartung hatten.

Wer lange leben will, muss früh damit anfangen

Die schlechte Nachricht dabei ist aber leider, dass manche Gewebetypen, wie z.B. auch das Fettgewebe, anscheinend eine Art Gedächtnis für Umwelteinflüsse und einen bestimmten Lebensstil haben. Somit ist es wichtig, mit einer Ernährungsumstellung möglichst früh und in jungen Jahren zu beginnen. In Experimenten an Mäusen hatte jedenfalls nur eine Ernährungsumstellung Erfolg, wenn sie bei jungen Mäusen durchgeführt wurde.

In dem Sinne: Lasst uns die Zeit nutzen und spätestens jetzt eine gesunde Ernährung verfolgen - sowohl in Bezug auf die Gesundheit unserer Leber als auch im Hinblick auf unsere Lebenserwartung!!!

Dr. Benjamin Albrecht



Mehr als 71 Millionen Menschen weltweit haben Hepatitis C.*

Sie fragen sich, ob Sie von Hepatitis C betroffen sind?

Die beste Antwort:

Lassen Sie sich testen!

Obwohl das Hepatitis-C-Virus (kurz HCV) nur über Blut übertragen wird, gibt es Situationen, bei denen Sie sich infiziert haben könnten.

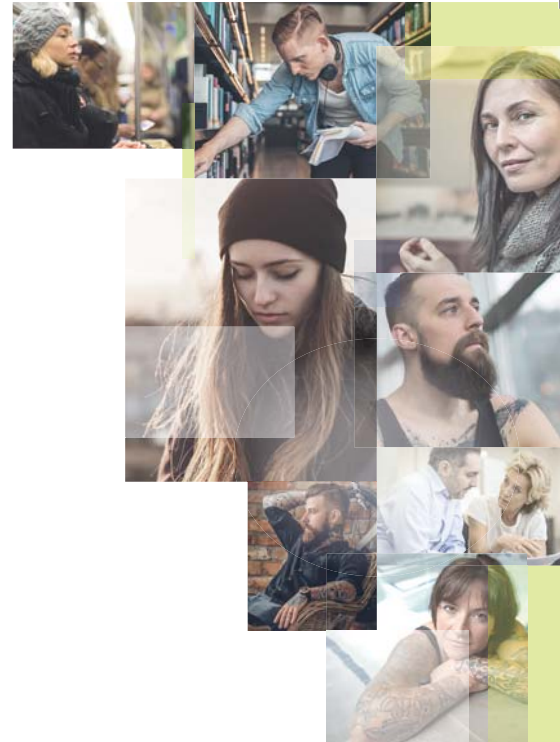
Wer sich zum Test und – im Falle einer Infektion – zur Behandlung entschließt, trifft eine Entscheidung für sich selbst, aber auch für seine Mitmenschen. Eine chronische Hepatitis C lässt sich heute bei nahezu allen Patienten verträglich heilen.**

Mehr zum Thema Test und weiterführende Informationen:

abbvie-care.de/hepatitis-c

EINE IMPFUNG GEGEN HEPATITIS C EXISTIERT DERZEIT NICHT.

SPRECHEN SIE MIT IHREM ARZT!



 **abbvie**
care
with you

Abbvie Deutschland GmbH und Co. KG | Mainzer Straße 81 | 65189 Wiesbaden