

LEBENS LINIEN



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

2/2021



Editorial	1
Neue Richtlinie BÄK: Spendererkennung der Bundesärztekammer – was steht drin?	2
Organspende und Transplantation in der Pandemie	4

Transplantationsmedizin

Rund um die Mundgesundheit vor und nach der Lebertransplantation	6
Risiko nach Lebertransplantation: Infektion mit dem Cytomegalievirus	9
500 Zusatzpunkte für Wartepatienten zur Nieren- transplantation bei kombinierter Transplantation	9
Rehabilitation für Kinder und Jugendliche vor und nach Lebertransplantation	10
Corona-Spots	14
Organtransplantierte: Trotz Impfung – Schutzmaßnahmen beachten / DGVS: Therapie- und Impfempfehlungen für Leberpatienten in der COVID-Pandemie / Corona-Drittimpfung für immungeschwächte Menschen / Corona-Impfung: Unser Einsatz für die Anliegen der Lebertransplantationspatienten / Long Covid – Langzeitfolgen nicht unterschätzen	

Aus Wissenschaft und Forschung

Hepatitis B / Hepatitis D / Hepatitis C	16
AIH / PBC / PSC / NAFLD / AFLD	17
Corona-Pandemie	18

Hepatology

Leberkrebs – Diagnose und Therapie	20
Zum Weltkrebstag 2021: An die Leber denken – auch in Zeiten der Pandemie	22
Ziemlich häufig: seltene Erkrankungen – betroffen ist auch die Leber!	23
Die Leberbeteiligung bei Alpha-1-Antitrypsinmangel – ein unterschätztes Problem?	24
Gesundheits-Check-up wird um Screening auf Virus-Hepatitis erweitert	27
Chronische Hepatitis B mit Gräserpollen-Impfstoff behandelbar?	27

Aus den Zentren

Wie finde ich das richtige Zentrum?	28
Brief an Prof. Schareck	30
Rostock: 25 Jahre Lebertransplantation	31
Frankfurt: Wechsel an der LTx-Ambulanz	31
Hamburg: Corona und Transplantation	32
Schutzwirkung durch Corona-Impfung bei Transplantierten?	33
Online-Veranstaltung: Corona-Impfung nach Organtransplantation	33

Transplantationsgesetz · Organspende

Organspende-Zahlen: 1. Quartal 2021	34
DSO veröffentlicht Jahresbericht 2020	35
Potenzial der Organspende in Deutschland höher als bisher angenommen	36
Tag der Organspende	37
Nicht nur gruselig, sondern erschreckend – Tatort „Unten“ skandalisiert Organspende	38
Einladung zum Onlineseminar der Initiative „Aufklärung Organspende München“	38
Organspendeaufklärung beim Blutspenden	39
Organspendeausweise	39
Organspende in der Patientenverfügung	40

Gesundheit

Listeriose: Gefahr für Transplantationspatienten und ältere Menschen	41
Leberreinigung – Gefährliche Pseudomedizin	43
Angsterkrankungen	44
Buchbesprechung: Das Schweigen der Leber	46
Diabetes-Informationen bei der BZgA	47
Aktualisiert: Gesundheits-Pass Diabetes	47
Smart-Watch als Infektionsfrüherkennungssystem	48

Recht · Soziales

Wiederholungsrezepte für chronisch Kranke	49
Neu seit 2021: Das E-Rezept	49
Die elektronische Patientenakte steht vor der Tür	49

Geist · Körper · Seele

Psychisch gesund durch die Pandemie	50
Online-Behandlung gegen Depressionen	51
30 Jahre geschenktes Leben – Ich sage DANKE an meinen Organspender	52
Ein Signal mit Nachwirkung	53
LTx und COVID-19: Vater und Tochter berichten Das zweite Leben	53
Gefangen zwischen Traum und Realität	55
Die Türen öffnen	56
Gedenken	59

Ernährung

Sommerzeit – die Zeit für Salate	60
--	----

Vereinsgeschehen

Staffelstabübergabe im vereinsinternen Arbeitskreis ATOS	62
Neu: Für unsere Mitglieder – Der Newsletter	62
Hoffnung auf ein Wiedersehen	62
Seminar für Ansprechpartner/innen 2020 – virtuell	63
Oberberg, Wuppertal und EN-Kreis Erstes virtuelles Kontaktgruppentreffen per Zoom	64
Netzwerk Spenderfamilien: Verstärkung aus Branden- burg für das Koordinationsteam vom Netzwerk	64
Beitrittserklärung	65
Netzwerk Spenderfamilien: Eine Schülerin meldet sich zu Wort: Organspender sind Lebensretter!	66

Vermischtes

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



„Leuchtturm Westerhever“

Aquarell (Ausschnitt), Karin Dreyer
www.galerie-meerkunst.de

Wir danken der Künstlerin für die
Möglichkeit des kostenlosen Abdrucks.



Ein Leuchtturm als Titelbild – er passt doch auch gerade in diese Zeit. Er symbolisiert die Hoffnung auf ein gesundes Ankommen in sicherem Hafen und hilft, den richtigen Kurs dorthin beizubehalten.

Seit über einem Jahr hoffen wir auf das erleichterte Ankommen in der Virusfreiheit.

Im Laufe des letzten Jahres aber wurden wir immer wieder mit wechselnden Aussagen der Experten aus Medizin, Wissenschaft und der Politik konfrontiert und hatten so manches Mal Zweifel am Zick-Zack-Kurs der Aussagen und angeordneten Maßnahmen.

Wir haben es erlebt: Den schnellen, einfachen, geradlinigen Weg zur Eliminierung des Virus gibt es nicht. Auch wenn sich die Entscheider auf Bundes- und Landesebene über den „Königsweg“ zur Vermeidung des Totalschiffsbruchs nicht immer einig waren, sicher auch Fehler gemacht wurden, so können wir inzwischen feststellen, dass die 3. Pandemiewelle gebrochen scheint, es weiterhin zwingend notwendig sein wird, auch die künftigen Maßnahmen der Pandemiebekämpfung auf Basis der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu stützen, um die mühsam errungenen Erfolge nicht aufs Spiel zu setzen.

Denn fast täglich erweitern neue Studienergebnisse und wissenschaftliche Erkenntnisse unser Wissen über die Pandemie. Und so verändern sich auch die Fragestellungen. War vor einem Jahr die drängendste Frage, wann denn endlich mit einem Impfstoff zu rechnen sei und wir uns kaum vorstellen konnten, dass im Dezember 2020 bereits die ersten Bürger geimpft werden konnten, standen Anfang 2021 schnell Fragen der Impffreiheitsfolge, der Art des Impfstoffes und des Impferfolgs im Vordergrund.

Also insgesamt keine Zeit für Schwarz-Weiß-Denker und schon gar nicht für Leugner, die ihre gefährlichen Fakenews in den sogenannten sozialen Medien von sich geben. Es gilt also nach wie vor, wissenschaftlich seriöse Informationen als Basis für das individuelle bis hin zu globalem Handeln zu nutzen: „Was kann ich für mich und andere tun?“ Das gilt in Pandemiezeiten in besonderem Maße.

Gerade wir als durch eine Impfung evtl. nicht optimal geschützte Transplantationspatienten kennen das Thema der Abhängigkeit von der Solidarität der Mitmenschen sehr gut aus der Zeit des Wartens auf ein Organ. So müssen wir auch in Corona-Zeiten hoffen, dass sich möglichst viele Menschen impfen lassen und die Motivation dazu nicht fatalerweise mit den Inzidenzen fällt.

Wichtig ist also weiterhin der inzwischen schon automatisierte Selbst- und Fremdschutz (AHA etc.). Auch wenn wir so manches Mal ungläubig den Kopf schütteln, wenn sich manche Menschen anscheinend nur unterhalten können, wenn sie sich die Maske unters Kinn ziehen, an Kassen und Gängen der Supermärkte auf Tuchfühlung gehen, hustend und schniefend zur Arbeit anstelle zum Coronatest gehen oder für sich eine Impfung weit von sich weisen, obwohl sie täglich mit Mitbürgern zu tun haben, die im Falle einer Corona-Infektion ein hohes Sterberisiko haben.

Lebertransplantierte Deutschland e.V. liefert Ihnen in diesem Heft einige Informationen zu verschiedenen Fragestellungen der Pandemie, auch zur psychischen Verarbeitung der Pandemiefolgen. Jeweils aktuelle Infos finden Sie auf unserer Homepage www.lebertransplantation.eu und für die Mitglieder im ungefähr monatlich erscheinenden neuen Newsletter.

Bei allen Belastungen und Sorgen: Vergessen wir das Leben nicht! Freuen wir uns alle an dem, was möglich ist und hoffen auf Weiteres – hoffentlich in naher Zukunft.

In diesem Sinne bleiben Sie lebensmutig und hoffnungsfroh

Ihre Jutta Riemer

Neue Richtlinie BÄK: Spendererkennung der Bundesärztekammer – was steht drin?

Situation der Organspende in Deutschland



Foto: privat

Univ.-Prof. Dr. med. Klaus Hahnenkamp
Klinikdirektor der Klinik für Anästhesiologie,
Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin
Universitätsmedizin Greifswald

Die Anzahl der Organspenden haben sich in den vergangenen 10 Jahren dramatisch reduziert und pendeln sich aktuell auf einem niedrigen Niveau – von im Vergleich zu 2011 minus 300 Organspenden – ein. Die Ursachen dafür sind zahlreich und komplex. In der jüngeren Vergangenheit arbeiten Politik und medizinische Kompetenzträger verstärkt gemeinsam daran, diese Ursachen zu analysieren und zu adressieren. Die 2. Änderung des Transplantationsgesetzes (TPG) im Jahr 2019 und auch der erneute Anstoß im Jahr 2020, die Widerspruchslösung in Deutschland einzuführen, ist als ein Resultat dieses Prozesses anzusehen. Strukturelle Defizite, wie beispielsweise eine nicht auskömmliche Finanzierung einer Organspende für das Entnahmekrankenhaus, konnten so aufgelöst werden.

Bedarf einer neuen Richtlinie

Die Erkennung von Organspendern in der Intensivmedizin, die Achtung des Patientenwillens durch eine frühzeitige partizipative Entscheidungsfindung für medizinische Maßnahmen und Therapieziele sowie die Umsetzung eines unter Umständen vorhandenen Organspendewunsches sind die Schwerpunkte einer umfassenden Richtlinienrevision. Diese wurde notwendig, weil sich die Intensivmedizin in den vergangenen Jahren gewandelt hat, vor allem der Wille des Patienten stark in den Vordergrund gerückt ist. Eine einfache Überarbeitung der vorhandenen Richtlinie erschien daher nicht ausreichend, um die erfolgten Novellierungen des TPG, die Existenz des Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsgesetzes, des Patientenrechtegesetzes sowie die Stellungnahmen der Bundesärztekammer, des Deutschen Ethikrates und der Deutschen Interdis-

ziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin abbilden zu können. Daraus haben sich neue medizinische, rechtliche und ethische Aspekte zur ärztlichen Beurteilung potenzieller Organspender ergeben. Die Richtlinie wurde daher neu gefasst und in diesem Rahmen neu strukturiert, um im Patienteninteresse ärztliche Handlungssicherheit in einer immer komplexer werdenden Versorgungs- und Behandlungssituation zu gewährleisten.

Begriff „Potenzieller Organspender“

Eingeführt wird auf der Grundlage von § 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG der Begriff des potenziellen Organspenders; gemeint sind Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Organspender in Betracht kommen. Bei potenziellen Organspendern müssen nach TPG die medizinischen und rechtlichen Voraussetzungen für eine Organspende geprüft werden. Die Entscheidungsfindung muss neben der medizinischen Beurteilung vor allem das Selbstbestimmungsrecht des Patienten respektieren (partizipative Entscheidungsfindung). Dieses ist maßgeblich für die Festlegung von Therapiezielen.

Erkennung eines potenziellen Spenders

Die Erkennung potenzieller Spender ist ein Schlüsselprozess in der Organspende. Im Kontext einer Organspende müssen alle Maßnahmen nicht nur der ärztlichen Indikation, sondern auch dem Patientenwillen entsprechen. Wann immer möglich, sollten daher bereits bei nach ärztlicher Erfahrung aller Voraussetzungen nach unmittelbar bevorstehendem oder vermutetem irreversiblen Hirnfunktionsausfall mögliche Therapieoptionen oder Änderungen des Therapieziels durch gesprächserfahrene Ärzte mit den Patientenvertretern besprochen werden.

Therapieziele

In Behandlungssituationen, in denen der irreversible Hirnfunktionsausfall unmittelbar vermutet oder als bereits eingetreten vermutet wird, stellt sich die Frage nach der Indikation einer intensivmedizinischen Therapie. Damit alle Therapieentscheidungen zum Wohl des Patienten erfolgen und seinen Willen respektieren, muss bei potenziellen Organspendern das Therapieziel neu bewertet werden. Unter Berücksichtigung des Patientenwillens bestehen in dieser Situation folgende Therapieoptionen:

- 1) Fortführung der intensivmedizinischen

Therapie zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen bis zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls und weiterer Klärung der Option einer Organspende

- 2) Therapiebegrenzung mit Symptomlinderung und Sterbebegleitung im Sinne der Palliativmedizin

Patientenwille

Um dem Patientenwillen entsprechen zu können, muss bei potenziellen Organspendern das Therapieziel mit den Patientenvertretern besprochen und das weitere Vorgehen festgelegt werden. Das Vorgehen muss dem erklärten (schriftlich oder mündlich geäußerten) oder mutmaßlichen Patientenwillen entsprechen. Das Transplantationsgesetz macht keine Vorgaben, wann erstmalig ein Gespräch über einen Organspendewunsch geführt werden kann. Damit aber gegebenenfalls der Wille des Patienten zur Organspende erfüllt werden kann, sollte das Gespräch mit den Angehörigen über die Möglichkeit der Organspende bereits stattfinden, wenn der Eintritt des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls wahrscheinlich ist.

Die Patientenvertreter müssen darüber informiert werden, wenn eine Fortführung der intensivmedizinischen Maßnahmen nicht mehr primär zum Wohle des Patienten, sondern zur Realisierung einer möglichen Organspende erwogen wird. Die Gespräche sollen ergebnisoffen und non-direktiv erfolgen.

Die Richtlinie macht außerdem Vorgaben für ein transparentes Vorgehen: In den Gesprächen muss thematisiert werden, dass der Tod als Folge der schweren Hirnschädigung nach ärztlicher Beurteilung höchstwahrscheinlich ist (infaute Prognose). Weiterhin sollte u. a. auf folgende Punkte hingewiesen werden:

- die Notwendigkeit der Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls
- die zur Realisierung einer Organspende erforderlichen intensivmedizinischen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen – den zeitlichen Rahmen – und die mit den oben genannten Maßnahmen ggf. verbundenen Risiken (z. B. apallisches Syndrom), insbesondere wenn der irreversible Hirnfunktionsausfall nicht eintritt.

Zeitraum bis zur Feststellung des Therapieziels

Bei potenziellen Organspendern ist die Aufrechterhaltung der Organfunktio-

nen mit intensivmedizinischen Maßnahmen bis zur Feststellung des Therapieziels notwendig, um die Funktion der Organe aufrechtzuerhalten und eine eventuell gewollte Organspende überhaupt ermöglichen zu können. Daher müssen, wenn im Vorfeld keine Umstände bekannt sind, die eine postmortale Organspende sicher ausschließen, intensivmedizinische Maßnahmen bis zur Feststellung des Therapieziels aufrechterhalten werden.

Entscheidung pro Organspende

Im Idealfall hat sich ein Patient zu Lebzeiten zur postmortalen Organspende und den dazu notwendigen organerhaltenden Maßnahmen in einer Patientenverfügung oder einer anderen vorsorglichen Willensbekundung (z. B. Organspendeausweis) sowie dem Verhältnis von Organspende zu palliativmedizinischen Maßnahmen schriftlich eindeutig und aufeinander abgestimmt geäußert. Neben dieser schriftlichen Entscheidung kann der Wille aber auch mündlich mitgeteilt worden sein. Ist dies nicht der Fall, ist der mutmaßliche Wille des Patienten anhand von konkreten Anhaltspunkten, zu Lebzeiten geäußerten Überzeugungen oder individuellen Wertvorstellungen zu erkunden.

Zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls müssen dann ggf. zuvor bestehende therapeutische intensivmedizinische Maßnahmen – hierzu zählen z. B. Analgosedierung, Hyperventilation und Temperaturmanagement – unterbrochen werden. Ebenso müssen nach Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls intensivmedizinische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen erfolgen. Diese Maßnahmen sind bis zur abschließenden Entscheidung über eine Organspende bzw. bis zur Realisierung der Organspende fortzuführen.

Zusammenfassung

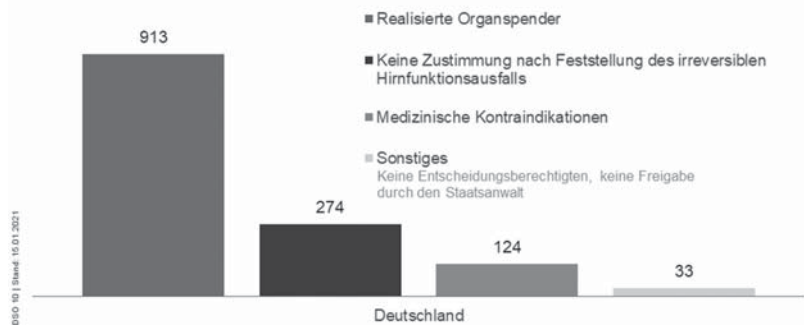
Die Richtlinie rückt die Umsetzung des Patientenwillens zur Organspende in den Mittelpunkt, damit jedem Organspendewunsch entsprochen werden kann. Sie nimmt die sich im Verlauf der Zeit veränderte Praxis der Intensivmedizin in Deutschland auf und schafft für Ärzt*innen transparente Regelungen:

- 1) Ein möglicher Organspendewunsch muss frühzeitig erkundet werden, vor der eventuellen Einleitung palliativmedizinischer Maßnahmen und vor der Diagnostik zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall.
- 2) Intensivmedizinische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen müssen bis zur Organspendeentscheidung und darüber hinaus bis zur Organentnahme erfolgen.

Grafiken aus dem DSO-Jahresbericht 2020

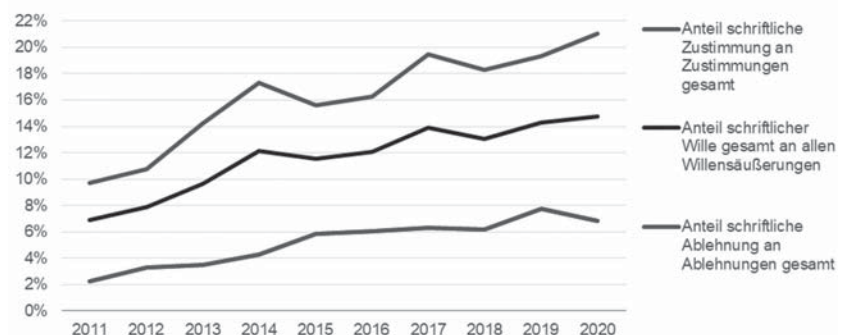
Mögliche Organspender

Deutschland 2020 | Anzahl n = 1.344



Entscheidung zur Organspende

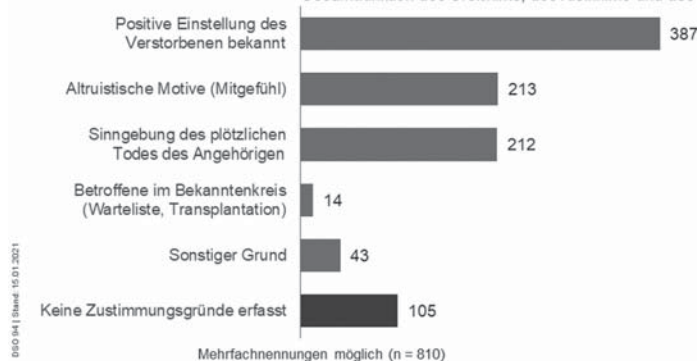
Schriftliche Willensäußerung des Verstorbenen



Zustimmung zur Organspende | Gründe

Deutschland 2020

(Nach Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms)



Keine Zustimmung zur Organspende | Gründe

Deutschland 2020

(Nach Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms)



Anmerkung der Redaktion: Auf verschiedenen Seiten dieses Heftes finden Sie Grafiken zur Organspende und Transplantation aus dem Jahresbericht und von der Website der DSO. Diese und weitere finden Sie unter www.dso.de.

Organspende und Transplantation in der Pandemie



Foto: DSO

Dr. Axel Rahmel

Im Jahr 2020 haben 913 Menschen nach dem Tod ein oder mehrere Organe gespendet. Das entspricht 11,0 Spendern pro eine Million Einwohner. Dr. med. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), spricht über die aktuelle Situation der Organspende.

Wie bewerten Sie die Entwicklung der Organspende in 2020 vor dem Hintergrund der Coronavirus-Pandemie und im Vergleich zu anderen Ländern?

Wir freuen uns, dass die postmortalen Organspende und Transplantation in Deutschland im vergangenen Jahr aufrechterhalten werden konnten. Die Zahl der postmortalen Organspender ist stabil geblieben und die Transplantationszentren hatten ausreichend Kapazitäten für Organübertragungen.

Als Koordinierungsstelle für die Organspende haben wir frühzeitig gemeinsam mit allen beteiligten Institutionen Regelungen getroffen, um auch während der Pandemie die Sicherheit für die Empfänger im Organspendeprozess zu gewährleisten.

Die Zahl der Fälle, in denen Mitarbeiter von Intensivstationen mit Koordinatoren der DSO Kontakt aufnahmen, um über eine mögliche Organspende zu sprechen, hat in 2020 sogar zugenommen. Das werten wir als positives Signal. Es belegt das große Engagement der Mitarbeiter in den Krankenhäusern für die Organspende trotz der Coronavirus-Krise. Dabei spielen die Transplantationsbeauftragten eine besondere Rolle. Ihre Aufgabe ist es, mögliche Organspender zuverlässig zu erkennen und in den Krankenhäusern die Voraussetzungen für den Ablauf einer Organspende zu etablieren.

Betrachten wir die Entwicklung in anderen Ländern, so gab es dort teilweise starke Einbrüche bei der Zahl der Organspenden, insbesondere im Frühjahr, während der sogenannten ersten Welle der Pandemie. In Spanien gingen die Zahlen im Frühjahr auf fast ein Viertel der früheren Aktivität zurück, in Itali-

en wurde zeitweise ein 30-prozentiger Rückgang verzeichnet.

Vielfach konnte der Rückgang zu Beginn des Jahres im weiteren Verlauf nicht vollständig kompensiert werden. So gab es auch in einigen Ländern des Eurotransplant-Verbundes deutliche Rückgänge bei der Zahl der Organspender, z.B. in Ungarn um knapp 37 Prozent oder in Belgien um über 20 Prozent. In Österreich hingegen war die Zahl der Organspenden am Ende des Jahres gegenüber dem Vorjahr unverändert, obwohl es in der Zeit von März bis Mai zu einem erheblichen Rückgang der postmortalen Organspende gekommen war.

Bei der Lebendspende ist es in allen Ländern – nach vorläufigen Zahlen auch in Deutschland – hingegen zu einem deutlichen Rückgang der Zahl der Transplantationen gekommen. Das ist angesichts der Tatsache, dass bei diesem Eingriff ja nicht nur der Empfänger, sondern auch der Spender einem erhöhten Risiko im Falle einer COVID-Infektion ausgesetzt sein könnte, gut nachzuvollziehen. Hinzu kommt, dass gerade in der Frühphase der Pandemie nicht notwendige, operative Eingriffe wenn möglich vermieden bzw. verschoben wurden.

Weil es in anderen Ländern des Verbundes im Jahr 2020 stärkere Einbußen bei der Organspende gab, konnten weniger Organe nach Deutschland vermittelt werden.

Die Zahl der Transplantationen ist im Vergleich zu den Organspenden stärker zurückgegangen. Wie erklären Sie das?

Während die Zahl der in Deutschland gespendeten Organe im Jahr 2020 (2.941) gegenüber dem Vorjahr (2.995) nur leicht gesunken ist, gab es einen stärkeren Rückgang bei der Zahl der Transplantationen (2020: 3.016; 2019: 3.192). Deutschland gehört zum Eurotransplant-Verbund. Die Stiftung Eurotransplant ist nach dem Transplantationsgesetz für die Vermittlung aller Organe zuständig, die in Deutschland, Österreich, den Niederlanden, Belgien, Luxemburg, Slowenien, Kroatien und Ungarn verstorbenen Menschen zum Zwecke der Transplantation entnommen

werden. Durch den Zusammenschluss dieser Länder haben die Patienten größere Chancen, ein immunologisch passendes Organ zu bekommen oder – in dringenden Fällen – möglichst schnell transplantiert zu werden.

Betrachtet man die Bilanz der Organe, die aus Deutschland in andere Länder vermittelt wurden und der Organe, die aus anderen Ländern in deutschen Zentren transplantiert wurden, so hat Deutschland in den vergangenen Jahren stark von diesem Austausch profitiert. Im Jahr 2019 gingen 335 in Deutschland entnommene Organe ins Ausland, 538 kamen hingegen aus dem Ausland ins Bundesgebiet. Somit wurden 203 Organe in Deutschland mehr transplantiert, als gespendet wurden.

Weil es in anderen Ländern des Verbundes im Jahr 2020 stärkere Einbußen bei der Organspende gab, konnten weniger Organe nach Deutschland vermittelt werden. Als Folge wurden im Jahr 2020 in Deutschland zwar noch immer mehr Organe transplantiert, als gespendet wurden, im Jahr 2020 waren das allerdings „nur“ noch 71 Organe und nicht wie im Jahr 2019 noch 203 Organe, was einem Rückgang um etwa 65 Prozent entspricht. Dieser Rückgang betraf insbesondere die Lungen- und Nierentransplantationen.

Eurotransplant veröffentlicht regelmäßig Statistiken zur Organspende in den Mitgliedsländern. Dabei gibt es häufig leichte Differenzen zu den von der DSO herausgegebenen Zahlen. Woran liegt das?

Die Differenzen in den Statistiken ergeben sich aus unterschiedlichen Spenderdefinitionen, nicht deckungsgleichen Betrachtungszeiträumen und voneinander abweichenden Zählweisen der transplantierten Organe.

In der Statistik der DSO wird ein Verstorbener als Organspender gezählt, wenn ihm mindestens ein Organ zum Zweck der Transplantation entnommen wurde. Eurotransplant zählt einen Organspender erst dann, wenn mindestens eines der entnommenen Organe auch transplantiert wurde. In manchen Fällen kommt es vor, dass die Ärzte, die die Transplantation vornehmen, erst kurz vor der Übertragung des Organs feststellen, dass das Organ doch nicht geeignet ist.

Auch der Zeitpunkt der Zählung ist nicht einheitlich. Bei der DSO wird zum Zeitpunkt der Entnahme gezählt. Bei Eurotransplant gilt der Zeitpunkt der Registrierung, das passiert im Prozess einer

Organspende vor der Entnahme. Wenn dann kein Organ des Spenders transplantiert werden konnte, wird er in der Eurotransplant-Statistik nicht mitgezählt, bei der DSO aber sehr wohl, schließlich ist der gesamte Organentnahmeprozess einschließlich der Organentnahme im Entnahmehospital durchlaufen worden.

Zudem gibt es bei einzelnen Organen unterschiedliche Zählweisen. Beispielsweise werden auf Seiten der DSO zwei Nieren eines Spenders, die zusammen einem Empfänger übertragen werden, als ein gespendetes Organ gezählt. Werden beide Nieren eines Spenders getrennt an zwei Empfänger vermittelt, so schlagen sie als zwei Organe zu Buche. Bei Eurotransplant wird in jedem Fall jede Niere einzeln gezählt. Ähnliche Unterschiede gibt es auch bei der Lunge oder der Leber.

Wie unterstützen Sie als DSO insbesondere die Transplantationsbeauftragten in ihrer täglichen Arbeit?

Die Koordinatoren der DSO stehen den Transplantationsbeauftragten rund um die Uhr als Ansprechpartner bei allen Fragen zu einer möglichen Organspende zur Verfügung. Im direkten Ablauf einer Organspende unterstützen die Koordinatoren bei jedem Schritt. Bei Bedarf vermitteln sie mobile neurologische Konsiliardienste zur Diagnose des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls. Sie nehmen auf Wunsch der behandelnden Ärzte am Gespräch mit den Angehörigen eines Organspenders teil und übernehmen die Betreuung der Angehörigen während und nach einer Organspende.

Wenn der irreversible Hirnfunktionsausfall (Hirntod) feststeht und eine Einwilligung zur Organspende vorliegt, unterstützen die Koordinatoren die Mitarbeiter auf den Intensivstationen vor Ort bei den organprotektiven Intensivmaßnahmen. Sie beauftragen eine umfassende Labordiagnostik, die wichtig für die Organvermittlung und den Schutz der Organempfänger ist. Sie übermitteln die notwendigen Daten des Spenders an die Vermittlungsstelle Eurotransplant. Wenn feststeht, wohin die Organe vermittelt werden, organisieren sie die Entnahme und Konservierung der Organe sowie deren Transport.

Unabhängig von einer Organspende stehen Mitarbeiter der DSO als Experten für Informationsveranstaltungen, Vorträge und Gespräche in den Kliniken zur Verfügung.

Gemeinsam mit den Landesärztekammern bietet die DSO den Transplantationsbeauftragten Fortbildungen gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer an. Außerdem stellen wir ein E-

Learning-Programm zur Verfügung, mit dem spezifische Lerninhalte orts- und zeitunabhängig erarbeitet und vertieft werden können. In den Fachinformationsmedien der DSO finden Mitarbeiter der Krankenhäuser alle Informationen und notwendigen Formulare zum Ablauf einer Organspende.

Das Spenderinformationssystem der DSO, DSO.isys web, ermöglicht die schnelle Weitergabe wichtiger Informationen und medizinischer Daten im Organentnahmeprozess auf digitalem Weg. DSO-Mitarbeiter, Transplantationszentren, Labore und Entnahmehäuser haben einen sicheren Zugriff auf alle für sie relevanten Daten. Das Tool DSO TransplantCheck unterstützt die Krankenhäuser bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Berichtspflicht zur Erfassung Verstorbener mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung.

Um den Transplantationsbeauftragten die bestmögliche Unterstützung zu bieten, suchen wir ständig den Austausch. Eine gute Plattform dafür ist der jährliche DSO-Kongress, an dem im letzten Jahr 345 Transplantationsbeauftragte virtuell teilnahmen.

Welche Entwicklung zeichnet sich für das Jahr 2021 ab? Können Sie hierzu schon Aussagen treffen?

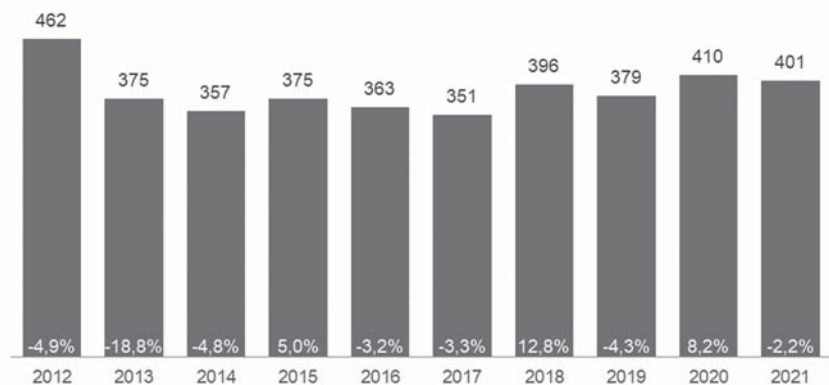
Die ersten uns vorliegenden Zahlen zeigen, dass die Organspende hierzulande weiterhin stabil verläuft – trotz andauernder Coronavirus-Pandemie. So gab es von Januar bis Mai 401 postmortal Organspenden, das sind annähernd genauso viele wie im Vergleichszeitraum des vergangenen Jahres (2020: 410). Die Zahl der postmortal gespendeten Organe betrug in den ersten fünf Monaten 1.262 (2020: 1.303). Transplantiert wurden hierzulande von Januar bis Mai 1.291 postmortal gespendete Organe (2020: 1.331). In Deutschland warteten laut Eurotransplant Ende Mai 8.806 Patienten auf ein neues Organ.

Dass das Denken an die Organspende in den Kliniken durch die gesetzlichen Neuerungen kontinuierlich in den Vordergrund rückt, lässt sich an den organspendebezogenen Kontakten ablesen: Diese nahmen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 4,1 Prozent zu (2021: 1.341, 2020: 1.288).

Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation

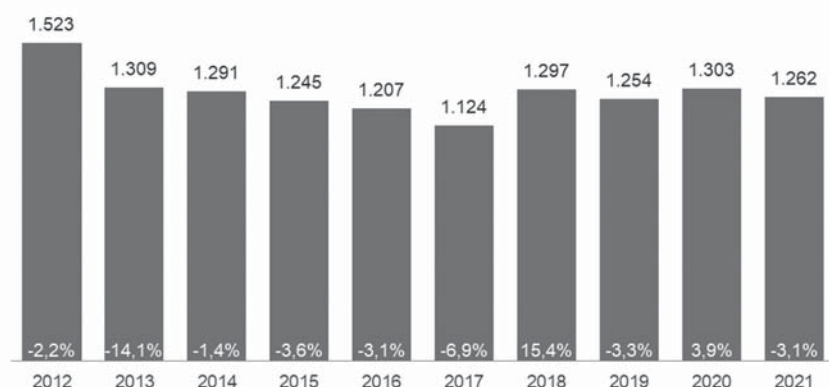
Postmortale Organspender in Deutschland

Prozentuale Veränderung zum Vorjahr | Januar bis Mai



Postmortal gespendete Organe in Deutschland

Prozentuale Veränderung zum Vorjahr | Januar bis Mai



Rund um die Mundgesundheit vor und nach der Lebertransplantation

Fotos: privat



△ Prof. Dr. Dirk Ziebolz, M. Sc.

▷ PD Dr. Gerhard Schmalz

Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
Universitätsklinikum Leipzig

Hintergrund

Patienten vor und nach Organtransplantation stellen aufgrund ihrer Grunderkrankungen vor und lebenslangen Immunsuppression nach Transplantation eine besondere Patientengruppe für die zahnmedizinische Betreuung dar. Dabei nimmt die Anzahl betroffener Patienten auf der Warteliste als auch nach erfolgter Organverpflanzung stetig zu und somit steigt auch deren Bedeutung in der zahnärztlichen Praxis. Die Zahl transplanterter Organe war in den letzten Jahren relativ konstant, wobei Lebertransplante den zweitgrößten Anteil mit jährlich ca. 1.000 Transplantationen ausmachen. Zusätzlich befanden sich Ende des Jahres 2018 mehr als 9.000 Patienten auf der Warteliste für eine Organtransplantation, von denen auf eine Leber ebenfalls ca. 1.000 Patienten warteten. Hierbei bleibt zu berücksichtigen, dass einerseits eine Vielzahl dieser Patienten mehr als drei bis vier Jahre auf ein entsprechendes Spenderorgan wartet und andererseits gute Langzeitüberlebensraten nach erfolgter Organübertragung erreicht werden.

Bei Organtransplantierten handelt es sich um eine heterogene Patientengruppe, die aufgrund von Grund- und Begleiterkrankungen sowie zusätzlicher Medikamenteneinnahme (sowohl vor als auch nach Transplantation) besondere Anforderungen an die zahnmedizinische Versorgung stellt. Dabei sind diese aufgrund ihrer dauerhaften Immunsuppression als Risikopatienten in der zahnärztlichen Praxis einzustufen und zu behandeln. Zu berücksichtigen bleibt jedoch eine große Heterogenität, bedingt durch die unterschiedlichen Funktionen der zu transplanterenden Organe (Niere, Leber, Herz, Lunge usw.) sowie aufgrund der Immunsuppression und/oder weiterer Medikation.

Von besonderem Stellenwert ist bei Patienten vor und nach Organtransplantation eine frühzeitige Infektionsprophylaxe mit Schaffung und dauerhafter Sicherstellung mundgesunder Verhältnisse.^{1,2} Entsprechend sollte, wenn möglich, bereits vor Transplantation eine zahnärztliche Sanierung angestrebt werden; weiterhin ist durch eine dauerhafte, patientenorientierte, präventive Betreuung nach der Transplantation eine stabile Mundgesundheitssituation zu erhalten.^{1,2} Entgegen dieser Forderungen zeigt sich jedoch eine weitestgehend unzureichende zahnärztliche Versorgung in der Gruppe organtransplanterter Patienten.

Patienten vor Organtransplantation Allgemeines

Die Mehrzahl der Patienten, die auf eine Organspende warten, befindet sich in einem schlechten Allgemeinzustand; die Patienten sind oftmals mehrfach vorerkrankt und müssen zudem häufig (komplex) medikamentös behandelt werden.³

Je nach betroffenem Organ ergeben sich zahlreiche allgemeinmedizinische Besonderheiten (Tab. 1); nachfolgend wird der Lebererkrankte näher betrachtet:

Patienten mit einer ausgeprägten Leberschädigung weisen häufig einen besonders reduzierten Allgemeinzustand auf, wobei Grunderkrankungen wie ethyltoxische Zirrhose, Hepatitis C, aber auch Leberkarzinome primär als ursächlich für die Leberinsuffizienz bzw. -versagen anzuführen sind. Eine Leberersatztherapie steht betroffenen Patienten nicht zur Verfügung.

Durch die beeinträchtigte bzw. eingeschränkte Leberfunktion ergeben sich nachfolgend vielseitige mögliche Komplikationen, wie z.B. Störungen der Blutgerinnung und eine negative Beeinflussung auf den Medikamentenmetabolismus. Dies betrifft auch eine Vielzahl von Arzneimitteln, die durch den Zahnarzt Anwendung finden, wie Lokalanästhetika (*Lidocain*, *Prilocain* und *Bupivacain*) oder verschreibungspflichtige Schmerzmittel (*Paracetamol*) oder Antibiotika (*Ampicillin*, *Metronidazol*). Aus diesem Grund ist der betreuende Hauszahnarzt zwingend über den Zustand der Leberinsuffizienz zu informieren, sodass er diesen Umstand im Rahmen der zahnmedizinischen Betreuung zur Risikominimierung berücksichtigen kann.

Mundgesundheit

Der Mundgesundheitszustand, Zähne und Zahnhalteapparat betreffend, weist größtenteils erhebliche Defizite bei diesen Patienten auf. Entsprechend liegt ein verhältnismäßig hoher zahnärztlicher Behandlungsbedarf vor, insbesondere in der Behandlung von Entzündungen des Zahnhalteapparates (sogenannte Paro-

Tabelle 1: Allgemeinmedizinische Besonderheiten von Transplantationskandidaten und Transplantierten

	Niere	Leber	Herz	Lunge
Blutgerinnungshemmung	va. am Tag der Dialyse	permanent	bei antikoagulativer Medikation	bei antikoagulativer Medikation
Allgemeinzustand	reduziert	deutlich reduziert	deutlich reduziert	deutlich reduziert
Arzneimittelmetabolismus beeinflusst	renal metabolisierte Medikamente	hepatisch metabolisierte Medikamente	nein	nein
Belastbarkeit	eingeschränkt	deutlich eingeschränkt	deutlich eingeschränkt	deutlich eingeschränkt
Infektionsrisiko (Hep C)	erhöht	erhöht	normal	normal
Grunderkrankung/ relevante Komorbiditäten	Diabetes mellitus Hypertonie	Reizfaktoren (Alkohol, Medikamente, Infektionen)	Koronare Herzkrankheiten	COPD
Häufige Immunsuppressiva nach Tx	Calcineurininhibitor (Ciclosporin A, Tacrolimus), Zellzyklusinhibitor (Azathioprin, MMF) Prednisolon	Calcineurininhibitor (Ciclosporin A, Tacrolimus), Zellzyklusinhibitor (Azathioprin, MMF) Prednisolon	Calcineurininhibitor (Ciclosporin A, Tacrolimus), Zellzyklusinhibitor (Azathioprin, MMF) Prednisolon	Calcineurininhibitor (Ciclosporin A, Tacrolimus), Zellzyklusinhibitor (Azathioprin, MMF) Prednisolon

Checkliste vor Transplantation

- ☐ Welches Organ und aufgrund welcher Erkrankung ist betroffen?
- ☐ Liegt ein Diabetes mellitus vor? Wie ist der HbA1c?
- ☐ Liegen Infektionserkrankungen (Hepatitis C) vor?
- ☐ Liegt eine Hypertonie vor? Wie ist diese eingestellt?
- ☐ Einnahme von Kalziumkanalblockern (Amlodipin, Nifedipin)?
- ☐ Wie ist die Blutgerinnung?
- ☐ In welchem Umfang lässt der Allgemeinzustand zahnärztliche Maßnahmen zu?
- ☐ Wann findet die geplante Transplantation statt und wer ist der Ansprechpartner?

Dies sind wesentliche Schwerpunkte, die in der Anamnese besondere Berücksichtigung finden sollten; eine vollständige Anamneseerhebung bleibt Grundvoraussetzung.

Checkliste nach Transplantation

- ☐ Welches Organ und aufgrund welcher Erkrankung wurde transplantiert?
- ☐ Wann war die Transplantation (<6 Monate oder >6 Monate)?
- ☐ Gab es bereits Komplikationen (Abstoßungsreaktion)?
- ☐ Liegt ein Diabetes mellitus vor? Wie ist der HbA1c?
- ☐ Welche Immunsuppressiva werden eingenommen?
- ☐ Zusätzliche Einnahme von Kalziumkanalblockern (Amlodipin, Nifedipin)?
- ☐ Wer ist der Ansprechpartner (Transplantationszentrum)?

Dies sind wesentliche Schwerpunkte, die in der Anamnese besondere Berücksichtigung finden sollten; eine vollständige Anamneseerhebung bleibt Grundvoraussetzung.

dontitis), aber auch von zerstörten Zähnen (Karies).⁴ Dabei zeigen sich zum einen eine unzureichende zahnmedizinische Versorgung von Patienten mit einer Leberinsuffizienz als auch ein reduziertes zahnmedizinisches Verhalten betroffener Patienten in der Wahrnehmung zahnmedizinischer Angebote, wie Kontrolluntersuchungen oder Prophylaxemaßnahmen. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Behandlung und Reduktion oraler Erkrankungen zu einer Verringerung der Sterblichkeit dieser vulnerablen Patientengruppe beitragen kann.

Daneben sind bei (schwer) chronisch-kranken Patienten auch Begleiterkrankungen zu berücksichtigen, die ebenfalls einen Einfluss auf die Mundgesundheit haben können, wie u.a. erhöhtes Lebensalter, multiple Medikation, motorische Einschränkungen, reduziertes Gesundheitsverhalten sowie ggf. Depressionen und eine häufig durch die hohe Belastung resultierende fehlende Motivation.³

Patienten nach Organtransplantation
Allgemeines

Auch Patienten nach erfolgter Organtransplantation zeichnen sich durch einen komplexen (Gesundheits-)Zustand aus, wobei die ursächliche Grunderkrankung vornehmlich in den Hintergrund rückt. Von entscheidender Bedeutung für den Langzeiterfolg von Transplantaten ist die lebenslange immunsuppressive Therapie betroffener Patienten in Form einer Monotherapie (Einzelgabe) oder komplexen kombinierten Einnahme⁵: Glucocorticoide (*Prednisolon*, *Decortin*[®], *Decortin H*[®]), *Tacrolimus* (*Prograf*[®], *Advagraf*[®]), *Cyclosporine* (*Sandimmun*[®], *Sandimmun*[®] *Optoral*), *Azathioprine* (*Imurek*[®]), *Sirolimus* (*Rapamune*[®]), *Everolimus* (*Certican*[®]), *Mycophenolat Mofetil/MMF* (*CellCept*[®]) oder auch *Daclizumab* (*Zenapax*[®]). Neben der positiven Gesamtbewertung der notwendigen Immunsuppression sind jedoch eine Vielzahl unerwünschter systemischer, aber auch oraler Nebenwirkungen eine mögliche Folge (Tab. 2).

Bedingt durch die dauerhafte/lebenslange Immunsuppression werden grundsätzlich alle Organtransplantierten aufgrund einer gesteigerten Infektionsanfälligkeit zur Gruppe der Risikopatienten in der zahnärztlichen Praxis gezählt;^{1,6} individuelle Unterschiede zwischen den transplantierten Organen sowie die Diversität der immunsuppressiven Therapie sind zu berücksichtigen. In der Konsequenz bedeutet dieser Umstand, dass bei invasiven zahnmedizinischen Behandlungen (mit Blutungsneigung) vorab eine sogenannte Antibiotikaprophylaxe vorzunehmen ist (2 g Amoxicillin oder alternativ 600 mg Clindamycin 1 h vor Behandlung;⁶ des Weiteren ergeben sich in den organbezogenen Transplantationsgruppen verschiedene Besonderheiten, insbesondere für die Leber: In der Regel wird der stark reduzierte Allgemeinzustand durch die Transplantation verbessert. Jedoch bleiben die verringerte Blutgerinnung und Bedeutung der Leber im Medikamentenstoffwechsel weiterhin von zahnmedizinischer Relevanz (s.o.). Von zentraler Rolle nach erfolgter Transplantation ist jedoch auch hier die immunsuppressive Medikation (s.o./s.u.).

Mundgesundheit

Auch in der Gruppe der Organtransplantierten zeigen vorliegende Untersuchungen erhebliche Defizite im Mundgesundheitszustand aller Organgruppen; in erster Linie Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontitis), aber auch kariesbedingt zerstörte Zähne.⁴ Im Weiteren sind im Gesamten eine unzureichende Aufklärung und inkonsequente zahnmedizinische Betreuung nach Transplantation festzustellen.^{2,3} Besonders bedenklich erscheint der Umstand, dass weder vor noch nach Transplantation ein gesteigertes Mundgesundheitsverhalten vorliegt², was auf eine unzureichende Aufklärung, Information und Sensibilisierung der Patienten hinweist.

Zudem sind häufig medikamentenbedingte Nebenwirkungen der Immunsuppression in der Mundhöhle zu beob-

Tabelle 2: Ausgewählte Nebenwirkungen häufig verwendeter Immunsuppressiva

	Cyclosporin	Tacrolimus	Sirolimus	MMF	Glukokortikoide	Azathioprin
Stärke der Immunsuppression	+++	++++±	+++±	++	+	+
Nierenschädigung	++	++	-	-	-	-
Leberschädigung	±	±	+	-	-	+
Nervenschädigung	+	++	-	-	-	-
Diabetogenität	+	++	-	-	++	-
Magen-Darm-Probleme	+	+	+	++	-	-
Gingivawucherungen	+++	+	+	-	-	-
Knochenmarkschädigung	-	-	+	+	-	+

[MMF: Mycophenolatmofetil -: keine, +: leicht, ++++: sehr stark]

achten, wie u.a. (ulzeröse) Mundschleimhautveränderungen, Gingivawucherungen (hypertrophe Zahnfleischschwellung) und Mundtrockenheit mit einem erhöhten Risiko für virale oder Pilzinfektionen. Dabei werden Gingivawucherungen vornehmlich mit dem Wirkstoff *Cyclosporin A* (*Sandimmun*[®]) in Verbindung gebracht; jedoch zeigen auch andere bekannte Immunsuppressiva, wie *Tacrolimus* und *Sirolimus*, diese potenzielle Nebenwirkung. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass Gingivawucherungen nicht ausschließlich durch die Medikamente bedingt sind, sondern es sich um ein multifaktorielles Geschehen durch Zusammenwirken von Medikamenten, Metaboliten (Patient) und gingivalen Fibroblasten handelt. Im Weiteren handelt es sich bei den Gingivawucherungen um primär biofilmbedingte Zahnfleischveränderungen – entsprechend wird bezüglich Entstehung und Ausprägung dem Mundhygiene- bzw. Mundgesundheitszustand ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Bei den häufig auftretenden medikamentenbedingten oralen Infektionserkrankungen sind vornehmlich Pilzinfektionen mit *Candida albicans* zu nennen. Hierbei besteht grundsätzlich das nachfolgende Risiko einer systemischen Ausbreitung dieser fungalen Infektionen mit begleitenden Komplikationen. Zudem ist auch hier beim Einsatz von Medikamenten in der zahnärztlichen Therapie auf die Wechselwirkung verschiedener Arzneimittel zu achten, wie z.B. Antibiotika (*Metronidazol*), die nachhaltig die immunsuppressive Wirkung beeinflussen können.

Konsequenzen für das persönliche Mundhygieneverhalten

Eine optimale Mundhygiene sowie ausgeprägtes Mundgesundheitsverhalten nimmt bei organtransplantierten Patienten einen hohen Stellenwert ein.

Häuslich: Empfehlenswert ist die Anwendung einer elektrischen Zahnbürste (rotierend-oszillierend oder schallaktiviert), insbesondere wenn schon Vorerkrankungen des Zahnfleisches/Zahnhalteapparat vorliegen. Auch die Reinigung der Zahnzwischenräume mit entsprechenden (angepassten) Bürsten sollte zu täglichen Mundhygienemaßnahmen gehören. Zur Vorbeugung von Karies sollte zudem unbedingt Fluorid (in den meisten Zahnpasten 1450 ppm enthalten) zum Einsatz kommen. Therapeutisch wirksame Mundspülungen, wie z. B. Chlorhexidin, sollten nicht pauschal Einsatz finden und nur auf zahnärztliche Anweisung (bedarfsorientiert) angewendet werden (z. B. bei viralen Infektionen oder therapiebegleitend).

Zahnärztlich: Grundsätzlich ist eine regelmäßige Vorstellung beim Zahnarzt zur Durchführung einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung von Zähnen und Zahnhalteapparat angeraten. Hierbei soll-

ten betroffene Patienten zwingend auf den Zustand der Lebererkrankung oder -Transplantation als auch der einzunehmenden Medikamente hinweisen. Durch den Zahnarzt bzw. das zahnmedizinische Prophylaxeteam sollte regelmäßig, in der Regel mindestens halbjährlich, eine bedarfsgerechte Präventionssitzung erfolgen. Diese sollte neben einer professionellen Zahnreinigung auch die Instruktion zur häuslichen Mundhygiene enthalten, um diese zu optimieren. Unbedingt sollte der Zahnarzt nicht erst bzw. ausschließlich bei Beschwerden aufgesucht werden, da Infektionen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich aufgrund der medikamentösen Immunsuppression zum allgemeingesundheitlichen Risiko werden können.

Konsequenzen für die zahnmedizinische Betreuung

Bis heute gibt es keine verbindlichen Richtlinien für den sicheren Umgang mit Patienten vor und nach Organtransplantation in Bezug auf die zahnmedizinische Betreuung, u.a. auch zur antibiotischen Infektionsprophylaxe. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass betroffene Patienten ausführliche Informationen zu transplantatspezifischen Besonderheiten, Informationen über Begleiterkrankungen und Medikationen im Rahmen einer zahnärztlichen Anamneseerhebung ausführen; hierzu gehört auch die Mitteilung zur Aufnahme auf der Warteliste für eine geplante Transplantation. Häufig erscheint eine Rücksprache und Abklärung mit dem zuständigen Transplantationszentrum und betreuendem Arzt unausweichlich – daher sollte der Patient im eigenen Interesse einen ungehinderten Informationsfluss ermöglichen (siehe auch persönliche Checkliste: vor/nach Transplantation).

Grundsätzlich ist vor Transplantation eine zahnärztliche (Gesamt-)Sanierung und nachfolgend eine nachhaltige, präventionsorientierte Therapie anzustreben.¹ Berücksichtigt man die Wartezeit auf ein Organ, erscheint eine adäquate zahnmedizinische Behandlung und präventive Betreuung in den meisten Fällen realisierbar. Von besonderer Bedeutung steht dabei die regelmäßige Sensibilisierung betroffener Patienten zur Bedeutung der Mundgesundheit als auch Motivation und Instruktion für eine adäquate persönliche Mundhygiene. In Ausnahmefällen, so bei mehrfach vorerkrankten Patienten mit einem massiv reduzierten Allgemeinzustand, scheint die zahnärztliche Behandlung erst nach Organtransplantation und Stabilisierung des allgemeingesundheitlichen Zustandes empfehlenswert zu sein, da ansonsten eine zahnärztliche Sanierung mit einem erheblichen Gesundheits- bis hin zum erhöhten Sterblichkeitsrisiko einhergehen kann. Auch kann unmittelbar vor einer geplanten Transplantation eine Fokussanierung zur Reduktion eines möglichen

oralen Infektionsrisikos erforderlich sein; häufig unmittelbar vor einer Transplantation. Die Entscheidung, wann und in welchem Umfang die zahnärztliche Sanierung erforderlich ist, sollte zwingend vorab mit dem zuständigen Arzt/Transplantationszentrum unter Berücksichtigung einer Nutzen-Risiko-Analyse getroffen werden.

Nach erfolgter Organtransplantation sollte bei nahezu allen zahnärztlichen Therapiemaßnahmen, aber insbesondere bei erhöhter Blutungsneigung (Bakteriämierisiko) eine Antibiotikaphylaxe vorgenommen werden⁶: 2 g Amoxicillin präoperativ oder alternativ 600 mg Clindamycin.⁶ Daneben muss zwingend auf mögliche oralen Nebenwirkungen und Komplikationen (Auffälligkeiten) geachtet werden.

Zusammenfassung

Zusammenfassend sind Transplantationskandidaten und Organtransplantierte eine Risikogruppe in der zahnärztlichen Behandlung. Deshalb sollten diese regelmäßig und kontrollorientiert den Zahnarzt aufsuchen und entsprechende Präventionsangebote in Anspruch nehmen. Auch die häusliche Mundhygiene sollte entsprechend intensiv betrieben werden. Sollte eine invasive zahnärztliche Behandlung erforderlich werden, sollte die Antibiotikaphylaxe immer Anwendung finden. Patienten sollten in jedem Falle sowohl den Zahnarzt über ihren Allgemeingesundheitszustand als auch den Arzt/das Transplantationszentrum über den Mundgesundheitszustand informieren (siehe Checklisten auf S. 7).

Literaturliste

1. Guggenheimer J, Eghtesad B, Stock DJ. Dental management of the (solid) organ transplant patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003; 95: 383-389
2. Schmickler J, Widmer F, Kauffels A, Kollmar O, Mausberg RF, Ziebolz D. Mundgesundheitszustand und zahnärztlicher Behandlungsbedarf von organtransplantierten Patienten. *Dtsch Zahnärztl Z* 2016;71:114–123.
3. Rustemeyer J, Bremerich A (2007). Necessity of surgical dental foci treatment prior to organ transplantation and heart valve replacement. *Clin Oral Investig* 11: 171-174.
4. Kauffels A, Schmalz G, Kollmar O, Slotta JE, Weig M, Groß U, Bader O, Ziebolz D. Oral findings and dental behaviour before and after liver transplantation - a single-centre cross-sectional study. *Int Dent J.* 2017 Aug;67(4):244-251. doi: 10.1111/idj.12290. Epub 2017 Mar 10. PMID: 28295299.
5. Moini M, Schilsky ML, Tichy EM (2015). Review on immunosuppression in liver transplantation. *World J Hepatol* 7: 1355-1368.
6. Nusime A, Heide CV, Hornecker E, Mausberg RF, Ziebolz D. Dental care of patients with organ transplants or prosthetic joints—a survey of specialty hospitals. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2011;121(6):561-72. [Article in French, German]

Risiko nach Lebertransplantation: Infektion mit dem Cytomegalievirus

Ulrike Bohnsack

Nach einer Lebertransplantation erhalten die Organempfänger Immunsuppressiva, um eine Abstoßung des fremden Organs durch das körpereigene Immunsystem zu verhindern. Dadurch sind die Patient*innen jedoch anfälliger für Infektionen. Eine der häufigsten Komplikationen verursacht das humane Cytomegalievirus (CMV). Die so ausgelöste CMV-Infektion kann unterschiedlich schwer verlaufen: von einer eher leichten fieberigen Erkrankung bis hin zur Leber- oder Darmentzündung und letztlich auch zur Abstoßung des Spenderorgans.

Ein Team der Medizinischen Fakultät hat nun genauer untersucht, welche Risikofaktoren eine Rolle für eine CMV-Infektion spielen. Sie werteten klinische Daten von 833 Organ-Empfängern und Spendern aus.

„Insgesamt trat bei fast einem Viertel der Betroffenen eine CMV-Infektion auf – überwiegend im ersten Jahr nach der Transplantation“, fasst Dr. Jassin Rashidi-Alavijeh von der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie am Universitätsklinikum Essen zusammen.

Das Forschungsteam konnte in seiner Studie zeigen, dass es besonders risikoreich ist, die Leber eines CMV-positiven Spenders auf einen CMV-negativen Emp-

fänger zu übertragen. Aber auch Personen sind einem deutlich höheren Risiko für eine CMV-Infektion ausgesetzt, die vor Lebertransplantation an einer chronischen Entzündung der Gallenwege, der sogenannten primär sklerosierenden Cholangitis (PSC), erkrankt waren.

„Deshalb sollten Menschen mit Hochrisiko-Serostatus, einer PSC als Grunderkrankung oder sogar mit beiden Risikofaktoren, gründlicher überwacht werden und eine verlängerte Prophylaxe gegen CMV-Infektionen erhalten“, schlussfolgert Studienleiterin Prof. Kerstin Herzer.

Quelle: PM der Universität Duisburg v. 25.1.2021

500 Zusatzpunkte für Wartepatienten zur Nierentransplantation bei kombinierter Transplantation

Jutta Riemer

Nach welchen Richtlinien die Stiftung Eurotransplant (ET) letztendlich die Spenderorgane vermittelt, legen Fachgremien der jeweiligen Mitgliedsländer von ET fest. In bestimmten Grundprinzipien stimmen diese Kriterien überein. Für Deutschland werden die Richtlinien zur Wartelistenführung und Organvermittlung von der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer erarbeitet. In diesem Gremium sind verschiedene Institutionen vertreten, z. B. Transplantationsmediziner, Vertreter der Bundesländer, Juristen, Vertreter der Krankenkassen und z. B. auch Patienten. Diese überarbeiten die Richtlinien und prüfen diese ständig auf ihre Aktualität. Lebertransplantierte Deutschland e.V. ist hier ebenfalls vertreten.

Am 16.3.2021 trat eine weitere Änderung der Richtlinie für die Wartelistenführung und Organvermittlung für die Nierentransplantation (NTx) mit der Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt in Kraft. Ein Abschnitt befasst sich hier mit Änderungen zur kombinierten Leber-Nieren-Transplantation.

Häufig verschlechtert sich die Nierenfunktion im Verlauf der schweren Lebererkrankung zusehends (Hepatorenales Syndrom) oder Leber und Niere sind von der Grunderkrankung betroffen (z. B. Zystenleber- und Nierenerkrankung). Auch

kann sich längere Zeit nach der Lebertransplantation die Nierenfunktion, z. B. durch die immunsuppressive Medikation oder/und einen Diabetes mellitus, verschlechtern bis hin zur Dialysepflichtigkeit. Für den Fall, dass schon vor der Lebertransplantation eine Dialysepflicht besteht, wird der Patient zur kombinierten Leber- und NTx angemeldet.

Zu früheren Zeiten wurde häufig simultan transplantiert, d. h. Leber und Niere vom selben Spender wurden in einer Operation verpflanzt. Seit einigen Jahren wird eher sequenziell – zunächst die Leber, dann nach Erholungsphase die Niere – transplantiert. Obwohl die erste Form immunologische Vorteile aufweist, stellt die zweite Methode eher sicher, dass eine größere Anzahl Lebern und Nieren erfolgreich transplantiert werden können.

500 Bonuspunkte für die Nierentransplantation

Auf eine Nierentransplantation müssen Dialysepatienten derzeit etwa 6–8 Jahre warten. Damit die zur kombinierten Transplantation angemeldeten und zunächst nur lebertransplantierten Patienten gleichbehandelt werden mit den simultan Transplantierten wurde in den Richtlinien nun festgelegt, dass diese Patienten einmalig 500 Bonuspunkte ab dem 90. Tag nach der LTx für die Nierentransplantation erhalten. Entsprechend gilt für über 65-Jährige die Einordnung

in die 2. Priorität (Eurotransplant-Senior-Programm). Das bedeutet in der derzeitigen Situation, dass beim dialysepflichtigen, lebertransplantierten Patienten je nach Blutgruppe und relevanter Eiweißkonstellation (HLA-Matches) ca. ein Jahr nach der LTx auch die NTx durchgeführt werden kann. Wurde ein Patient nicht zur kombinierten Leber-Nieren-Transplantation gemeldet, können die Zusatzpunkte für die Nierentransplantation auch nachträglich beantragt werden, sofern bei diesem Patienten bereits vor der Lebertransplantation eine chronische Dialysepflichtigkeit vorlag.

Wer bekommt die Sonderpunkte nicht zugeteilt?

Alle Patienten, die zwar vor der Lebertransplantation eine Nierenfunktionseinschränkung aufweisen, aber nicht dialysepflichtig sind, erhalten diese Punkte nicht, auch wenn sie kurze Zeit nach der LTx oder im Rahmen der LTx dialysepflichtig werden. Ebenso Patienten, die nach längerem Abstand zur LTx dialysepflichtig werden.

Quelle: Richtlinien zur Organtransplantation gem. § 16 TPG – Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1

Nrn. 2 u. 5 TPG für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Nierentransplantation, Stand 16.3.2021

Die Richtlinie im kompletten Wortlaut können Sie auf der Seite der Bundesärztekammer einsehen (www.bundesaerztekammer.de)

Rehabilitation für Kinder und Jugendliche vor und nach Lebertransplantation



Foto: Uniklinik Essen

Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Eckhard Nagel
 Ärztlicher Direktor des Rehabilitationszentrums Ederhof für Kinder, Jugendliche und Familien vor und nach Organtransplantation

Ein Organversagen oder eine Transplantation im Kindes- oder Jugendalter treffen die Patient*innen in einer für den Verlauf ihres gesamten Lebens entscheidenden Entwicklungsphase. Neben der dauerhaften medizinischen und therapeutischen Begleitung stellt die Rehabilitation daher einen zentralen Baustein der Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen dar. Ihr wesentliches Ziel geht weit über eine kurzfristige Verbesserung des Gesundheitszustandes hinaus und besteht darin, den jungen Patient*innen langfristig eine normale gesellschaftliche Teilhabe und die Chance auf ein gelingendes Leben zu ermöglichen.

Reha als wiederkehrender Anker

Die ersten Lebensjahre eines Kindes sind unabhängig von jeder Erkrankung voller großer Entwicklungsschritte und Wendepunkte. Zugleich werden wichtige Grundlagen für die weitere körperliche, mentale und soziale Entwicklung gelegt.

Für chronisch kranke Kinder gilt dies ganz besonders: Der Besuch des Kindergartens, der Eintritt in den Schulalltag, ein wachsender Wunsch des Kindes nach Unabhängigkeit und die Ausbildung der individuellen Interessen und Fähigkeiten bis hin zur Adoleszenz stellen die Kinder und ihre Eltern immer wieder vor neue Herausforderungen. Eine Rehabilitation bedeutet in diesem Zusammenhang idealerweise eine Zeit des Kraftschöpfens, Innehaltens und Neuausrichtens – einen wiederkehrenden Anker für die gesamte Familie.

Das vor fast 30 Jahren am Iselsberg in Stronach (Osttirol) gegründete Rehabilitationszentrum Ederhof richtet sich ausschließlich an die Patient*innen-Gruppe der Kinder und Jugendlichen vor und nach einer Organtransplantation sowie an deren Familien. Jedes Jahr nehmen mehr als 100 Kinder und ihre Familien aus ganz Deutschland und aus Österreich an einer der rund zehn angebotenen vierwöchigen Rehabilitationszeiten am Ederhof teil. Die dort versorgten Patient*innen leiden an angeborenen oder erworbenen Dysfunktionen der Leber, der Nieren, des Herzens oder der Lunge sowie oft ausgeprägten Folgen dieser Organschädigungen mit Ernährungsstörungen, Diabetes, Hypertonie und umfänglichen Störungen aus dem neurologisch-psychiatrischen Formenkreis. Ein Teil von ihnen wartet auf eine Transplantation, ist unter Umständen auch dialysepflichtig – ein anderer Teil lebt bereits mit einem Spenderorgan.

Auf dem Ederhof arbeitet ein hoch spezialisiertes Team von Ärzt*innen,

Pfleger*innen, Therapeut*innen und Pädagog*innen Hand in Hand, um die Kinder und ihre Familien bei der Bewältigung der in der jeweiligen Lebens- und Krankheitsphase des Kindes anstehenden Herausforderungen zu unterstützen und sie langfristig für den Alltag zuhause zu stärken. Dabei zeigt sich immer wieder, dass neben dieser integrativen therapeutischen Arbeit der Austausch der betroffenen Kinder und Familien untereinander einen besonderen Stellenwert hat. Denn, obwohl viele Kinder von klein auf lange Zeiten in Krankenhäusern und Spezialkliniken verbracht haben, kommen sie während der Reha häufig das erste Mal in intensiven Kontakt zu anderen Kindern und Familien, die ihr Schicksal teilen. Der Ederhof arbeitet daher nach einem Konzept der zielgruppenspezifischen Rehabilitation, wobei das Lebensalter des erkrankten Kindes mit seinen jeweiligen Herausforderungen entscheidend für die Abgrenzung ist. Neben den familienorientierten Rehabilitationen für Kleinkinder und für Schulkinder wird daher auch eine Reha für Jugendliche angeboten, die ohne begleitende Familienmitglieder durchgeführt wird.

Reha als integrative Aufgabe

Die sehr individuelle Krankheitsgeschichte und Lebenssituation jedes Kindes bringt es mit sich, dass die Ziele der Rehabilitation für jedes Kind einzeln definiert werden. Um einen möglichst guten Reha-Erfolg zu erzielen, ist es daher wichtig, alle relevanten Informationen zum Gesundheitszustand und zur Behandlung des Kindes zu prüfen und mit dem Kind und seinen Eltern bzw. mit dem Jugendlichen zu besprechen. Die Rehabilitationsziele werden dann unter Berücksichtigung der einschlägigen Leitlinien der Fachgesellschaften in Absprache mit den Patient*innen individuell gesetzt. Das daraus abgeleitete konkrete Programm für die vierwöchige Reha ist entsprechend personalisiert. Es umfasst sowohl Einzelsitzungen als auch Gruppenangebote und basiert auf vier wesentlichen, miteinander integrierten Handlungsbereichen: Medizin, Therapie, Psychologie und Pädagogik.

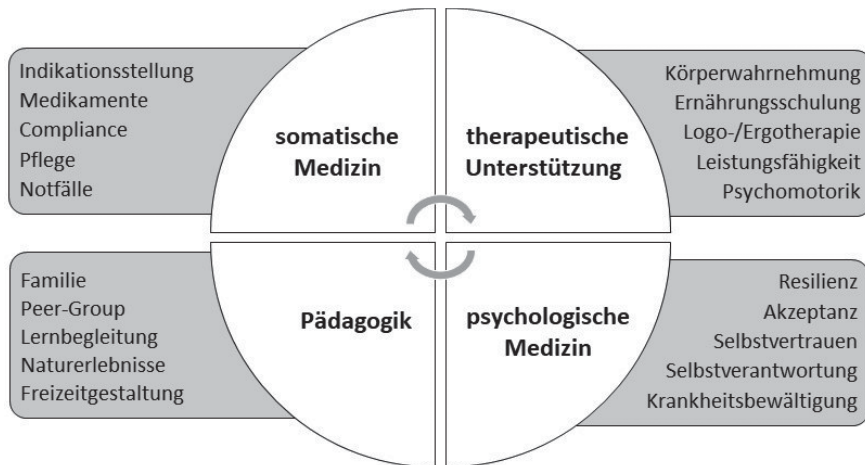
Somatische Medizin

Für die zuverlässige Indikationsstellung besteht bereits vor Antritt der Reha ein direkter Austausch des Ederhof-Teams mit den am Heimatort behandelnden Ärzt*innen und Therapeut*innen. Vor Ort

Fotos: Uniklinik Essen, Ederhof



Das Reha-Zentrum Ederhof mit Spielplatz

Abbildung 1: Das integrative Therapiekonzept im Reha-Zentrum Ederhof

werden darüber hinaus eine umfassende Diagnostik und Prüfung der Leistungsfähigkeit vorgenommen. Die so gesammelten Erkenntnisse fließen auch in eine Reflexion der Akuttherapie, die durch die teilweise grobmaschigere Betreuung von chronisch erkrankten Kindern in den vergangenen, von der Pandemie dominierten Monaten stark an Bedeutung gewonnen hat.

Eine besondere Aufgabe der medizinischen Arbeit während der Rehabilitation besteht darin, den Kindern und ihren Angehörigen grundsätzliche medizinische Zusammenhänge nahezubringen und sie nicht nur zu erklären, sondern den Austausch der Patient*innen untereinander über medizinische Themen zu fördern. Ziel ist es, die Gesundheitskompetenz aller Beteiligten zu fördern. Gleichzeitig wird die Compliance unterstützt als eine unabdingbare Voraussetzung für den langfristigen Erfolg einer Organtransplantation. Diese muss in unterschiedlichen Phasen der Entwicklung des Kindes und vor allem im Jugendalter immer wieder gestärkt werden. In diesem Zusammenhang besteht ein wichtiger Auftrag der Pflege in der altersentsprechenden Förderung zur selbstständigen Medikamenteneinnahme. Neben der Basispflege und den notwendigen spezialisierten Kenntnissen verfügt das Pflegeteam zudem über umfassende Kenntnisse zu komplementären Pflegemaßnahmen wie Therapeutic Touch, Aromapflege oder Wickel und Kompressen, die in Abstimmung mit dem ärztlich angeordneten Therapieplan durchgeführt werden.

Auch akute Notfälle werden medizinisch auf dem Ederhof versorgt. Hier besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Bezirkskrankenhaus Lienz. Ärztlich versorgt wird der Ederhof durch eine Gruppe langjährig engagierter Fachärzt*innen mit einem Schwerpunkt in der Transplantationsmedizin:

- Kinderfachärzte
- Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Fachärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin, spezielle Schmerztherapie
- Facharzt für Allgemeinmedizin mit Ausbildung zum Reha- und Sozialmediziner
- Facharzt für Hygiene und Notfallmedizin

Die genannten Ärzte sind in einem Beirat organisiert, der wöchentlich tagt und so die turnusmäßig jeweils am Ederhof tätigen Kolleg*innen unterstützt.

Therapeutische Unterstützung

Die therapeutische Arbeit zielt auf die Wiederherstellung und Verbesserung der physischen Leistungsfähigkeit und bezieht dabei sowohl individuelles Training durch Physiotherapie als auch ge-

meinschaftliches Training im Rahmen von psychomotorischen Bewegungseinheiten ein. Ergänzt wird das Bewegungsangebot durch pädagogisch geführte Natur- und Freizeiterlebnisse wie Wandern, Klettern, Schwimmen oder Skifahren. Bei Entspannungseinheiten, Kneipp-Anwendungen und Massagen erfahren die Kinder, was ihrem Körper guttut und verbessern ihre Körperwahrnehmung. Sofern notwendig, erhält das Kind gezielt individuelle ergo- oder logotherapeutische Unterstützung.

Ein wesentlicher, eng mit der medizinischen Bildung verflochtener Therapiebereich ist die Ernährungsschulung und Diätberatung – ein Bereich, in dem in der Transplantationsmedizin in der Vergangenheit eher vorsichtig agiert wurde. Viele durch die Grunderkrankung oder die Therapie verursachte körperliche Leiden können allerdings durch eine gezielte Ernährung gelindert werden. Während der Reha auf dem Ederhof lernen die Kinder und ihre Eltern daher, welche Lebensmittel ihre Gesundheit unterstützen und wie sie ihnen am besten schmecken. Zur Unterstützung der ernährungstherapeutischen Arbeit hat der Ederhof vor zwei Jahren einen eigenen Therapiegarten errichtet, der die vermittelten Kenntnisse für die Kinder mit allen Sinnen erlebbar macht.

Psychologische Medizin

Bedingt durch den integrativen Ansatz entwickelt sich aus der therapeutischen Arbeit gleichsam eine bio-psycho-soziale Stabilisierung, interdisziplinär unterstützt durch den Bereich Psychologie. So wird der komplexe Rehabilitationsprozess der Kinder interaktiv während



Gemeinsames Gärtnern im Therapiegarten

der Ausflüge wie auch in evaluierenden oder nachbereitenden Gesprächsrunden psychologisch begleitet. In psychotherapeutischen Gruppensitzungen, die die ganze Familie in unterschiedlicher Zusammensetzung miteinbeziehen, wird altersgerecht am Verständnis von Gesundheit und Krankheit, Genesung und Heilung gearbeitet. Über die Selbstwahrnehmung und die gemeinsame Reflexion können die psychische Resilienz, die Handlungskompetenz und letztlich die Persönlichkeitsentwicklung gefördert werden.

In der edukativen Patientenarbeit (medizinische Gesprächsrunden, Vorträge und Einzelgespräche) konstituiert sich ein tieferes Verständnis über die Krankheit, den Umgang mit dem transplantierten Organ, die Einnahme der Medikamente sowie zur Compliance und zum längerfristigen Umgang mit der Erkrankung. Die Erfahrung und das Wissen der Mitarbeiter*innen um die spezifischen Probleme der Kinder, aber auch ihrer Eltern und ihrer Geschwister sind dabei von entscheidender Bedeutung. Vorrangiges Ziel ist, sie in mehr Selbstständigkeit hineinzuwachsen zu lassen und ihren selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung optimal zu fördern.

Pädagogik

Das Pädagogik-Team mit den Schwerpunkten Erlebnis- und Sportpädagogik sowie Kindergarten und Lernbegleitung hat für den Austausch und den Zusammenhalt der jeweiligen Reha-Gruppe – sowohl innerhalb der Familien als auch innerhalb der sogenannten Peer-Group der Kinder untereinander – einen besonderen Stellenwert. In der Unterweisung

von gesundheitsförderlicher und wenn möglich auch naturnaher Freizeitgestaltung wie etwa Klettern am Berg, Rafting oder Riverwalking, Schwimmen im See, Bergwandern, Skifahren oder auch therapeutisches Reiten kommen die Kinder in eine durchaus herausfordernde, aber auch mit viel Spaß verbundene Aktivität. Sie können sich in ihren Potenzialen und Grenzen erfahren und als Teil der Gruppe und individuell gestärkt werden.

Die naturnahe Lage des Ederhofs auf 1.100 m Höhe inmitten der Lienzer Bergwelt bietet den Kindern ein ideales Umfeld, um Zeit in der Natur zu verbringen und deren heilende und entspannende Wirkung zu spüren. Gerade für Kinder, die lange Zeit in Krankenhäusern verbracht haben, ist das (Wieder-)Entdecken der heilenden Kraft der Natur wertvoll. Der zum Reha-Zentrum zugehörige hauseigene Therapiegarten hilft auch Kindern, die zuletzt wenig Kontakt zur Natur hatten, die Elemente mit allen Sinnen zu erleben.

Schulpflichtige Patient*innen sowie ihre schulpflichtigen Geschwister werden an Wochentagen durch eine Mitarbeiterin der „Ederhofschule“ in Absprache mit der Heimatschule beim Lernen begleitet. Für die jüngeren Kinder gibt es ein Kindergarten-Angebot. Ziel der Lernbegleitung ist es, die Unterbrechung der Schule so gering wie möglich zu halten und zumindest in den Hauptfächern ein Aufholen und eine Fortführung der Lerneinheiten zu gewährleisten. Bei der Arbeit in der Schule und auch schon im Kindergarten achten die Mitarbeiter*innen darauf, das Vertrauen des Kindes in die eigene Leistung zu fördern und Ängste vor Misserfolg und Versagen abzubauen.

Reha als Peer-Group-Erfahrung

Der Erfolg der Rehabilitation wird auf dem Ederhof wesentlich unterstützt durch eine für die meisten Patient*innen einzigartige Peer-Group-Erfahrung. Während die Patient*innen zuhause in der Regel eine gewisse Außenseiterrolle gewohnt sind, werden sie auf dem Ederhof erstmals Teil einer Gruppe, die ihre Lebenssituation teilt. Die Gruppe spendet Mitgefühl und Trost in den durchlebten Erfahrungen und gibt jedem einzelnen ein Gefühl, auf besondere Weise aufgehoben und verstanden zu sein. Gerade auch in den unterschiedlichen Phasen der chronischen Erkrankung kann so die Angst vor dem Unwägbaren der Erkrankung gemindert werden. Die Kinder können positive Vorbilder finden oder sogar selbst zu einem werden. So fassen sie Mut, sich Herausforderungen zu stellen und anstehende Therapien zu meistern.

Um diese positiven Effekte der Peer-Group für die Patient*innen erlebbar zu machen, richtet der Ederhof seine Rehabilitation an eine gemessen am Lebensalter der Patient*innen möglichst homogene Gruppe. Die **Kleinkindrehabilitation** (bis ca. 6 Jahre) ist speziell darauf ausgelegt, dass die Eltern fern von Krankenhaus und Alltagsstress, aber dennoch in geschütztem Rahmen, viel Zeit mit ihren Kindern verbringen können und zugleich Entlastung und Unterstützung bekommen. Der Zeitpunkt der Erkrankung der Kleinstkinder ist noch ganz nah – die Geburt des Kindes, der Anfang des Lebens, dann die Bedrohung durch das Organversagen, die Transplantation und die damit verbundenen Krankenhausaufenthalte liegen noch nicht lange zurück. Am Ederhof kann die Familie nun die Ereignisse verarbeiten und sich im Leben wieder neu ausrichten.

Bei der **familienorientierten Rehabilitation** (ca. 6 bis ca. 13 Jahre) werden die erkrankten Kinder von ihren Eltern und im Idealfall auch von ihren Geschwister begleitet, um das aus systemischer Sicht wichtige Umfeld der/des Patient*in in die Rehabilitationsmaßnahme mit einbeziehen zu können. Diese folgt nach dem situationsorientierten Ansatz den Bedürfnissen und Problemkonstellationen, die jedes zu begleitende Kind und jede Familie mit sich bringen. Die Förderung orientiert sich an den Ressourcen des Kindes und seines (Familien-)Systems, nicht an den krankheitsbedingten Defiziten. Die Erfahrung zeigt, dass mithilfe des synergetischen Zusammenwirkens der unterschiedlichen Therapierichtungen bereits Schulkinder eigenständig wertvolle Genesungsschritte unternehmen können – in ihrem Krankheitsverständnis, ihrer körperlichen Wahrneh-



Wanderung der Jugend-Reha-Gruppe

mungs- und Leistungsfähigkeit, ihrem Selbstwertgefühl und -vertrauen sowie in ihrer Sozialkompetenz.

Die **Jugend-Rehabilitation**, an der die 13- bis 18-jährige Patient*innen ohne ihre Angehörigen teilnehmen, fokussiert sich auf die speziellen Bedürfnisse der jungen Menschen in der Phase der Transition. In dieser Zeit werden sie auf ihren Weg hin zu einer selbstbestimmten, möglichst umfassenden Teilhabe an Schulabschluss, Berufswahl, Partnerschaft und sozialer Gemeinschaft vorbereitet und unterstützt. Denn die häufigsten Komplikationen nach Organtransplantation treten während der Pubertät auf und führen nicht selten zu lebensbedrohlichen Situationen. Die Gründe hierfür sind komplex und liegen zum einen in den physiologischen Veränderungen der Adoleszenz, zum anderen in den herausfordernden Einflüssen des Erwachsenwerdens, die eine gezielte Begleitung erfordern.

Reha unter Pandemie-Bedingungen

Wie wichtig der Austausch mit anderen Menschen und insbesondere auch innerhalb der Peer-Group ist, wurde in den vergangenen, durch die weltweite SARS-CoV-2-Pandemie geprägten Monaten für alle Mitglieder der Gesellschaft deutlich spürbar. Familien mit Kindern vor oder nach einer Transplantation leiden in dieser Situation besonders, wie eine auf dem Ederhof durchgeführte Studie der GWS – Gesundheit, Wissenschaft, Strategie GmbH – und der Universität Bayreuth zeigt. Die Studie „Sichere Kinder-Reha“ belegt, dass die Regelungen im Rahmen der Pandemie für diese Familien zu einer massiven sozialen Isolation, einer Verunsicherung im Kontext der medizinischen Betreuung und zu vielschichtigen psychischen Belastungen führen. Die Rehabilitation hat für die betroffenen Familien im Kontext der Pandemie daher stark an Bedeutung gewonnen.

Das Reha-Zentrum Ederhof hat im Frühjahr 2020 ein umfassendes Hygiene- und Sicherheitskonzept implementiert, auf dessen Grundlage die Rehabilitationszeiten seit Mai 2020 sicher durchgeführt werden konnten. Es basiert auf vorbeugender und wiederkehrender Testung auf SARS-CoV-2 sowie einem täglichen Infekt-Screening für alle Reha-Teilnehmenden und Mitarbeitenden des Ederhofs. Zusätzlich zur Teststrategie gelten erweiterte Hygienestandards im Hinblick auf Abstandsgebote, das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes sowie regelmäßiges Händewaschen und -desinfizieren. Während des Rehabilitationszeitraumes bleibt die Personengruppe auf dem Ederhof stabil, so dass eine Unterscheidung

zwischen der „Innenwelt“ des Ederhofs und der „Außenwelt“ jenseits der Grundstücksgrenzen vorgenommen werden kann. Nach einer kollektiven, quarantäneartigen Übergangszeit von 10 bis 14 Tagen und drei negativen Testungen aller Anwesenden kommt in der „Innenwelt“ das Modell der „Großfamilie“ zum Tragen. Dieses erlaubt eine partielle Lockerung der Maßnahmen für alle Mitglieder der „Großfamilie“, so dass der Sicherheitsabstand und das Tragen des Mund-Nasen-Schutzes entfallen können.

Fazit

Die Entwicklung von Selbständigkeit und Eigenverantwortung hat für transplantierte Kinder und Jugendliche neben der sozialen und schulischen Reintegration langfristig entscheidenden Einfluss auf die ganzheitliche Gesundheit und die Aussicht auf ein gelingendes Leben. Die Rehabilitation spielt hier eine zentrale Rolle und sollte als feste wiederkehrende Phase der körperlichen und mentalen Stärkung sowie der Orientierung in der lebensbegleitenden Behandlung von chronisch erkrankten und transplantierten Kindern und Jugendlichen verankert sein. Denn eine Reha ist mehr als nur eine Zeit der Erholung: Sie unterstützt die Patient*innen und ihre Angehörigen, ihre Situation anzunehmen und ihr Leben im Rahmen des Möglichen nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten.

In der aktuellen Pandemie kann das Angebot einer Rehabilitation für Familien mit Kindern vor oder nach einer Transplantation eine wesentliche Entlastung in einer für sie über die Maßen belastenden Zeit schaffen. Ein solches Angebot konnte auf dem Ederhof in den vergangenen zehn Monaten sicher umgesetzt werden. Die Ergebnisse der Studie „Sichere Kinder-Reha“ zeigen zudem: Das Erleben der SARS-CoV-2-Pandemie und die damit verbundenen Folgen stellen für Familien mit chronisch erkrankten Kindern per se eine Rehabilitationsindikation dar.

Eine sichere Rehabilitation für Kinder und Jugendliche vor und nach Organtransplantation während der Pandemiezeit zu ermöglichen, erfordert zusätzliche finanzielle und personelle Mittel. Wenn Sie das Reha-Zentrum Ederhof dabei unterstützen möchten, können Sie eine Spende an die Trägerin des Ederhofs überweisen:
Rudolf Pichlmayr-Stiftung
IBAN: DE12 2507 0024 0570 0125 00
Stichwort „Sichere Kinder-Reha“



Über den Autor

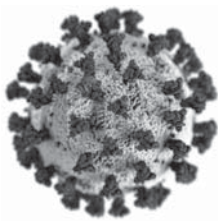
Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel ist seit 2001 Ärztlicher Direktor (Primarius) des Rehabilitationszentrums Ederhof in Stronach, Osttirol in Österreich, sowie Vorstandsvorsitzender der Rudolf Pichlmayr-Stiftung in Hannover, die Trägerin des Reha-Zentrums ist. Der Vorstandsvorsitz ist eine ehrenamtliche Tätigkeit, die ärztliche Direktion übt er nebenberuflich aus.

Hauptberuflich ist Eckhard Nagel seit 2015 Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth. Von 2001 bis 2010 war er Leiter des Transplantationszentrums sowie Chefarzt im Bereich Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie des Klinikums Augsburg und Ordinarius an der Universität Bayreuth. Von 2010 bis 2015 war Eckhard Nagel als Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender am Universitätsklinikum Essen tätig.

Im Nationalen Ethikrat und im Deutschen Ethikrat wurde Eckhard Nagel als Gründungsmitglied und stellvertretender Vorsitzender von 2001 bis 2016 berufen. Der engagierte Protestant ist Mitglied im Vorstand des Präsidiums des Deutschen Evangelischen Kirchentages.

Eckhard Nagel studierte zunächst Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover sowie an der University of Vermont (USA), am Dufries Royal Infirmary Krankenhaus in Schottland, an der Universität Joseph Fourier in Grenoble (Frankreich) und an der Dartmouth Medical School, in Hanover, New Hampshire (USA). Nach dem Examen 1986 promovierte er 1987 zum Doktor der Medizin. An der Medizinischen Hochschule Hannover war er zunächst als wissenschaftlicher Assistent und später als Oberarzt an der zugehörigen Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie tätig.

Eckhard Nagel ist Schirmherr des Verbands Lebertransplantierte Deutschland e.V.



Corona-Spots

Jutta Riemer

Organtransplantierte: Trotz Impfung – Schutzmaßnahmen beachten

Da Organtransplantierte aufgrund der Immunsuppression vermutlich im Falle der Infektion ein erhöhtes Risiko auf einen schweren Verlauf der Covid-Erkrankung haben, werden sie bei der Impfung priorisiert. Zur Wirksamkeit der Impfungen bei Organtransplantierten gibt es bisher nur wenige Daten. Ein Team der Johns Hopkins-Universität in Baltimore hat dazu Untersuchungen veröffentlicht.

Bei 436 Organtransplantierten (durchschnittliches Alter: 55,9 Jahre, die Tx lag im Mittel 6,2 Jahre zurück) wurde im Dezember 2020 ca. 20 Tage nach der ersten Impfung mit den Impfstoffen von Biontec/Pfizer bzw. Moderna Blut entnommen und auf Antikörperentwicklung unter-

sucht. Bei gesunden Personen sind zu diesem Zeitpunkt bereits Antikörper nachweisbar. Bei den Organtransplantierten war dies nur bei 76 Patienten (17 %) der Fall. Am wenigsten Antikörper entwickelten Transplantierte, die mit Antimetaboliten (Zytostatika) behandelt wurden. Bei denen ohne Antimetaboliten erreichten 41,4 % einen möglichen Immunschutz. Ältere Organempfänger waren schlechter geschützt als jüngere (10–25 %). Bei der Bewertung der Ergebnisse ist auch zu beachten, dass nicht nur Lebertransplantierte untersucht wurden und die Immunsuppression bei Nieren- und Herztransplantierten höher ist als bei LTx-Patienten.

Wie auch bei anderen Impfungen ist also damit zu rechnen, dass die Impfantwort bei Transplantierten schwächer ausfällt. Die Hoffnung aber ist, dass auch bei weniger ausgeprägter Immunantwort schweren Verläufen vorgebeugt werden kann. Die zu erwartende geringere Immunantwort bedeutet für uns als Transplantierte, dass wir – auch nach der 2. Impfung – nach wie vor Vorsicht walten lassen müssen (AHA-L). Der beste Schutz wird sich für uns ergeben, wenn Familienmitglieder und dann auch möglichst viele Bürger – hoffentlich bald – durchgeimpft sind und die Infektionszahlen immer weiter sinken.

Quelle: Ärzteblatt vom 25.3.2021

DGVS: Therapie- und Impfeempfehlungen für Leberpatienten in der COVID-Pandemie

Gastroenterologen veröffentlichen Leitlinie zur Versorgung Lebertransplantiierter während der COVID-19-Pandemie

Was bei der Versorgung Lebertransplantiierter in der besonderen Zeit der Covid-19-Pandemie zu beachten ist, haben die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) nun in einer gemeinsamen Leitlinie zusammengefasst. Diese gibt studienbasierte Handlungsempfehlungen, die für behandelnde Ärzte von Lebertransplantierten eine wichtige Entscheidungsgrundlage sein können.

Ein Fragenkatalog von 12 Fragen gibt Auskunft zum Thema. Ab Frage Nr. 9 werden Behandlungs- und Impfeempfehlungen für Menschen nach Lebertransplantation ausgesprochen.

PS: Leitlinien sind wichtige Informationsgrundlagen und Hilfen für individuelle Entscheidungssituationen in der klinischen Praxis, von denen in bestimmten Fällen abgewichen werden kann. Leitlinien enthalten keine unbedingt rechtlich verbindlichen Handlungsempfehlungen für Ärzte, wie das z. B. für Richtlinien gilt, geben den Ärzten aber einen Überblick über den derzeitigen Konsens laut

vorliegender Studienlage. S1-Richtlinien sind mit geringerem methodischem Aufwand erstellt worden als S2- oder S3-Leitlinien. Diese Klassifizierung wird von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) so vorgesehen.

Quelle: PM der DGVS v. 9.2.2021

Die genannte S1-Leitlinie finden Sie unter folgendem Link:

https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2021/01/S1-Leitlinie-Versorgung-von-Lebertransplantierten_Covid-19-Pandemie_25.01.2021.pdf

Corona-Drittimpfung für immungeschwächte Menschen

In Frankreich verbreitet die dortige Gesundheitsbehörde (DGS) die Empfehlung, dass Personen mit geschwächtem Immunsystem eine dritte Dosis der in Frankreich eingesetzten COVID-19-Impfstoffe von BioNTech/Pfizer oder Moderna erhalten sollten.

Nach Berichten des Nachrichtenportals BF MTV wäre eine Drittimpfung für Personen, die kürzlich eine Organ- oder Knochenmarktransplantation erhalten haben, Dialysepatienten und Menschen mit Autoimmunerkrankungen, die mit starken immunsuppressiven Medikamenten behandelt werden, angesagt. An diese Personengruppe sollte die dritte Impfdosis 4 Wochen nach der zweiten Impfung verabreicht werden oder eben baldmöglichst, falls diese schon länger zurückliegt. Die französische Gesundheitsbehörde folgt damit der Forderung des Impfstoffbeirates der Regierung vom 6.4.2021.

Quelle: RT.de vom 15.4.2021

(Quelle: Reuters © Stephane Mahe)



Foto: maxpixel/freepresspicture.com

Corona-Impfung: Unser Einsatz für die Anliegen der Lebertransplantationspatienten

Dort, wo die Belange der Transplantationspatienten/innen unseres Erachtens nicht ausreichend berücksichtigt werden, setzen wir uns bei entsprechenden Stellen ein. Gemeinsam mit den Partner-Bundesverbänden BDO e.V. und Niere e.V. als Bundesarbeitsgemeinschaft Transplantation und Organspende (BAG TxO) haben wir folgende Punkte an Herrn Spahn, Bundesministerium für Gesundheit, die Ständige Impfkommission (STIKO) und die Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG) adressiert:

1. Impfung Angehörige – Aufnahme von Angehörigen der immunsupprimierten Transplantierten in die Priorisierungsgruppe 2 ohne Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit des/der Transplantierten. Dies soll dem Schutz unserer vulnerablen Gruppe der Organtransplantierten

dienen, da auch nach der 2. Impfung nicht von einem ausreichenden Impfschutz ausgegangen werden kann. Kinder haben bisher keinerlei Impfschutz.

2. Impferfolg – Die Prüfung des Antikörperstatus mit entsprechendem Abstand nach der 2. Impfung sollte für jeden Organtransplantierten kostenfrei möglich sein.

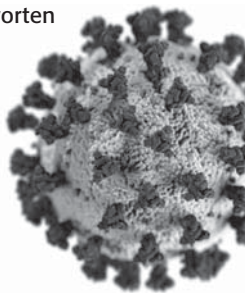
Dies hätte bei entsprechender Auswertung eine Verbesserung der Datenlage zur Folge und unterstützt die Patienten/innen in der realistischen Abschätzung ihrer Gefährdungslage im Umgang mit den Menschen in ihrer Umgebung.

3. Dritte Impfung? Wie im Mitgliederbrief vom April erläutert, ist zu befürchten, dass der Impfschutz von

BAG Die Patientenverbände
Transplantation und Organspende
Bundesarbeitsgemeinschaft

Organtransplantierten aufgrund der lebensnotwendigen Immunsuppression nach der Impfung gegen COVID-19 geringer ausfällt. Daher haben wir gefordert zu klären (STIKO), ob und in welchem zeitlichen Abstand eine dritte Impfdosis erforderlich werden könnte. (In Frankreich wird dies von der dortigen Gesundheitsbehörde empfohlen.) Ebenso baten wir um Klärung, ob in diesem Zusammenhang seitens der STIKO eine Empfehlung bezüglich eines spezifischen Impfstofftyps ausgesprochen wird.

Wir sind gespannt auf die Antworten und hoffentlich Reaktionen.



Long Covid – Langzeitfolgen nicht unterschätzen

Das Robert-Koch-Institut teilt in seinem täglichen Lagebericht die Zahl der Genesenen – also nicht mehr ansteckenden – mit. Es ist jedoch davon auszugehen, dass ca. 10 % dieser Menschen auch Monate später an Symptomen wie schneller Erschöpfung und eingeschränkter Leistungsfähigkeit leiden. Das bedeutet, dass von ca. 2,4 Millionen als genesen geltenden Patienten 240.000 unter „Long Covid“ leiden (entsprechend Zahlen des RKI von Ende März 2021). Hier ergeben sich viele Fragen nach der Schwere der Langzeitfolgen, der Dauer, den Ursachen und der Verteilung in der Bevölkerung. Es hat sich gezeigt, dass auch nach leichten Verläufen der Akuterkrankung solche Spätfolgen der Corona-Infektion – auch „Long Covid“ genannt – auftreten können.

Gravierende bis tödliche Spätfolgen, bei denen das Immunsystem „verrückt“ spielt („Paediatric Inflammatory Multisystem Syndrome“) werden bei Kindern und Jugendlichen beobachtet.

Die Spätfolgen äußern sich unterschiedlich. Es können ausgeprägte Müdigkeit und Erschöpfung (Fatigue-Syndrom), Muskel- und Gelenkprobleme, Brustschmerzen, neurologische Probleme wie Lähmungserscheinungen, Kopfschmerzen, reduzierter Geschmacks- und Geruchssinn, Haarausfall u. a. auftreten. Dauer und Intensität sind unterschiedlich. Spätfolgen können nach einem bis zu vier Monaten nach der Erkrankung auftreten. Experten empfehlen, in dieser

Zeit die Belastungsgrenzen im Rahmen dessen zu halten, was die Erkrankung vorgibt („sog. Pacing“).

Die Ursachen für „Long Covid“ sind noch überwiegend unklar. Deutlich ist, dass die Patienten, die Spätfolgen zeigen, spezielle Symptome zeigen und viele unterschiedliche Beschwerden beschreiben. Prof. Andreas Stallmach von der Post-Covid-Ambulanz der Uniklinik Jena vergleicht die Folgen der Corona-Infektion mit einer Sepsis, bei der ebenfalls alle Organe betroffen sein können. In einer Arbeit eines internationalen Forscherteams wird gezeigt, dass das Auftreten von „Long Covid“ teilweise vorhergesagt werden kann. Die Wahrscheinlichkeit von Spätfolgen steigt, wenn während der Erkrankung schon mehr als fünf Symptome aufgetreten sind.

Betroffene Patientengruppen sind nicht homogen. Bei Patienten mit einem mittelschweren oder schweren Verlauf, die stationär behandelt wurden, geht Stallmach davon aus, dass 10–20 % Langzeitfolgen entwickeln. Diese haben eher schwere Lungenprobleme und mentale Schwierigkeiten. Aber auch Patienten mit milden Verläufen können langanhaltende Langzeitfolgen haben mit vielen verschiedenen Symptomen. Insgesamt leiden wohl eher Frauen unter Langzeitfolgen. Autoimmunerkrankungen entwickeln eher jüngere Patienten/innen. Ein besonderes Augenmerk sollte auf die jüngeren Patienten (ca. zwischen 20 und 50 Jahre) gerichtet werden, die nach

einem leichten Verlauf „genesen“ sind. Tritt hier „Long Covid“ auf, werden auch das Fatigue-Syndrom, aber auch schwere Gedächtnis- und Wortfindungsstörungen beobachtet, die an ein dementielles Syndrom erinnern.

Die Behandlung ist so vielfältig wie die Symptome von „Long Covid“. Natürlich ist der Hausarzt die erste Anlaufstelle. Inzwischen gibt es aber auch in vielen Städten Post-Covid-Ambulanzen. Dort werden Experten unterschiedlicher Bereiche zusammengeführt (Neurologen, Psychiater, Internisten, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und Augenärzte). In manchen Fällen kann eine Reha-Maßnahme notwendig werden. Hier werden z. B. Atemtechniken erlernt oder der Umgang mit dem Müdigkeits-Erschöpfungssyndrom in einer neuen Tagesstruktur angewendet.

Corona-Selbsthilfegruppen, in denen sich Betroffene zusammengeschlossen haben, gibt es inzwischen ebenfalls. Es kann sehr hilfreich für die Verarbeitung des eigenen Schicksals sein, sich mit anderen, ähnlich Betroffenen auszutauschen. Diese SH-Gruppen hat die Nationale Kontaktstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) zusammengestellt. Auch gibt es Listen mit spezialisierten Ambulanzen und Rehakliniken.

Deutschlandfunk v. 23.3.2021

Quelle: https://www.deutschlandfunk.de/long-covid-was-wir-ueber-langzeitfolgen-von-covid-19-wissen.2897.de.html?dram:article_id=492315

Von Dr. Benjamin Albrecht

Hepatitis B

Weltweit gibt es ca. 248 Millionen Menschen, die sich mit einem Hepatitis-B-Virus (HBV) infiziert haben. In Deutschland sind es ca. 200 bis 500 Tausend. Eine Therapie der HBV ist hauptsächlich mit Interferon oder Nukleo(t)sid-Analoga möglich. Durch die Therapie mit Nukleo(t)sid-Analoga ist es gut möglich, eine funktionelle Heilung zu erreichen. Eine funktionelle Heilung bedeutet, dass die im Blutserum zirkulierenden Hepatitis-B-Virus-Antigene (HBsAg) eine sehr geringe Konzentration erreichen, die durch vom Körper gebildete Antikörper gut kontrollierbar ist. Eine Studie an Patienten mit einer HBV-Infektion, die nach einer Behandlung mit Entecavir oder Tenofovir eine funktionelle Heilung zeigten und bei denen daher die Medikamente abgesetzt wurden, untersuchte die Faktoren, die wichtig sind, dass diese Patienten keinen HBV-Rückfall erleiden.¹

Es zeigte sich, dass ein Spiegel von kleiner oder gleich 40 IU/ml HBsAg am Ende einer Behandlung optimal ist, um eine Nukleo(t)sid-Analoga-Therapie abubrechen. Weitere Faktoren, um mehr Sicherheit vor einem Rückfall der Hepatitis-B-Infektion zu gewährleisten, wären ein zusätzliches Absenken eines HBV-DNA-Ausgangswertes von 5×10^4 IU/ml oder des Hepatitis-B-Kern-Antigen-(HBcAg)-Spiegels auf eine Konzentration von 4 log U/ml. Der Frage, ob ein Therapieabbruch generell Auswirkungen auf einen HBV-Rückfall hat, untersuchte eine andere Studie.² Dabei wurden zwei Gruppen von Patienten verglichen. Bei der einen wurde die Behandlung mit Nukleo(t)sid-Analoga abgebrochen, während bei der anderen Gruppe die medikamentöse Therapie fortgeführt wurde. Es zeigte sich kein größeres Risiko, nach Absetzen der Medikamente einen

Rückfall zu erleiden oder ein hepatozelluläres Karzinom (HCC) zu entwickeln, im Vergleich zur weiteren Behandlung. Häufig tritt bei Patienten mit einer chronischen HBV-Erkrankung zeitgleich eine nicht-alkoholische Fettlebererkrankung auf. In einer Studie der Universität Hongkong wurde untersucht, inwieweit sich eine Lebersteatose auf das Risiko des Fortschreitens der Fibrose auswirkt und ob eine Lebersteatose eine funktionelle Heilung der HBV-Infektion (Abnahme des HBsAg-Oberflächenantigens im Blutserum) wahrscheinlicher macht.³ Es zeigte sich, dass das Vorhandensein einer Lebersteatose ein erhöhtes Risiko für ein Fortschreiten der Fibrose mit sich führte, aber paradoxerweise zeigte sich bei Vorliegen einer Steatose auch eine dreifach höhere Rate einer funktionellen Heilung der HBV-Infektion.

Hepatitis D

Patienten mit einer HBV-Infektion sind auch gefährdet, am Hepatitis-D-Virus im Rahmen einer Simultan- oder Superinfektion zu erkranken. Das HDV benötigt das HBV-Hüllprotein, um sich im Körper auszubreiten und kann somit nur bei HBV-Infizierten auftreten. Eine Metaanalyse untersuchte die weltweite Prävalenz der HDV-Infektion.⁴ Dabei wurden die Literaturdatenbanken Pubmed, Embase und Scopus nach Studien durchsucht, die die HDV-Prävalenz behandeln. Das Ziel der Metaanalyse war nicht nur, die weltweite Prävalenz von HDV abschätzen zu können, sondern auch den Beitrag einer HDV-Infektion zur Entwicklung einer Zirrhose und/oder eines HCCs zu untersuchen. Insgesamt wurden 282 Studien in die Analyse eingeschlossen, die 376 Bevölkerungsstichproben aus 95 Ländern umfassten, in denen zusammen 120.293 Patienten mit HBV auf das HDV getestet wurden. Demnach weisen hochgerechnet 12 Millionen Menschen weltweit serologische Marker einer HDV-Infektion auf,

wobei regionale Unterschiede zu finden sind. In der Mongolei, der Republik Moldau und in Ländern in West- und Afrika war die Prävalenz am höchsten. Eine weitere Metaanalyse untersuchte, ob eine chronische HDV-Infektion mit einem erhöhten Risiko, ein HCC zu entwickeln, verbunden ist.⁵ Auch hierfür wurden unterschiedliche Literaturdatenbanken und Konferenzberichte durchsucht, und die Datenextraktion und die Qualitätsbewertung der Studie wurden unabhängig von zwei Autoren durchgeführt. 93 Studien mit insgesamt 98.289 Patienten wurden eingeschlossen. Obwohl die Studien sehr unterschiedlich waren, zeigte sich bei Patienten mit chronischer HDV dennoch ein signifikant erhöhtes Risiko, ein HCC zu entwickeln. Es ist also wichtig, bei Patienten mit chronischer HBV-Infektion auch die serologischen Marker für eine HDV-Infektion zu untersuchen. Da eine Superinfektion mit einem erhöhten Risiko für ein Fortschreiten einer ernsthaften Lebererkrankung

verbunden ist, bedeutet eine zusätzliche HDV-Infektion auch eine höhere Kostenbelastung für das Gesundheitswesen, was wiederum bedeutet, dass eine Früherkennung kostengünstiger wäre.⁶ Eine französische Studie an 1.112 Patienten mit einer HDV-Infektion untersuchte die Faktoren, die ein langsames oder schnelleres Fortschreiten der Erkrankung bewirken.⁷ In dieser Hinsicht spielen sowohl der Geburtsort, der Genotyp und das Therapieansprechen eine große Rolle. Es zeigte sich, dass vor allem europäische Patienten mit dem HDV-1-Genotyp und afrikanische Patienten mit dem HDV-5-Genotyp das größte Risiko hatten, an einer Leberzirrhose zu erkranken. Allerdings zeigte sich bei Patienten afrikanischer Herkunft unabhängig vom Genotyp signifikant seltener eine Zirrhose im Gegensatz zu Patienten europäischer Herkunft. Diese Patientengruppe sprach außerdem besser auf eine Interferontherapie an als nicht-afrikanische Patienten.

Hepatitis C

Hepatitis C ist eine Leberentzündung, die durch das Hepatitis-C-Virus (HCV) verursacht und durch infiziertes Blut übertragen wird. Vor 1991 stellten kontaminierte Blutprodukte eine häufige Infektionsquelle dar. Eine Neuinfektion („akute Hepatitis C“) führt nur selten zu Symptomen und kann bei etwa 20–50% der Betroffenen in den ersten sechs Monaten

von selbst ausheilen. Meistens wird die akute Infektion jedoch chronisch (50–80%) und bleibt dann dauerhaft im Körper. Eine chronische HCV-Erkrankung verläuft je nach Person und Lebenssituation unterschiedlich. Wird die Infektion nicht behandelt, kommt es nach zwei bis drei Jahrzehnten bei 15 bis 30% der Betroffenen zu Spätfolgen wie Zirrhose

und Leberkrebs. Durch neue Medikamente ist Hepatitis C jedoch heute fast immer heilbar. Eine groß angelegte Studie untersuchte die langfristigen Auswirkungen einer Therapie mit direct-acting antivirals (DAA) auf die Leberfunktion bei einer fortgeschrittenen oder dekompensierten Leberzirrhose bei Patienten mit HCV.⁸ Insgesamt wurden 642 Patienten mit

einem Durchschnittsalter von 60 Jahren untersucht, 68% davon waren männlich. Während der kurzzeitigen Nachsorge zeigte sich eine klinisch signifikante Verbesserung der Werte im MELD-Score von mindestens drei Punkten. In Langzeitbeobachtung konnte dies allerdings nur bei 29% der Patienten gezeigt werden. Bei 25% der Patienten wurde ein endgültiger MELD-Score von unter 10 erreicht. Ansonsten ergab die Langzeitbeobachtung aber nur marginale Verbesserungen des

MELD-Scores, des Gesamtbilirubins und des Albumins. Daher müssen Patienten mit nur marginalen Verbesserungen weiterhin engmaschig überwacht werden, da sie möglicherweise weiterhin ein hohes Dekompensationsrisiko haben. Eine internationale Studie machte sich zur Aufgabe, einen Risiko-Score als Prädiktor für die Entwicklung eines hepatozellulären Karzinoms bei Patienten mit chronischer Hepatitis zu entwickeln.⁹ Er basiert auf dem Alter, dem Geschlecht, dem Al-

bumin-Bilirubin und den Blutplättchen. Es zeigte sich, dass sich dieser aMAP-Score sehr gut bei der Bewertung des Risikos für ein HCC nutzen lässt – und das nicht nur bei Patienten mit Hepatitis unterschiedlicher Ätiologie, sondern auch bei Patienten mit unterschiedlicher ethnischer Herkunft. Dieser Score kann dazu beitragen, eine Überwachungsstrategie für das Risiko für ein HCC weltweit zu etablieren.

AIH (Autoimmunhepatitis)

Eine weitere Form der Leberentzündung ist die Autoimmunhepatitis (AIH). Diese Entzündung wird durch eine immunologische Reaktion des Körpers gegen die eigenen Leberzellen ausgelöst und kann in jedem Alter auftreten. Die Symptome sind so unspezifisch wie bei anderen Leberentzündungen. Betroffene können unter Beschwerden wie Müdigkeit, Bauchschmerzen oder Juckreiz leiden – bei einem Teil der Patienten verläuft die Erkrankung beschwerdefrei. Frauen erkranken wesentlich häufiger als Män-

ner. Die Aktivität der AIH kann der Arzt anhand erhöhter Transaminasen feststellen, die bei einem akuten entzündlichen Schub Spitzenwerte erreichen können. Therapiert wird die AIH in der Regel durch eine Regulierung des Immunsystems mit Medikamenten (Immunsuppressiva). Durch die Medikamente kann die AIH in vielen Fällen dauerhaft unterdrückt und Patienten eine normale Lebenserwartung ermöglicht werden. Bei der Behandlung einer AIH ist es aber nicht nur wichtig, die Transaminasen im Auge zu

behalten. Eine Studie zeigte, dass eine Normalisierung des Serumspiegels von Immunglobulin G ebenso wichtig ist.¹⁰ Bei Patienten, bei denen es zu einer solchen Normalisierung kam, zeigte sich seltener ein Fortschreiten der Erkrankung und die Chance auf ein transplantationsfreies Überleben stieg. Wenn eine AIH trotz konsequenter Therapie in eine Leberzirrhose übergeht, ist eine Lebertransplantation ansonsten die einzige Behandlungsoption.

PBC

Die Primär biliäre Cholangitis (PBC) ist eine seltene autoimmune Leberkrankheit, die in 90% der Fälle Frauen betrifft. Zunächst werden die kleinen Gallengänge in der Leber und die angrenzenden Leberzellen angegriffen und durch eine Entzündung zerstört. Langfristig greift die Entzündung auf das gesamte Lebergewebe über und kann im Endstadium zur Zirrhose führen. Eine Studie untersuchte den klinischen Nutzen einer FibroScan-Mes-

sung als nicht-invasiven diagnostischen Test für die PBC.¹¹ Dabei zeigte sich, dass die Messung der Lebersteifigkeit mit FibroScan eine einfache, genaue und nicht-invasive Möglichkeit zur Beurteilung des Krankheitsstadiums bei Patienten mit PBC bietet. Eine andere Studie untersuchte die Langzeitwirkung einer präventiven Therapie mit Ursodesoxycholsäure (UDCA) nach einer Lebertransplantation bei Patienten mit PBC.¹² Eine präventive

Gabe von UDCA zeigte nicht nur ein verringertes Risiko für ein PBC-Rezidiv, sondern auch ein geringeres Risiko eines Verlusts des Transplantats und eine verbesserte Überlebensrate. Eine Kombination von Cyclosporin und UDCA zeigte das geringste Risiko für ein Rezidiv und die besten Überlebenschancen. Die generelle Ursache einer PBC ist bisher nicht bekannt.

PSC

Eine ähnliche Erkrankung, die primär sklerosierende Cholangitis (PSC), betrifft am häufigsten jüngere Männer. Im Unterschied zur PBC betrifft die PSC die Gallengänge außerhalb und innerhalb der Leber. Auch hier ist die Ursache bisher nicht bekannt und wie bei der PBC wird eine genetische Veranlagung diskutiert.

Häufig tritt die Erkrankung bei Menschen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa auf. Eine Studie zur Behandlung von PSC mit Obeticholsäure zeigte eine Reduktion der alkalischen Phosphatase.¹³ Häufigste Nebenwirkung waren leichter bis mittelschwerer, dosisabhängiger Juckreiz.

Generell können die Gallengänge durch einen endoskopischen Eingriff (ERCP) geweitet werden oder auch durch eingesetzte Stents offengehalten werden. Ansonsten ist die Lebertransplantation die einzig wirksame, lebensverlängernde Behandlung.

NAFLD/AFLD

Eine weitere Lebererkrankung ist die Fettleber (Steatosis hepatis), ein häufiges und leider auch zunehmendes Problem in Deutschland. Mediziner unterscheiden zwischen einer nicht-alkoholischen Fettleber (NAFLD) und einer alkoholischen Fettleber (AFLD), wobei es manchmal schwierig ist, diese Unterscheidung eindeutig zu treffen. Zu den Ursachen, die meistens in Kombination zu einer Fettle-

ber führen, zählen neben falscher Ernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht, starker Alkoholkonsum oder ein bestehender Diabetes mellitus. Wenn die Leber mehr Gifte verarbeiten oder mehr Fette aufnehmen muss, als sie abbauen oder speichern kann, lagert sich zusätzlich Fett im Lebergewebe ab. Rund ein Drittel der Erwachsenen hat eine durch Fetteinlagerung vergrößerte Leber. Es

werden verschiedene Stadien unterschieden. Im ersten Stadium handelt es sich um eine reine Fettleber, die keine entzündlichen Reaktionen aufweist. In der zweiten Phase, die jeder zweite Betroffene entwickelt, zeigt die Leber bereits entzündliche Reaktionen, man spricht von einer „Steatohepatitis“. Diese sogenannte Fettleberhepatitis wird unterschieden in eine „nicht-alkoholische

Fettleberentzündung“ (NASH) und eine durch Alkoholkonsum verursachte „alkoholische Fettleberentzündung“ (ASH). Aus der Fettleberhepatitis kann sich eine Leberfibrose (Bindegewebsvermehrung) und im weiteren Verlauf eine Leberzirrhose (Vernarbung der Leber) entwickeln. Auch Leberzellkrebs (HCC) zählt zu den möglichen Folgeerkrankungen einer entzündeten Fettleber. Eine Heilung der meist symptomarmen Lebererkrankung ist mit Medikamenten bislang noch nicht möglich. Eine Fettleber, auch eine Fettleberentzündung, kann sich zurückbilden – vorausgesetzt, die Betroffenen ändern ihren Lebensstil: Abhängig von der Ursache der Fettleber umfasst der veränderte Lebensstil eine kontrollierte Gewichtsreduktion, eine Ernährungsumstellung, mehr Bewegung und einen Alkohol-Verzicht. Bei Patienten, die eine Steatohepatitis haben, aber eine anhaltend normale Alaninaminotransferase (ALT) aufweisen, scheint das Risiko, eine Leberzirrhose zu entwickeln, generell geringer zu sein als bei Patienten mit einer Steatose und einem erhöhten ALT-Wert.¹⁴ Das Risiko unterscheidet sich nicht von einer Patientengruppe mit NAFLD ohne Steatose. Eine multiethnische Kohortenstudie untersuchte, welchen Einfluss die Ernährung auf eine NAFLD¹⁵ hat. Es wurden Ernährungsfaktoren von Afroamerikanern, japanischen Amerikanern, Latinos, einheimischen Hawaiianern und Weißen einbezogen. In die multiethnische Kohortenstudie wurden mehr als 215.000 ältere erwachsene Teilnehmer in Hawaii und Kalifornien einbezogen. Eine cholesterinarme Ernährung mit weniger rotem und verarbeitetem Fleisch sowie weniger Geflügelfleisch, aber einem erhöhten Anteil an Ballaststoffen könnte, gemäß den

Studienergebnissen, eine NAFLD und damit verbundene fortgeschrittene Lebererkrankungen verringern.

Für stark adipöse Menschen gibt es heutzutage manchmal auch die Möglichkeit einer Magenverkleinerung o.ä. (bariatrische Operation). In einer Langzeit-Nachbeobachtungsstudie von Patienten mit nicht-alkoholischer Steatohepatitis (NASH), die sich einer bariatrischen Operation unterzogen hatten, wurde fünf Jahre nach der Operation in Leberproben von 84 % der Patienten eine Auflösung der NASH beobachtet.¹⁶ Der Abnahmeprozess der Fibrose beginnt im ersten Jahr nach der Operation und dauert während der fünfjährigen Beobachtungszeit an. Somit kann eine bariatrische Operation den positiven Nebeneffekt haben, dass sich auch eine bereits bestehende Fettleberentzündung verbessert.

Auch während der Schwangerschaft nimmt eine NAFLD immer mehr an Bedeutung zu. Eine Studie untersuchte die Prävalenz und die eventuellen Auswirkungen einer NAFLD in der Schwangerschaft.¹⁷ Die Prävalenz der NAFLD in den USA in der Schwangerschaft hat sich im letzten Jahrzehnt nahezu verdreifacht und ist mit hypertensiven Komplikationen, postpartalen Blutungen und Frühgeburten assoziiert. Daher sollte eine NAFLD als hohes Risiko für Erkrankungen in der Schwangerschaft und bei der Geburt angesehen werden. Eine bereits – egal durch welche Ursache – entstandene Leberzirrhose hat auch einen großen Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt. Eine bevölkerungsbasierte Studie zeigte, dass eine Leberzirrhose ein unabhängiger Risikofaktor für perinatale (Zeitpunkt um die Geburt herum) Problemverläufe ist.¹⁸ Komplikationen in die-

sem Zusammenhang sind aber selten. Daher ist es wichtig, dass schwangere Frauen mit einer Leberzirrhose durch ein multidisziplinäres Team während und nach der Schwangerschaft und unter der Geburt betreut werden.

Von einer NAFLD betroffen zu sein, ist aber nicht nur von dem Gewicht einer Person abhängig. Somit können auch schlanke oder nur leicht übergewichtige Menschen eine Fettleber entwickeln. Eine Metaanalyse untersuchte die Inzidenz einer NAFLD unter nicht-adipösen bzw. mageren Personen.¹⁹ Insgesamt wurden rund 40 % der weltweiten Bevölkerung mit einer NAFLD als nicht-adipös eingestuft und fast ein Fünftel war mager. Auch diese Personengruppen hatten erhebliche langfristige Leber- und Nicht-Leber-Komorbiditäten. Diese Ergebnisse legen nahe, dass Fettleibigkeit nicht das einzige Kriterium für das NAFLD-Screening sein sollte. Darüber hinaus sollten klinische Studien zur NAFLD-Behandlung Teilnehmer aus allen Body-Mass-Index-Bereichen umfassen.

Leider entwickelt auch bereits jedes dritte übergewichtige Kind eine Fettleber, und somit ist es die häufigste chronische Lebererkrankung bei Kindern. Über das Fortschreiten einer bestehenden NAFLD bei Jugendlichen ist allerdings bisher wenig bekannt. Eine Studie des NASH Clinical Research Networks untersuchte nun Leberbiopsien von 122 Kindern mit der Diagnose NAFLD.²⁰ Ein Drittel der Probanden wies innerhalb von zwei Jahren histologische Progressionsmerkmale auf. Außerdem zeigten diese Kinder auch zunehmende Fettleibigkeit, steigende Serumspiegel der Aminotransferasen und einen Verlust der Glukosehomöostase.

Corona-Pandemie

Momentan hält uns die Corona-Pandemie ziemlich in Atem. Daher möchte ich es nicht versäumen, auch zu diesem Thema ein paar wichtige Studien zu erwähnen. Obwohl die Pandemie für uns schon sehr lange andauert, ist der Zeitraum generell ziemlich kurz, um aussagekräftige Studien entwickeln und signifikante Aussagen treffen zu können. Somit muss man – wie bei allen Studienergebnissen – besonders bei einem solchen Thema aufpassen, wie man diese einzuordnen hat. Generell zeigte sich, dass eine ernste COVID-19-Erkrankung, die im Krankenhaus behandelt werden muss, oft mit einer akuten Leberschädigung einhergeht.²¹ Positiv getestete Patienten zeigten höhere initiale und maximale ALT-Werte. Patienten mit schwerer Leberschädigung

zeigten auch meist einen schweren klinischen Verlauf einschließlich Behandlung auf einer Intensivstation. Zumeist kommt es aber eher zu milden Leberschäden bei COVID-19-Patienten. Eine andere Studie untersuchte die Auswirkung einer COVID-19-Infektion auf Patienten, die bereits an einer Leberzirrhose litten.²² Es zeigte sich, dass eine COVID-19 Infektion mit einer Verschlechterung der Leberfunktion und einer erhöhten Mortalität einhergeht. In einer internationalen Registerstudie wurde der klinische Verlauf einer COVID-19-Infektion von Lebertransplantierten im Vergleich zu Patienten mit COVID-19, aber ohne Lebertransplantation beschrieben.²³ Die Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich der Notwendigkeit, stationär oder sogar intensiv-

medizinisch behandelt zu werden. Die Aufnahme auf eine Intensivstation in Verbindung mit der Notwendigkeit einer invasiven Beatmung war allerdings häufiger in der Kohorte der Lebertransplantierten. Auch das Risiko, an dem Coronavirus zu versterben, war nicht signifikant erhöht. Ein tödlicher Verlauf war aber häufiger bei älteren Patienten mit höherem Serumkreatinin und nicht-hepatischen Tumorerkrankungen. Daher sollte die medizinische Versorgung und Isolierung von Lebertransplantierten während der Pandemie vor allem von den Faktoren Alter, Serumkreatinin und Komorbiditäten abhängen und nicht allein von der Tatsache, dass jemand transplantiert ist.



Referenzen

1. Tseng, T. N. et al.; Incidence and factors associated with HBV relapse after cessation of entecavir or tenofovir in patients with HBsAg below 100 IU/ml; *Clinical Gastroenterology and Hepatology*; 2020; 18 (12): 2803–812.e2.
2. Kim M. A. et al.; Discontinuation of nucleo(t)side analogs is not associated with a higher risk of HBsAg seroreversion after antiviral-induced HBsAg seroclearance: A nationwide multicenter study; *Gut*; 2020; 69 (12): 2214–222.
3. Mak, L.Y. et al.; Diverse effects of hepatic steatosis on fibrosis progression and functional cure in virologically quiescent chronic hepatitis B; *Journal of Hepatology*; 2020; 73 (4): 800–806.
4. Stockdale, A. J. et al.; The global prevalence of hepatitis D virus infection: Systematic review and meta-analysis; *Journal of Hepatology*; 2020; 73(3): 523–532.
5. Alfaite, D. et al.; Chronic hepatitis D and hepatocellular carcinoma: A systematic review and meta-analysis of observational studies; *Journal of Hepatology*; 2020; 73(3): 533–539.
6. Elsaid, M. I. et al.; Economic and healthcare burdens of hepatitis D: A study of commercially insured adults in the United States; *Hepatology*; 2020; 72(2): 399–411.
7. Roulot, D. et al.; Origin, HDV genotype and persistent viremia determine outcome and treatment response in patients with chronic hepatitis delta; *Journal of Hepatology*; 2020; 73(5): 1046–62.
8. Verna, E. C. et al.; DAA therapy and long-term hepatic function in advanced/decompensated cirrhosis: Real-world experience from HCV-TARGET cohort; *Journal of Hepatology*; 2020; 73(3): 540–548.
9. Fan, R. et al.; aMAP risk score predicts hepatocellular carcinoma development in patients with chronic hepatitis; *Journal of Hepatology*; 2020; 73 (6): 1368–378.
10. Gerussi, A. et al.; Normalization of serum immunoglobulin G levels is associated with improved transplant-free survival in patients with autoimmune hepatitis; *Digestive and Liver Disease*; 2020; 52(7): 761–767.
11. Joshita, S. et al.; Clinical utility of FibroScan as a non-invasive diagnostic test for primary biliary cholangitis; *Journal of Gastroenterology and Hepatology*; 2020; 35(7): 1208–1214.
12. Corpechot, C. et al.; Long-term impact of preventive UDCA therapy after transplantation for primary biliary cholangitis; *Journal of Hepatology*; 2020; 73(3): 559–565.
13. Kowdley, K.V. et al.; A randomized, placebo-controlled, phase 2 study of obeticholic acid for primary sclerosing cholangitis; *Journal of Hepatology*; 2020; 73(1): 94–101.
14. Natarajan, Y. et al.; Risk of cirrhosis and hepatocellular cancer in patients with non-alcoholic fatty liver disease and normal liver enzymes; *Hepatology*; 2020; 72 (4): 1242–252.
15. Nouredin, M. et al.; Diet associations with non-alcoholic fatty liver disease in an ethnically diverse population: The multiethnic cohort; *Hepatology*; 2020; 71(6): 1940–52.
16. Lassailly, G. et al.; Bariatric surgery provides long-term resolution of non-alcoholic steatohepatitis and regression of fibrosis; *Gastroenterology*; 2020; 159 (4): 1290–301.e5.
17. Sarkar, M. et al.; Non-alcoholic fatty liver disease in pregnancy is associated with adverse maternal and perinatal outcomes; *Journal of Hepatology*; 2020; 73(3): 516–522.
18. Flemming, J. A. et al.; Outcomes of pregnant women with cirrhosis and their infants in a population-based study; *Gastroenterology*; 2020; 159 (5): 1752–762.e10.
19. Ye, Q. et al.; Global prevalence, incidence, and outcomes of non-obese or lean non-alcoholic fatty liver disease: A systematic review and meta-analysis; *The Lancet, Gastroenterology and Hepatology*; 2020; 5(8): 739–752.
20. Xanthakos, M. D. et al.; Progression of fatty liver disease in children receiving standard of care lifestyle advice; *Gastroenterology*; 2020; 159 (5): 1731–751.e10.
21. Phipps, M. M.; Acute liver injury in COVID-19: Prevalence and association with clinical outcomes in a large U. S. cohort; *Hepatology*; 2020; 72 (3): 807–817.
22. Iavarone, M. et al.; High rates of 30-day mortality in patients with cirrhosis and COVID-19; *Journal of Hepatology*; 2020; 73 (5): 1063–71.
23. Webb, G. J.; Outcomes following SARS-CoV-2 infection in liver transplant recipients: An international registry study; *The Lancet Gastroenterology and Hepatology*; 2020; 5 (11): 1008–16.

Leberkrebs – Diagnose und Therapie

Fotos: Charité



△ **Dr. med. Brigitta Globke**
 Fachärztin für Allgemeinchirurgie
 Senior Transplant Fellow

▷ **Prof. Dr. med. W. Schöning**
 Facharzt für Allgemein- & Visceralchirurgie,
 Spezielle Visceralchirurgie
 Campus Virchow Klinikum
 Bereichsleitung Leberchirurgie

Das hepatozelluläre Karzinom (HCC) stellt mit 90 % den am häufigsten auftretenden Subtyp der Leberkrebsarten dar.¹ Im Jahr 2020 wurden in Deutschland gut 9.500 Fälle von Leberkrebs neu diagnostiziert, dies entspricht der 14. häufigsten Tumorart in Deutschland, jedoch handelt es sich um die 9. häufigste tumorassoziierte Todesursache.² Der Gipfel der Erkrankungshäufigkeit liegt um das 70. Lebensjahr, ein HCC kann aber auch deutlich früher auftreten.

Lebertumore entstehen häufiger in einer erkrankten Leber, wobei auch Tumoren in sonst gesundem Lebergewebe auftreten oder sich aus zunächst gutartigen Tumoren (Adenome) entwickeln können. Eine Schädigung der Leber, am häufigsten durch Alkohol, Virusinfektionen (z.B. Hepatitis B und C) und Übergewicht, aber auch durch Autoimmun- und Gallenwegenerkrankungen, kann zu einer Veränderung des Lebergewebes bis hin zu einer Leberzirrhose führen. Die Leber verliert dann ihre Regenerationsfähigkeit, was eine Tumorentstehung begünstigt. Außerdem stellen der ständige Regenerationsreiz und die Umbauvorgänge bei der Entwicklung der Zirrhose eine weitere Begünstigung der Tumorentstehung dar.

Zur Vorbeugung gilt zum Beispiel, durch Impfung (Hepatitis B) und Suchtprävention (Alkohol) die Entstehung sowie vor allem bei bekannter Lebererkrankung deren Fortschreiten zu verhindern. So sollten Viruserkrankungen behandelt, Alkoholkarenz eingehalten oder Gewicht reduziert werden. Gleichzeitig sollten nach der Diagnose einer solchen Lebererkrankung regelmäßig, in 6-monatigen Abständen, Ultraschalluntersuchungen der Leber als Früherkennungsuntersuchungen stattfinden, denn Lebertumore

rufen in aller Regel eher unspezifische Symptome hervor und werden so erst spät bemerkt.

Bei Auffälligkeiten im Ultraschall erfolgt in aller Regel eine weitere radiologische Schnittbildgebung mittels einer kontrastmittelgestützten Computertomografie (CT) oder Magnetresonanztomografie („Kernspin“ (MRT)). Da ein bestimmtes Kontrastmittelverhalten typisch für diese Tumorart ist, kann somit in vielen Fällen auf eine Probeentnahme aus dem Tumor verzichtet und die Diagnose sicher gestellt werden.

Dennoch kann auch in Einzelfällen eine Probeentnahme aus dem Tumor in der Leber angezeigt sein, insbesondere wenn keine zugrundeliegende Lebererkrankung bekannt ist.

Stadien der Erkrankung

Da es sich beim HCC um eine bösartige Tumorerkrankung handelt, kann diese Absiedlungen in anderen Geweben des Körpers, sogenannte Metastasen, bilden. Wurde die Diagnose eines HCC gestellt, müssen Staging-Untersuchungen (Umgebungsdiagnostik) durchgeführt werden, um das Ausmaß der Erkrankung und damit das Stadium des Tumors einschätzen zu können. Hierzu gehört neben der Bildgebung des Bauchraumes auch eine CT-Untersuchung der Lunge, da hier häufig Metastasen auftreten können. Andere Gewebe, in denen sich Metastasen bilden können, sind Lymphknoten, Nebennieren und Knochen.

Abhängig von der Größe des Tumors, der Anzahl von Tumorknoten, dem Vorhandensein von Metastasen, der Leberfunktion und dem Zustand des Patienten wird die Erkrankung nach der sogenannten Barcelona-Klassifikation 3 in verschiedene Stadien eingeteilt.

Stadium 0 entspricht dort einem sehr frühen Stadium mit einem einzelnen Tumor unter 2 cm Größe bei Patienten mit guter Leberfunktion. Stadium A stellt ein frühes Stadium mit ein bis drei Tumorknoten < 3 cm bei guter Leberfunktion dar. Im Stadium B liegen Tumorknoten an mehr als 3 Stellen mit mehr als 3 cm Größe vor. Stadium C ist bereits ein fortgeschrittenes Stadium, in dem der Tumor in große Gefäße in der Leber einbricht oder bereits gestreut hat, und in Stadium D werden alle höhergradigen Befunde bei gleichzeitig stark eingeschränkter Leberfunktion zusammengefasst.

Die Prognose der Erkrankung hängt ebenfalls vom jeweiligen Stadium ab. So überleben Patienten in Stadium 0 und A in aller Regel deutlich über 5 Jahre, in Sta-

dium B liegt das Überleben im Durchschnitt zwischen 2–5 Jahren, in Stadium C bei über 10 Monaten und im Stadium D bei ca. 3 Monaten.³

Prinzipiell wird zwischen einer kurativen, auf Heilung abzielenden Behandlung und einer palliativen Therapie, bei der keine Heilung mehr erreicht werden kann, unterschieden. Hier arbeiten verschiedene Fachdisziplinen eng zusammen.

Die einzigen kurativen Therapieansätze bestehen in einer kompletten Entfernung des Tumors und sind in aller Regel in den Stadien 0 und A möglich. Hier kann eine operative Resektion von Tumorgewebe aus der Leber erfolgen, wobei der Grad der Vorschädigung der Leber zu beachten ist, da die Entfernung von zu viel Lebergewebe zu einem Leberversagen führen kann. Durch die Weiterentwicklung der chirurgischen Methoden und dem Einsatz von schonenderen, minimal-invasiven Operationsverfahren und der Roboter-Chirurgie konnten hier in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht werden und die kurative Therapie auch auf Patienten ausgeweitet werden, die eine große offene Operation nicht überstehen würden.

Ist keine operative Therapie möglich und die Erkrankung auf die Leber beschränkt, besteht oft die Möglichkeit einer sogenannten lokalen oder lokoregionären Tumorthherapie. Hierbei kommen je nach Ausdehnung und Lokalisation des Tumors verschiedene Verfahren zum Einsatz.

Bei der sogenannten Thermoablation geht es darum, Tumorgewebe durch Hitze (60–100 °C), die zum Beispiel in Form von Mikrowellen angewandt wird, zu verkochen. Hierfür werden Sonden durch die Haut direkt in den Tumor eingeführt.

Des Weiteren gibt es Verfahren, in denen der Tumor direkt über das zuführende Blutgefäß mit Chemotherapie (TACE = Transarterielle Chemoembolisation) oder Bestrahlung (SIRT = selektive interne Radiotherapie) behandelt werden kann. Hierfür erfolgt eine Punktion über ein Blutgefäß in der Leiste.

Wenn aufgrund von lokaler Tumorausdehnung, Metastasierung oder schlechter Leberfunktion keine der genannten Optionen in Frage kommt, bestehen verschiedene systemische, medikamentöse Therapieoptionen. Durch die Entwicklung neuer medikamentöser Tumorthapien befindet sich dieses Gebiet gerade im Fluss, die Ansprechraten haben sich in den letzten fünf Jahren hier deutlich verbessert und somit auch das mediane Überleben der betroffenen Patienten.

Stellenwert der Lebertransplantation bei HCC

In aller Regel stellt eine Tumorerkrankung eine Kontraindikation zu einer Transplantation dar. Das HCC bildet hier die große Ausnahme. Als lebereigener Tumor ist hier die Transplantation in bestimmten Fällen die einzige kurative Therapieoption, nämlich dann, wenn eine Resektion nicht möglich ist, aber der Tumor dennoch ein bestimmtes Stadium nicht überschreitet. Hier kommen die sogenannten Milan-Kriterien zur Anwendung. Patienten, die entweder 3 Tumorherde, die jeweils nicht größer als 3 cm sind, oder einen Tumorherd unter 5 cm haben, zeigen ein gutes Langzeitüberleben nach Transplantation und qualifizieren sich somit für diese Option. Organe werden im Eurotransplant-Raum mittels des MELD-Scores (model of endstage liver disease) vergeben, der die Dringlichkeit zur Lebertransplantation anhand verschiedener laborchemischer Funktionsparameter (Bilirubin, Kreatinin, INR-Wert) misst. Deshalb erhalten Patienten, die die Kriterien erfüllen, zusätzliche Punkte, da die HCC-Erkrankung häufig nicht mit einem hohen MELD-Score einhergeht. So kann die Dringlichkeit der Transplantation auch für Tumorprioren abgeleitet werden. Während der Wartezeit werden häufig die oben genannten lokoregionären Verfahren der TACE oder SIRT als Überbrückungstherapie angewendet, um das Fortschreiten der Erkrankung bis zur Transplantation zu verhindern. Der große Vorteil der Lebertransplantation liegt darin, dass nicht nur die Tumorerkrankung, sondern auch die zugrundeliegende Lebererkrankung behandelt wird und somit auch das Risiko eines Wiederauftretens des Tumors an anderer Stelle in der erkrankten Leber beseitigt wird.

Die Therapiemöglichkeiten ergeben sich entsprechend aus einem komplexen Zusammenspiel aus Größe und Anzahl der Tumormanifestationen und dem Ausmaß der zugrundeliegenden Lebererkrankung. Damit in allen Stadien die passende Therapie angeboten werden kann, sollte die Behandlung immer an einem spezialisierten Zentrum erfolgen. In Tumorboards werden die Fälle von Internisten, Chirurgen, Radiologen und Onkologen diskutiert. Letztendlich gilt es, basierend auf den aktuellsten Forschungsergebnissen und der Zentrums Erfahrung interdisziplinär ein individuelles Therapiekonzept mit der passenden Kombination aus den zur Verfügung stehenden Optionen zu finden.

LD e.V. hat die Regeln für die Aufnahme von HCC-Patienten auf die Warteliste zur Lebertransplantation für Sie in einem Faltblatt zusammengefasst. Hier ein Auszug:

Wenn der Lebertumor bestimmte Kriterien erfüllt (Standard Exceptions), wird dem Patienten ein sog. match-MELD zugewiesen. Dieser erhöht sich alle 3 Monate. Ist jedoch die Leberfunktion schwer beeinträchtigt, kann der lab-MELD höher als der match-MELD sein. Der höhere der beiden Werte (lab-MELD oder match-MELD) wird für die Zuteilung eines Transplantats herangezogen.

Voraussetzungen für die Zuerkennung von match-MELD-Punkten:

1. Es werden ein Tumor zwischen 2 cm und 5 cm oder 2–3 kleine Tumoren zwischen 1 und 3 cm Durchmesser festgestellt.
2. Es darf keine Infiltration großer Gefäße bestehen.
3. Es dürfen keine Absiedlungen (Metastasen) des Lebertumors außerhalb der Leber vorliegen.
4. Sekundärtumore in der Leber, z. B. Absiedlungen eines Darmtumors, stellen – mit Ausnahme der NET (Neuroendokrine Tumore) – Kontraindikationen zur Lebertransplantation dar.
5. Die anerkannten Diagnoseverfahren und die Dokumentation der Ergebnisse sind verbindlich festgelegt.
6. Der zu Beginn vergebene match-MELD wird entsprechend einer 3-Monats-Mortalität von 15 % mit 22 Punkten festgesetzt.
7. Werden die Kriterien weiterhin erfüllt (Rezertifizierung alle drei Monate), erfolgt die Höherstufung des match-MELD in 3-Monats-Schritten entsprechend einer Zunahme der 3-Monats-Versterbewahrscheinlichkeit von 10 %. Das entspricht ca. 2–3 Meld-Punkten.
8. Wurden Tumoren durch lokal an der Leber angewandte Therapie(n) eliminiert, gelten erneut auftretende Tumoren dann als Neuerkrankung, wenn seither mehr als 24 Monate vergangen sind.

Wer bekommt keinen match-MELD zuerkannt?

Patienten, bei denen erst durch sog. Downstaging (therapeutische Verkleinerung des/r Tumor/en) die unter 1. aufgeführten Kriterien erreicht werden konnten, erhalten keinen match-MELD zuerkannt, weil die Wahrscheinlichkeit besteht, dass der zuvor größere Tumor (außerhalb der Kriterien) bereits in andere Organe Absiedlungen gebildet haben könnte. Patienten mit einem einzelnen Tumor, der kleiner als 2 cm ist, erhalten keine SE-Punkte. Herde unter 1 cm werden für die Klassifikation des Tumorstadiums nicht berücksichtigt. Diese müssen engmaschig beobachtet werden.

Kein match-MELD und doch auf die Liste?

Liegen die HCCs außerhalb der SE-Kriterien, können die Patienten dennoch für eine Lebertransplantation gelistet werden, jedoch ohne Zuerkennung eines match-MELD. Bei diesen Patienten entspricht der individuelle MELD-Score dem lab-MELD. Auch hier müssen die Punkte 2., 3. und 4. (s. oben) zutreffen. Die Entscheidung, ob ein Patient auf die Warteliste zur Lebertransplantation aufgenommen werden kann, liegt bei der Transplantationskonferenz des Zentrums.

Jutta Riemer

Quellen: BÄK, Richtlinien zur Organtransplantation, Deutsches Ärzteblatt 19.5.2017, DSO-Jahresbericht 2017, Leitlinien HCC (DGVS)

Das Informationsblatt steht als Download auf unserer Homepage www.lebertransplantation.eu zur Verfügung oder kann in Papierform bestellt werden. Frankierter DINlang-Umschlag an:

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



Quellen:

1) EASL Clinical Practice Guidelines: Management of Hepatocellular carcinoma, J Hepatol. 2018 Jul;

69(1):181-236

2) Global Cancer Observatory, Germany Fact Sheet, WHO, Zugriff am 14.02.2021

3) Llovet, Brú, Bruix, Prognosis of hepatocellular carcinoma: the BCLC staging classification, Semin Liver Dis 1999;19(3):329-38

Zum Weltkrebstag 2021: An die Leber denken – auch in Zeiten der Pandemie

„Ich bin und ich werde“, lautet das Motto des Weltkrebstages auch in diesem Jahr. Unter der Leitung der Union for International Cancer Control (UICC) ist der Weltkrebstag eine globale Initiative, die zu mehr Bewusstsein für Krebs und zu Maßnahmen für eine bessere Prävention, Diagnose und Behandlung der Krankheit führen soll. Die aktuelle Kampagne, die seit 2019 läuft, soll zum Nachdenken anregen: Wer bin ich und was werde ich zur Bekämpfung von Krebs tun? Dazu gehören für die Deutsche Leberstiftung die Unterstützung von Betroffenen sowie die Früherkennung, Therapie und Prävention von Leberzellkrebs – auch in Zeiten der Corona-Pandemie.

In Europa ist ein dramatischer Anstieg von Leberzellkrebs (Hepatocellular Carcinoma, HCC) zu beobachten – unter anderem als Folge der Virushepatitis (vor allem Hepatitis B und C), mit der sich in den 1970er-Jahren sehr viele Menschen infizierten. Durch die Häufung von Übergewicht und Adipositas sind in den letzten Jahren auch in Deutschland die Erkrankungszahlen weiter angestiegen. Immer häufiger wird Leberzellkrebs inzwischen durch eine nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (Non-alcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD) verursacht.

In etwa 80 bis 90 Prozent der Fälle entwickelt sich der Leberzellkrebs auf Basis einer Leberzirrhose. Allerdings muss dies bei der Fettleber nicht der Fall sein. Bei fast 50 Prozent der Fettleber-bedingten Leberkrebsfälle litten die Betroffenen vorher offensichtlich nicht an einer Leberzirrhose, sondern an einer NAFLD ohne Vorliegen einer Leberzirrhose.

Früherkennung und Therapie

Der Tumor ist besonders tückisch, weil man ihn häufig zu spät diagnostiziert. Leberzellkrebs verursacht meist erst im fortgeschrittenen Stadium Beschwerden wie Gelbsucht, Übelkeit, Gewichtsabnahme und Schmerzen im Oberbauch. Die Therapie des HCCs hat beträchtliche Fortschritte gemacht, die Optionen sind allerdings von der Tumorausbreitung und der Leberfunktion abhängig. Je früher der Tumor entdeckt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Durch verschiedene Therapieansätze sind die Tumore oft heilbar, wenn sie früh behandelt werden. Im Spätstadium gibt es verschiedene Therapieoptionen, die das Leben der Betroffenen verlängern können, aber nicht mehr zur Heilung führen. „Deshalb ist es elementar, dass Leberzellkrebs möglichst früh erkannt und adäquat behandelt wird. Bei Patienten mit chronischen Lebererkrankungen müssen regelmäßig Untersuchungen zur Früherkennung durchgeführt werden, im Fall einer Leberzirrhose sollte das alle sechs Monate geschehen“, fordert Professor Dr. Michael P. Manns,

Vorstandsvorsitzender der Deutschen Leberstiftung. Dazu werden verschiedene bildgebende Diagnoseverfahren wie Sonografie, Computertomografie oder Magnetresonanztomografie eingesetzt. Darüber hinaus beinhaltet die Untersuchung auf Leberzelltumoren die Bestimmung von Tumormarkern im Blut.

HCC und Corona-Pandemie

Ein Teil der medizinischen Versorgung wird derzeit durch die Corona-Pandemie erschwert. Das betrifft auch Patienten mit HCC. „Wir müssen dafür Sorge tragen, dass die Betreuung von Leberzellkrebs-Betroffenen gemäß den Leitlinien fortgeführt wird. Multidisziplinäre HCC-Boards sollten weiterhin eingebunden werden und Behandlungsempfehlungen geben. Wenn möglich, sollte die vollständige HCC-Überwachung beibehalten oder wieder aufgenommen werden. Gegebenenfalls müssten Patienten mit erhöhtem Risiko priorisiert werden“, erläutert Professor Dr. Manns und schließt sich damit den Forderungen aus dem Positionspapier der EASL (European Association for the Study of the Liver) und der ESCMID (European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases) an. Er betont: „Es ist wichtig, dass wir trotz der aktuellen Situation auch andere lebensbedrohliche Erkrankungen im Blick behalten und ernst nehmen.“

Prävention des HCCs

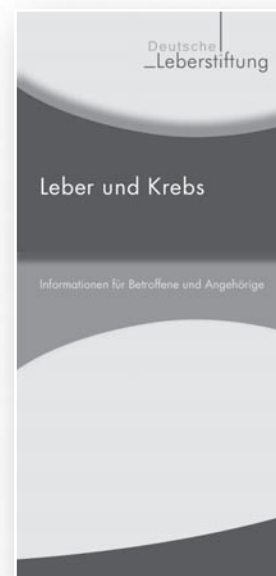
Leberzellkrebs sollte nicht nur möglichst früh erkannt, sondern auch möglichst oft vermieden werden. Da das HCC in den meisten Fällen nach einer langjährigen chronischen Lebererkrankung auftritt, gilt es, diese zu vermeiden.

Eine bestehende Virusinfektion sollte möglichst früh erkannt und behandelt werden, um die Spätfolge HCC zu vermeiden. Bei fast jedem Patienten mit einer chronischen Hepatitis B kann mit Medikamenten eine Viruskontrolle erreicht werden. Zur Behandlung der chronischen Hepatitis C stehen verschiedene Medikamente zur Verfügung, mit denen die Erkrankung bei fast allen Patienten in kurzer Zeit und nahezu nebenwirkungsfrei geheilt werden kann. Es ist außerdem möglich, sich gegen die Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus impfen zu lassen. Die Impfung schützt auch vor Hepatitis delta, da diese Erkrankung nur mit einer Hepatitis B gemeinsam vorkommen kann.

Gegen die Entwicklung und das Fortschreiten einer NAFLD, die auch als metabolisch-assoziierte Fettlebererkrankung (Metabolic Associated Fatty Liver Disease, MAFLD) bezeichnet wird, hilft regelmäßige körperliche Aktivität und angepasste Ernährung. Patienten mit einer bestehenden NAFLD sollten ein Ausdauer- und/oder Krafttraining durchführen. Weiter-

hin sollte die Kalorienaufnahme dem Energiebedarf angepasst werden. Das heißt: übergewichtige und adipöse Menschen mit Fettleber sollen eine nachhaltige Gewichtsreduktion von ca. 0,5 kg pro Woche anstreben.

Professor Manns nimmt Bezug auf das Motto des Weltkrebstages: „Wenn wir uns alle fragen, was wir zur Bekämpfung von Krebs tun können, bieten sich zum Beispiel beim Leberzellkrebs verschiedene Möglichkeiten. Mit einem gesundheitsbewussten Lebensstil können wir selbst aktiv Krebs, nicht nur in der Leber, vermeiden! Und das gilt auch für die schwierige Zeit, in der wir uns jetzt befinden“, motiviert er zum Handeln.



Weitere Informationen

Die Deutsche Leberstiftung bietet für Betroffene und ihre Angehörigen ein Informationsfaltblatt zum Thema „Leber und Krebs“ an. Um Patienten mit einer chronischen Lebererkrankung, die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Leberzellkrebs haben, zu unterstützen, hat die Stiftung einen Früherkennungspass zum Leberzellkrebs entwickelt. Die Materialien können kostenfrei unter www.deutsche-leberstiftung.de heruntergeladen bzw. bestellt werden.

Um neue Therapiemöglichkeiten zu erforschen und zu entwickeln, wurde die German Alliance for Liver Cancer (GALC) mit institutioneller Förderung der Deutschen Leberstiftung gegründet. Die Allianz beschäftigt sich intensiv mit der Erforschung von Leberzellkrebs. Ziel ist es, die Grundlagen der Diagnose und Behandlung von Leberzellkrebs nachhaltig zu verbessern und die Umsetzung entsprechender Forschungsergebnisse zu fördern, um so die Versorgung von Patienten mit Leberzellkrebs zu verbessern.

Quelle: PM der Dt. Leberstiftung v. 28.1.2021

Ziemlich häufig: seltene Erkrankungen – betroffen ist auch die Leber!

Zum Rare Disease Day, dem Tag der seltenen Erkrankungen, der seit 2008 jedes Jahr am letzten Tag im Februar, also nun am 28. Februar 2021, stattfand, weist die Deutsche Leberstiftung auf seltene Erkrankungen hin, die insgesamt recht häufig sind. Viele von ihnen können auch zu einer Leberschädigung führen. Inzwischen gibt es für etliche Erkrankungen Behandlungsmöglichkeiten – deshalb ist die entsprechende Diagnose wichtig.

In der Europäischen Union gilt eine Erkrankung als selten, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen von ihr betroffen sind. Doch von diesen Krankheiten gibt es viele. Das Nationale Netzwerk seltener Krankheiten geht davon aus, dass in Deutschland 5.000 bis 8.000 seltene Krankheiten bekannt sind. Für Deutschland geht man von 4 Millionen Betroffenen aus. Daher leben, auch wenn es paradox klingt, bei uns viele Menschen mit einer seltenen Erkrankung.

Seltene Krankheiten sind meistens genetisch bedingt und oft chronisch, sie verlaufen fortschreitend und senken häufig die Lebenserwartung. Dabei werden angeborene Krankheiten unterschieden von Erkrankungen, die infektiöse oder toxische Ursachen haben. Es gibt verschiedene seltene Erkrankungen mit genetischer Ursache, die zu einer Leberschädigung führen können. Hierzu gehören der Morbus Wilson, die Porphyrie, der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, einige lysosomale Speichererkrankungen und auch die Hämochromatose.

Viele seltene Erkrankungen der Leber sind inzwischen behandelbar

Die Diagnose und Behandlung ist meist sehr schwierig, Betroffene haben oft einen langen Leidensweg. Je weniger Menschen an einer Krankheit leiden, desto geringer ist das Wissen über deren Ursachen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten. Oft vergehen deshalb Jahre, bis eine seltene Erkrankung richtig diagnostiziert wird.

„Es wird immer wichtiger, diese Erkrankungen zu erkennen und einen langen Leidensweg zu beenden“, betont Professor Dr. Michael P. Manns, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Leberstiftung. „Wir empfehlen, bei unspezifischen Beschwerden die Leberwerte zu kontrollieren und seltene Lebererkrankungen als Ursache in Betracht zu ziehen. Viele seltene Lebererkrankungen sind inzwischen behandelbar. Da wäre es fahrlässig, wenn wir diese nicht erkennen“, betont der Experte.

Kupferspeicherkrankheit (Morbus Wilson)

Die Kupferspeicherkrankheit (Morbus Wilson, Wilson-Krankheit) ist eine sehr seltene Erbkrankheit, an der etwa einer von 30.000 Menschen leidet. Die Ursache ist eine Veränderung im Erbgut, die dazu

führt, dass der Körper Kupfer nicht in ausreichendem Maße ausscheiden kann. So sammelt sich Kupfer unter anderem in der Leber an, was zu einer akuten oder chronischen Hepatitis, Leberfibrose und auch einer Leberzirrhose führen kann.

Eine frühzeitige Diagnose und Therapie verbessern die Lebenserwartung und können Leberschäden sowie neurologischen Erkrankungen vorbeugen. Die Behandlung besteht in der Regel zunächst in der Einnahme von Tabletten (Chelatoren), die über eine Kupferbindung dessen Ausscheidung in den Urin erhöhen und so überschüssiges Kupfer abbauen. Seit Kurzem sind zwei Trientine-Präparate in Deutschland erhältlich. Weitere neue Medikamente werden aktuell erprobt.

Porphyrien

Porphyrien sind ebenfalls Stoffwechselerkrankungen. Hier können verschiedene Schritte im Aufbau des roten Blutfarbstoffs Häm betroffen sein, wodurch sehr unterschiedliche klinische Symptome entstehen. Durch angeborene Veränderungen in bestimmten Enzymen, die dann nicht ausreichend arbeiten, kann es zu einem Aufstau von Häm-Vorläufer-substanzen kommen, die für verschiedene Symptome an Haut und im Magen-Darm-Trakt verantwortlich sind.

Die für die Leber relevante Porphyrie ist die akute intermittierende Porphyrie. Bei dieser ist ein Enzym mit dem Namen Porphobilinogen-Desaminase in der Leber verändert. Seit 2020 ist mit Givosiran ein neuer Wirkstoff für die Behandlung dieser Porphyrie zugelassen, der ein Gen vorübergehend stumm schaltet, sodass die Häm-Vorläufer nicht mehr so zahlreich anfallen und die Symptome gelindert werden.

Alpha-1-Antitrypsin-Mangel

Der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel ist eine angeborene Stoffwechsel-Erkrankung, die in Deutschland wahrscheinlich etwa 10.000 Menschen betrifft. Verschiedene Veränderungen in der Erbsubstanz führen zu einer gestörten Sekretion und Funktion des Enzyms Alpha-1-Antitrypsin, was Lungenerkrankungen zur Folge haben kann. S. dazu auch den Artikel auf S. 24.

Hämochromatose (Eisenspeicherkrankheit)

Die Hämochromatose ist grundsätz-

lich eine der häufigsten erblichen Stoffwechselstörungen, gehört aber mit der vollen Ausprägung der Symptome eher zu den seltenen Erkrankungen. Die Eisenspeicherkrankheit führt zu einer verstärkten Eisenaufnahme des Körpers aus der Nahrung über den Dünndarm. Dieser Eisen-Überschuss lagert sich vor allem in der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Hypophyse, dem Herzen und anderen Organen sowie Gelenken ab.

Der Krankheitsprozess verläuft sehr langsam: Symptome wie schwere Leber- oder Herzschäden (Leberzirrhose, Kardiomyopathie, Herzrhythmusstörungen), Bronzefärbung der Haut, Gelenksbeschwerden, Impotenz, chronische Müdigkeit oder eine Zerstörung der Bauchspeicheldrüse entwickeln sich daher häufig erst im Erwachsenenalter.

Die Therapie besteht in der bewährten Methode des Aderlasses, der Entleerung der Eisenspeicher durch Entnahme von Erythrozyten (rote Blutkörperchen). Eine medikamentöse Behandlung erfolgt nur, wenn eine Anämie (Blutarmut) oder eine fortgeschrittene Kardiomyopathie besteht.

Lysosomale Speicherkrankheiten

Als lysosomale Speicherkrankheiten werden vererbte Stoffwechselerkrankungen bezeichnet, bei denen Fehlfunktionen im Lysosom (Zellorganelle) vorliegen. Das Lysosom ist in der Zelle für den Abbau von verschiedenen Substanzen zuständig. Werden diese Substanzen nicht mehr abgebaut, reichern sich diese in der Zelle an, was zu deren Schädigung führen kann. Ursächlich sind angeborene Veränderungen einzelner Enzyme, die im Lysosom wirken. Die Diagnose dieser Erkrankungen erfolgt über die Messung des verminderten Enzyms im Blut, gefolgt von der Suche nach den Veränderungen im entsprechenden Gen. Der Enzym- und Gen-Test ist heute über einen aus der Fingerbeere entnommenen Blutropfen möglich (Trockenblut-Test); man kann gleichzeitig nach Morbus Gaucher, Morbus Niemann-Pick und Lysosomale saure Lipase-Defizienz (LAL-D) suchen. Viele der lysosomalen Speicherkrankheiten kann man heute mit einer Enzyzersatztherapie erfolgreich behandeln.

Quelle: PM der Dt. Leberstiftung v. 22.2.2021

Die Leberbeteiligung bei Alpha-1-Antitrypsinmangel – ein unterschätztes Problem?

Leberzirrhose als Endstadium von chronischen Lebererkrankungen

Fotos: Universitätsklinikum Aachen



△ Univ.-Prof. Pavel Strnad

Medizinische Klinik 3

▷ Samira Amzou

Doktorandin Alpha-1-Leberstudie
Universitätsklinikum Aachen

Die Leber ist ein Organ, das große Belastungen aushalten und sich nach diesen auch wieder regenerieren kann. Allerdings kann das Lebergewebe auf dauernde (chronische) schädigende Einflüsse mit Umbauvorgängen reagieren. Dabei wird Narbengewebe produziert, das die normalen, gesunden Leberzellen ersetzt und die Architektur der Leber verändert. Eine fortgeschrittene Vernarbung, sog. Fibrose, beeinträchtigt die Funktionsfähigkeit und den Blutfluss durch die Leber. Dies führt zum Blutaufstau und einem erhöhten Blutungsrisiko sowie zur verminderten Entgiftung von Abfallprodukten und zu geistigen Ausfallerscheinungen (hepatische Enzephalopathie).

Die Entwicklung der Leberfibrose erstreckt sich über mehrere Jahre bis Jahrzehnte. In den Anfangsstadien kann sich die Leber noch regenerieren, im Endstadium, in dem die ganze Leber vernarbt ist, was als sog. Leberzirrhose bezeichnet wird, wird dies zunehmend schwieriger. Der Zustand der Zirrhose erhöht das Risiko für die Entstehung eines Leberkarzinoms (Leberkrebs). Bei fortschreitendem Versagen der Leberfunktion stellt die Lebertransplantation die einzige Heilungschance dar.

Gründe für die Entstehung einer Leberzirrhose

In Europa ist übermäßiger Alkoholkonsum die häufigste Ursache für die Entstehung einer Leberzirrhose, gefolgt von Nicht-alkoholischer Fettleber und viraler Hepatitis. Neben einer Fehl- oder Mangelernährung kann auch chronische Medikamenteneinnahme eine Leberzirrhose verursachen. Der Alpha-1-Antitrypsinmangel (AAT-Mangel) ist eine seltene Ursache für Leberzirrhose. Rund ein

Prozent der Lebertransplantationen in Deutschland wird bei Patienten mit einem schweren AAT-Mangel durchgeführt, leichter AAT-Mangel ist dagegen ein relativ häufiger begünstigender Faktor.

Was ist der Alpha-1-Antitrypsinmangel? – Funktionsmechanismen und Krankheitsentstehung

Das Alpha-1-Antitrypsin (AAT) ist ein Eiweiß (Protein), welches vorwiegend in den Leberzellen (Hepatozyten) hergestellt wird. Es wird in den Blutkreislauf abgegeben und so durch den Körper verteilt. AAT hat eine wichtige Schutzfunktion, die sich vor allem in der Lunge zeigt. Es sorgt dafür, dass das körpereigene Abwehrsystem, das Protein-abbauende Enzyme, sog. Proteasen, produziert, im Gleichgewicht gehalten wird und somit überschießenden Gewebsabbau verhindert wird.

AAT-Mangel stellt eine angeborene Erkrankung dar, bei der zu wenig von dem „Schutzprotein“ im Blut vorhanden ist und die Lunge nicht mehr richtig geschützt werden kann. Das führt dazu, dass die kleinen Lungenbläschen, die sog. Alveolen, abgebaut werden und dadurch die dem Luftaustausch dienende Fläche abnimmt. Diese Erkrankung wird Lungenemphysem genannt. Zudem sind auch die Luftwege häufig geschädigt, es entwickelt sich die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

Zum Glück ist die Lungenbeteiligung bei AAT-Mangel relativ gut erforscht und kann zumindest teilweise durch die regelmäßige intravenöse Substitution mit AAT behandelt werden. Dagegen wurde die Leberbeteiligung länger vernachlässigt, obwohl sie nach der Lunge die zweithäufigste Todesursache bei AAT-Mangel darstellt.

Die Leberbeteiligung kann sich im Vergleich zur Lungenbeteiligung sehr unscheinbar entwickeln. Durch Mutationen im Alpha-1-Gen wird die Funktionsfähigkeit des AAT vermindert. Zudem wird es je nach Mutation entweder gar nicht produziert oder durch die „Qualitätskontrolle“ in den Leberzellen vermehrt zurückgehalten. Das zurückgehaltene Eiweiß wird zum Teil wieder abgebaut, zum Teil akkumuliert es und bildet Aggregate.

Das in den Leberzellen (Hepatozyten) verbleibende AAT begünstigt Entzündungsprozesse und Zelluntergänge, die schlussendlich zu einer Fibrose-Bildung führen können. Somit sind die Indivi-

duen mit AAT-Mangel in einem unterschiedlichen Ausmaß zur Ausbildung einer Leberzirrhose anfällig.

Die verschiedenen Genotypen

Da AAT-Mangel eine angeborene Erkrankung ist, bestimmt das Vorhandensein der verschiedenen Mutationen den Schweregrad der Erkrankung sowie die Ausprägung in der Leber und der Lunge. Jeder Mensch trägt dabei zwei verschiedene Kopien des AAT-Gens, von jedem Elternteil jeweils eine. Die „gesunde“ Ausprägungsform des AAT-Gens wird als Pi*M bezeichnet, die klinisch wichtigsten Varianten als Pi*Z und Pi*S. Die Varianten Pi*S und Pi*Z sind mit niedrigeren AAT-Plasmakonzentrationen im Vergleich zum Pi*M assoziiert. Die hinsichtlich des AAT-Mangels komplett gesunden Menschen weisen den Genotyp Pi*MM auf.

Bei circa zehn Prozent der Europäer liegt dagegen mindestens eine Mutation im AAT-Gen vor. Der homozygote Pi*ZZ-Genotyp gilt als die klassische Ursache des schweren AAT-Mangels, ist aber mit der Häufigkeit 1:3.000 in Europa relativ selten. Es ist mit einem 20-fach erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Leberzirrhose assoziiert, zudem sind die Pi*ZZ-Individuen hochgradig zur Entwicklung eines Lungenemphysems und einer COPD prädisponiert. Der heterozygote Pi*MZ-Genotyp ist mit 1:30 deutlich häufiger, das Risiko einer fortgeschrittenen Erkrankung ist allerdings nur etwa zweifach erhöht. Das Risiko für eine Lungenerkrankung ist vermutlich noch niedriger, solange die Personen nicht rauchen. Patienten mit dem Pi*MZ-Genotyp werden daher oft eher zufällig entdeckt, entweder im Rahmen eines Familienscreenings oder bei Vorliegen einer anderen Lungen- oder Lebererkrankung.

Die Pi*S-Variante ist noch häufiger als die Pi*Z-Variante, ist aber deutlich gutartiger. So scheinen selbst Individuen mit einer homozygoten Pi*S-Variante (Pi*SS-Genotyp) allenfalls minimale Risiken für eine Leber- und Lungenerkrankung zu haben. Selbst Patienten, die heterozygot für beide Mutationen sind, also den Genotypen Pi*SZ (Häufigkeit 1:500 in Europa) tragen, sind weitaus gesünder als Betroffene des Pi*ZZ-Genotypen. Es wurde zum Beispiel ein dreifach erhöhtes Risiko für die Leberzirrhose und siebenfach erhöhtes Risiko für bösartige Lebertumore beschrieben.

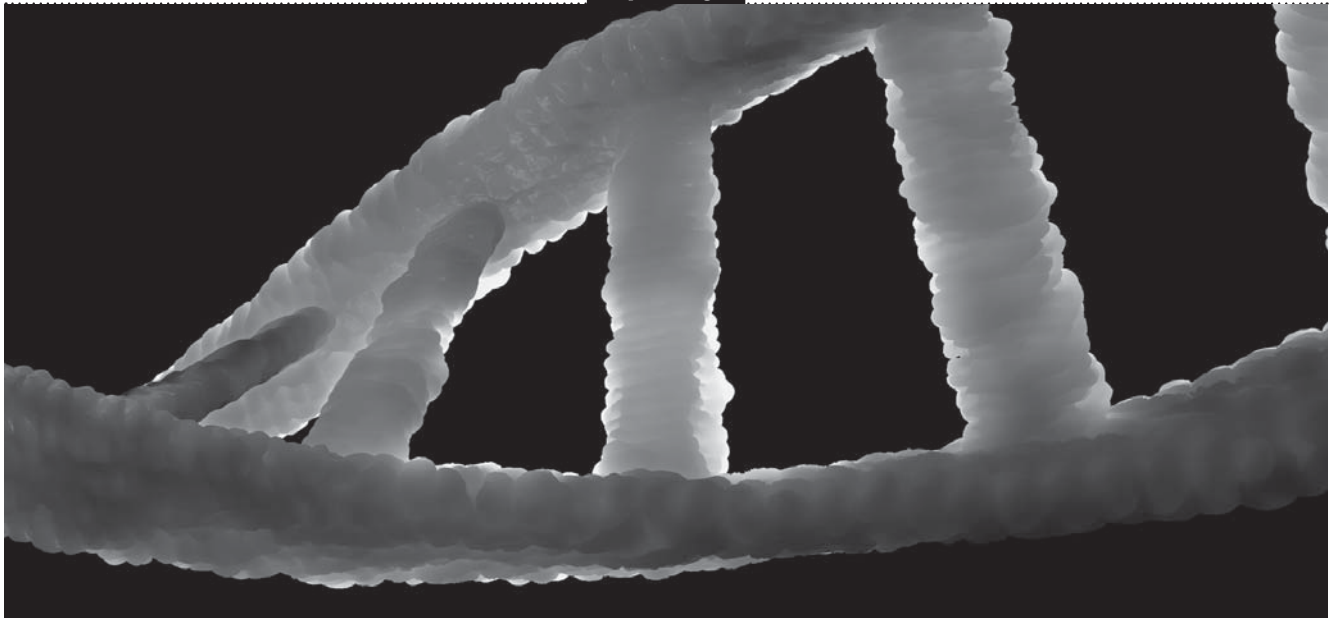


Foto: Colin Behrens auf pixabay.com

Lebererkrankung bei Pi*ZZ-Genotyp

Die Lebererkrankung kann sich bei Pi*ZZ-Genotyp bereits im Neugeborenenalter manifestieren und AAT-Mangel stellt die häufigste genetische Lebererkrankung in diesem Alter dar. Etwa 15 % der Pi*ZZ-Babys entwickeln eine verlängerte Gelbsucht. Glücklicherweise kommt es nur bei einem Bruchteil der Kinder zu einer schwerwiegenden Lebererkrankung, eine Lebertransplantation wird bei weniger als 2 % benötigt. Im Schulalter und im frühen Erwachsenenalter haben die meisten Betroffenen keine oder nur minimale Auffälligkeiten. Ab etwa dem 40. Lebensjahr können sich dann Zeichen der Lebererkrankung entwickeln. Rund 35 % der Patienten entwickeln im späteren Leben eine relevante Leberfibrose, das Risiko einer Leberkrebsentwicklung scheint ebenfalls deutlich erhöht zu sein, allerdings ist die Datenlage noch relativ dünn. Lungenerkrankung spielt im Kindesalter keine Rolle, wird aber mit zunehmendem Alter wichtig. Das Rauchen steigert die Risiken erheblich und vermindert die Lebenserwartung deutlich.

Begleitfaktoren für Lebererkrankungen

Die Leberbeteiligung bei AAT-Mangel zeichnet sich durch eine erhebliche Variabilität aus, selbst bei Individuen mit demselben Genotyp. Man geht davon aus, dass der leichte AAT-Mangel, wie zum Beispiel bei dem Pi*MZ- oder Pi*SZ-Genotyp, eine Art Prädisposition darstellt, und andere genetische Faktoren und Umwelteinflüsse dazu beitragen wie und ob sich die Krankheit manifestiert. So haben zum Beispiel nichtrauchende und nichttrinkende Betroffene des Pi*MZ-Genotypen, ohne jegliche weitere Risikofaktoren, eine Lebenserwartung wie ein gesunder Mensch.

Der schleichende Umbau des Lebergewebes kann wahrscheinlich (unabhän-

gig vom Genotyp des AAT-Mangels) verzögert werden, wenn im Alltag also bestimmte Belastungsfaktoren minimiert werden. Dazu gehört in erster Linie der Alkoholkonsum. Auch Übergewicht und Fehlernährung sind klare Belastungsfaktoren für die Leber, ebenso wie ein Diabetes mellitus. So war zum Beispiel das Risiko eines leberbedingten Todes bei übergewichtigen (vs. normgewichtigen) Pi*MZlern dreimal erhöht, bei Diabetikern (vs. Nicht-Diabetikern) sogar zehnfach. Bestimmte Medikamente können zu Leberschäden führen, sodass leberschwache bzw. lebergeschädigte Personen auf andere Präparate zurückgreifen sollten. Dagegen gibt es bis heute keine klaren genetischen Faktoren, die die Entwicklung einer Lebererkrankung bei AAT-Mangel fördern würden.

Betroffene können also schon durch „einfache“ Lifestyle-Modifikationen wie eine gesunde und ausgewogene Ernährung sowie ausreichende Bewegung und eine gute Einstellung weiterer Begleiterkrankungen einen wesentlichen Teil der Risiken minimieren. Weitere Erkenntnisse sind derzeit noch aktuelle Objekte der Forschung.

Diagnose der Leberbelastung

Ein großes „Problem“ der Leberbelastung stellt der Fakt dar, dass es zum fibrotischen Umbau kommen kann, ohne dass die Leberwerte steigen oder sonstige Symptome zum Vorschein kommen. Zudem stellen Leberwerte immer nur eine kurze Momentaufnahme dar und erlauben so keine direkte Aussage über den längerfristigen Zustand (und Werdengang) der Leber. Zu den Leberwerten gehören zum Beispiel die klassischen Leberwerte wie AST und ALT sowie die „Gallewerte“ wie Bilirubin, Gamma-GT und die alkalische Phosphatase. Diese Werte können aber auch bei Lebergesunden z. B. durch eine Feier am Vortag

oder durch eine Erkältung gestört sein. Dementsprechend ist es wichtig, Leberwerte über eine längere Zeit im Verlauf zu beobachten und zudem weitere Untersuchungen wie z. B. einen Ultraschall oder andere bildgebende Verfahren anzuwenden. Die Mehrheit der Probanden mit AAT-Mangel weist zudem normwertige Leberwerte auf, sodass deren wiederholte Erhöhung Anlass zur entsprechenden Abklärung geben sollte.

Ein „Vorteil“ der Leber ist, dass sich die Vernarbung relativ langsam entwickelt. Umso wichtiger ist es, Langzeitverläufe zu beobachten. Hierzu stehen spezielle Ultraschallmethoden zur Verfügung, allen voran die so genannte transiente Elastographie, die wichtige Hinweise auf eine Lebervernarbung geben kann. Aber auch einfach zu bestimmende Scores, die auf routinemäßig bestimmten Laborwerten beruhen, wie zum Beispiel APRI-Score oder das Fib-4-Score, können hilfreiche Informationen liefern.

Behandlungsmöglichkeiten der Leber und Lunge

Die Lungenerkrankung bei PatientInnen mit einem schweren AAT-Mangel kann man durch die wöchentliche intravenöse Substitution mit humanem AAT behandeln, welches aus Spenderblut extrahiert wird. Dadurch kann die protektive Funktion des AAT in der Lunge wieder gewährleistet werden. Die Substitution kann zwar das Fortschreiten der Lungenbeteiligung verlangsamen, für die Erkrankung der Leber hat sie aber keine nachgewiesenen Vorteile. Allerdings gibt es zahlreiche innovativen klinischen Studien, die die Leberbeteiligung adressieren. Diese unterdrücken entweder die Produktion des mutierten AAT mittels siRNA oder versuchen das falsch gefaltete Protein zu korrigieren und dadurch seine Freisetzung aus der Leber zu stimulieren. Bei einer fortge-

schrrittenen Erkrankung sollte rechtzeitig über die Möglichkeit einer Lungen- und/oder Lebertransplantation nachgedacht werden.

Leberfachärztliche Betreuung

Jeder Patient mit AAT-Mangel sollte wissen, wie gesund seine Leber ist. Findet der Arzt eine Leberschwäche, kann man gegen Komplikationen vorbeugen und sie wirksam behandeln. Eine Lebervernarbung kann auf diese Weise rückgängig gemacht werden. Leider wird die Leber-Betreuung häufig vernachlässigt. Dabei trägt sie dazu bei, dass alle Betroffenen eine bestmögliche Lebensqualität und Lebenserwartung haben. Einen wichtigen Faktor der Prävention stellt die Früherkennung dar.

Die Alpha-1-Antitrypsinmangel-Studie in Aachen: Ideen, Grundsätze und Ziele

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass es sich bei dem AAT-Mangel um eine seltene Krankheit handelt, welche fatale Folgen für die Betroffenen mit sich ziehen kann und sowohl die Lunge und die Leber betreffen kann. Dabei scheinen sich beide Organmanifestationen unabhängig voneinander zu entwickeln, sodass es Probanden mit einer fortgeschrittenen Lebererkrankung und einer gesunden Lunge gibt und umgekehrt.

In Rahmen der Aachener Alpha-1-Studie werden seit 2015 die Auswirkungen des AAT-Mangels auf die Leber systematisch erforscht. Die Studie wird von Prof. Strnad, leitender Oberarzt der Klinik für Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen und internistische Intensivmedizin, und seinem Team am Universitätsklinikum RWTH Aachen koordiniert. Das Ziel ist es, neue wissenschaftliche Erkenntnisse hinsichtlich der Krankheitsentstehung und deren Einflussfaktoren zu gewinnen. Des Weiteren werden neue Früherkennungsverfahren untersucht, sodass man die Krankheit schon in frühen Stadien erkennen und ggf. behandeln kann. Dies kann nur durch eine effektive Netzwerkbildung gelingen, in der ÄrztInnen, Betroffene und deren Angehörige zusammengebracht werden, um den Austausch der Erkenntnisse zu fördern und den Betroffenen zugute kommen zu lassen. Seit dem Start der Studie hat sich das Wissen um die Folgen für die Leber bei AAT-Mangel maßgeblich erweitert.

Mittlerweile dient das Aachener Alpha-1-Team als europäisches Referenzzentrum für die Leberbeteiligung bei AAT-Mangel und wird von der europäischen Kommission (European Reference Networks) und der europäischen Lebergemeinschaft (EASL registry grant) gefördert.

Untersuchungen und Reisen

Seit Beginn der Studie stellt der Besuch der Informationsveranstaltungen und Alpha-1-Tagungen einen besonderen Schwerpunkt dar. Diese werden meistens durch die Selbsthilfegruppen, zum Teil in Kooperation mit LungenfachärztInnen, arrangiert und dienen als Ort der Begegnung, des Informationsaustausches und der Untersuchung. Die Teilnahme an der Leberstudie beinhaltet die Besprechung von speziellen Frage- und Anamnesebögen, die wir in den letzten Jahren immer wieder überarbeitet und verfeinert haben, sowie eine Blutabnahme, um vor allen Dingen die aktuellen Leberwerte zu bestimmen, sowie die FibroScan®-Untersuchung zur Bestimmung des Ausmaßes der Leberfibrose.

Patienten, die zu einer Untersuchung kommen, erhalten einige Wochen später einen offiziellen Brief, in dem alle Erkenntnisse sowie die Schlüsse, die aus FibroScan®, Leberwerten und Anamnese bezüglich des weiteren Vorgehens gezogen wurden, zusammengefasst werden. Zudem wird auch die Notwendigkeit einer weiteren Abklärung bei PatientInnen mit erhöhten Leber- und FibroScan®-Werten diskutiert, um das Geschehen in der Leber besser und genauer beurteilen zu können. Die Leberbiopsie gilt bis heute als Goldstandard der Diagnostik, wird aber nur empfohlen und durchgeführt, wenn alle anderen diagnostischen Verfahren nicht eindeutig sind oder auf eine signifikante Schädigung hinweisen. Somit muss diese invasive Untersuchung nur bei einer Minderheit der Patienten mit AAT-Mangel durchgeführt werden.

Diese auswärtigen Untersuchungen finden, unter normalen Rahmenbedingungen, in ganz Deutschland über das ganze Jahr verteilt statt, sodass wir Betroffenen auch empfehlen, sich stets auf der Alpha-1-Deutschland-Website zu informieren, wann und wo die nächste Untersuchungsreise stattfindet.

Ergebnisse aus den letzten Jahren

Durch die Kollaboration mit anderen WissenschaftlerInnen, LungenfachärztInnen, GastroenterologInnen und vor allem den Patientenselbsthilfegruppen gelang es uns, als europäisches Referenzzentrum das größte Konsortium an Alpha-1-Patienten aufzubauen und hier eine systematische Charakterisierung der Leber durchzuführen. Derzeit konnten so aus elf europäischen Ländern über 1.600 Probanden untersucht und systematisch erfasst werden.

Zukunftsaussichten

Durch die Gewinnung der großen Patientenkohorte, die wir mittlerweile

verzeichnen können, eröffnen sich viele neue Möglichkeiten. Zum einen kann das Fortschreiten der Erkrankung besser verstanden werden und Methoden entwickelt werden, die den Verlauf der Erkrankung vorhersagen können. Auch die genetischen Risikofaktoren können erforscht werden.

Das in den letzten Jahren entstandene Netzwerk sollte dazu genutzt werden, die Betroffenen über neue, innovative Therapie-Optionen zu informieren und deren Teilnahme an klinischen Studien zu ermöglichen. So gingen in den letzten zwölf Monaten gleich zwei therapeutische Ansätze an den Start. Insbesondere die Verminderung der Produktion des mutierten AATs mit Hilfe von siRNA scheint sich positiv auf die Leber auszuwirken. Bis dato wurden zwar nur die Daten von erst vier Patienten veröffentlicht, in diesen führte die Behandlung allerdings zu einer deutlichen Reduktion des mutierten Proteins, sowohl in der Leber als auch im Blut, und zu einer deutlichen Verbesserung der Leberwerte. Sowohl die Wirksamkeit als auch die langfristige Sicherheit der Medikamente muss jedoch in weiteren Studien noch nachgewiesen werden.

Empfehlung für Betroffene

Wenn Sie selbst oder Ihre Familie von einem AAT-Mangel betroffen sein sollten oder Freunde oder Bekannte haben, bei denen eine Mutation vorliegt, möchten wir Sie hiermit gerne dazu ermutigen und einladen, an unserer Studie teilzunehmen. Bei Interesse oder für weitere Informationen können Sie sich gerne unter folgenden Kontaktdaten melden:

Alpha-1-Hotline: 02 41-80-3 66 06

E-Mail-Adresse: alpha1@ukaachen.de

Bei weiterem Interesse zu den Ergebnissen der Forscher, können Sie sich gerne unter folgendem Link die Originalveröffentlichungen anschauen.

Alpha-1-Deutschland-Website:

<https://www.alpha1-deutschland.org>

Literatur

- Strnad P, Buch S, Hamesch K, et al. Heterozygous carriage of the alpha1-antitrypsin Pi*Z variant increases the risk to develop liver cirrhosis. *Gut*. 2019;68(6):1099-1107. doi:10.1136/gutjnl-2018-316228
- (Schneider, Hamesch et al.) Schneider, C. V., et al. „Liver Phenotypes of European Adults Heterozygous or Homozygous for Pi*Z Variant of AAT (Pi*MZ vs Pi*ZZ genotype) and Non-carriers.“ *Gastroenterology*.
- Strnad P, McElvaney NG, Lomas DA. Alpha1-Antitrypsin Deficiency. *N Engl J Med*. 2020;382(15):1443-1455. doi:10.1056/NEJMr1910234

Gesundheits-Check-up wird um Screening auf Virus-Hepatitis erweitert

Hepatitis-B- und -C-Infektionen werden oftmals spät entdeckt und sind dann mit gravierenden Spätfolgen verbunden. Werden solche Infektionen früh erkannt, können sie effektiv behandelt und Spätfolgen verhindert werden. Solche gravierenden Spätfolgen einer chronischen Hepatitis können Leberzirrhose oder Leberkrebs sein. Nun ist der entsprechende Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses zum Virushepatitis-Screening in Kraft getreten. Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr können Versicherte ein einmaliges Screening auf Hepatitis B und C erhalten. Das Screening soll im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene erfolgen. Ab 35 Jahre haben Erwachsene alle drei Jahre Anspruch auf diesen Check-up.

Der Bewertungsausschuss hat nun sechs Monate Zeit, die Leistung in den EBM (einheitlicher Bewertungsmaßstab



– Vergütungssystem der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung) aufzunehmen, sodass der Anspruch auf die Leistung spätestens im Herbst 2021 bestehen wird.

Impfen und Screenen?

Impfung gegen Hepatitis B wird seitens der Ständigen Impfkommission (Stiko) für bestimmte Bevölkerungsgruppen empfohlen (darunter auch Immunsupprimierte). Wird gegen Hepatitis B er-

folgreich geimpft, ist ein Screening auf Hepatitis B nicht notwendig. Für Hepatitis C gibt es keine Impfung.

Blutentnahme und Laboruntersuchung

Bei Hepatitis B wird das Blut zunächst auf HBsAg untersucht, bei Hepatitis C wird der HCV-Antikörper bestimmt. Bei einem positiven Ergebnis soll anschließend eine HBV-DNA- beziehungsweise HCV-RNA-Bestimmung aus derselben Blutentnahme erfolgen. Die Laboruntersuchungen dürfen nur Ärzte durchführen, die eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor in der Fassung vom 1. April 2018 zur Ausführung und Abrechnung dieser Leistung besitzen.

Quelle: Praxisnachrichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KVB) v. 18.2.2021

Foto: kropekk_pl auf pixabay.com

Chronische Hepatitis B mit Gräserpollen-Impfstoff behandelbar?

Gerd Böckmann

Weltweit sind mehr als 250 Millionen Menschen an Hepatitis B erkrankt. Die wenigsten davon wissen von ihrer Erkrankung und werden angemessen behandelt. Ein neuartiger Impfstoff gegen Gräserpollen-Allergien (BM32) könnte auch eine wirksame Behandlungsoption gegen die Infektion mit Hepatitis B sein. Dies wurde in einer Studie des Instituts für Pathophysiologie und Allergieforschung an der Medizinischen Universität Wien untersucht.

Die Hepatitis-B-Infektion stellt eine hoch infektiöse Erkrankung dar und führt zu einer Entzündung der Leber. In etwa fünf bis zehn Prozent der Fälle verläuft sie chronisch. Das Risiko zur Entwicklung von Leberzirrhose und hepatozellulären Karzinomen ist dabei stark erhöht. Jährlich sterben mehr als 800.000 Menschen an den Folgen der Infektion. Es werden immer mehr Menschen präventiv gegen die Leberkrankung geimpft, wodurch man sich einen deutlichen Rückgang der Infektionszahlen in den nächsten 10 bis 20 Jahren erhofft. Allerdings spricht die Impfung bei bis zu 20 Prozent der Geimpften nicht an. Diese Personen bezeichnet man als Non-Responder. Die Therapiemöglichkeiten bestehen derzeit aus der Gabe von Virustatika und Inter-

feronen. Hierbei treten jedoch erhebliche Nebenwirkungen auf.

Bei der Therapie von chronischen Hepatitis-B-Erkrankungen wird versucht, die Infektion weiterer Leberzellen zu verhindern. Dies gelingt am besten, wenn der Eintritt des Virus in die Leberzellen unterbunden wird. Hierbei spielen Oberflächenproteine des Hepatitis-B-Virus eine wichtige Rolle, da mit ihrer Hilfe das Virus an die Leberzellen andockt und eindringt.

Es wird vermutet, dass durch entsprechend veränderte Proteine und der dadurch erzeugten Antikörperbildung eine Infektion der Leberzellen durch das Hepatitis-B-Virus gestoppt werden kann.

Eine neue Generation von Impfstoffen gegen Gräserpollen-Allergien enthält neben den Gräserpollen-Antigenen auch eben dieses veränderte Protein als Trägerprotein. Bei den Allergikern soll so die allergische Entzündung reduziert werden. Der Impfstoff könnte aber auch eine wirksame Therapieoption bei der chronischen Hepatitis-B-Infektion darstellen. Im Gegensatz zur häufig angewandten Hyposensibilisierung sind hier weniger Injektionen bei geringer Nebenwirkungsrate erforderlich.

In die Studie wurden insgesamt 128 Patienten mit Gräserpollen-Allergie eingeschlossen. 34 Probanden erhielten über fünf Monate hinweg eine monatliche Placebo-Injektion. Der Rest bekam unter-

schiedliche Dosierungsschemata von Injektionen. Es konnte festgestellt werden, dass BM32 hohe Level an IgG-Antikörpern induziert, die an die Rezeptorbindungsstelle des Hepatitis-B-Virus an der Leberzelle passen und somit eine Infektion verhindern könnten. Non-Responder konnten nicht gefunden werden.

Aufgrund der hohen Antikörper-Produktion könnte laut der Forscher die BM32-Impfung sowohl präventiv als auch therapeutisch gegen die chronische Form der Hepatitis B zum Einsatz kommen.

Die Ergebnisse sind vielversprechend: Die BM32-Impfung könnte in der Zukunft eine Therapiemöglichkeit gegen die chronische Hepatitis-B-Infektion darstellen. Es ist auf weitere Forschung zu hoffen.

Literatur

- Tulaeva I, Cornelius C, Ziegelmayer P, Ziegelmayer R, Schmutz R, Lemell P, Weber M, Focke-Tejkl M, Karaulov A, Henning R, Valenta R. Quantification, epitope mapping and genotype cross-reactivity of hepatitis B preS-specific antibodies in subjects vaccinated with different dosage regimens of BM32. *EBioMedicine* 2020; doi: [10.1016/j.ebiom.2020.102953](https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.102953)
- M. Wegener, 2021, Gräserpollen-Impfstoff gegen chronische Hepatitis-B?, *DAZ* 2021, Nr. 1, S. 32 <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2016/news-im-september-2016/impfstoff-gegen-graespollen-allergie-wirkt-auch-bei-hepatitis-b/>

Wie finde ich das richtige Zentrum?

Jutta Riemer

Viele der Transplantierten kennen das? Zuerst kommt die schockierende Nachricht, dass ohne eine Lebertransplantation ein Weiterleben für längere Zeit nicht möglich ist. Dann stellen sich dem Patienten/der Patientin und den Angehörigen eine große Menge an Fragen. In dieser Phase wenden sich viele Patienten auch an unsere Selbsthilfeorganisation und wir können durch ein Gespräch auf Augenhöhe und durch unsere Erfahrungen beim Finden so mancher Antwort helfen und Mut machen.

Sehr häufig hören wir auch die Frage: „Wo soll ich mich transplantieren lassen? Welches Lebertransplantationszentrum ist das beste?“

Diese Frage ist nicht so einfach mit einem Satz zu beantworten. Jeder Fall ist individuell, für jeden Betroffenen sind unterschiedliche Kriterien wichtig. Auf jeden Fall haben wir sie:

Die freie Wahl des Zentrums

Derzeit haben 21 Universitätskliniken in Deutschland die notwendige Zulassung des entsprechenden Bundeslandes und entsprechende Expertise, um Lebertransplantationen durchzuführen. So wie auch die freie Arztwahl zu den Patientenrechten gehört, kann sich der Patient auch für eines dieser Lebertransplantationszentren frei entscheiden und sich dorthin vom Facharzt zur Abklärung und eventuellen Listung überweisen lassen.

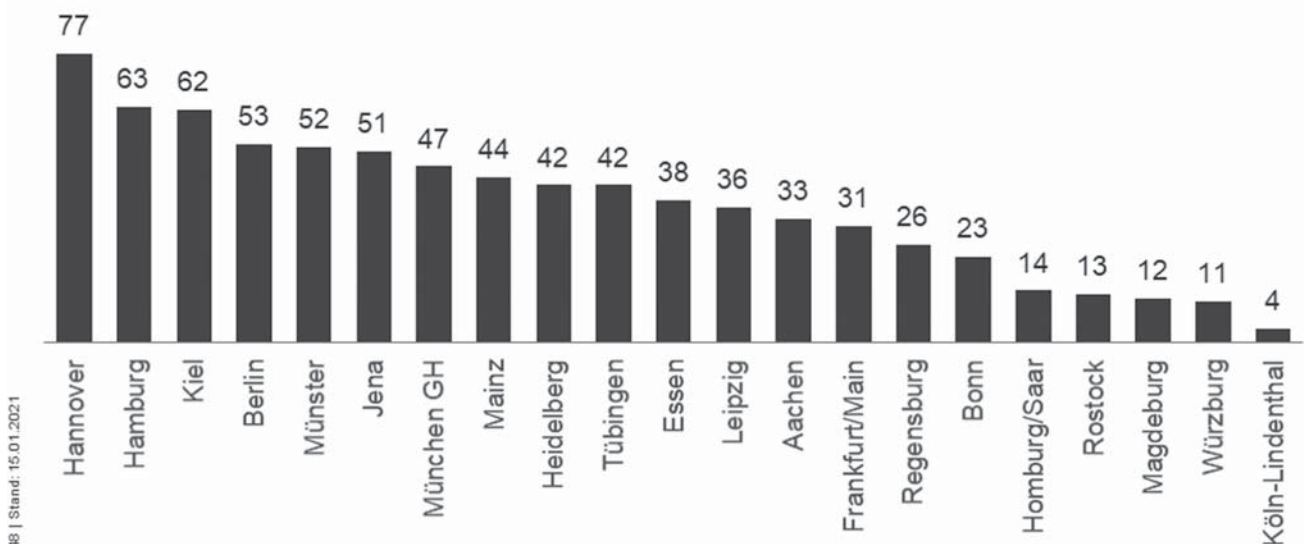
Derzeitig zugelassene Lebertransplantationszentren in Deutschland



Lebertransplantationen (ohne Lebendspende)

Deutschland 2020 | Anzahl n = 774

DSO



In der Praxis verläuft die Wahl des Zentrums meist anders: Häufig hat der behandelnde Arzt schon Kontakte in die entsprechende, meist nächst gelegene Uniklinik und vereinbart nach Rücksprache mit dem Patienten einen ersten Termin in der dortigen Leberambulanz. Zu diesem Zeitpunkt haben sich die meisten Patienten noch nicht näher mit dem Thema Lebertransplantation (LTx) und den Behandlungszentren beschäftigt.

Die Patienten finden dann sehr rasch heraus, ob sie sich gut aufgehoben und betreut fühlen. Geht man auf meine Fragen ein? Habe ich Vertrauen zu den Ärzten im Zentrum? Bekomme ich verständlich Befunde und nächste Schritte erklärt? Bekomme ich eine Notfallnummer, an die ich mich während der Wartezeit und auch später wenden kann? Treffen Arztberichte zeitnah nach dem Termin bei meinem Hausarzt und bei mir ein? Das sind einige der Fragen, von denen wir immer wieder hören, dass sie den Patienten wichtig sind.

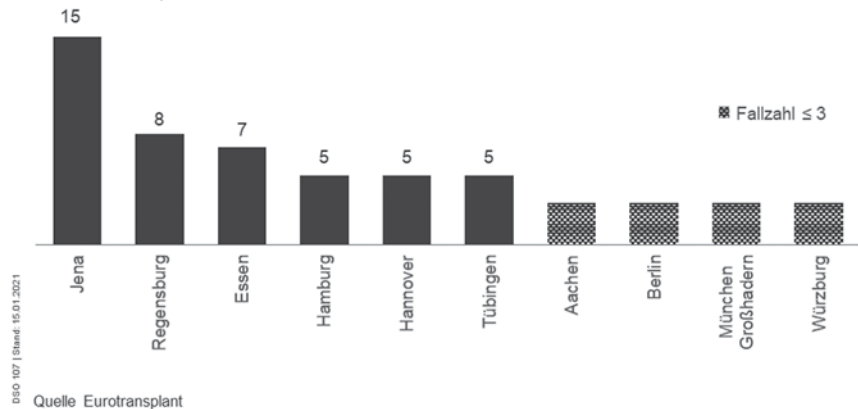
Wer sein Zentrum frei wählen kann und der Hausarzt keine Prioritäten aufzeigt, hat es auch nicht leichter. Nach welchen Kriterien kann der einzelne Betroffene entscheiden, welches Zentrum für ihn das am besten geeignete ist?

Entfernung zum Wohnort – Auf der Suche nach dem Zentrum sollte man nicht nur an den ersten Termin denken, sondern auch die Kosten und Abläufe während der gesamten Wartezeit auf das Organ, kurz vor der Transplantation und in der lebenslangen Nachsorge im Blick haben.

Die meisten Krankenkassen erstatten Fahrten zur stationären Behandlung nur in der Höhe, wie sie anfallen, um das nächste Klinikum zu erreichen, in dem die notwendige Behandlung durchgeführt werden kann. Wer sich dann für ein weiter entfernt gelegenes Transplantationszentrum entscheidet, muss damit rechnen entsprechende Kosten eventuell selbst tragen zu müssen. Eine Rücksprache mit der Krankenkasse ist auf jeden Fall zu empfehlen. Auch sollte das Zentrum im Falle des Organangebots in wenigen Stunden erreichbar sein. Ebenso spielt die Entfernung des Zentrums zum Wohnort in der Nachsorge eine Rolle. Anfahrten zu ambulanten Terminen werden von den Krankenkassen in der Regel nicht übernommen. Hier gibt es zwar Ausnahmen unter bestimmten Voraussetzungen. Ein einfacher Nachsorgetermin im mehrere Hundert km entfernten Zentrum kann jedoch schnell zu einer finanziellen Herausforderung werden, da zu den Fahrtkosten möglicherweise auch noch eine Hotelübernachtung dazukommt.

Transplantationen nach Teilleber-Lebendspende

Deutschland 2020 | Anzahl n = 52



Qualität der Zentren

Die Frage nach dem „besten Zentrum“ kann niemand schlüssig beantworten. Es gibt in Deutschland 21 Lebertransplantationszentren. In jedem Bundesland gibt es gute Transplantationsprogramme. Eine Überlegung kann dahin gehen, dass sogenannte „große Zentren“, also solche, in denen viele Lebertransplantationen pro Jahr durchgeführt werden, mehr Erfahrung vorweisen können, auch im Umgang mit den vielfältigen Komplikationen und unterschiedlichen Verläufen vor und nach der LTx und letztendlich so auch bessere Ergebnisse erzielen. Dies ist auch Grundlage für die sogenannte Mindestmengenregelung, nach der jedes LTx-Zentrum mindestens 20 Lebertransplantationen pro Jahr durchführen muss, um als solches tätig sein zu dürfen. In den Berichten des IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) schneiden kleinere Zentren (sogar solche unter 20 LTx pro Jahr) in Bezug auf Sterblichkeit im Krankenhaus, 1- und 2-Jahresüberleben jedoch nicht schlechter ab als mittlere und große Zentren. Das kleine Zentrum muss also nicht unbedingt ein schlechteres Zentrum sein (s. Abb. S. 28).

Die Tätigkeitsberichte der verschiedenen Transplantationszentren können für jedes Organ und Zentrum auf der Homepage der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) eingesehen werden (www.dso.de ▷ Statistiken und Berichte ▷ Berichte der Transplantationszentren).

Individuelle Entscheidung

So bleibt die Wahl des Zentrums eine sehr individuelle. Neben der Größe des Zentrums kann auch ein Kriterium für das wohnortnahe Zentrum sein, dass die Familie durch häufige Besuche eine wichtige Stütze in der stationären, oftmals physisch und psychisch belastenden Phase nach der OP sein kann. Manche Patienten empfinden die Betreuung

in kleineren Zentren als besonders zugewandt und individuell.

Nicht alle Zentren bieten alle Optionen an. Wer sich z.B. für eine – doch eher seltene – Leberlebendspende interessiert, sollte wissen, wo diese in Deutschland durchgeführt wird (s. Abb. oben). Auch das Thema Kinderlebertransplantationen oder Kompetenzzentren für bestimmte seltene Grunderkrankungen der Leber können die Zentrumswahl beeinflussen. Letztendlich bleibt die Wahl des Zentrums auch immer ein Stück weit „Bauchgefühl“. Fühle ich mich gut aufgehoben, habe ich Vertrauen zu den Ärzten, den Pflegenden, der Organisation im Hause?

Wechsel des Zentrums

Im Laufe der Wartezeit oder auch nach der Transplantation kann sich die Notwendigkeit eines Zentrumswechsels z. B. durch einen Umzug ergeben. Aber auch der Umstand, dass sich ein Patient nicht mehr gut betreut und aufgehoben fühlt, kann zum Gedanken an einen Wechsel des Zentrums führen. In diesem Fall empfiehlt es sich meist, zunächst offen mit den behandelnden Ärzten über die bestehenden Probleme und die mögliche Behebung zu sprechen. Verfestigt sich jedoch der Wunsch zum Wechseln, ist dies jedem Patienten in jeder Phase vor und nach der Transplantation möglich. Soll der Wechsel vor der Transplantation stattfinden, bleibt der Wartelistenstatus erhalten und alle bisher zugeteilten MELD-Punkte ebenfalls. Es wird dann bei Eurotransplant nur das transplantierende Zentrum geändert, damit potenzielle Organangebote für diesen Patienten auch wirklich im neuen Zentrum gemeldet werden.

So wie in allen medizinischen Bereichen, können Patienten z. B. auch im Zusammenhang mit Leistungsentscheidungen oder Therapien vor und nach der LTx eine Zweitmeinung bei einem anderen Lebertransplantationszentrum einholen.



Rostock, den 16. November 2020

Sehr geehrter Herr Professor Schareck,

vor 20 Jahren um diese Zeit waren Sie wahrscheinlich mit den Vorbereitungen für eine Lebertransplantation beschäftigt, nämlich für mich, Helga Wenske, während ich bereits im Vorfeld in ein künstliches Koma versetzt worden war, weil nichts mehr ging ...

In der Nacht vom 16. zum 17. November 2000, von etwa 23 Uhr bis zum nächsten Morgen um 7 Uhr, haben Sie und Ihr Operationsteam – ich kenne inzwischen Birgit Pohl recht gut, die Anästhesistin – alles gegeben, um mir mein Leben zu verlängern. Am Abend vor meiner Entlassung aus dem Krankenhaus hatten Sie mir auch noch kurz Schwester Conny vorgestellt, sodass ich zumindest drei Menschen ziemlich konkret im Geiste vor mir habe, die sich acht Stunden lang um mich bemüht haben, mit Erfolg.

Ich bin in diesem Jahr am 1. März 70 Jahre alt geworden, habe in den geschenkten 20 Jahren so viel Schönes erleben dürfen, bin auch jetzt noch sehr aktiv – unterrichte zum Beispiel Migranten in Deutsch, lerne selbst seit vielen Jahren Französisch, treibe Sport und warte sehnsüchtig darauf, wieder ins Kino und ins Theater gehen zu können – und stellen Sie sich vor, Anfang März des nächsten Jahres werden mein Mann und ich noch Großeltern, zum ersten Mal!

Dabei muss ich manchmal daran denken, dass damals im Krankenhaus eine Schwester zu mir sagte, als es mir nicht gleich so gut ging und ich mich wohl sehr ungeduldig zeigte, dass ich mich mal ein bisschen zusammennehmen solle, ich wolle ja schließlich noch meine Enkelkinder kennenlernen – na oder so ähnlich ...

Und wie oft habe ich inzwischen Fernsehsendungen darüber gesehen, in denen gezeigt wurde, wie das Leben eines Menschen gerettet werden konnte, weil ein anderer oder seine Lieben entschieden haben, dass man seine Organe entnehmen darf! Wie weh tut mir das jedes Mal, wenn auch die Angehörigen in ihrem Schmerz gezeigt werden. In der letzten Sendung war der Spender erst 21 Jahre alt!

Ich bin unendlich dankbar für mein zweites Leben – dem Menschen, dem ich die Leber zu verdanken habe, und Ihnen, der sie mir gemeinsam mit Ihren Helfern eingepflanzt hat.

Eines fällt mir noch ein: Vor etwa acht Jahren habe ich im Rathaus vor Menschen sprechen können, die seit Jahren ihr Blut spenden und dafür ausgezeichnet wurden. Mein Mann hatte zuvor eine solche Auszeichnung bekommen, zu der ich mit eingeladen war. Während der Veranstaltung war mir plötzlich bewusst geworden, dass auch diese Personen zu meinen Lebensrettern gehören. Alles Weitere ergab sich dann später. Es tat mir gut, mich einmal ganz konkret bei jemandem bedanken zu können. Und offensichtlich hatte nicht nur ich etwas davon. Nach der Veranstaltung wurde ich mehrfach angesprochen, und eine Frau sagte: Bisher war das Blutspenden immer irgendwie anonym für mich, ab jetzt habe ich ein Gesicht vor mir.

Lieber Herr Schareck, lassen Sie mich Ihnen und allen Ihren Lieben das Wichtigste im Leben wünschen – Gesundheit.

Ihre Helga Wenske

Rostock: 25 Jahre Lebertransplantation

Lebertransplantationen ermöglichen normales Leben/Einziges Transplantationszentrum in Mecklenburg-Vorpommern bietet komplizierte Operation an.



Foto: Universitätsmedizin Rostock

Noch immer miteinander verbunden: das Team des Transplantationszentrums und Patient Riccardo Böttcher: (v.l.) PD Dr. Sebastian Hinz, Dr. Martin Philipp, Oberarzt in der Gastroenterologie, Transplantationskoordinatorin Ramona Heiden, Prof. Wolfgang Schareck, Prof. Clemens Schafmayer, Patient Riccardo Böttcher, Prof. Georg Lamprecht

Vor 25 Jahren, am 8. März 1996, bekam Riccardo Böttcher auf der Intensivstation die erlösende Nachricht: „Wir haben eine Spenderleber für Sie!“ Dann musste alles ganz schnell gehen: Auf die Verlegung in die Chirurgie der Universitätsmedizin Rostock folgte die Operation. Das Team um Prof. Dr. Ulrich Hopt und Prof. Dr. Wolfgang Schareck, damals verantwortlich für die Lebertransplantation in der Chirurgie der Universitätsmedizin, führte die erste Operation dieser Art in Rostock durch. Die Transplantation im Jahr 1996 war ein Meilenstein. Inzwischen sind an der Unimedizin 200 Lebern transplantiert worden. Der damalige erste Patient Riccardo Böttcher hat immer noch dieselbe Leber, ist berufstätig und hat eine gute Lebensqualität.

„Wir sind als einziges Transplantationszentrum in Mecklenburg-Vorpommern auf solche umfangreichen und komplizierten Eingriffe spezialisiert, die schwerkranken Menschen wieder ein normales Leben ermöglichen“, sagt Prof. Dr. Clemens Schafmayer, Direktor der Abteilung für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie. Behandelt werden auf diese Weise die akute Leberzirrhose, Fehlbildungen, Stoffwechselstörungen oder akuter Leberausfall etwa nach Vergiftungen. Seit einigen Jahren wird auch Leberkrebs mit einer Transplantation therapiert, wenn er sich auf die Leber begrenzt. Diese Behandlung besteht ebenfalls an der Unimedizin Rostock als einzigem zertifiziertem Leberkrebszentrum in Mecklenburg-Vorpommern.

Seit 2020 wird das Lebertransplantationsprogramm von PD Dr. Sebastian Hinz von der Abteilung für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie geleitet. „Die guten Ergebnisse, die wir in Rostock für unsere Patienten erreichen, beruhen auf der engen interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Klinik für Gastroenterologie unter der Leitung von Prof. Georg Lamprecht“, verdeutlicht Transplanteur Hinz den übergreifenden Austausch der Experten.

„Jede Leber, die wir transplantieren, ist eine neue Lebenschance für den Patienten und damit etwas wirklich Einzigartiges“, so Schafmayer.

Quelle: PM der Universitätsmedizin Rostock v. 8.3.2021

Frankfurt/Main: Wechsel an der Lebertransplantations-Ambulanz

Dennis Phillips

Neuer Co-Leiter der Lebertransplantationsambulanz und Koordinierender Oberarzt des Universitären Leberzentrums ist **Prof. Dr. med. Jonel Trebicka**. Als Leiter des TIPS-Programms und der Sektion translationale Hepatologie war Prof. Trebicka vorher die Schnittstelle zwischen klinischer Versorgung und der experimentellen Therapien und verbindet die Grundlagenforschung mit der praktischen klinischen Anwendung. Die Priorität der Sektion liegt in der Entwicklung neuartiger Behandlungsmethoden, um die Sterberate der Patienten mit Leberzirrhose maßgeblich zu verringern.

Prof. Trebicka verfasste über 270 Publikationen. Er arbeitet seit 2020 als Associate Editor für das „Journal of Hepatology“, wo er seit 2015 Mitglied des Vorstands ist. Als Experte bei nationalen und internationalen Tagungen und Konferenzen ist er sehr aktiv. Prof. Trebicka ist auch Research Koordinator in der European Foundation for Study of Chronic Liver Failure (EFCLIF) in Barcelona, Spanien.

Sein Vorgänger und langjähriger Leiter der Leberambulanz in Frankfurt, Professor Dr. Martin-Walter Welker, wurde zum 1. April 2021 neuer Chefarzt der Kli-



nik für Innere Medizin und Gastroenterologie der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg am Standort Groß-Umstadt. Lebertransplantierte Deutschland e.V. hat sich bei Prof. Welker für die lange und gute Zusammenarbeit bedankt, besonders für die Patientencafés in der Uniklinik Frankfurt, an denen Prof. Welker regelmä-

ßig teilgenommen hat. Im Namen unseres Verbands wünschen wir ihm alles Gute für seine Zukunft.

Quelle: Universitätsklinikum Frankfurt, Zentrum für Innere Medizin

Foto: Universitätsklinikum Frankfurt

Hamburg: Corona und Transplantation

Gut besuchtes Online-Seminar des Transplantationszentrums UKE

Jutta Riemer

Die Pandemie eröffnet neue Wege der Patienteninformation. So hatten verschiedene Zentren (Essen, Hannover, Regensburg, Hamburg) zu Online-Seminaren für Transplantationsbetroffene eingeladen. Dass diese Form der Information sehr gut angenommen wurde, zeigen die Besucherzahlen. Bei allen Seminaren lagen diese bei 350–500. Natürlich fehlt uns allen der persönliche Kontakt. Die Online-Seminare bieten aber auch die Möglichkeit für diejenigen teilzunehmen, denen das bei einer Präsenzveranstaltung nicht so leicht möglich wäre, z.B. aufgrund von Gehbehinderungen, Alter oder weit entferntem Wohnort.

Ich berichte heute über einige Vorträge beim Hamburger Seminar vom 16.3.2021. Ausgewiesene Experten haben dort über SARS-CoV-2 informiert.

Wie gefährlich ist SARS-CoV-2 nach Transplantation?

PD Dr. Markus J. Barten stellte in seinem Vortrag einen Risiko-Kalkulator vor, in dem Faktoren, die einen ungünstigen Verlauf der Covid-Erkrankung erwarten lassen, bewertet und zusammengestellt werden. Der Kalkulator zeigt bisher eine Genauigkeit von 88 %. Weitere Daten werden ihn voraussichtlich verbessern. Wissen die Behandler schon bei der stationären Aufnahme um das voraussichtliche individuelle Risiko eines Patienten, schwer oder sehr schwer zu erkranken, können notwendige Therapien zeitnah eingesetzt werden.

Wie verlaufen Covid-19-Erkrankungen nach Organtransplantation im Vergleich zur „Normalbevölkerung“? Diese Frage interessierte besonders. In verschiedenen internationalen Studien wurden Patienten mit Durchschnittsalter von 51–70 Jahren und 3–6 Jahre nach Tx beobachtet. Die häufigsten Symptome (Fieber, Husten, Diarrhoe) waren vergleichbar mit denen in der Normalbevölkerung. Bei Transplantierten konnte aber eine erhöhte Rate an Aufnahmen ins Krankenhaus festgestellt werden, was auch mit einer erhöhten Vorsicht bei dieser Patientengruppe begründet sein kann. Die Verläufe zeigten bei Transplantierten dann eher einen schweren Verlauf, wenn mindestens ein weiterer Risikofaktor dazu kam (z.B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, schwere Nierenfunktionsstörung). Die Sterblichkeitsrate lag in den meisten

Studien bei 18–30 %. D.h. Organtransplantierte haben ein leicht erhöhtes Sterberisiko. Höheres Alter, Lungen- oder Herzerkrankungen, erhöhte Entzündungswerte, lange Beatmungszeiten sind auch bei Transplantierten besondere Risikofaktoren. Aussagen über Long-Covid bei Organtransplantierten gibt es bisher nicht.

Welche Impfstoffe wirken gegen SARS-CoV-2?

Prof. Dr. Marylyn Addo gab einen Überblick über die Impfstoffentwicklung gegen SARS-CoV-2 im letzten Jahr bis Mitte März 2021. Neben den bisher für die EU zugelassenen und eingesetzten Impfstoffen sind noch über 100 weitere in verschiedenen Phasen der Forschung und Studien, manche auch kurz vor der entsprechenden Zulassung, sodass sich das Spektrum der möglichen Präparate erweitern wird. Wirkprinzip, häufigste Impfreaktionen und Wirksamkeit von Vector-basierten und m-RNA-Impfstoffen wurden gegenübergestellt. Beide Impfstoffe seien geeignet und sicher. Weitere Informationen bietet die Website des Robert-Koch-Instituts (www.rki.de). So z.B. die Faktenblätter zu den Impfungen mit Vektor- und m-RNA-Impfstoffen sowie den Hinweis zur Impf-APP des RKI.

Soll ich mich als Transplantierte/r gegen SARS-CoV-2 impfen lassen?

Prof. Dr. Martina Sterneck, Leiterin der Lebertransplantationsambulanz, erläuterte anschaulich und gut verständlich die

Wirkung von Impfungen. So werden bei der Corona-Impfung – abhängig von der Art des Impfstoffes – geschwächte oder „getötete“ Viren, nicht vermehrungsfähige Virusteile, Erbinformationen, die zur Produktion von Virusteilen anregen, und „Vektoren“, die Teile der Erbinformation des Virus transportieren, eingesetzt. Die Virusbestandteile docken an den Zellen an, sorgen so für die Bildung von Immunzellen gegen solche Virusbestandteile (die dann im Falle einer Infektion auch gegen ganze Viren wirken), vermehren sich aber nicht selbstständig. Die verimpfte m-RNA (Erbgutteil des Virus) veranlasst Fresszellen des Immunsystems zur Vervielfachung dieser Information und vielfache Bildung von spezifischen Viruspartikeln. Diese Viruspartikel (z.B. sog. Spikes des Coronaviruses) werden durch bestimmte Zellen (T-Helfer-Zellen) an der Oberfläche präsentiert.

Diese

1. regen die B-Zellen zur **Antikörperbildung** an. Viele Antikörper können dann Viren miteinander „ verklumpen “ und so für den Körper unschädlich machen. Es entstehen auch B-Gedächtniszellen, die im Falle einer Infektion rasch mit der Antikörperproduktion beginnen können,

2. veranlassen T-Killer-Zellen über Botenstoffe die Eliminierung bereits infizierter Körperzellen (**Zelluläre Immunantwort**).

So ist der Körper im optimalen Fall gegen eine Erkrankung geschützt. Die Konzentration der Antikörper kann im Blut gemessen werden. Hier gibt es aber immer noch Unklarheiten und Fehlerquellen: Antikörper verhindern nicht die Zellinfektion, es ist letztendlich noch nicht bekannt, wie viele Antikörper zur Verhinderung einer Infektion ausreichen und man weiß auch noch nicht genau, wie lange Antikörper vorhanden sind.

Das Zentrum Hamburg wie auch die relevanten Fachgesellschaften empfehlen allen Transplantationspatienten, sich impfen zu lassen. Auch wenn bis jetzt nicht klar ist, wie wirksam die Impfung unter Immunsuppression oder mit schwerer Leberzirrhose ausfällt. Das Ziel der Impfung ist in jedem Fall die Reduktion der schweren bis tödlichen Krankheitsverläufe.

Eine Zusammenfassung des ebenfalls im Rahmen dieses Seminars gehaltenen Vortrags „Psychisch gesund durch die Corona Pandemie“ finden Sie auf der Seite 50.



Schutzwirkung durch Corona-Impfung bei Transplantierten?

Eine Studie an der Medizinischen Hochschule Hannover soll Klarheit schaffen.
PD Dr. med. Richard Taubert hat Fragen dazu beantwortet.

PD Dr. med. Richard Taubert (MD)
Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie
Medizinische Hochschule Hannover

Lebertransplantierte können 2 Wochen nach der 2. Corona-Impfung Blut in der MHH untersuchen lassen. Was ist da der Hintergrund?

Der Hintergrund ist die Frage, ob die Immunsuppression nach Transplantation die Schutzwirkung der Impfung beeinträchtigt, wie es von den meisten Impfungen bekannt ist. Diese Beeinträchtigung spricht ausdrücklich nicht gegen eine Impfung. Es geht darum zu klären, ob ggf. mehr Wiederholungsimpfungen bzw. höhere Impfdosen benutzt werden müssen, wie es von anderen Impfungen bekannt ist.

Die Gastroenterologie der MHH will sich dahingehend an der internationalen Cobalt-Studie der European Foundation for the Study of Chronic Liver Failure beteiligen, in deren Rahmen die Impfantwort bei Patienten mit Leberzirrhose, nach Transplantation und autoimmunen Leber-

erkrankungen untersucht werden soll. Dabei soll v.a. die Antikörperbildung ca. 7 Wochen nach der zweiten Impfung untersucht werden. Mehr können wir dazu sagen, wenn die ganzen Formalitäten erledigt sind (unterschiedene Forschungsverträge, Genehmigung der Ethikkommission und des Datenschutzes etc.). Solche Studien haben eine höhere Aussagekraft als Studien mit geringer Fallzahl von nur einem Zentrum.

Erfahren die Patienten das Ergebnis und die Einschätzung?

Wir können in der MHH auch die zelluläre Immunreaktion gegen Bestandteile des SARS-Cov2-Virus in der Transfusionsmedizin messen lassen, um abzuschätzen, ob das Immunsystem gegen die Virusbestandteile der Impfung reagiert. Dies kann auch aus eingeschickten Blutproben erfolgen. Dies ist aber kein klinisch standardisiertes Routineverfahren. Sollte Interesse daran bestehen, kann Kontakt zu „allocell@mh-hannover.de“ aufgenommen werden. Eine klare Einschätzung, ob ein Schutz nach einer Impfung besteht, ist aber nicht anhand eines

Messwertes zu einem Zeitpunkt möglich.

Können nur MHH-Patienten teilnehmen?

Wir schließen nur die bei uns betreuten Patientinnen und Patienten in Forschungsstudien ein.

Zeichnen sich schon Zwischenergebnisse ab?

Bisher kenne ich nur eine vorläufige Auswertung nach einer von zwei Impfungen mit den beiden mRNA-Impfstoffen von Biontec/Pfizer und Moderna (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2777685>). Dabei zeigt nach Transplantation nur eine Minderheit der Patienten Antikörper gegen die Virusbestandteile, gegen die die Impfung gerichtet ist. Ebenfalls scheint die Einnahme von Antimetaboliten (bspw. Cellcept, Myfortic, Azathioprin) und höheres Alter mit einer geringeren Antikörperbildung einherzugehen. Dies ist aber nur eine Zwischenauswertung, da beide Impfstoffe ja zwei Mal geimpft werden.

Die Fragen stellte Jutta Riemer

Online-Veranstaltung: Corona-Impfung nach Organtransplantation

Wie wirkt sich eine Impfung auf den Therapieverlauf bei Organtransplantierten aus?

Gerd Böckmann

Zu diesem Thema hat die Stiftung Über Leben, die in Essen beheimatet ist, bereits am 2.2.2021 eine Online-Veranstaltung mit Experten der Universitätsmedizin Essen und der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf veranstaltet. Organtransplantierte hatten die Gelegenheit, ihre Fragen an die Experten aus der Transplantationsmedizin, Infektiologie und Virologie sowie Nephrologie zu stellen.

Für Antworten, die zum aktuellen Forschungs- und Kenntnisstand gegeben werden konnten, standen folgende Professorinnen und Professoren mit ihrer medizinischen Expertise zur Verfügung:

Prof. Dr. Oliver Witzke, Direktor der Klinik für Infektiologie der Universitätsmedizin Essen

Prof. Dr. Ulf Dittmer, Direktor des Instituts für Virologie der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen



Prof. Dr. Katrin Ivens, Oberärztin der Klinik für Nephrologie des Universitätsklinikums Düsseldorf

Prof. Dr. Arzu Oezcelik, Oberärztin der Viszeralen Transplantationschirurgie der Universitätsmedizin Essen

Bevor die Fragen gestellt wurden, zeigte **Dr. Katharina Willuweit**, die Leitende Oberärztin der Lebertransplantationsambulanz in Essen, in einer Live-Schaltung den Anmelde- und Wartebereich des Medizinischen Zentrums und erläuterte die getroffenen Maßnahmen zum Infektionsschutz in diesem Bereich und den Ablauf einer Anmeldung zur Untersuchung unter Pandemiebedingungen.

Moderiert wurden die Fragen, die per Telefonanruf oder Chat gestellt wurden, durch **Dr. Jorit Ness**, dem Leiter der Stiftung Über Leben. Über 300 Teilnehmer verfolgten die Veranstaltung am Bildschirm. Keine Frage blieb unbeantwortet, lediglich das zu diesem Zeitpunkt noch sehr eingeschränkte Impfstoffangebot und die daraus resultierende erst sehr kurzfristige Erfahrung mit den Impfungen ließ einige Punkte offen. Klar wurde aber allen Organtransplantierten, dass die Impfung sinnvoll ist. Allerdings wurde von den Ärzten vermutet, dass der Impfschutz unter Immunsuppression reduziert sein könnte.

Zum Abschluss wurde noch am Beispiel des Bundesverbandes der Organtransplantierten (BDO) die Arbeit der Selbsthilfverbände vorgestellt, die über ihre Kanäle ebenfalls über die Impfungen informieren.

Auf der Homepage der Stiftung Über Leben konnte die Veranstaltung auch im Nachhinein noch angesehen werden.

<https://www.ueber-leben.de/corona-impfung-nach-organtransplantation/>

Organspende-Zahlen: 1. Quartal 2021

Dennis Phillips

Laut Bericht der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) gab es im ersten Quartal 2021 4,2 Prozent weniger Organspender als von Januar bis März bundesweit ein Jahr vorher. Die Zahl der gespendeten Organe ging um 2,9 Prozent zurück im Vergleich zum gleichen Zeitpunkt des Vorjahres.

In ihrem Jahresbericht 2020 berichtet die DSO: „Das enorme Engagement des ärztlichen und pflegerischen Personals auf den Intensivstationen“ ist der Grund, warum „... die Organspende unter dem Einfluss der COVID-19-Pandemie hierzulande relativ uneingeschränkt fortgeführt werden konnte.“

Der Rückgang in Deutschland war verhältnismäßig klein in Vergleich mit andere EU-Ländern – nur diese haben immer noch viel mehr Organspender als Deutschland.

Die Zahl der postmortal gespendeten Organe war auch geringer als von Januar bis März 2020: 778 Organe (2020 waren es 801 Organe, s. Tabelle). 203 Lebern wurden in Deutschland gespendet. Das bedeutet ein Minus von 4,2 Prozent im Vergleich zum ersten Quartal 2020.

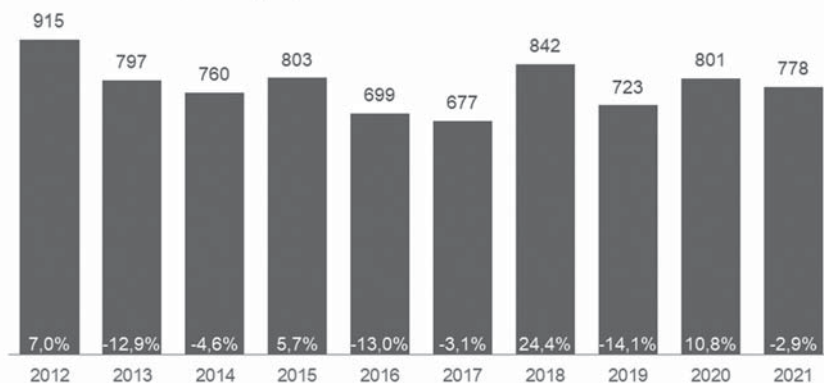
Dank des Eurotransplant-Verbunds (8 Länder inkl. Deutschland) wurden aber tatsächlich 794 Organe in Deutschland transplantiert, 1,2 Prozent weniger als im ersten Quartal des letzten Jahres. Davon wurden 212 Lebern transplantiert, 5,4 Prozent weniger als von Januar-März des Vorjahrs. Das sind neun Lebern mehr, als hier gespendet wurden. Durchschnittlich waren das 2,3 Lebertransplantierte pro Kalendertag im ersten Quartal 2021.

Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation, Januar–März 2021

Postmortal gespendete Organe in Deutschland

Prozentuale Veränderung zum Vorjahr | Januar bis März

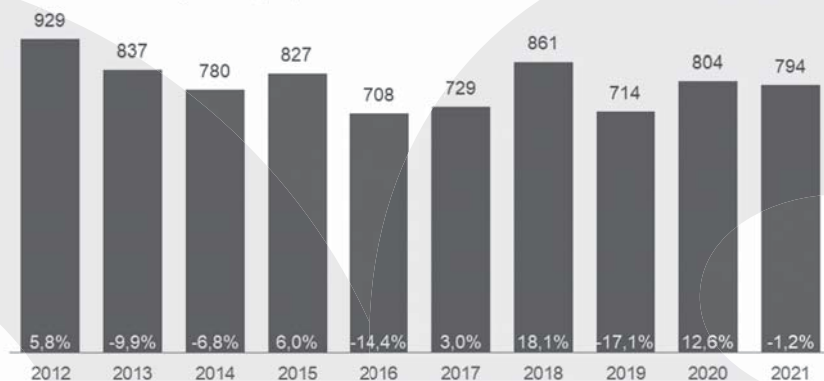
DSO



Transplantierte Organe in Deutschland (pm Spende)

Prozentuale Veränderung zum Vorjahr | Januar bis März

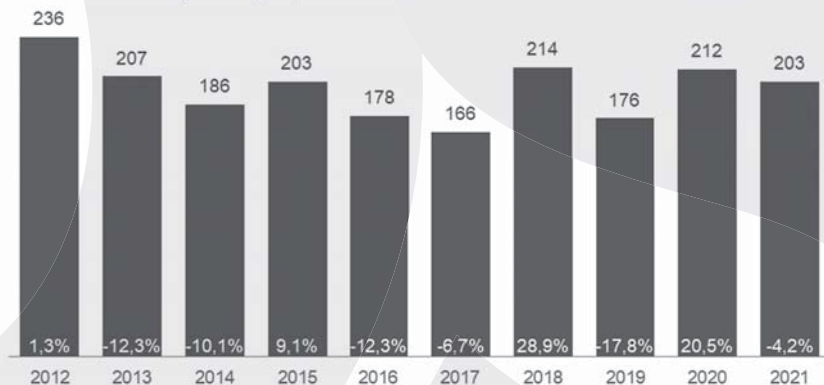
DSO



Postmortal gespendete Lebern in Deutschland

Prozentuale Veränderung zum Vorjahr | Januar bis März

DSO



Transplantierte Lebern in Deutschland (pm Spende)

Prozentuale Veränderung zum Vorjahr | Januar bis März

DSO



Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) veröffentlicht Jahresbericht 2020 COVID-19-Pandemie und die Auswirkungen auf die Organspende und Transplantation als Sonderthema

Der Jahresbericht „Organspende und Transplantation in Deutschland 2020“ ist erschienen und kann auf www.dso.de in bekannter gedruckter Form bestellt oder als PDF-Version heruntergeladen werden. In dem Bericht sind die maßgeblichen Statistiken für das vergangene Jahr zusammengefasst und in Grafiken dargestellt. Die Daten beziehen sich sowohl auf bundesweite als auch regionale Entwicklungen. Zudem bietet die Publikation einen Überblick der Organisationen, die an der Gemeinschaftsaufgabe Organspende beteiligt sind und beschreibt die gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen.

Auf einzelne Themen geht der Jahresbericht ausführlicher ein. Das sind z. B. das Sonderthema Organspende und Transplantation während der COVID-19-Pandemie, Qualitätssicherung und die Richtlinie Spendererkennung der Bundesärztekammer (s. Seite 2).

Der Jahresbericht 2020 steht als Download auf der Homepage der DSO (www.dso.de) bereit. Ebenso können einzelne Grafiken zur Organspende und Transplantation heruntergeladen werden (2020 und die ersten Monate 2021). Im Folgenden einige Beispiele dazu. Zudem kann der Jahresbericht in Papierform kostenlos bestellt werden beim Infotelefon Organspende: 0800 90 40400, per E-Mail: infotelefon@organspende.de

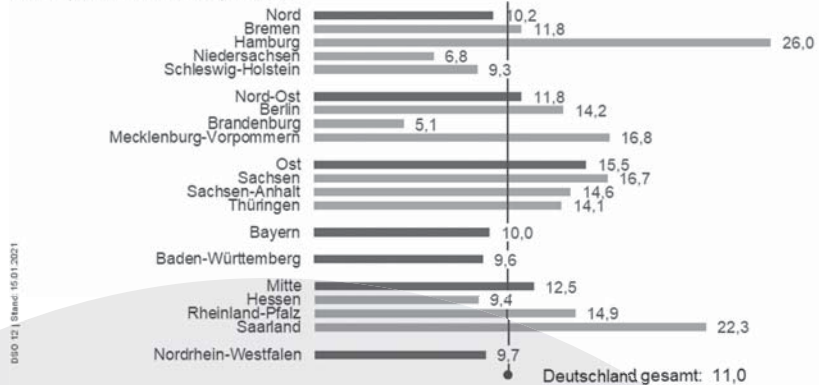
Quelle: PM der DSO v. 13.4.2021



Organspender pro Region und Bundesland 2020

DSO

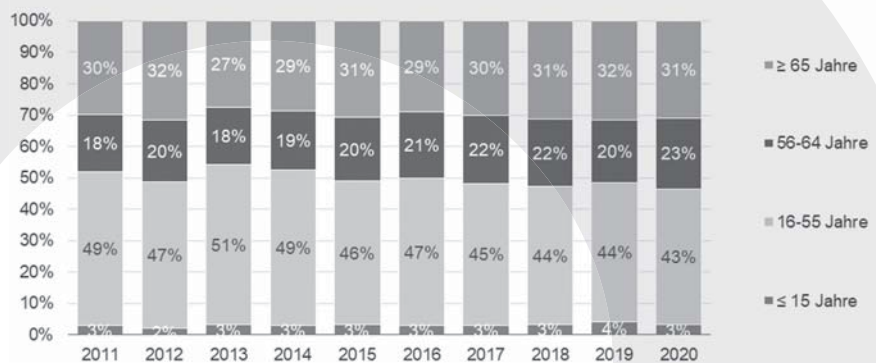
Anzahl pro Mio. Einwohner | n = 913



Alter der Organspender in Deutschland

DSO

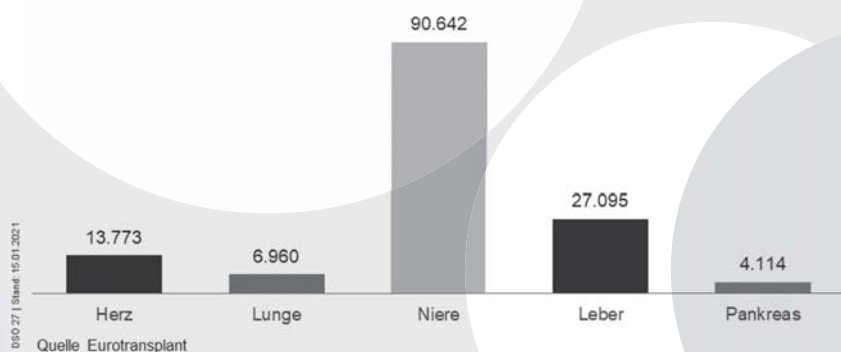
Prozentualer Anteil



Organtransplantationen seit 1963

DSO

Deutschland | Anzahl n = 142.584



Potenzial der Organspende in Deutschland höher als bisher angenommen

Erste Erkenntnisse aus der bundesweiten Todesfallanalyse zeigen, dass eine krankenhausindividuelle Optimierung der Abläufe eine große Chance für die Organspende darstellt.

Im EU-weiten Vergleich bildet Deutschland seit Jahren eines der Schlusslichter bei der Organspende. Die Platzierung auf der Abbildung (Organspender pro Mio. EW) spricht für sich.

Auswertung der Daten aus der Todesfallanalyse

Dass auch hierzulande mehr Organspenden möglich sind, haben bereits verschiedene, teils auch regional angelegte Studien gezeigt, an denen sich einzelne Krankenhäuser mit Daten aus ihren Todesfallanalysen beteiligt haben. Daraus wurden Empfehlungen abgeleitet, die mit in das „Zweite Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende“ vom 1. April 2019 eingeflossen sind. Seitdem sind die bundesweit rund 1.200 Entnahmekrankenhäuser dazu verpflichtet, alle Todesfälle mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung zu erfassen und die Gründe zu analysieren, die eine Organspende verhindert haben. Übermittelt werden diese anonymisierten Daten an die Koordinierungsstelle, die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), die den Kliniken dafür das webbasierte Tool Transplant-Check zur Verfügung stellt. Die ersten Ergebnisse dieser Todesfallanalyse wurden auf dem digitalen DSO-Jahreskongress vom 3. bis 5. November 2020 vorgestellt. Dr. med. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der DSO, wertet die Resultate nicht nur als eine Potenzialanalyse der

möglichen Organspender in Deutschland: „Ich sehe hier vielmehr die große Chance, die Abläufe in den Kliniken ganz gezielt und individuell weiter zu optimieren. Das bedeutet, dass wir als DSO unsere Unterstützungsangebote für die Krankenhäuser maßgeschneidert und damit effektiver umsetzen und anbieten können.“ Zum Stichtag der Analyse, dem 12. Oktober 2020, lagen von 95 Prozent der insgesamt 1.219 Entnahmekrankenhäuser entsprechende Daten vor. Somit konnten 63.650 Todesfälle aus 1.158 Entnahmekrankenhäusern untersucht werden.

Das Ergebnis: Verdopplung der Organspenden in Deutschland durch optimierte Abläufe in den Krankenhäusern möglich!

In einem ersten Schritt wurden die Fälle mit einer klar indizierten Kontraindikation gegen eine Organspende und diejenigen ohne maschinelle Beatmung herausgefiltert. Bei den verbleibenden 24.106 Fällen wurden stufenweise u. a. diejenigen aus der Analyse entfernt, die keine relevante Hirnschädigung aufwiesen und daher kein Hirntod zu erwarten war sowie bei denen weitere Gründe vorlagen, wie z. B. eine medizinische Kontraindikation, Herz-Kreislaufstillstand, ausbleibende Hirnstammreflexe oder ein Widerspruch zur Organspende. Damit verblieben 3.692 Verstorbene, deren irreversibler Hirnfunktionsausfall in 48–72 Stunden möglicherweise zu erwarten war, d. h. bei ihnen bestand eine relevante Option auf eine Organspende:

– In 36 Prozent dieser Fälle erlaubte die Patientenverfügung keine Therapie-

– Bei weiteren 2.075 Fällen wurde eine Therapielimitierung eingeleitet, ohne einen etwaigen Organspendewunsch zu eruieren. Legt man die statistischen Erfahrungswerte zugrunde, dass in 14 Prozent der Fälle der irreversible Hirnfunktionsausfall (IHA) nicht feststellbar ist, eine Ablehnungsrate von 35 Prozent angenommen wird und in 11 Prozent unerwartete medizinische Kontraindikationen auftreten, würden immer noch 830 zusätzliche Organspender verbleiben.

– Bei den restlichen 290 Fällen wurde keine Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls eingeleitet. Statistisch gesehen spenden 68 Prozent der Verstorbenen nach IHA-Feststellung ihre Organe. Somit wären dies 197 zusätzliche Organspender mehr gewesen.

Fazit der Analyse:

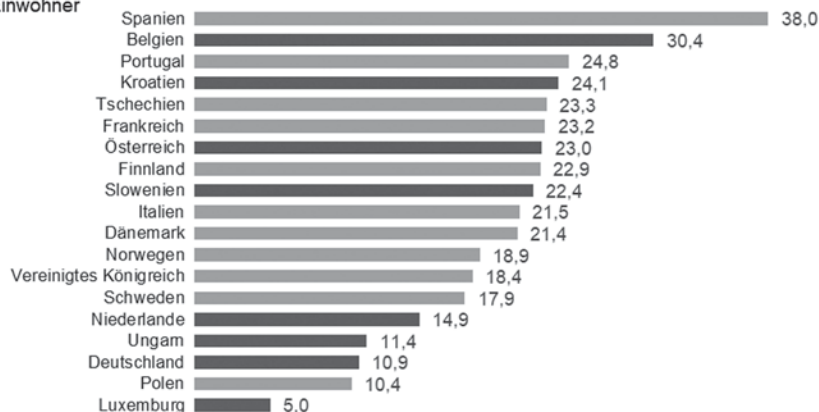
Mit 932 realisierten Organspendern in 2019 und geschätzten 1.027 weiteren Organspendern hätte Deutschland nach dieser Hochrechnung einen EU-weit vergleichbaren Anteil von 23,6 Organspendern pro Million Einwohner erreicht. Diese statistischen Auswertungen zeigen erneut, dass es in Deutschland durchaus ein höheres Spendenpotenzial gibt als bisher angenommen. Entscheidender ist jedoch primär, dass auf diesem Wege retrospektiv an konkreten Fallbeispielen das Verbesserungspotenzial in den einzelnen Kliniken identifiziert und entsprechend aufgearbeitet werden kann, um die Abläufe weiter zu optimieren. Die DSO bewertet dies als zukunftsweisende Option, aus den ermittelten Daten sowohl allgemeine als auch krankenhausindividuelle Unterstützungsangebote abzuleiten.

Quelle: PM der DSO vom 3.11.2020

Postmortale Organspender 2020 | Europäischer Vergleich

DSO

Anzahl pro Mio. Einwohner



● Eurotransplant-Mitgliedstaaten

Quelle: GODT, Newsletter Transplant (Preliminary Numbers 2020)

Tag der Organspende

Zentrale virtuelle Veranstaltung

Gerd Böckmann

#ENTSCHEIDEDICH. Unter diesem Motto stand der diesjährige Tag der Organspende. Dieser Hashtag führte auch zu den Aktionen in den sozialen Medien.

Am 5. Juni 2021 wurde der Tag der Organspende bundesweit nach 2020 zum 2. Mal virtuell ausgerichtet. Die Coronapandemie ließ die Planung einer zentralen Präsenzveranstaltung nicht zu. Das Vorbereitungsteam, bestehend aus VertreterInnen vieler Organisationen – auch Lebertransplantierte Deutschland war wieder dabei – bereitete nicht nur eine Homepage mit diversen Interaktionsmöglichkeiten vor, sondern auch einen moderierten Teil mit Live-Interviews sowie Video-Einspielungen auf Sendung per Internet. Die Moderatorin Alina Stiegler führte fachkundig und einfühlsam durch die drei Themenblöcke des Programms.

„Danke für Deine Entscheidung“. Ein Grußwort des Bundesministers für Gesundheit Jens Spahn bildete den Auftakt. Ein Interview mit ihm, das von Sandra Zumpfe vom BDO geführt wurde, schloss sich an. Weitere Gesprächsrunden mit Betroffenen folgten, den Abschluss bildete ein Gespräch mit Dieter Kemmerling und ein Musikvideo seiner Band „Dandys“.

„Der Weg zur Entscheidung“. Der zweite Block startete mit einem Dankesbrief einer Transplantierten. Hier trug Jutta Riemer, Vorsitzende von Lebertransplantierte Deutschland, einen Brief vor, den sie anlässlich des Tages der Organspende für „ihre“ Spenderfamilie verfasst, aber allen Organspendern und deren Angehörigen gewidmet hatte. Bewegend war die Geschichte von Brigitte Herzog vom Netzwerk Spenderfamilien, die Geschichte ihrer Tochter Marlene, die während ihrer Ausbildung zur Krankenpflegerin tödlich verunglückte und durch ihre Bereitschaft zur Organspende mehreren Menschen ein neues Leben schenkte. Ein Musikvideo der Band Laing, „Vielleicht schon morgen“, deren Leadsängerin und Texterin Nicola Rost auch für ein Gespräch zur Verfügung stand, bildete das Ende dieses Abschnitts.

„Nur die Entscheidung zählt“. Im dritten Teil kam die Wartepatientin Sina Jürgensen zu Wort. Sie wartet seit einem Organversagen vor 8 Jahren an der Dialyse auf eine Spenderniere. Ein Ausschnitt aus der Videoansprache von Pater Klaus Schäfer, der als Krankenhausseelsorger tätig ist, war zu sehen. Für ihn ist Organspende ein Akt gelebter christlicher Nächstenliebe über den eigenen Tod hinaus. Auch der dritte Teil wurde musikalisch beendet. Markus Okuesa (OQmanSolo)



wurde interviewt und anschließend wurde ein Video seines Songs „Herz zu verschenken“ gezeigt.

Alle Livestream-Beiträge und eingespielten Videos, auch das von Pater Schäfer, sind auf der Homepage zum Tag der Organspende anzusehen: tagderorganspende.de

In Chats konnten sich die Zuschauer mit Betroffenen und Experten zu verschiedenen Themen rund um die Organ- und Gewebespende austauschen und Fragen stellen.

„Die Geschenkten Lebensjahre“ – bei dieser wichtigen Aktion kann jeder Transplantierte sein Foto und sein Transplantationsdatum auf der Website www.tagderorganspende.de hochladen. Automatisch werden die Jahre seit der Transplantation aus- und hinzugerechnet. Jeder kann noch mitmachen, denn die Aktion läuft auch nach dem Tag ständig weiter und wir sind alle gespannt auf die Zahl am Tag der Organspende 2022.

Auch auf **Facebook** und **Instagram** war der Tag der Organspende präsent. Durch einen Facebook Profilrahmen wurde das Datum in den Facebookgruppen vieler Transplantierten und darüber hinaus bekannt.

Auf Instagram wurde in einer Challenge gebeten, ein Video zum Thema „Entscheide Dich“ zu drehen und einzustellen und zum Schluss auf die Entscheidung für die Organspende hinzuweisen. Der Kreativität der Instagram-Nutzer waren keine Grenzen gesetzt und so sind viele Entscheidungen des täglichen Lebens in kurzweiligen Videos umgesetzt worden.

Mit „E-Cards“ konnten über Facebook und WhatsApp kurze Botschaften versendet werden.

In der Aktion 1000 wurden 1000 Gründe gesucht, einen Organspendeausweis zu tragen.

Aktionen in den Regionen

Das Gesundheitsdezernat des Landratsamtes Ludwigsburg hat mit dem seit 27 Jahren lebertransplantierten Josef Theiss, einer jungen Mutter und ihrem Kind, dem sie einen Teil ihrer Leber gespendet hat, einen Film gedreht. Dieser kann über die Homepage lebertransplantation.eu angesehen werden.

Das Netzwerk Organspende NRW hat an verschiedenen Orten in NRW Leinen mit Organspendeausweisen zur Selbstbedienung und Infomaterial aufgehängt, eine Aktion, an der sich auch Mitglieder von Lebertransplantierte Deutschland beteiligt haben.



Nicht nur gruselig, sondern erschreckend – Tatort „Unten“ skandalisiert Organspende

Alexander Brick

Wer die erfolgreiche Krimiserie Tatort schaut, erwartet gruselige Unterhaltung fiktiven Formates vor dennoch realistischer Kulisse. Diese Erwartung hat der Tatort „Unten“ aus Wien, gezeigt im Dezember 2020 in der ARD, erfüllt. Wohlwissend, dass die Geschichten nicht der Realität entsprechen, waren viele Mitglieder unseres Verbandes erschüttert über die Geschichte, die dort erzählt wurde. Menschen in prekärer Lebenssituation wurden getötet, um deren Organe zu entnehmen – illegaler Organhandel.

Für uns als Verband und für viele Menschen, die in größter Sorge auf ein lebensrettendes Organ warten, durfte dieser Film nicht unkommentiert bleiben. Daher haben wir sowohl an den ORF als produ-



zierende Sendeanstalt als auch an die ARD als in Deutschland zuständige Sendeanstalt geschrieben und unser Unverständnis über die Sendung zum Ausdruck gebracht. Trotz starken Engagements in der Aufklärung über die Organspende hegen manche Menschen weiterhin große Vorbehalte gegenüber dieser Therapie. Unbenommen der freien Entscheidung für oder gegen die Organspende sollte diese aber auf Fakten beruhen. Eine Sendung im öffentlich-rechtlichen Rundfunk, die die Fakten ignoriert und die Unterhaltung

mit Gruseleffekt in den Fokus stellt, ist für uns nur schwer zu akzeptieren. In unserem Schreiben an die Sendeanstalten haben wir deshalb neben einer Aufklärung über die offensichtlichen Falschdarstellungen der Organentnahme und Organübertragung auch an die Verantwortung der Sender appelliert, die diese tragen.

Erfreulicherweise hat die ARD Degeto Film GmbH als redaktionell verantwortliche Anstalt uns geantwortet. Auch wenn sie einige unserer Kritikpunkte nicht teilt, konnten wir dennoch erreichen, dass die Redaktion sich künftig kritischer mit den zu zeigenden Inhalten auseinandersetzen will. Wir hoffen, dass es dies nicht nur Worthülsen waren, denn das Vertrauen der Bevölkerung in die Organspende ist der Grundpfeiler für Transplantationen, auf die in Deutschland noch immer viel zu viele Menschen, teilweise vergebens, warten.

Foto: Marco Verch auf flickr.com (Ausschnitt bearbeitet)

Einladung zum Onlineseminar der Initiative „Aufklärung Organspende München“



Peter Schlauderer

Am 24. Januar 2021 war Peter Schlauderer, Koordinator LD e.V. Ostbayern, zum wiederholten Male bei der Studierendeninitiative „Aufklärung Organspende München“ unter der Leitung von Michael Pascher eingeladen, um als einer von vier Gastrednern seine Geschichte und Erfahrungen zu seinen Organtransplantationen zu erzählen.

Weitere Gäste waren eine herz- und nierentransplantierte Dame, ein junger herztransplantierte Mann und eine Frau, deren Vater seine Organe nach einem plötzlichen Schlaganfall spendete (siehe weiterer Bericht von Afra Wollein S. 56).

Das Wahlfach „Grundlagen der Organspende“ ist ein (Pflicht-)Wahlfach im Rahmen der ersten vier Semester des Medizinstudiums, d.h. bis zum vierten Semester muss jeder Studierende mindestens eines seiner Wahl besucht haben. Dieses Mal haben 21 Studierende aus dem dritten Semester teilgenommen. Es wird jedes Semester und jetzt schon das dritte Jahr in Folge angeboten und geht immer über ein Wochenende.

Der Samstag-Vormittag besteht aus Seminaren zu den Themen:

- Neuroanatomische und neurophysiologische Grundlagen
- Hirntoddiagnostik
- Spendereignung, Ablauf der Transplantation, DSO, Eurotransplant

Der Samstag-Nachmittag beinhaltet:

- Ein Teaching am Patientenbett durch einen erfahrenen Neurologen auf Intensivstation zum Thema Hirntoddiagnostik (in diesem Jahr durch Corona leider nur über Zoom)
- Ein Seminar zu patientenorientierter Kommunikation: Dabei bekommen die Studierenden Rollen (jeweils ein Arzt, ein Patient/Angehöriger) zugeteilt und müssen verschiedene Fallszenarien durchspielen, z.B. ein Aufklärungsgespräch zum Thema Organspende durch einen Hausarzt oder das Überbringen der Nachricht des Hirntodes eines Angehörigen und Frage nach einer Willensbekundung bezüglich einer postmortalen Organspende.

Sonntag-Vormittag:

- Diskussionsrunde und kritische Auseinandersetzung mit Zeitungsartikeln, Interviews, die in den letzten Jahren zu den Themen Organspende und/oder Hirntod erschienen sind
- Klausurvorbereitung und Klausur

Sonntag-Nachmittag:

- Vortrag eines externen Experten, dieses Semester durch Eva Kuhn zum Thema „Ethische Fragestellungen bei der Organspende/Transplantationsmedizin“
- Gesprächsrunde mit Angehörigen und Transplantierten, wobei wir als Organspendeangehörige und Organempfänger eingeladen wurden.

Die Seminare werden von den Mitgliedern der Initiative gehalten und organisiert, ausgenommen sind das Teaching auf der Intensivstation und der Sonntag-Nachmittag.

Herr Pascher bedankte sich bei uns Betroffenen und sagte, „es ist immer eine große Freude und unglaublich motivierend für uns alle zu sehen, dass Sie nach Ihren Transplantationen mit so einer Lebensfreude und Positivität durch das Leben gehen. Nicht nur davon, sondern auch von Ihren Erfahrungen profitieren wir alle. Ich bin der festen Überzeugung, dass so eine Gesprächsrunde dazu beiträgt, dass wir alle mit noch mehr Motivation und Empathie sowohl in unseren Arztalltag wie auch unsere Aufklärungsarbeit starten können.“

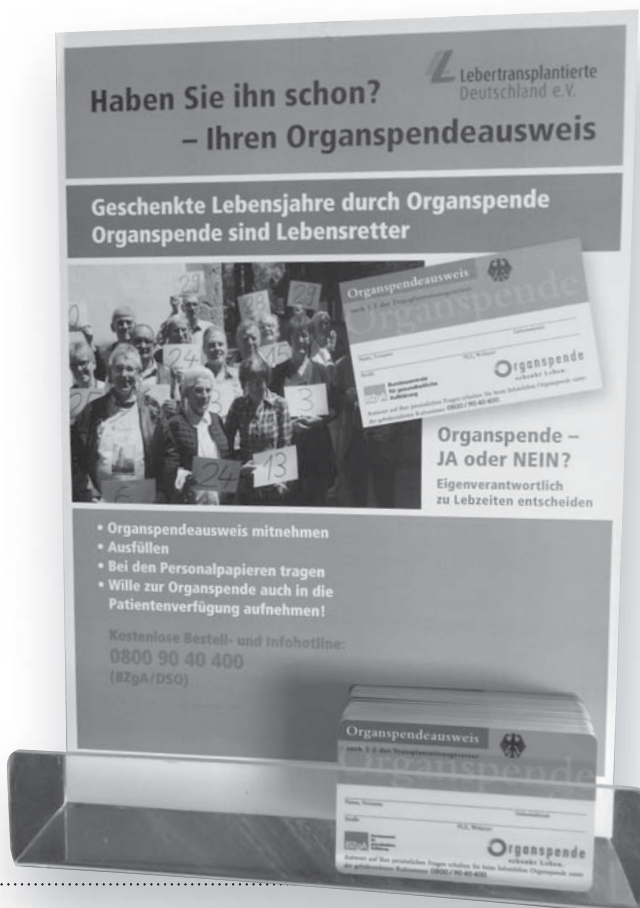
Vielen herzlichen Dank nochmal im Namen der ganzen AG.

Organspendeaufklärung beim Blutspenden

Günter Wanner

In den „guten alten Zeiten“ vor Corona waren einige Ansprechpartner des Vereins Lebertransplantierte Deutschland e.V. regelmäßig mit Infoständen zur Organspendeaufklärung bei verschiedenen Blutspendeaktionen in der Region Heilbronn/Hohenlohe und Ludwigsburg/Bietigheim präsent. Hierbei erfolgten stets wertvolle Begegnungen und wichtige persönliche Gespräche mit den Blutspendern. Diese interessierten sich während der Wartezeiten sehr für dieses Thema und vor allem für die persönlichen Krankheitsgeschichten der transplantierten Ansprechpartner. Wir konnten informieren und Organspendeausweise ausgeben. Aufgrund der Corona-Pandemie ist dies alles leider seit März 2020 nicht mehr möglich, da das hohe Ansteckungsrisiko mit dem gefährlichen Virus für die Blutspender und die Ansprechpartner nicht zu verantworten wäre.

Nachdem jedoch auch in Pandemiezeiten lebensrettende Transplantationen durchgeführt werden müssen, darf das Thema Organspende nicht vernachlässigt werden. Die betroffenen Wartelistenpatienten sind auch in der Pandemie auf Organspenden angewiesen. So hat sich unser Hohenloher Ansprechpartner Wilfried Hess aus Gaildorf-Münster etwas ganz Besonderes einfallen lassen. Er hatte die Idee, spezielle DIN A4-Aufsteller mit Organspendeausweisen und einem Hinweisplakat aufzustellen. Jutta Riemer, die auch regional in Hohenlohe tätig ist, gestaltete das Plakat. So können nun die Aufsteller, bestückt mit Organspendeausweisen und zusammen mit entsprechenden Info-Flyern, im Eingangsbereich der Hallen bei den Blutspendeaktionen zur Selbstbedienung für Interessierte präsentiert werden. Inzwischen wurden mithilfe dieser Aktion seit März 2021 durch unseren Beilsteiner Ansprechpartner Günter Wanner bereits zahlreiche Organspendeausweise bei den Blutspendern in Oberstenfeld, Ilfeld und Brackenheim an den Mann/die Frau gebracht. Natürlich sind diese Aktionen kein Ersatz für Präsenz-Veranstaltungen, sie tragen aber trotzdem ein wenig dazu bei, dass die Organspendebereitschaft in unserer Gesellschaft nicht gänzlich vergessen wird.



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

Organspendeausweis ausschneiden und ausgefüllt
bei den Personalpapieren tragen

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

Organspende
schenkt Leben.

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

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

Organspende
schenkt Leben.

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

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

Organspende
schenkt Leben.

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

Infotelefon

Organspende

0800/90 40 400

Montag bis Freitag · 9 bis 18 Uhr · Gebührenfrei

BZgA
Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung

DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung DSO

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

*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 _____

Organspende in der Patientenverfügung

Neue, wichtige Broschüre

BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Immer mehr Menschen erstellen eine Patientenverfügung. Hier können individuelle Vorstellungen und Wünsche für die Letzte Lebensphase festgehalten werden. Wer den Wunsch hat, nach dem Tod seine Organe zu spenden und vielleicht auch einen entsprechenden Organspendeausweis besitzt, sollte darauf achten, dass dieser Wunsch mit den Regelungen einer zuvor erstellten Patientenverfügung vereinbar ist.

Hierzu ist es wichtig zu wissen, dass die Voraussetzung für eine Organspende der zuvor erfolgte Nachweis des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktion (Hirntod) ist. In erster Linie dient die Hirntod-Diagnostik dazu, den Zustand der Patientin oder des Patienten festzustellen, denn sie gibt Aufschluss darüber, ob die Person verstorben ist. Zur Durchführung der Diagnostik sind zwingend die künstliche Beatmung und die Aufrechterhaltung des Herz-Kreislauf-Systems erforderlich. Wenn Sie also bestimmte Therapiebegrenzungen in der Patientenverfügung festlegen, wie z. B. den Ausschluss einer künstlichen Beatmung, entsteht ein Widerspruch zu einem eventuell geäußerten Organspendewunsch. In einem solchen Fall ist für die Ärztinnen und Ärzte ebenso wie für Ihre Angehörigen unklar, welcher Wunsch – Therapiebegrenzung oder Organspende – umgesetzt werden soll, denn keine der Erklärungen hat gegenüber der anderen Vorrang.

Diese Broschüre ist nicht als allgemeine Anleitung zur Erstellung einer Patientenverfügung gedacht, sondern erklärt, was bei der Dokumentation Ihrer Entscheidung zur Organspende in einer Patientenverfügung zu beachten ist.

Die Broschüre kann kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Bestellnummer: 60284011. Bestellmöglichkeit dieser Broschüre und anderer Materialien finden Sie unter www.bzga.de/infomaterialien/organspende/.

Weitere Bestellmöglichkeiten:
per Post: BZgA, 50819 Köln;
per Fax: 02 21 / 8 99 22 57;
per Mail an: bestellung@bzga.de



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**

Keimarme Ernährung

Listeriose: Gefahr für Transplantationspatienten und ältere Menschen

Gerd Böckmann

2019 wurde die Öffentlichkeit durch drei Todesfälle, die auf Listerien zurückzuführen waren, auf die mangelhaften hygienischen Verhältnisse in einer hessischen Wurstwarenfabrik und die latent immer vorhandene Gefahr einer Listeriose aufmerksam. Besonders immungeschwächte Personen und Transplantationspatienten sind durch eine Infektion gefährdet und sollten Kenntnisse über die Lebensmittel besitzen, von denen für sie eine besondere Gefahr ausgeht. Die mögliche Verunreinigung mit Listerien ist einer der Gründe, warum manche Lebensmittel für Transplantierte nicht empfehlenswert sind.

Was sind Listerien?

Listerien sind kleine, stäbchenförmige Bakterien, die zur Vermehrung nur geringe Ansprüche an ihre Umgebung stellen und deshalb weit verbreitet in der Umwelt vorkommen. Nicht alle Listerien verursachen Erkrankungen. Von besonderer Bedeutung als Infektionsursache für den Menschen ist das Bakterium *Listeria monocytogenes*.

Die Listeriose ist eine bakterielle Infektionskrankheit, die in erster Linie durch Lebensmittel, die mit Listerien verunreinigt sind, auf den Menschen übertragen wird. Infektionen mit Listerien treten weltweit auf. In Deutschland werden jährlich nur wenige hundert Listeriose-Erkrankungen gemeldet. Im Vergleich zu anderen lebensmittelbedingten Infektionskrankheiten, wie z.B. der Salmonellose und der Campylobacteriose, ist die Anzahl der Erkrankten gering. Jedoch können Listeriose-Erkrankungen einen besonders schweren Verlauf nehmen und tödlich enden. Deshalb kommt der Vermeidung der Listeriose eine große Bedeutung zu. Für gesunde Erwachsene stellt die Listeriose in der Regel keine Gefahr dar. Meist verläuft eine Infektion symptomlos und bleibt unerkannt. Wenn Symptome auftreten, sind diese eher unspezifisch und grippeähnlich. Fieber und Muskelschmerzen sind beschrieben, unter Umständen treten auch Erbrechen und Durchfall auf. Bei bestimmten Risikogruppen kann eine Listeriose jedoch mit schweren gesundheitlichen Schäden einhergehen.

Immunsupprimierte sind durch Listerien besonders gefährdet

Besonders gefährdet sind Schwangere, Neugeborene und Personen, die durch ihr hohes Alter, Vorerkrankungen oder Medikamenteneinnahme ein geschwächtes Immunsystem aufweisen, beispielsweise Menschen mit Tumorerkrankungen, HIV-Infizierte oder Menschen, die aufgrund chronischer Erkrankungen längerfristig immunsuppressive Medikamente einnehmen müssen. Schwere Krankheitsverläufe können zu Blutvergiftungen und Gehirn- oder Gehirnhautentzündungen führen, die lebensbedrohlich sind. Bei Schwangeren, die oft keine oder nur grippeähnliche Beschwerden haben, kann die Infektion auf das ungeborene Kind übergehen und zu Früh- oder Fehlgeburten führen. Infizierte Neugeborene sterben häufig bald nach der Geburt oder tragen schwere Schäden davon.

Wie kann sich der Mensch mit Listerien infizieren?

Menschen infizieren sich in der Regel durch den Verzehr von Lebensmitteln, die den Erreger in höherer Konzentration enthalten. Da Listerien nicht zum Verderb der Lebensmittel führen, kann man ihr Vorkommen weder am Aussehen noch am Geruch der Lebensmittel erkennen. Infektion und Ausmaß einer Erkrankung sind von der Anzahl der aufgenommenen Erreger abhängig. Infektionen können prinzipiell auch durch den direkten Kontakt mit infizierten Tieren oder belastetem Erdboden ausgelöst werden.

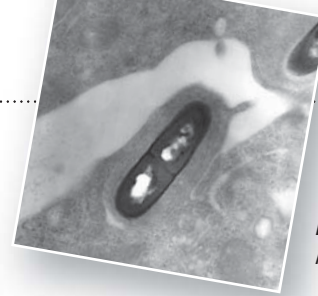
In welchen Lebensmitteln kommen Listerien vor?

Aufgrund ihrer äußerst guten Anpassungsfähigkeit an die umgebenden Bedingungen sind Listerien weit verbreitet und kommen beispielsweise im Erdboden, in Oberflächengewässern, in Abwässern, auf Pflanzen, im Kompost und im Verdauungstrakt von Tieren vor. Auch im landwirtschaftlichen Bereich sind sie weit verbreitet. Nutztiere nehmen den Erreger häufig über das Tierfutter (z.B. Silage) auf, ohne unbedingt selbst zu erkranken, und können ihn mit dem Kot wieder ausscheiden und verteilen. Er kann deshalb schon bei der Lebensmittelgewinnung, z.B. beim Melken oder Schlachten, auf und in die Lebensmittel gelangen. Listerien werden daher häufig in rohen Lebensmitteln gefunden, die vom Tier stammen. Gemüse kann beim Anbau oder

bei der Ernte mit dem Erreger in Kontakt kommen, z.B. über kontaminierte Erde. Aus diesem Grund können Listerien auch auf Obst, Frischgemüse, Kräutern oder Blattsalaten vorkommen. Listerien sind zudem in lebensmittelverarbeitenden Betrieben zu finden, insbesondere wenn Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen nicht sachgemäß durchgeführt werden. Sie werden über tierische und pflanzliche Rohmaterialien oder aus der Umwelt eingetragen und können mitunter über einen langen Zeitraum in der Produktionsumgebung überdauern. Hier führen sie kontinuierlich zu neuen Kontaminationen von Lebensmitteln. So können auch bereits erhitzte oder anderweitig haltbar gemachte Lebensmittel bei der Verarbeitung verunreinigt werden, beispielsweise beim Aufschneiden der Ware oder bei der Verpackung. Listerien werden deshalb auch in verzehrfertigen Produkten nachgewiesen, das heißt in Lebensmitteln, die direkt zum unmittelbaren Verzehr bestimmt sind und nicht mehr einer Erhitzung oder sonstigen Verarbeitung zur Abtötung oder Reduzierung von Mikroorganismen unterzogen werden. Um eine gesundheitliche Gefährdung der Verbraucher auszuschließen, dürfen in Verkehr gebrachte verzehrfertige Lebensmittel während der gesamten Haltbarkeitsdauer nicht mehr als 100 Keime von *Listeria monocytogenes* pro Gramm enthalten. Die Lebensmittelunternehmen in Deutschland und in anderen EU-Staaten sind verpflichtet, ihre Produkte regelmäßig nach einem Stichprobenplan auf das Vorkommen von *Listeria monocytogenes* zu untersuchen und den Grenzwert einzuhalten. Die Einhaltung dieser Anforderungen wird im Rahmen von amtlichen Kontrollen regelmäßig überprüft.

Wie lässt sich die Verunreinigung von Lebensmitteln mit Listerien vermeiden?

Die Vermeidung von Kreuzkontaminationen in der Küche ist eine wichtige Vorsorgemaßnahme zur Vermeidung von Lebensmittelinfektionen. Als Kreuzkontamination wird die Keimübertragung von einem (meist rohen) Lebensmittel auf ein anderes Lebensmittel bezeichnet. Die Bakterien können bei der Speisenzubereitung durch direkten Kontakt der Lebensmittel übertragen werden. Möglich ist aber auch die indirekte Übertragung über Hände, Geräte, Arbeitsflächen, Mes-



*Listeria
monocytogenes*

ser oder andere Küchenutensilien. Als Quelle der Kreuzkontamination kommen dabei nicht nur rohe Lebensmittel selbst in Frage, auch die äußeren Flächen von Verpackungen können mit Krankheitserregern verunreinigt sein. Auch verschmutzte Tücher, Schwämme und Bürsten, die zur Reinigung des Geschirrs und der Küche verwendet werden, können Krankheitserreger in der Küche verbreiten und damit eine Gefahr darstellen. Je häufiger in der Küche rohe Lebensmittel verarbeitet werden, desto öfter sollten verwendete Tücher, Schwämme und Bürsten gereinigt oder ersetzt werden. Insbesondere in feuchten Tüchern und Schwämmen können sich Bakterien bei Raumtemperatur sehr schnell vermehren. Schwämme sind aus den oben genannten Gründen für Reinigungsarbeiten in der Küche weniger gut geeignet, weil sie nur langsam trocken und in der Regel nicht oft genug ausgetauscht werden. Reinigungstücher (Putz- oder Spüllappen, Geschirrtücher) sollten nach Gebrauch getrocknet, möglichst oft gewechselt (wenigstens 1 × pro Woche) und bei mindestens 60 °C gewaschen werden. Spülbürsten aus Kunststoff können in der Geschirrspülmaschine gereinigt werden. Beim Umgang mit Lebensmitteln und bei Reinigungsarbeiten in der Küche sollte außerdem Folgendes beachtet werden:

- Lebensmittel auch im Kühlschrank in geschlossenen Behältern oder vollständig abgedeckt lagern.
- Rohes Gemüse im untersten Fach des Kühlschranks lagern, damit anhaftende Erde nicht auf andere Lebensmittel fallen kann.
- Haustiere von Lebensmitteln fernhalten und während der Speisenzubereitung nicht streicheln.
- Hände vor der Zubereitung von Speisen und nach Kontakt mit rohen Lebensmitteln gründlich mit Wasser und Seife waschen und sorgfältig abtrocknen.
- Bei der Speisenzubereitung auf persönliche Hygiene achten, insbesondere auf saubere Kleidung, saubere Hände und Fingernägel.
- Obst, Gemüse, Blattsalate und frische Kräuter bei der Zubereitung oder vor dem Verzehr sorgfältig waschen, am besten unter fließendem Wasser.
- Beim Umgang mit rohen und gegarten Lebensmitteln nie dieselben Küchenutensilien verwenden.
- Gekochte oder anderweitig erhitzte Speisen nicht auf Brettern schneiden, auf denen vorher rohe Lebensmittel geschnitten wurden, wenn diese danach nicht ausreichend gereinigt wurden.
- Oberflächen und Geräte nach jedem Kontakt mit rohem Fleisch beziehungsweise Geflügel, rohem Fisch oder Gemüse mit möglichst heißem Wasser

und Spülmittel gründlich reinigen und sorgfältig abtrocknen.

- Beim Aufwischen von Lebensmittlrückständen Einmal-Küchenpapier verwenden.
- Für Geschirr, Arbeitsflächen und Fußböden getrennte Reinigungstücher verwenden.
- Abfallbehälter regelmäßig leeren und mindestens einmal pro Woche reinigen; Hände nach dem Berühren von Abfall mit warmem Wasser und Seife waschen und sorgfältig abtrocknen.

Wie lässt sich die Vermehrung von Listerien in Lebensmitteln begrenzen?

Listerien können sich in einem weiten Temperaturbereich von −0,4 °C bis 45 °C vermehren, das Temperaturoptimum liegt bei 30 °C bis 37 °C. Aber auch bei Kühlschranktemperaturen sind die Bakterien in der Lage, sich langsam zu vermehren. Insbesondere bei langen Lagerzeiten können so für die menschliche Gesundheit bedenkliche Keimzahlen erreicht werden. Die Vermehrung wird begünstigt, wenn Listerien nachträglich in bereits erhitzte Lebensmittel gelangen, weil deren natürlicherweise vorhandene Bakterienflora bei der Erhitzung abgetötet wurde. In Speisen, die wenig Feuchtigkeit, viel Salz oder Konservierungsstoffe enthalten oder sehr sauer sind, ist eine Vermehrung hingegen nur in geringem Umfang oder gar nicht möglich. Vor diesem Hintergrund gilt:

- Temperaturempfehlungen auf den Packungen beachten; Lebensmittel möglichst am Einkaufstag verbrauchen, wenn die Kühltemperaturen im Haushalt nicht eingehalten werden können.
- Reste gegarter Speisen und aus geöffneten Verpackungen im Kühlschrank aufbewahren und innerhalb von zwei bis drei Tagen verbrauchen.
- Gefrorene Lebensmittel im Kühlschrank auftauen, um die Keimvermehrung auf den Lebensmitteloberflächen zu reduzieren.
- Kühlschranktemperatur auf maximal 7 °C einstellen (besser unter 5 °C), Temperatur regelmäßig an verschiedenen Stellen innerhalb des Kühlschranks überprüfen.
- Kühlschrank nicht zu vollpacken, damit die kühle Luft zwischen den Lebensmitteln ausreichend zirkulieren kann.
- Kühlschrank bei Bedarf abtauen und mehrmals im Jahr von innen reinigen.
- Verzehrfertige Speisen, die Listerien enthalten könnten, auch bei Veranstaltungen im Freien (z.B. Grill- oder Gartenfeste, Picknick) bis zum Verzehr ausreichend kühlen.

Wie lässt sich ein Überleben von Listerien in Lebensmitteln verhindern?

Durch Erhitzungsverfahren wie Kochen, Braten und Pasteurisieren werden Listerien abgetötet. Das Pasteurisieren bei der gewerblichen Herstellung von Milch erfolgt bei einer Temperatur von z.B. 72 °C für 20 Sekunden.

Beim Kochen und Braten von Lebensmitteln im eigenen Haushalt sollte darauf geachtet werden, dass für mindestens zwei Minuten eine Temperatur von 70 °C oder darüber im Kern des Lebensmittels erreicht wurde. Im Zweifelsfall sollte die Temperatur mit einem Fleischthermometer überprüft werden. Bei der Zubereitung in der Mikrowelle sollte auf gleichmäßiges Erwärmen geachtet und die Speisen sollten zwischendurch umgerührt werden.

Beim Tiefgefrieren von Lebensmitteln können Listerien hingegen überleben.

Was sollten Personen aus Risikogruppen bei der Auswahl und Behandlung von Lebensmitteln beachten, um sich vor einer Infektion mit Listerien zu schützen?

In einigen Lebensmittelgruppen finden sich vergleichsweise häufiger höhere Konzentrationen an *Listeria monocytogenes*. Dies bedeutet aber nicht, dass diese Krankheitserreger in jedem Lebensmittel vorhanden sind. Zum Schutz vor Listeriose sollten Schwangere und in ihrer Immunabwehr stark geschwächte Personen leicht verderbliche Lebensmittel, die vor dem Verzehr nicht mehr erhitzt werden, möglichst selbst unter hygienischen Bedingungen aus frischen Zutaten zubereiten, rasch verzehren oder im Kühlschrank zwischenslagern. Dazu gehören insbesondere frisches Obst und Gemüse, Blattsalate, frische Kräuter, frisch gepresste Säfte und Smoothies, Sandwiches und belegte Brötchen sowie Backwaren, deren Füllungen nicht mitgebacken wurden (z.B. gefüllt mit Sahne, Creme, Pudding oder Obst).

Leicht verderbliche Lebensmittel in Fertigpackungen (z.B.: Käse- oder Wurstaufschnitt) sollten nur in kleinen Mengen und lange vor Ablauf der Mindesthaltbarkeit gekauft, ausreichend gekühlt und innerhalb von zwei bis drei Tagen verbraucht werden.

Personen aus Risikogruppen sollten die folgende Lebensmittel besser nicht verzehren, es sei denn, sie wurden unmittelbar vor dem Verzehr auf mindestens 70 °C Kerntemperatur erhitzt:

Milch, Milchprodukte und Käse

- Rohmilch und unter Verwendung von Rohmilch hergestellte Produkte (z.B.: Butter, Milchmischgetränke und Nachspeisen)
- Käse aus Rohmilch mit Ausnahme von lang gereiftem Hartkäse

- halbfester Käse mit Blauschimmel (z. B.: Gorgonzola)
- weiche Käsesorten aus pasteurisierter Milch, die mit Oberflächenschmiere hergestellt sind (z. B.: Esrom, Handkäse, Harzer, Korbkäse, Limburger, Mainzer, Munster, Olmützer Quargel und Tilsiter)
- eingelegter Käse oder Frischkäse aus offenen Gefäßen wie Feta, Schafskäse, Kräuterquark oder Mozzarella (auch als Salatzutat in der Gastronomie oder in der Gemeinschaftsverpflegung)
- vorgefertigter Reibekäse

Extra Tipp: Vor dem Verzehr von Käse immer die Rinde entfernen.

Fleisch, Geflügel und Erzeugnisse daraus

- rohes Fleisch, auch zubereitet (z. B.: frisches Mett, Tatar, Carpaccio)
- Rohwürste, insbesondere streichfähige, kurz gereifte Sorten (z. B.: frische Mettwurst, Teewurst, Braunschweiger)
- Fisch, Fischerzeugnisse und rohe Meerestiere
- rohe Fischerzeugnisse oder Schalentiere (z. B.: Fisch-Carpaccio, Sashimi, Sushi, Austern)
- vorgegarte Garnelen und Krebstiere
- geräucherte Fischerzeugnisse (z. B.: Räucherlachs, Stremelachs, geräucherte Forelle, Räuchermaifreie)
- gebeizte Fischerzeugnisse (z. B.: Graved Lachs)
- Fischerzeugnisse in Halbkonserven (Lebensmittel-Konserven, die gekühlt gelagert werden müssen, weil deren Inhalt

ohne Sterilisation haltbar gemacht wird), mit Ausnahme von Erzeugnissen in original verschlossenen Herstellerpackungen, die vollständig mit stark saurem Essigaufguss bedeckt sind

Gemüse, Blattsalate, Kräuter und Obst

- rohe Sprossen und Keimlinge
- Obst, Gemüse und frische Kräuter, wenn diese Lebensmittel nicht gründlich gewaschen wurden
- tiefgefrorenes Obst und Gemüse sowie tiefgefrorene Kräuter
- vorgeschnittene, verpackte Salate und Kraut Salat
- vorgeschnittene Melonen aus dem Einzelhandel oder in der Gastronomie, wenn sie nicht gekühlt wurden

Feinkost, Antipasti und Sandwiches

- Feinkostsalate und Antipasti aus offenen Gefäßen sowie in der Gastronomie und Gemeinschaftsverpflegung
- Feinkostsalate, Sandwiches und belegte Brötchen mit oben genannten Zutaten
- Pasteten aus Fleisch, Fisch oder pflanzlichen Lebensmitteln, ausgenommen Konserven

Quellen:

Bundesinstitut für Risikobewertung, Merkblatt: Schutz vor Infektionen mit Listerien, 2017

Kewelow/Reinecke, Keimarme Ernährung, 1. Auflage 2018, WVG Stuttgart

Leberreinigung – Gefährliche Pseudomedizin

Gerd Böckmann

In der Alternativmedizin wird als „Leberreinigung“ ein Heilverfahren bezeichnet, mit dem die Leber von angeblichen Giftstoffen und „Schlacken“¹ gereinigt wird und Gallensteine und Gallengangsteine gelöst und ausgeschieden werden sollen. Auf diese Weise sollen Leber- und Gallenwegserkrankungen verhindert oder sogar geheilt werden. Es gibt allerdings keinen medizinischen oder ernährungswissenschaftlichen Beleg für eine Wirkung dieser Verfahren. Eine gesundheitliche Schädigung ist allerdings möglich, vor allem, wenn eine ernsthafte Lebererkrankung vorliegt.

Grundlage dieser Verfahren ist zumeist die Einnahme von Magnesiumsulfat (Bittersalz), Olivenöl und Grapefruitsaft. Zum Teil werden diese durch ähnliche Zutaten ersetzt und durch weitere Mittel ergänzt. So sollen zum Beispiel durch Bitterstoffe Giftstoffe ausgeschwemmt und über den Darm ausgeschieden werden. Es werden vor allem über das Internet, aber auch in Büchern Beschreibungen angeboten, in denen ausführlich die Verfahren, ihre Wirkungen und Heilerfolge dargestellt werden. Zumeist werden auch die nötigen Mittel über einen angeschlossenen Versandhandel verkauft. All diese Erklärungen haben gemeinsam, dass medizinisch korrekte mit teils abstrusen und überholten Erkenntnissen und falschen Darstellungen vermischt werden.

Bei der angeblichen Leberreinigung

wird nach der Einnahme eines Abführmittels eine größere Menge Olivenöl mit einer Säure eingenommen. In der Folge finden sich im Stuhl kugelförmige Gebilde, bei denen es sich aber keineswegs um das Produkt einer Reinigung handelt. Es sind auch keine Gallensteine, wie teilweise fälschlich behauptet wird. Es handelt sich um Seifensteine, die im Verdauungstrakt aus dem zuvor eingenommenen Olivenöl entstanden sind.

Nach dieser Leberreinigung wird zumeist eine weitere Entgiftung des Körpers empfohlen. Zum Einsatz kommen Präparate der chinesischen Medizin, homöopathische Präparate, Naturheilmittel und sogenannte Basenpulver, die ein angebliches Ungleichgewicht im Säure-Basen-Haushalt begleichen sollen.

Mit der modernen Medizin lassen sich diese Therapien nicht begründen. Deshalb wird die antike Vier-Säfte-Lehre gern als Erklärung herangezogen. Danach beruhen alle Erkrankungen auf einem Ungleichgewicht zwischen den vier Körpersäften Blut, gelber Galle, schwarzer Galle und Schleim. Die Bezeichnung der schwarzen Galle (griechisch: melancholia) zeigt die vermeintliche Verknüpfung zwischen der Organfunktion und Psyche. Auch wenn diese Lehre seit dem 19. Jahrhundert als überholt gilt, wird sie gerne als Begründung für eine „Leberreinigung“ verwendet. Sollte dies nicht reichen, wird noch die Chinesische Medizin herangezogen. Nachvollziehen lassen sich diese Zusammenhänge nur, wenn das Ziel der Verkauf von Präparaten ist.

Patienten, die an einer Lebererkrankung leiden, sollten alle Verfahren und Medikamente, die eine Leberreinigung, Leberentgiftung oder Leberstärkung versprechen, meiden. Alle anderen Menschen benötigen sie auch nicht. Der Verzehr von Basenpulvern ist kritisch zu sehen, eine Überdosierung von Mineralstoffen kann die Folge sein. Der menschliche Körper hat Mechanismen, den Säure-Basen-Haushalt selbst stabil zu halten. Er benötigt dazu keine Hilfe. Die gesunde Leber ist in der Lage, den menschlichen Körper zu entgiften. Dazu werden keinerlei Präparate gebraucht. Sollte sie einmal nicht in der Lage sein, ihrer Aufgabe nachzukommen, hilft keine Leberreinigung, sondern nur der Besuch bei einem Facharzt.

Entschlackung, Entgiftung (englisch: detox) und **Ausleitung** sind im Bereich der Alternativmedizin geläufige Begriffe und bezeichnen Verfahren, von denen behauptet wird, sie könnten für den Körper schädliche Substanzen „ausleiten“ oder auf andere Weise entfernen, ohne dass der Körper dabei auch nützliche Substanzen verliert. Die Verfahren sind wissenschaftlich nicht anerkannt (bis auf wenige Ausnahmen in bestimmten Situationen von tatsächlich toxischen Substanzen, die dabei auch jeweils benannt werden und identifizierbar sind). Produkte zur Entschlackung und Entgiftung werden kommerziell vermarktet, sind aber auch häufig Bestandteil alternativmedizinischer Verfahren.

¹ Literatur beim Verfasser

Angsterkrankungen



Foto: LMU Klinikum

PD Dr. med. Daniela Eser-Valeri

Konsiliardienst Psychiatrie,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum der Universität München

Hintergrund

Angst ist ein elementarer Bestandteil unseres seelischen Befindens und trägt als biosoziales Signal entscheidend zu einer risikobewussten Auseinandersetzung mit unserer Umwelt bei. Angst kann aber auch Symptom körperlicher Erkrankungen sein und stellt eines der häufigsten Symptome psychischer Erkrankungen dar.

Neben der psychischen Komponente (ängstliche, sorgenvolle Stimmung) umfasst das Angstsyndrom immer auch körperliche Symptome, wie beispielsweise Schwitzen, Herzklopfen, Atembeschwerden, Zittern und Nervosität. Zusätzlich äußert sich das Angstsyndrom auf der kognitiven Ebene, in Form negativer, katastrophisierender Gedanken, und auf der Verhaltensebene, in dem angstauslösende Situationen aus „Angst vor der Angst“ vermieden werden.

Bei der diagnostischen Einordnung muss zwischen Normalangst und krankheitswertigen Angstsyndromen unterscheiden werden. Ein Übermaß an Angst liegt vor, wenn Angstsymptome durch ungewöhnliche Intensität, Dauer, Häufigkeit, Unangemessenheit oder ohne äußeren Anlass bzw. in nicht mehr beherrschbarem Maße auftreten und somit das seelische und körperliche Befinden erheblich beeinträchtigen und die Lebensqualität somit reduzieren.

Angsterkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Das Risiko, im Laufe eines Lebens daran zu erkranken, liegt zwischen 14 % und 29 % (S3-Leitlinie Angststörungen), wobei Frauen grundsätzlich häufiger betroffen sind. Bei der Entstehung von Angsterkrankungen können verschiedene Faktoren, wie belastende Lebensereignisse, problematische Situationen in der Kindheit, Erbfaktoren sowie Veränderungen des Gehirnstoffwechsels (z. B. Serotoninsystem) zusammenwirken.

Dabei treten Angsterkrankungen häufig auch gleichzeitig mit körperlichen Erkrankungen, beispielsweise bei Krebs-

erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen (COPD, Asthma bronchiale), Leber- und Nierenerkrankungen, sowie neurologischen Erkrankungen (Epilepsie, Parkinsonerkrankung) auf. Auch vor oder nach Organtransplantation kann, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, eine Häufung von Angsterkrankungen beobachtet werden (Dew MA et al, 2001; Dew MA et al. 2012).

Im Gegensatz zu Depressionen werden Angsterkrankungen jedoch weit weniger erkannt und therapiert. Aufgrund intensiver körperlicher Beschwerden stellen sich Angstpatienten großteils zunächst im Bereich der somatischen Medizin vor. Wiederholte körperliche Abklärungen und das Ausbleiben einer adäquaten diagnostischen Einordnung können zu einer Chronifizierung der Beschwerden beitragen. Dabei ist die adäquate Diagnosestellung Voraussetzung zur Einleitung spezifischer psychotherapeutischer und medikamentöser Therapieverfahren, die insbesondere bei Patienten mit gleichzeitig bestehenden körperlichen Erkrankungen erheblich zur Besserung der Lebensqualität beitragen und somatische Therapieverfahren unterstützen können.

Erscheinungsformen von Angsterkrankungen

Innerhalb der Angsterkrankungen werden unterschiedliche Krankheitsbilder mittels des weltweit gültigen Klassifikationssystems ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, WHO, aktuell in Überarbeitung) diagnostiziert. Dabei können je nachdem, ob die Ängste auf etwas gerichtet sind oder spontan auftreten, zwei Untergruppen unterschieden werden:

Die erste Gruppe der Angststörungen umfasst Ängste, die situativ oder in Folge bestimmter Auslösefaktoren auftreten, man spricht von Phobien.

Neben den einfachen, **spezifischen Phobien** (z. B. Spinnenphobie, Höhenangst, Flugangst), die zwar häufig, aber selten behandlungsbedürftig sind, zählen dazu auch die Agoraphobie und die Soziale Phobie.

Bei der **Agoraphobie** (Platzangst) besteht nicht nur, wie ursprünglich beschrieben, Angst vor weiten Plätzen, sondern weitere typische angstauslösende Situationen sind der Aufenthalt auf öffentlichen Plätzen, in Menschenmengen oder Reisen/Entfernung weit weg von zu Hause. In diesen Situationen besteht eine Angst vor intensiven körperlichen Symptomen, wobei die Agoraphobie häufig in

Kombination mit der Panikstörung (siehe unten) auftritt.

Die **soziale Phobie** kennzeichnet dagegen eine dauerhafte Angst in sozialen Situationen, in denen sich die betroffene Person der vermeintlich prüfenden Betrachtung durch andere Menschen ausgesetzt fühlen. Typischerweise tritt die Angst vor allem in kleinen sozialen Gruppen auf, nicht dagegen in anonymen Menschenmengen. Im Zentrum steht die Befürchtung, das eigene Verhalten könnte von anderen als peinlich oder demütigend bewertet werden oder man könne sich lächerlich machen. In diesen Situationen, oft auch bereits bei der Vorstellung, einer solchen sozialen Situation ausgesetzt zu sein, tritt heftige Angst auf. Diese ist von ausgeprägten körperlichen Symptomen (z. B. Zittern, Übelkeit, Angst, erbrechen zu müssen) begleitet und kann sich bis hin zu einer Panikattacke steigern. In der Folge werden diese angstauslösenden sozialen Situationen vermieden, obwohl die Angst als übertrieben oder unvernünftig erkannt wird.

Im Gegensatz zu diesen gerichteten Ängsten umfasst die zweite Untergruppe Ängste, die spontan, ohne spezifische Auslöser somit „frei flottierend“ auftreten und häufig bei chronisch körperlichen Erkrankungen als Begleiterkrankung auftreten.

Wesentliches Merkmal der **Panikstörung** sind spontan auftretende, wiederkehrende schwere Angstattacken, die sich nicht auf eine bestimmte Auslösesituation oder bestimmte Umstände beschränken und somit für die Betroffenen nicht vorhersehbar sind. Diese Panikattacken sind durch einen abrupten Beginn und Steigerung der Beschwerden zu einem Symptommaximum innerhalb weniger Minuten gekennzeichnet. Oft dauern die Attacken nur einige Minuten an.

Die Angstsymptomatik wird immer von intensiven körperlichen Beschwerden begleitet. Besonders häufig treten Herzklopfen und -rasen, Atembeschwerden, Erstickungsgefühle, Beklemmungsgefühle, Hitzewallungen, Benommenheit, Schwindel, Kribbeln, Ohnmachtsgefühle sowie Magen-Darm-Beschwerden auf. Mit Wahrnehmung der intensiven körperlichen Beschwerden schildern die Betroffenen häufig die Angst, einen Herzinfarkt zu erleiden, in Ohnmacht zu fallen, die Kontrolle zu verlieren oder Angst zu sterben. Diese psychische Angstkomponente wird häufig nicht als primäres „Panikgefühl“ wahrgenommen, sondern, da die körperlichen Empfindungen völlig im Vordergrund stehen, als deren Folge interpretiert. Häufig treten die Panikatta-

cken in Kombination mit einem agoraphoben Vermeidungsverhalten auf und werden dann als Agoraphobie (siehe oben) mit Panikattacken klassifiziert.

Das Lebenszeiterkrankungsrisiko für eine Panikstörung beträgt 3–5 %. Die Häufigkeit bei Transplantationspatientinnen und -patienten wird dagegen mit 18 % nach Lungen- und 9 % nach Herztransplantation angegeben (Dew MA et al, 2012).

Aufgrund der intensiven, bedrohlichen und spontan auftretenden Körpersymptome suchen Betroffene häufig Hilfe im somatischen Bereich und unterziehen sich vielfältigen organischen Abklärungen (Kardiologie, Pulmologie, Endokrinologie, Notfallmedizin).

Die wiederholte organische Abklärung, die immer wieder in der ärztlichen Versicherung mündet, dass kein erklärender krankhafter Befund vorliege, führt aber zu keiner längerfristigen Entlastung der Patientinnen und Patienten, insbesondere dann, wenn andere schwere körperliche Erkrankungen bestehen. Viele Betroffene schildern rückblickend, dass sie sich extrem verunsichert fühlten, da die Aussage „kein pathologischer Befund“ subjektiv im Sinne einer „eingebildeten Beschwerde“ missverstanden wurde.

Bei der **generalisierten Angststörung** stehen dagegen übermäßige Ängste und Sorgen im Vordergrund, die sich auf alltägliche Ereignisse oder die individuellen Lebensumstände beziehen und im Sinne einer übertriebenen Katastrophenerwartung interpretiert werden können. Die Befürchtungen sind hierbei auf real mögliche Ereignisse gerichtet zum jeweiligen Zeitpunkt und in ihrem jeweiligen Ausmaß jedoch deutlich übersteigert.

Die Ängste sind nicht auf einzelne Situationen beschränkt, sondern sind „frei flottierend“, sie treten an den meisten Tagen, mindestens über mehrere Wochen, kontinuierlich auf. Die Betroffenen sind in der Regel nicht in der Lage, sich von den Ängsten, Sorgen oder Befürchtungen längerfristig abzulenken oder zu distanzieren.

Aufgrund der anhaltenden Ängste resultiert eine chronische körperliche Anspannung, die sich in Form von Unruhe, Muskelverspannungen, Spannungskopfschmerzen und Zittern ausdrücken kann. Symptome der vegetativen Übererregbarkeit und der erhöhten Aufmerksamkeit (Hypervigilanz) führen dazu, dass die Betroffenen unfähig sind, sich zu entspannen und in der Folge unter Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Ruhelosigkeit und Nervosität leiden. Zusätzlich treten häufig Magen-Darm-Beschwerden sowie Mundtrockenheit, Übelkeit und Durchfälle auf. Typischerweise stellen sich die Betroffenen wegen

dieser Begleitsymptome noch häufiger als Patientinnen und Patienten mit Panikstörung in der somatischen Medizin zur Abklärung vor.

Im Gegensatz zur Panikstörung ist die generalisierte Angststörung jedoch eher eine „stille Angsterkrankung“, die körperlichen Beschwerden treten selten akut auf, sondern chronische Beschwerden beherrschen das Bild. Dabei kann die körperliche Symptomatik völlig im Vordergrund stehen und eine Vielzahl interistischer Abklärungen nach sich ziehen. Die kognitiven Ursachen der körperlichen Beschwerden, also die katastrophisierenden Gedanken werden vom Betroffenen selten berichtet, da diese als grundlegende Persönlichkeitseigenschaft oder auf die persönlichen Umstände (z. B. chronische körperliche Erkrankung) zurückgeführt werden. Auch von behandelnden Ärzten werden diese Sorgengedanken selten erfragt.

Das 1-Jahresrisiko, an einer generalisierten Angststörung zu erkranken beträgt 2 % (S3 Leitlinie Angststörungen) und ist dazu im Vergleich bei Transplantationspatienten auf 4 % erhöht (Dew MA et al., 2012). Im Bereich der somatischen Primärvorsorgung, zum Beispiel in der Allgemeinmedizin, ist die generalisierte Angststörung mit ca. 8 % die häufigste Angststörung.

Therapie von Angststörungen

In den letzten Jahrzehnten wurden bei der Therapie von Angststörungen wesentliche Fortschritte erzielt. Voraussetzung der zielgerichteten Behandlung ist, dass die Beschwerden von den Betroffenen als Ausdruck von Angst anerkannt werden und von behandelnden Ärzten ausreichend Zeit zur Verfügung steht, um die Symptomatik differentialdiagnostisch einzuordnen. Unbehandelt neigen Angststörungen zu Chronifizierung mit erheblichen psychosozialen Schäden für die Betroffenen sowie einem hohen Risiko des Hinzutretens weiterer psychischer Erkrankungen, wie beispielsweise depressive Störungen.

Bei der Therapie von Angsterkrankungen kommen psychotherapeutische Verfahren und medikamentöse Therapien, vor allem mit Antidepressiva, zum Einsatz. Diese beiden Therapieprinzipien sollten nicht als Gegenpole verstanden werden, sondern sich auf der individuellen Ebene des einzelnen Patienten ergänzen.

Bei den nichtmedikamentösen Verfahren haben neben kognitiven und verhaltenstherapeutischen Therapieverfahren die Psychoedukation und Entspannungsverfahren einen hohen Stellenwert.

Bei der **Psychoedukation** wird ein möglichst umfassendes Konzept über die komplexen Zusammenhänge zwischen Angstentstehung, angstverstärkenden

Denkabläufe und Folgen der Angst (Angstkreis) vermittelt. Diese Informationen, z. B. dass die erlebten Symptome, wie Herzrasen, nicht Ausdruck einer lebensbedrohlichen körperlichen Erkrankung, sondern Symptom der Panikattacke sind, können dazu beitragen, dass Gefühle von Kontrollverlust und Hilflosigkeit reduziert werden.

Entspannungsverfahren bilden einen weiteren wesentlichen Baustein der Therapie: Angst und Entspannung können nicht gleichzeitig bestehen. Somit können Entspannungsübungen dabei helfen, Ängste zu reduzieren und akzeptierend mit der Situation umzugehen. Verschiedene Entspannungsverfahren (Autogenes Training, progressive Muskelrelaxation, Atemübungen, Achtsamkeitsübungen) können häufig weitgehend selbstständig eintrainiert werden. Wichtig ist dabei, verschiedene Entspannungsübungen auszuprobieren, um das Verfahren zu finden, das einem am besten liegt und diese Entspannungsübungen regelmäßig zu üben. Nur so gelingt es, in Situationen hoher Anspannung und Angst die Entspannungsübung durchzuführen und die Symptomatik zu durchbrechen.

Ziel der **kognitiven Therapie** ist es, eingefahrene, dysfunktionale Denkmuster, die die Angst verstärken, aufzudecken und zu korrigieren. Ein Beispiel hierfür ist der Umgang mit Gedankenkreisen und Grübeln. Situationen, deren Ausgang unvorhersehbar oder nicht von alleine beherrschbar erscheinen, werden als besonders bedrohlich und Angst auslösend empfunden. Eine häufige Strategie ist dabei, ganz besonders intensiv über diese Situation nachzudenken. Dies bewirkt jedoch genau das Gegenteil. Durch die ständige Anwesenheit von sorgenvollen und angstmachenden Gedanken wird zusätzlicher Stress und somit wiederum Angst erzeugt.

Dabei gibt es verschiedene Möglichkeiten, diesem kontraproduktiven Gedankenkreisen oder Grübeln zu entgehen. Beim Grübelstopp wird die persönliche Katastrophengedankenkette, die Angst hervorruft, durch ein individuelles Ritual unterbrochen, indem man sich angewöhnt, schon den ersten Katastrophengedanken zu stoppen, indem man laut „Stopp!“, „Halt!“ oder „Es reicht!“ sagt. Dabei funktioniert die Unterbrechung einer negativen Gedankenkette umso besser, wenn man an deren Stelle einen positiven Gedanken, eine positive Tätigkeit oder eine angenehme bildliche Vorstellung setzt. Wichtig ist, dass man dieses Positivsignal schon vorher überlegt und eingeübt hat, damit man dies in einer kritischen Situation auch anwenden kann.

Eine weitere Möglichkeit besteht, das Grübeln auf festgelegte Grübelzeiten

(z. B. 10–20 Minuten pro Tag) zu begrenzen und den Zeitpunkt hierfür vorab festzulegen (z. B. 14.00 Uhr). Wenn dann spontan Sorgen- oder Angstgedanken auftauchen, werden diese auf die Grübelzeit verschoben. Dabei kann regelmäßiges Üben dazu beitragen, dass sich diese gedanklichen Prozesse automatisieren und somit zu einer großen Erleichterung beitragen.

In der **Verhaltenstherapie** kommen bei der Behandlung von phobischen Ängsten vor allem konfrontative Verfahren (systematische Desensibilisierung) zum Einsatz, bei denen die betroffenen Patientinnen und Patienten schrittweise gestuft an angstauslösende Situationen wieder herangeführt werden.

Psychotherapeutische Verfahren können zusätzlich durch psychopharmakologische Therapien ergänzt werden. Dabei kommen vor allem moderne Antidepressiva zum Einsatz. Bei der pharmakologischen Behandlung der Panikstörung und der generalisierten Angststörung kommen vor allem selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) als auch Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) zum Einsatz. Aber auch Benzodiazepine haben nach wie vor

einen wichtigen Stellenwert in der Akutbehandlung von Angsterkrankungen, wobei jedoch das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung bei längerfristiger Anwendung berücksichtigt werden muss. Die Auswahl einzelner Präparate richtet sich nach der zugrundeliegenden Angstsymptomatik und der persönlichen Präferenz der Patientinnen und Patienten. Unerwünschte Wirkungen, Kontraindikationen, Anwendungsbeschränkungen und Wechselwirkungen der Medikamente müssen berücksichtigt werden. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist es möglich, eine sichere medikamentöse Therapie der Angststörung auch Patientinnen und Patienten mit begleitenden körperlichen Erkrankungen anzubieten, die dieser Patientengruppe somit keinesfalls vorenthalten werden sollte.

Zusammenfassung

Angsterkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung und treten zudem häufig begleitend bei körperlichen Erkrankungen auf. Aufgrund der häufig im Vordergrund stehenden intensiven körperlichen Angstsymptome stellen sich Betroffene häufig primär im Bereich der

somatischen Medizin vor. Die Erfassung der vorherrschenden körperlichen Symptomatik und der zugrundeliegenden psychischen Angstkomponente kann zur diagnostischen Abgrenzung unterschiedlicher Angsterkrankungen beitragen.

Nur wenn die zugrundeliegende psychische Störung erkannt wird, kann eine adäquate psychotherapeutische und psychopharmakologische Therapie eingeleitet werden. Dies kann dazu beitragen, chronische Krankheitsverläufe zu verhindern.

Literatur

S3 Leitlinie Behandlung von Angststörungen, AWMF Registernummer 051 – 028
Stand: 15.04.2014 (in Überarbeitung), gültig bis 15.04.2019

Dew MA, Kormos RL, DiMartini AF, Switzer GE, Schulberg HC, Roth LH, Griffith BP. Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics*. 2001 Jul-Aug;42(4):300-13.

Dew MA, DiMartini AF, DeVito Dabbs AJ, et al. Onset and risk factors for anxiety and depression during the first 2 years after lung transplantation. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34(2):127-138.

BUCHBESPRECHUNG

Das Schweigen der Leber

Die lebenswichtigen Geheimnisse eines stillen Organs

Mit diesem Titel weisen der Leberspezialist Prof. Dr. Ansgar Lohse und der ehemalige Chefredakteur der „Welt am Sonntag“, Berliner Zeitung und der „Bild“ Ulf C. Goettges dem Stoffwechselorgan Leber den ihr gebührenden Platz auf einem Denkmalpodest zu.

Die Autoren erklären das Organ zum Meiserwerk der Evolution und begründen dies mit dem genialen Bauplan, ihren „Tricks“ und der überraschenden Toleranz des Organs.

In diesem Buch erfahren wir kurzweilig und verständlich geschrieben, welche einzigartigen Leistungen das stumme Organ Leber vollbringt, wie wir es schützen können, wie es aber auch still leidet im Falle von unerkannten Lebererkrankungen. Schon die Griechen in der Antike ahnten etwas von der großen Regenerationsfähigkeit der Leber, wie es in der Sage über die unsterbliche Leber des Prometheus nachzulesen ist. Welche Maßnahmen und Stoffe können die Leber schädigen? Wer hier nur an Alkohol denkt, liegt falsch. Denn wir erfahren im Buch, dass auch Hormone, Inhaltsstoffe von Salben und Kosmetika, radikale Diäten und zu viel Vitamin auf die Leber gehen können. Wir erfahren etwas über Leberchirurgie, über die Lebertransplantation ebenso wie über erbliche Stoffwechselerkrankungen und Viruserkrankungen der Leber. Der Blick in die Zukunft der Hepatologie wird ergänzt durch eine wichtige Aussage: „Wissen ist die beste Medizin.“

Jutta Riemer

1. Auflage 2021, 271 Seiten, erschienen im Trias-Verlag, 16,99 EUR,
ISBN 978-3-432-11271-8
Als E-Book erhältlich: eISBN (epub) 978-3-432-11272-5



Diabetes-Informationen bei der BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hält zu vielen gesundheitsrelevanten Themen Informationen bereit. Die meisten von uns kennen diese gut für den Bereich der Organspende. Haben Sie aber auch schon in weiteren Bereichen nach Broschüren oder Infos gesucht?

Ein nicht unerheblicher Anteil der transplantierten Patienten leiden unter einem andauernden Posttransplantdiabetes (PTD). Auch hier gilt: Wer gut informiert ist, kann die eigene Erkrankung besser einschätzen und mit dieser umgehen.

Im Folgenden nun Hinweise auf ein neues Internetportal und interessante Broschüren – speziell für Diabetiker. Hier finden Sie z.B. Broschüren der BZgA zum Download oder auch zum Bestellen in Papierform.



Website: diabinform.de – Informative Website für Diabetiker und solche, die gefährdet sind und vorbeugen möchten.

Die Informationen auf www.diabinform.de richten sich an Menschen mit Diabetes, an Menschen mit einem besonderen Diabetes-Risiko sowie an deren Angehörige, Diabetesberaternde und an thematisch Interessierte.

Neben Basiswissen, aktuellen Meldungen, Hintergrundartikeln und häufig gestellten Fragen beinhaltet das Onlineportal Erklärvideos, Podcasts, Infogra-

fiken und Quiz. Für Lehrkräfte stehen Unterrichtsmaterialien zum kostenlosen Download bereit. Zudem besteht die Möglichkeit, persönliche Fragen zu stellen, die von Expertinnen und Experten individuell beantwortet werden. diabinform wird maßgeblich durch die BZgA finanziert und von den führenden Zentren der Diabetesforschung in Deutschland angeboten und regelmäßig aktualisiert – dem Helmholtz Zentrum München, dem Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ) und dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD).

Das Portal enthält zudem umfassende Informationen rund um das Coronavirus mit Relevanz für Menschen mit Diabetes und deren Angehörige. In einem neuen Unterportal finden nun auch Diabetesberaterinnen und -berater praxisnahe Inhalte zu Bewegung, Ernährung, Diabetes in verschiedenen Lebensabschnitten und anderen Kulturkreisen. Weitere Informationen wie Adressen von Fachärzten und Fachärztinnen, Fachkliniken, Ernährungsberatung, Selbsthilfegruppen und Präsentationsvorlagen bieten Unterstützung für die tägliche Beratungsarbeit.

Flyer: Diabetes und Coronavirus – Informationen über das SARS-CoV-2 für Menschen mit Diabetes

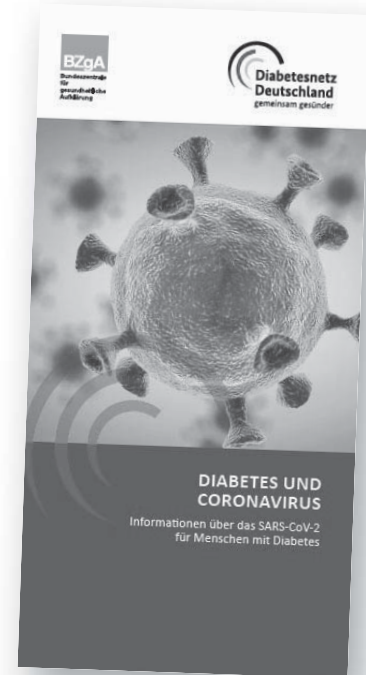
Neben allgemeinen Informationen zum Virus selbst, Infektionswegen und Hygienemaßnahmen werden spezielle Fragen zu höheren Infektionsrisiken und schwereren Verläufen von Covid-Erkrankungen für Diabetiker beantwortet.

So besteht ein höheres Risiko für schwer verlaufende Covid-Erkrankungen für Diabetiker mit schlechter Stoffwechselslage, diabetesbedingten Begleit- und Folgeerkrankungen und Organtransplan-

tierten mit naturgemäß immunsupprimierender Behandlung, ebenso für ältere Personen mit Vorerkrankungen.

Ein erhöhtes Infektionsrisiko sehen das Diabetesnetz und die BZgA insbesondere für Menschen mit einer schwankenden Blutzuckereinstellung. Der allgemein empfohlene Zielbereich für den Blutzucker-Langzeitwert (HbA1c-Wert) liegt bei 6,5 bis 7,5 Prozent (47,5 bis 58,5 mmol/mol). Um die Situation ggf. zu optimieren, sollte auf ausreichend Bewegung (Sport und auch in der häuslichen Umgebung) sowie auf ausgewogene, gesunde Ernährung geachtet werden. Das Thema Coronaimpfung ist noch nicht aktualisiert.

Quelle: PM der BZgA vom 5.11.2020 zum Welt-diabetestag am 14.11.2020



Aktualisiert: Gesundheits-Pass Diabetes

Wichtige Untersuchungen im Blick behalten und Folgeerkrankungen verhindern

Eine gar nicht so seltene Folgeerscheinung der immunsuppressiven Therapie bei Organtransplantatierten ist der Posttransplant-Diabetes. Dasselbe Prinzip wie in der Transplantationsnachsorge gilt auch für Diabetes-Betroffene: Den Überblick über notwendige Untersuchungen behalten und so Folgeerkrankungen verhindern.

Folge- und Begleiterscheinungen des Diabetes verkürzen nachweislich das Leben der Betroffenen. Der seit dem 5.4. 2021 neu aufgelegte Gesundheits-Pass

Diabetes hilft bei der regelmäßigen Vorsorge. Die erweiterte Ausgabe umfasst auch die Hinweise auf die Gripeschutzimpfung und die COVID-19-Impfung, die beide für Diabetespatienten dringend empfohlen werden. Der Pass erscheint erstmals auch in Englisch, Türkisch, Arabisch und Russisch.



Er gibt Betroffenen und ihren Behandelnden einen Überblick über wichtige Daten wie Glukose- und HbA1c-Angaben, Blutdruck, Augenbefund sowie Nieren- und Fettstoffwechselwerte und verbessert die Arzt-Patienten-Kommunikation. Wichtige Vorsorgeuntersuchungen können ebenfalls im Pass dokumen-

tiert werden, was gerade in Zeiten der Coronapandemie besonders bedeutsam ist. Denn sind Stoffwechseleinstellung und allgemeiner Gesundheitszustand schlecht, ist das Risiko eines schweren COVID-19-Krankheitsverlaufes stark erhöht.

Der Pass stärkt die Arzt-Patienten-Kommunikation. So können z. B. Quarantalsziele zwischen Arzt und Patienten vereinbart und im Pass festgehalten werden und der Patient angeregt werden,

sich umfassend mit seinem Diabetes zu beschäftigen.

Darüber hinaus wurde das Feld „Technische Untersuchungen“ präzisiert. Grund hierfür ist auch die zunehmende Anzahl von Menschen mit einer nichtalkoholischen Fettleber (NAFLD). Entwickelt sich die NAFLD zu einer nichtalkoholischen Fettleber-Hepatitis (NASH), steigt das Risiko schwerer Komplikationen wie Leberzirrhose und Tumoren. Da etwa jede zehnte Lebertransplantation derzeit auf-

grund einer NASH vorgenommen wird, haben die Autoren der Broschüre auch die Leberultraschalluntersuchung neu hinzugenommen, um diese Erkrankung frühzeitig zu diagnostizieren.

Der Gesundheits-Pass Diabetes kann für 2,60 EUR + Versandkosten unter folgender Rufnummer bestellt werden: 0711/66 72 14 83 (SVK, Kirchheim-Verlag) oder unter www.kirchheim-shop.de.

Quelle: PM der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) vom 6.4.2021

Smart-Watch als Infektionsfrüherkennungssystem

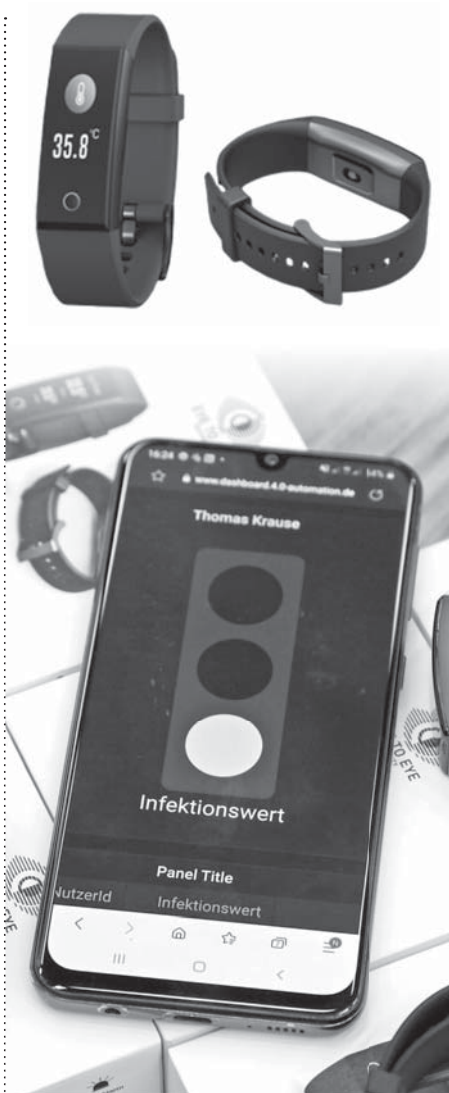
Gerd Böckmann

Moderne Uhren können mehr, als nur die Zeit anzeigen. Sie verfügen über intelligente Elektronik, mit der sie Verbindung über Funknetze aufnehmen können, sie sind netzwerkfähig und können mit Computern kommunizieren. Die neuesten Modelle verfügen über Sensoren, mit denen sie Körperzustände messen können. So sind der Puls, die Körpertemperatur, EKG und Blutdruck sowie die Sauerstoffsättigung des Blutes messbar und abrufbar. Der Umfang der Messmöglichkeiten dieser Smart-Watches oder Fitness-Tracker wird ständig erweitert. Die Anzeige der Uhrzeit wird dabei fast zur Nebensache. Das Unternehmen Seiwo aus der Region Chemnitz arbeitet daran, solche Fitness-Tracker auch zur Früherkennung von Infektionen zu nutzen.

Der menschliche Körper kämpft permanent gegen Fremdkörper (Bakterien, Viren, Pilze, Gifte etc.) und wehrt diese in den meisten Fällen erfolgreich ab. Von diesen Vorgängen merkt man selbst normalerweise nichts, die Abwehrreaktion ist aber messbar.

Für dieses PROTECT.WATCH genannte Infektionsfrüherkennungssystem wird mit einer Kombination bestehend aus einem Fitness-Tracker mit besonders sensibler Temperaturmessung, einer App (für iOS und Android) und einem Server, der die entsprechenden Auswertungen durchführt, gearbeitet. Adaptive Algorithmen werten die so gesammelten Daten und deren Verlauf aus und erkennen Abwehrreaktionen des Körpers. Dabei werden die individuellen Eigenschaften jedes Nutzers berücksichtigt, wobei die Faktoren Körpertemperatur und Schlafrythmus besonders wichtig sind.

So kann bereits kurz nach einer Infektion angezeigt werden, dass sich ein Betroffener infiziert hat, noch bevor dieser selbst etwas bemerkt oder ansteckend



wird. Selbst eine erfolgreiche Infektionsabwehr kann festgestellt werden.

Bisherige Versuchsreihen haben ergeben, dass Infektionen (nicht nur Corona) mit dem PROTECT.WATCH-System in der Regel 1–2 Tage nach einer Ansteckung festgestellt werden, also zu einem Zeitpunkt, wenn der Betroffene allenfalls leichte Symptome verspürt oder noch völlig symptomfrei ist.

Für die Nutzer wird das Ergebnis als Infektionsampel ausgegeben – grün, gelb, rot. Wenn ein Nutzer eine gelbe oder rote Ampelanzeige erhält, kann er seine Kontakte reduzieren und so Ansteckungen anderer vermeiden. Somit können Infektionsketten effektiv unterbrochen werden, und zwar lange bevor zum Beispiel ein PCR-Test anschlägt.

In einer Pandemie ergeben sich erweiterte Einsatzmöglichkeiten solcher Uhren. Zum einen hat der Nutzer eine sofortige Anzeige einer möglichen Infektion, zum anderen ist über einen speziellen Chip auch eine Zugangskontrolle zu besonders sensiblen Bereichen wie Intensivstationen oder Pflegeeinrichtungen vorstellbar. Diese müssen dann mit einem entsprechenden Terminal ausgestattet werden.

Erste Praxistests in kleinerem Umfang finden seit Juni 2020 statt. Bei den Teilnehmern wurden vier Infektionen erkannt, wovon drei Coronafälle waren. Aktuell wird daran gearbeitet, die Testgruppe zu erweitern und die Nutzerfreundlichkeit der Software zu verbessern. Eine Zertifizierung der POTECT.WATCH wird vorbereitet.

Abstoßungsfrüherkennung bei Transplantierten

Für Transplantierte ist die möglichst frühe Erkennung von Infektionen von besonderer Bedeutung, da eine Schädigung des transplantierten Organs auf jeden Fall vermieden werden muss. Es gilt aber auch, eine harmlose Infektion möglichst rechtzeitig von einer Abstoßungsreaktion des Körpers auf das transplantierte Organ zu unterscheiden. Es finden zurzeit vorbereitende Gespräche mit Transplantationszentren statt, um die PROTECT.WATCH auch für diese Aufgabe künftig einsetzen zu können.

Quelle: Informationsmaterial der Firma Seiwo Technik GmbH

Wiederholungsrezepte für chronisch Kranke

Peter Mohr

Seit Beginn des Jahres 2020 können Ärzte Medikamente für chronisch kranke Patienten auf einem Rezept mehrfach verschreiben (Wiederholungsverschreibung). Das betreffende Medikament kann nach der ersten Lieferung noch drei weitere Male mit einer Wiederholungsverschreibung von der Apotheke geliefert werden. Das Medikament muss immer in der gleichen Packungsgröße verschrieben werden. Das Wiederholungsrezept ist drei Monate gültig, es sei denn, der Arzt notiert eine längere Gültigkeit auf dem Rezept.

Wer gilt als chronisch krank?

Jede/r, der wegen der gleichen Krankheit einmal pro Quartal für die Dauer eines Jahres einen Arzt aufsuchen muss.

Dazu muss noch eines der nachfolgenden Kriterien erfüllt werden:

- Grad der Behinderung (GDB) von mindestens 60 %
- Pflegebedürftigkeit der Stufe 3, 4 oder 5
- Wenn eine dauerhafte medizinische Versorgung benötigt wird, ohne die nach ärztlicher Meinung eine lebensbedrohliche Verschlechterung der Krankheit droht, die Lebenserwartung vermindert sein könnte oder die Lebensqualität durch die Folgen der

Erkrankung sich erheblich verschlechtern könnte.

Individuelle ärztliche Entscheidung

Es bleibt jedoch dem Arzt überlassen, ob er ein Wiederholungsrezept ausstellt. Manche Ärzte haben Vorbehalte, weil sie durch ein solches Rezept ihre Patienten möglicherweise zu selten sehen. Dies soll aus medizinischen Gründen verhindert werden; es wird allerdings auch ein möglicher Verdienstausschlag befürchtet.

Sprechen Sie, wenn Sie möchten, Ihren Arzt/Ihre Ärztin auf ein Wiederholungsrezept an. Ob er/sie ein solches Rezept ausstellt, wird sich zeigen.

Neu seit 2021: Das E-Rezept

Peter Mohr

Das E-Rezept ist ein Datensatz auf einem sicheren Server. Patienten können sich dann eine entsprechende App auf ihr Smartphone oder Tablet laden. Digitale Rezepte können ÄrztInnen seit 1. Juli 2021 elektronisch ausstellen: Sie geben das Rezept in eine bundesweit

gültige App ein. Die PatientInnen laden sich die Rezeptdaten herunter, gehen dann mit ihrem Handy zur Apotheke und zeigen dort das Rezept. Folgeerzepte werden dann direkt auf das Handy der PatientInnen gesendet. Diese können mit ihrem Handy bei der Apotheke z.B. auch nachfragen, ob das Medikament vorrätig ist. Wenn nötig, bestellt es die

Apotheke und gibt, wieder per Handy, den PatientInnen Nachricht.

Das Verfahren funktioniert auch bei Versandapotheken.

Ab Beginn des Jahres 2022 soll das Papierrezept ganz abgeschafft werden. Wie sich PatientInnen ohne Handy verhalten sollen, muss dann wohl noch geklärt werden.

Die elektronische Patientenakte steht vor der Tür

Peter Mohr

Seit es seit Jahren im Gespräch. Nun ist es seit Jahresbeginn soweit: Die elektronische Patientenakte wird eingeführt.

Anspruch auf eine elektronische Patientenakte (EPA) haben erstmals nur gesetzlich Versicherte. Sie können auf Antrag von ihrer Krankenkasse eine kostenlose App erhalten, auf der Befunde, Therapieempfehlungen und Behandlungstermine gespeichert werden können. Es ist auch möglich, eigene Daten wie Messungen von Blutdruck, Blutzucker oder ein Schmerztagebuch zu speichern. Ebenso kann auf den eigenen Medikationsplan oder den Notfalldatensatz zugegriffen werden.

Langfristig soll die EPA die heutige Krankenkassenkarte ersetzen, aber z.B. auch für elektronische Rezepte genutzt werden. Ziel der EPA ist es, die medizinischen Daten von PatientInnen an einem Ort zentral und jederzeit verfügbar zu haben und damit viel Papier und mangelnde Information bei den medizinischen Fachkräften zu vermeiden.



HausärztInnen, FachärztInnen und ApothekerInnen kann der Zugriff auf die EPA ganz oder teilweise erlaubt werden. Sollen Befunde etc. in die EPA aufgenommen werden, so ist es selbstverständlich notwendig, den Zugriff zu erlauben.

Die Nutzung der EPA ist freiwillig und muss bei der Krankenkasse beantragt werden. Für privat Versicherte steht die EPA erst ab Anfang 2022 zur Verfügung.

Im Augenblick erhalten PatientInnen offenbar einen Code, der für die derzeitige Krankenkasse gilt. ÄrztInnen erhalten einen Behandlerausweis, der auch einen Code hat.

Sollen Daten eingegeben oder von den Fachkräften gelesen werden, so haben diese ein Gerät, in das die Behandler ihre Karte plus Code und PatientInnen ihre Krankenkassenkarte plus Code einführen müssen. Also ein eventuell nicht ganz einfaches Verfahren.

Niemand möchte, dass die eigenen Gesundheitsdaten von Unbefugten gelesen werden. Die Frage der Datensicherheit ist zentral. Auf jeden Fall entscheiden die NutzerInnen in jedem Einzelfall, welche Daten in der EPA gespeichert werden. Außerdem entscheiden sie, wer welchen Zugriff hat.

Die EPA entspricht den gesetzlichen Regeln für Datensicherheit. Allerdings: Wir erleben, dass gewiefte Hacker auch in die kompliziertesten Systeme eindringen können. Mithin muss jede/r NutzerIn entscheiden, wie sie/er mit EPA umgehen will.

Sollen die Vorteile der EPA im Vordergrund stehen oder die Befürchtung, mit den eigenen medizinischen Daten könnte Missbrauch getrieben werden?

Psychisch gesund durch die Pandemie

Jutta Riemer

Nicht nur Themen wie die Impfung und Folgen einer Covid-Erkrankung sind derzeit relevant für die Menschen, die nun seit über einem Jahr mit den schwankenden Infektionszahlen und den entsprechenden Gefahren und Maßnahmen leben müssen. Im Folgenden lesen Sie eine Zusammenfassung eines Vortrags von Charlott Lienau und Doreen Eickhoff, beides Psychologinnen am UKE Hamburg. Der Vortrag wurde im Rahmen eines Online-Seminars des UKE zum Thema Transplantation und Corona am 16.3.2021 gehalten.

Die direkten Auswirkungen auf die psychische Gesundheit können auf verschiedene, durch die Pandemie hervorgerufene Ursachen zurückgeführt werden. Das können z.B. sein:

- Weniger Aktivitäten
- Mehr Freizeit
- Langeweile, Isolation
- Schlechte Nachrichten

Das kann dazu führen, dass man mehr ins Grübeln verfällt, sich Katastrophenszenarien ausmalt und sich ständig übermäßige Sorgen um sich, den Partner, die Kinder, die Freunde macht.

Diese emotionalen und kognitiven Auswirkungen der Pandemie können dann negative Veränderungen im eigenen Verhalten nach sich ziehen. Ein gestörter Tagesrhythmus mit z.B. veränderten Essgewohnheiten, Schlafstörungen, weniger Bewegung und schlimmstenfalls auch erhöhtem Konsum von Alkohol und weiteren Drogen.

Angst, Depression und Distress

Dies zeigt auch eine Querschnittsstudie (Skoda et al., 2021), an der 16.918 Teilnehmende durch Fragebögen Auskunft gaben: In der ersten Lockdown-Phase zeigten über 50% der Menschen generalisierte Angst mit leichter (31%), moderater (12%) und schwerer (10%) Symptomatik. Vor Pandemiezeiten wurden z.B. nur ca. 1% schwere und 6% moderate Angststörungen angegeben. Eine ähnliche Situation zeigte sich im Hinblick auf die Angaben zur Depression: ca. 20% der Befragten gaben an, während der Pandemie unter Depressionen zu leiden. Vor Covid-Zeiten waren das nur 5,6%. Unter Distress (belastender, schädlicher, dauerhafter Stress) litten 63% gegenüber zu Nicht-Covid-Zeiten 39%.

Diese Zahlen zeigen, dass die Gesamtsituation der Pandemie deutliche Auswirkungen auf die Psyche der Menschen

haben kann. Das zeigen auch Zahlen aus vergleichbaren Untersuchungen aus UK, Neuseeland und China.

Ein interessantes Phänomen zeigt sich in der Tatsache, dass bei Menschen, die in hohem Ausmaß soziale Medien nutzen, Depressionen und das Erleben von Distress deutlich höher war als in Vergleichsgruppen. Hier waren wohl nicht das Kontakthalten zu Freunden und Familie via sozialer Medien ausschlaggebend, sondern die verwirrende Vielfalt an mehr oder weniger seriösen, sich teilweise widersprechenden Meldungen in den unterschiedlichen Kanälen und übermäßigem virtuellem Spielen, Filmeschauen etc.

Psychische Belastung in der Pandemie vor und nach einer Transplantation

PatientInnen auf der Warteliste hatten zunächst Ängste, dass durch die Pandemie noch weniger Organe gespendet, Transplantationen ausgesetzt oder gar Corona-Viren mit der Transplantation übertragen würden. Diese haben sich im Laufe der Zeit als unbegründet herausgestellt, hatten aber für Distress durch Unsicherheit gesorgt. Anfänglich wurden auch Nierentransplantationen ausgesetzt und Lebendspendenprogramme gestoppt. Daraus ergab sich eine Enttäuschung und zusätzliche Hoffnungslosigkeit für die WartelistenpatientInnen. Schwerstkranken fühlten sich ausgeliefert und hilflos. Insgesamt stellt die Situation eine zusätzliche Verschärfung der an sich schon durch die Pandemie gegebenen Belastungen dar.

Bereits transplantierte Personen fürchteten sich besonders vor einer Ansteckung, da nicht klar war, ob die Krankheitsverläufe bei Transplantierten fulminanter verlaufen und die Infektionsgefahr grö-

ßer ist als bei Nichttransplantierten. Besonders groß waren die Ängste und Bedenken bei Transplantierten, die durch entsprechende Berufe oder Kontakt mit der eigenen Familie sich nicht konsequent vor einer Infektion schützen konnten.

Depression und Angststörung

Wie erkennt man aber eine Depression? Hinweise hierzu sind anhaltende gedrückte Stimmung, Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Empfinden einer Gefühllosigkeit, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit, rasches Ermüden, Schlafstörungen. Depression kann sich bis hin zu nur noch negativen Zukunftsgedanken und Suizidgedanken entwickeln.

Zu den Angsterkrankungen gehören auch wiederkehrende Panikattacken, die sich nicht auf bestimmte Situationen oder Orte beschränken und unvorhersehbar auftreten mit Symptomen wie Herzklopfen, Brustschmerz, Schwindel, Angst zu Sterben oder vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden. Ist die Angst langanhaltend und generalisiert, spricht man von einer generalisierten Angststörung, die mit ständig auftretenden Symptomen wie Zittern, Nervosität, Muskelspannung, Schwitzen, Herzklopfen o.a. einhergeht.

Bei entsprechendem Leidensdruck durch Depression und auch Angsterkrankungen ist professionelle Hilfe notwendig.

Gerade Transplantierte zeigen oft Ängste, das Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in Menschenmengen aufzuhalten, allein mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu reisen. Das Phänomen wird Agoraphobie genannt. Menschen, die darunter leiden und die entsprechenden Situationen vermeiden können,



Foto: bestphoto.com (CC BY 2.0)

zeigen wenig Leidensdruck. Zum Thema Angst s. a. S. 44.

Was können wir konkret in der Pandemiezeit für uns tun?

Empfehlungen zur Stärkung der mentalen Gesundheit geben das Leibniz Institute for resilience research (2020) und das Washington State Department of Health (2020):

- Bewahrung des Tagesrhythmus, z. B. regelmäßige Mahlzeiten
- Schlafhygiene, wie Beibehaltung des Schlaf-Wach-Rhythmus, kein Essen, Arbeiten, Fernsehen im Bett
- Tagesstruktur
- Regelmäßiger Kontakt in der Familie und mit Freunden
- Verlässliche Informationen zur Pandemie nutzen, nicht zu viele Infos zur Pandemie (1 × täglich reicht aus!)
- Sich mit der komplexen Situation der Pandemie arrangieren
- Stress reduzieren, Achtsamkeitsübungen, Meditation, Yoga u. a.

- Vermeidung ungesunder Coping-Strategien (Alkohol, Zigaretten, Drogen ...)
- Verantwortung übernehmen
- Wenn notwendig, professionelle Hilfe suchen

Wo bekomme ich Hilfe?

Mit wem kann ich mich beraten?

Per Telefon: Oftmals sind die Wartezeiten für Termine bei einem Psychologen oder Psychotherapeuten beträchtlich. Umso hilfreicher ist das Angebot des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen. Dieser bietet derzeit täglich von 8:00 bis 20:00 Uhr **psychologische, anonyme Beratung** in der Krise an: 08 00 / 777 22 44.

Weiterhelfen können auch Angebote unter folgenden Nummern:

Für Kinder: Nummer gegen Kummer:
11 61 11

Für Eltern: Nummer gegen Kummer:
08 00 / 111 05 50

Evangelische Telefonseelsorge:
08 00 / 111 01 11

Katholische Telefonseelsorge:

08 00 / 02 22

Online-Angebote:

www.coreszon.com – Hier finden junge Menschen und Familien einfache, wissenschaftlich fundierte Werkzeuge zur Stressbewältigung und Stärkung von Gesundheit und Widerstandsfähigkeit (Resilienz) in Zeiten räumlicher Distanz.

www.psychologische-coronahilfe.de – Auch die Informationen dieser Homepage können hilfreich sein – einen persönlichen Kontakt natürlich aber nicht ersetzen.

Sicher ist auch ein vertrauensvolles Gespräch mit einem Familienmitglied, einem Freund oder Freundin oder in einer Selbsthilfegruppe hilfreich. Je nach Schwere der psychischen Probleme ersetzt dieses aber nicht die professionelle Hilfe. Die Pandemie betrifft Körper und Seele. Selbstverständlich vertrauen wir unseren Körper den Ärzten an. Immer daran denken: Auch für die belastete Seele gibt es Profis.

Online-Behandlung gegen Depressionen

Studie untersucht Erfolgsfaktoren für Nutzung internetbasierter Psychotherapie

Stand: 16. März 2021

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen. Etwa 16 bis 20 von 100 Menschen leiden nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums mindestens einmal im Leben an einer Depression oder einer chronisch depressiven Verstimmung. Die seelischen Störungen sind zwar gut mit Medikamenten und einer psychotherapeutischen Behandlung in den Griff zu bekommen. Doch wer professionelle Hilfe benötigt, muss mitunter lange auf einen Termin in einer Praxis oder Klinik warten. Eine wirksame Alternative stellen evidenzbasierte Online-Behandlungen dar. Aber obwohl inzwischen vier solcher wissenschaftlich überprüften Programme in Deutschland zur Verfügung stehen, werden sie nur von weniger als einem Prozent der Betroffenen in Anspruch genommen. Warum das so ist und wie die Angebote verbessert werden können, soll jetzt eine Studie unter der Leitung von Professor Dr. Kai G. Kahl, geschäftsführender Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), klären. Die Studie wird vom Land Niedersachsen und der VolkswagenStiftung unterstützt.

Genauso wirksam wie konventionelle Psychotherapie

„Depressive Erkrankungen sind nicht

nur eine seelische und psychosomatische Belastung für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen, sondern wegen krankheitsbedingter Arbeitslosigkeit oder Frühverrentung auch ein ökonomisches Problem für die Betroffenen und die Gesellschaft“, sagt Professor Kahl. Nur etwa ein Viertel der Erkrankten nimmt überhaupt an einer Therapie teil. Das liegt unter anderem an den Wartezeiten. Weil es mehr therapiewillige Patienten als verfügbare Termine gibt, dauert es im Durchschnitt drei Monate bis zu einem Erstgespräch und weitere drei bis sechs Monate bis zum Beginn der eigentlichen Therapie. Online-Behandlungen könnten die Versorgungslücke schließen. Ihre Wirksamkeit sei nachgewiesen, betont er. „Internetbasierte kognitive Verhaltenstherapien führen den Nutzer Schritt für Schritt durch einen strukturierten Prozess und wirken oft vergleichbar wie eine konventionelle Psychotherapie von Angesicht zu Angesicht.“ Gleichwohl sei die Akzeptanz dieser kostenfreien Angebote gering.

Welche Gründe dafür eine Rolle spielen, ob etwa zu wenige Hausärztinnen und Hausärzte ihre Patienten auf die Online-Möglichkeiten hinweisen oder ob die Anwendung selbst zu wenig benutzerfreundlich oder zu wenig attraktiv für Nutzerinnen und Nutzer ist, soll nun

die Studie zeigen. Um die kritischen Erfolgsfaktoren herauszufinden, werden auf Grundlage eines wissenschaftlich basierten Technologieakzeptanzmodells Betroffene, Ärztinnen und Ärzte sowie Entwicklerinnen und Entwickler von Online-Behandlungen qualitativ befragt. In einem zweiten Schritt werden die gewonnenen Erkenntnisse an 5.000 Menschen mit depressiven Erkrankungen quantitativ überprüft. Ziel ist, künftige Programme den Bedürfnissen der Patienten anzupassen und gleichzeitig das medizinische Umfeld für die digitalen Therapieverfahren zu sensibilisieren. „Wir sind glücklich über das Vertrauen der Förderer und wollen einen wichtigen Beitrag zur Digitalisierungsoffensive in der Medizin leisten“, sagt Professor Kahl.

Das Projekt ist eine Kooperation zwischen der MHH, der Leibniz Universität Hannover (Professor Dr. Michael H. Breitner, Professorin Dr. Annika Herr, PD Dr. Jan Zeidler), der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften (Professorin Dr. Daniela Eidt-Koch) und der AOK (Dr. Jona Stahmeyer).

SERVICE:

Weitere Informationen erhalten Sie bei Professor Dr. Kai G. Kahl, kahl.kai@mh-hannover.de, Telefon: 05 11 / 532 - 24 95

30 Jahre geschenktes Leben – Ich sage DANKE an meinen Organspender

Mariele Höhn

PSC (Primär Sklerosierende Cholangitis, Autoimmunerkrankung der inneren und äußeren Gallenwege), so lautete, nach 5 Jahren Odyssee durch etliche Kliniken in den 70er-Jahren, die Diagnose. „Sie haben höchstens noch 1 ½ Jahre zu leben“, gab mir ein Arzt zu verstehen. Eine Welt ist damals für mich zusammengebrochen. Ich war zu dem Zeitpunkt erst 27 Jahre und stand kurz vor meiner Hochzeit.

Nach anfänglicher Verzweiflung raffte ich mich dann doch auf und holte mir noch eine zweite Meinung ein. Auf deren Empfehlung kam ich zu Prof. Pichlmayr, einer der Pioniere auf dem Gebiet der Lebertransplantation an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Über eine Transplantation hatte ich mir bis dahin noch nie Gedanken gemacht.

Dieser Arzt machte mir wieder Mut und riet mir zunächst zu einer sogenannten Entlastungsoperation (Hepaticojejunostomie). Mein äußeres Gallengangssystem wurde entfernt und durch eine Dünndarmschlinge ersetzt.

Nach dieser OP hatte ich ein paar Jahre Ruhe, in denen sogar meine Tochter geboren wurde. Meinen Beruf als Architektin musste ich aber erst mal aufgeben. Nach der Geburt verschlechterte sich meine Erkrankung stetig und so wurde ich, nach einem Jahr Wartezeit, am 31.5.1991 in der MHH erfolgreich transplantiert.

Doch es sollte noch ein sehr schlimmes Jahr folgen; 3 Wochen nach der Transplantation bekam ich eine Sepsis, die zu spät erkannt wurde und die schrecklichsten Wochen meines Lebens verursachten, danach eine Unverträglichkeit der Immunsuppression (FK 506, Tacrolimus) und noch einiges mehr.

Ein Jahr später musste ich noch einmal operiert werden. Durch Folgen der Sepsis musste meine Bauchdecke entfernt werden, die durch diese OP wiederhergestellt wurde.

Doch danach ging es langsam bergauf und ich konnte nach einiger Zeit wenigstens stundenweise wieder arbeiten.

Jetzt sind schon 30 Jahre vergangen. Das hätte man damals nicht gedacht. 30 Jahre geschenktes Leben. Ohne meinen Organspender und seine Angehörigen hätte ich nicht überlebt.



Kurz nach der Transplantation und der überstandenen Sepsis: zu schwach zum Gehen. Meine Mutter schiebt mich im Rollstuhl.

Seit 24 Jahren engagiere ich mich in unserem Verband „Lebertransplantierte Deutschland“. Dort kann ich meine Erfahrungen in vielfältiger Weise weitergeben. Diese Menschen sind mir sehr ans Herz gewachsen und der Austausch und die Begegnungen mit ihnen haben mir sehr geholfen.

Als man mir damals zu verstehen gab, dass ich nur durch eine Lebertransplantation weiterleben kann, war das auch ein Wahnsinns-Schock. Bis dahin hatte ich mich noch nie mit diesem Thema auseinandergesetzt. Transplantationen waren zu dem Zeitpunkt noch ein großes Ereignis und in der Bevölkerung wenig bekannt. Selbsthilfegruppen gab es auch nicht.

Doch ich war mir schnell im Klaren, wenn du überleben willst, musst du diesen Weg gehen – mit allen Konsequenzen.

30 Jahre nach LTx wieder und immer noch mitten im Leben: Urlaub in Puerto de Soller (Mallorca)



Da in unserem Leben Gesundheit das höchste Gut ist, setze ich mich auch für unsere Natur und Umwelt ein, die durch viele Einflüsse des Menschen sehr leidet.

Gerade eine Krankheit zwingt uns zum Innehalten und Nachdenken. Ganz wichtig ist es, sich bewusst zu machen: was kann ich selbst dazu beitragen, mit meinem neu gewonnenen Leben?

Wenn man überleben will, muss man auch anfangen, etwas Positives zu tun, statt in negativen Gedanken zu versinken.

Auch ein innerer Ausgleich gehört dazu. Ich sammle meine Kräfte in der Natur; z.B. im Wald oder im Urlaub am azurblauen Meer sitzen und den Gedanken freien Lauf lassen. Musik lässt mich zur Ruhe kommen und gibt mir ein angenehmes, wärmendes und ruhiges Gefühl, sie kann aber auch ein Ventil sein, um Wut und Enttäuschung herauszulassen.

Rückschläge gab es immer mal, privat und auch gesundheitlich. Ich habe die „Zähne zusammengebissen“ und versucht, Probleme anzupacken.

Das Größte war, meine Tochter aufwachsen zu sehen.

Jetzt kann ich mich jedes Jahr auf das Frühjahr freuen, meine Lieblingsjahreszeit; wenn die Natur erwacht, alles anfängt zu blühen und man morgens mit Vogelgezwitscher geweckt wird. Für mich gibt es nichts Schöneres. Gerade diese einfachen, schönen Dinge machen das Leben lebenswert. Man muss nur hinschauen. Dies habe ich auch durch meine Erkrankung gelernt – Wichtiges von Unwichtigem zu trennen.

Ich wünsche mir, dass all diese Dinge noch viele Wartepatienten erleben dürfen und dass mehr Organe zur Verfügung stehen. Dafür werde ich mich auch in Zukunft weiter einsetzen.

Ein Signal mit Nachwirkung

Katharina Schöнемann

Diesen Satz hatte ich im Frühling auf bunt bemalte Steine geschrieben und kurz vor dem Tag der Organspende Anfang Juni 2020 bei Spaziergängen am Wegesrand verteilt. Weil ich heute nur dank einer geschenkten Leber leben darf, ist es mir eine Herzensangelegenheit, immer wieder auf das Thema Organspende hinzuweisen. Da in diesem Jahr viele Veranstaltungen zum Tag der Organspende Corona-bedingt ausfallen mussten, hatte ich die Idee, mit meinen bunten Steinen kleine Denkanstöße zu geben.

Mittlerweile war es Winter geworden und an die Steine habe ich lange nicht

mehr gedacht. Es war der 24. Dezember, mein Geburtstag, als mir meine Schwiegermutter erzählte, dass ich in der Zeitung wäre. Ich wollte ihr zunächst nicht glauben, da ich mich seit Corona sehr zurückgezogen habe, nicht arbeiten darf und ich mir nicht vorstellen konnte, wie ich in die Zeitung kommen sollte. Sie sagte mir dann, dass nicht ich, sondern ein Foto von meinem Stein in der Zeitung ist. Ich brauchte einen Moment, um zu realisieren, was für ein Stein gemeint war, denn wie gesagt, die Steine hatte ich vor mehr als einem halben Jahr verteilt.

Es machte dann KLICK und als sie mir das Bild zeigte, bekam ich Gänsehaut und musste gleichzeitig vor Rüh-



rung weinen. Ein halbes Jahr lag dieser Stein im Wald und genau an meinem Geburtstag schaut er mich aus der Zeitung an. Das konnte kein Zufall sein, da hatte jemand von ganz weit oben die Hand im Spiel, da bin ich mir sicher. Es war übrigens mein 46. Geburtstag, genau die Hälfte meiner Lebensjahre verdanke ich meiner Spenderin. Danke für 23 geschenkte Jahre!

Foto: NWZ, Giacinto Carlucci

Lebertransplantation und COVID-19: Vater und Tochter berichten

Das zweite Leben

Der Vater – Uwe Wrase

1996 erkrankte ich an Primär Sklerosierender Cholangitis. 1999 hat man mir erklärt, dass eine baldige Lebertransplantation unumgänglich sei, sonst werde ich keine vierzig Jahre.

Ich hätte ja auf die Ärzte hören können ... Aber DAS bin nicht ICH! Bei einem Krankenhausaufenthalt in Hannover lernte ich einen Patienten kennen, der nach so einer Operation nicht gut aussah. Nach drei Monaten wurde seine neue Leber abgestoßen. Eine erneute Transplantation mit vielen Tagen im Koma folgte. Nun konnte er nicht mehr richtig sehen, schwer hören, hatte Diabetes und war nur noch ein Schatten seiner selbst. „Da willst du nicht hin“, sagte ich mir. Zur gleichen Zeit las ich das Buch „Leben“ von Eva Maria Sanders. Die Geschichte einer Frau, der die Ärzte nach einer Erkrankung keine Hoffnung mehr machten und die trotzdem zurückkam. Da stand für mich fest: „Ich bin noch nicht dran!“

Ich setzte mich mit der Krankheit ausführlich auseinander und änderte einiges an meiner Lebensweise. Daraus wurden 20 Jahre.

2018 habe ich mich dann, nach einer Erkrankung, nicht mehr erholen können. Meine Haut hatte die Farbe eines Briefkastens und der Bilirubin-Wert blieb im dreistelligen Bereich.

Also war das Thema Transplantation wieder aktuell!

Das Warten war eine nervenaufreibende und anstrengende Zeit. Viele Dinge habe ich nur noch wie in Trance wahrge-



nommen. Das ganze Leben zog so nach und nach an mir vorbei, teilweise im Traum, aber auch ganz bewusst.

Als mich in dieser Zeit ein Freund im Krankenhaus besuchte und meinte, wie schrecklich das doch sei, erwiderte ich: „Eigentlich kann ich der Natur dankbar sein, dass ich diese schwere Krankheit bekommen habe – ich habe mein Leben gelebt, mir all meine Träume erfüllt und jeden Tag genossen.“

Worte wie „später mal“, „vielleicht irgendwann“ oder „ich habe Angst vor“ ... gab es bei mir nicht.

Am 12. Januar 2020 war ich mit meinem Sohn und meinem Enkel noch Ski fahren (Abfahrt). Jede Woche bin ich meine 1.000 m geschwommen ... und dann, am 18. Januar, hat meine Leber aufgehört zu arbeiten.

Ich sah aus wie ein Sumo Ringer, durch Wassereinlagerungen hatte ich 20 kg mehr an Gewicht.

Das Zeitgefühl war mir abhandgekommen und ich wurde immer müder und müder. Irgendwann reichte die Kraft nicht mal mehr für den Spaziergang an der Ostsee.

Heute weiß ich, sterben ist nicht schlimm – man schläft jeden Tag etwas länger und irgendwann wacht man nicht mehr auf. Schlimm ist es nur für deine Liebsten und deine wahren Freunde, die zurückbleiben.

Die Aussichten waren nicht so gut, da ich eine seltene Blutgruppe habe.

Am Freitag, dem 13. März kam dann endlich die passende Leber, nachdem vorher zwei Spenderorgane unbrauchbar waren.

Mein Sohn sagte später: „Papa, es war so, als wenn die ganze Welt für dich den Atem angehalten hat.“

Seine erste Schülerin (er ist Lehrer) war positiv getestet worden (am Freitag, dem 13. März) und die Schulen in MV wurden geschlossen. – „Als du dann von der Kur nach deiner Transplantation zurückgekommen bist, haben die Schulen wieder aufgemacht, alle tragen Masken und nehmen Rücksicht auf dich.“

Am 14. März war dann endlich die Transplantation. Ich hatte mir einen Infekt im Krankenhaus eingefangen und vierzig Grad Fieber. Also unsagbar schlechte Voraussetzungen für einen so komplizierten Eingriff.

Beim Transport von der Station in den OP-Bereich nahm ich nur noch einige Bilder oder Worte wahr. Nichts schien

Fotos: privat

mehr real. Ich hatte jedoch immer die Vorstellung, meine Frau ist dabei und passt auf, dass alles richtig läuft. Das gab mir Kraft und Zuversicht.

Die Rückkehr ins Leben war dann die Hölle. Nach zwei Tagen wollte mein Körper das neue Organ abstoßen.

Es folgten zwei Wochen Kampf, von denen ich nur einige wirre Träume als Erinnerung habe. Zweimal hörte ich auf zu atmen. Meine jüngste Tochter erzählte mir später, dass beide Male meine Frau aus dem Nachtschlaf hochschreckte und sagte: „Jetzt ist was Schlimmes mit ihm“ ... der Mensch verfügt doch über telepathische Fähigkeiten, wir haben es nur verlernt, auf unseren Körper zu hören.

Langsam hatte ich einige Wahrnehmungen.

Nun war es nicht so, wie man das von früheren Krankenhausbesuchen oder aus den Filmen kennt. Man kommt zu sich und die Liebsten sind an deinem Bett, nein, es war anders. Von Zeit zu Zeit nahm ich einige mir völlig unbekannte Personen wahr. Ich wollte wissen, wo ich bin, was mit mir passiert ist und wie es weitergeht. Aber kaum einer redete mit mir. Ich nahm nur ab und zu Gebrubbel der Leute an meinem Bett wahr. Es war einfach nur schrecklich. Ich fühlte mich einsam und allein gelassen, wie irgendwo abgelegt.

Weil ich aufstehen wollte, hatte man mich ans Bett gefesselt. Das empfand ich als Misshandlung und wollte mich dagegen aufbäumen. Ich wollte meine Kontrolle über die Dinge wieder zurück. Mein Körper fühlte sich an wie nach einem hundertjährigen Schlaf. Ich hatte keine Ahnung, dass im Laufe eines Monats die Welt, wie ich sie kannte, völlig aus den Fugen geraten war ... CORONA!

Am 24. März hielt mir ein Arzt ein Telefon ans Ohr, dran war meine Schwiegertochter – wieso die und nicht meine Frau oder meine Tochter?

Meine Schwiegertochter ist Ärztin, die Einzige, die auf Nachfragen ausführliche Informationen erhielt. Meine Frau hatte einige Male in ihr Klinik-Tagebuch geschrieben: Heute keine Information oder schlechte Information, nur ein kurzer unverständlicher Satz.

Das Leben, das ich kannte, schien es nicht mehr zu geben. Kultur und Sport waren verboten, Einkaufen durfte man nur verumumt, unsere Heimatstadt war zur Geisterstadt geworden. Kleinunternehmer wie Cafés und Läden mussten aufgeben, Angehörige durften nicht in die Krankenhäuser. Was war hier los? Die ganze Zeit auf der Intensivstation konnte ich nicht unterscheiden zwischen Realität und Traum.

Es machte mir Angst. Ich wollte nur aufstehen und wegrennen. Aber irgendwie schaffte ich das nicht. Energische unfreundliche Ansagen empfand ich als Bedrohung. Keiner verstand mich oder wollte mir helfen. Immer noch keine Angehörigen in meiner Nähe. Ich hatte keinen Halt. Die Träume wurden immer



wirrer. Wenn ich hier nicht bald rauskomme, werde ich irre! In einer Nacht dann träumte ich von einer Nachbarin, der ich vor zwanzig Jahren ein Haus gebaut hatte. Wieso träum ich jetzt ausgerechnet von ihr? Langsam kam ich dann zu mir und sie sprach mit mir: „Ich bin es, erkennst du mich?“ ...

Die besagte Nachbarin ist OP-Schwester in der Uni-Klinik. Die erste bekannte Person, die ich wahrgenommen habe, zehn Tage nach meiner OP. Am nächsten

Tag hat sie dann Fotos von meiner Familie an meinem Bett angebracht, die sie von mir zuhause geholt hatte, sie konnte da einfach hingehen und am nächsten Tag wieder im Krankenhaus arbeiten, komisch! Warum kam denn keiner von meiner Familie?

Aufgrund einer Lungenentzündung konnte ich anfangs nicht richtig atmen und wurde mehrmals täglich an eine Maschine angeschlossen. Beim Atmen in eine Maske hatte ich das Gefühl, gleich zu ersticken. Mehrmals riss ich mir die Maske aus dem Gesicht, dann bekam ich einen fürchterlichen Zusammenschiss, der mich an Zeiten im Kindergarten erinnerte, wenn ich Mist gebaut hatte. Diese Situation wollte und konnte ich nicht mehr aushalten. Das habe ich dann auch energisch angesagt, die Wortwahl war sicherlich nicht sehr fein, ich komme eben vom Bau.

So bekam ich nun mehrfach Besuch von Psychologen und Neurologen – der Kontakt mit meiner Familie fehlte mir jedoch immer wieder und auch das Verständnis über diese Verbote. Ich konnte die Situation einfach nicht einordnen. War das wirklich eine neue Zeit oder ein schlechter Traum?

Am 29.3. hatte ich dann endlich ein längeres Gespräch mit dem Arzt, der mich operiert hatte, eine für mich bekannte Person. Er war vor dem Eingriff mehrere Male bei mir auf Station und hatte mich ausführlich auf das vorbereitet, was da kommt. Er erklärte mir die neue Situation und die weitere Vorgehensweise. So bekam ich endlich einen Halt. Verstehen wollte ich trotzdem nicht, warum meine Frau nicht zu mir kommen konnte. Sie hatte doch nicht diese neue Krankheit.

Am 30. März bekam ich mein Handy zurück – endlich eine Verbindung zu meiner Familie und am 31. wurde ich dann auf die „Normalstation“ verlegt. Wie hatte ich diesen Tag herbeigesehnt. Ein böser Albtraum ging zu Ende! Geschafft!

In den folgenden Tagen versuchte ich, mehrere Leute anzurufen (manchmal auch nachts um zwei), wollte ihnen sagen, dass ich es geschafft hatte. Meine Sprache war jedoch für viele nicht zu verstehen. Nur meine Frau konnte alles deuten am Telefon.

Der persönliche Kontakt zu meiner Familie fehlte mir immer noch sehr und die Informationen zu mir oder meinen Angehörigen waren nach wie vor sehr unbefriedigend. Das musste nicht sein! Die Aufklärung über meine neuen Medikamente und die neue Ernährungsweise fehlte komplett. „Das lernen Sie alles später auf KUR!“, sagte man mir.

Aber ich wollte doch schon jetzt wieder in die neue Zeit starten und wissen, wie ich mit meinem Körper umzugehen habe, um mein neues, geschenktes Leben nicht zu gefährden.

Ich konnte mir alles Mögliche an Essen bestellen, nachdem ich jedoch zwei Mal große Probleme bekam, habe ich dann täglich meine Speisen mit dem Handy fotografiert und von meiner großen Tochter die Rückinformation bekommen, was ich essen darf und was nicht, immerhin hat sie Ökotrophologie studiert.

Am 6. April kam dann eine Schwester in Ausbildung in mein Zimmer. Ich kenne sie schon als Baby, sie ist eine Schulfreundin meiner jüngsten Tochter. Endlich eine vertraute Person und sie ging bei uns zuhause ein und aus, brachte mir einige persönliche Dinge und nahm die Schmutzwäsche mit. Wieder eine für mich unverstehliche CORONA-Festlegung! Sie war bei uns zuhause und konnte jeden Tag

ins Krankenhaus, meine Familie jedoch nicht?

Am 9. April gab es für uns dann einen ganz besonderen Augenblick – meine Frau schrieb in ihr Klinik-Tagebuch:

„Hurra, wir haben Uwe besucht, er hat aus dem Fenster geguckt und mit uns erzählt. Es war so schön, ihn endlich live zu sehen und mit ihm zu sprechen, er ist sehr optimistisch und sieht gut aus.“

Dann kam Ostern. Mein erstes Wochenende, das ich wieder bewusst erlebte. Ich schrieb einen großen Wunschzettel, den habe ich noch, jedoch kann ich ihn heute kaum lesen.

Und dann endlich Licht am Ende des Tunnels! Die Ärzte bekamen die Einstellung der Prograf-Medikamente in den Griff.

Am 22. April ging es dann direkt aus der Uni-Klinik an die Müritz zur Reha, mit meiner Frau, einfach toll! Sie machte bei Ankunft einen Corona-Test und wusste nach 10 Minuten, dass sie mit einziehen

kann. Wenn das so schnell geht, warum konnte man diesen Test nicht an der Uni-Klinik für solche schweren Fälle der Intensivstation machen, damit mich meine Frau einige Male hätte besuchen können? Alle Anspannungen fielen von uns ab und es gab viele Tränen. Für mich stand fest, wenn ich noch mal krank werde, dann lasse ich mich nur noch ambulant behandeln, nicht mehr stationär.

Ab dem 1. Mai hatte ich endlich wieder ein richtiges Zeitgefühl.

Ich konnte durchschlafen und wurde nicht mehr alle zwei Stunden von schlechten Träumen wach!

Ich wusste, jetzt bin zurück!

Mit der Aufarbeitung aller Erlebnisse bin ich jedoch noch lange nicht fertig!

Während ich diesen Artikel schrieb, fragte ich meine jüngste Tochter, wie sie die Zeit erlebt hat.

Sie schrieb mir ihre Gedanken und Gefühle auf:

Gefangen zwischen Traum und Realität

Die Tochter – Pauline Wrase

C OVID-19 war zu der Zeit, in der mein Papa transplantiert wurde, das Thema, das unsere Gesellschaft bewegte. Ein Virus, das noch keiner kannte und das sich wie ein Lauffeuer über die ganze Erde verbreitete. Ich wollte davon nichts wissen. Ich konnte mich auch gar nicht damit auseinandersetzen. Für mich stellte die Zeit vor und während der Transplantation ein stumpfes Abbild der Realität dar.

Vor der Transplantation war ich jeden Tag im Krankenhaus. Ich versuchte zu verdrängen, dass mein Papa nicht mehr der Mensch war, den ich kannte. Der starke, humorvolle und starrköpfige Mann, der seine Erkrankung bisher immer im Griff hatte, war nur noch ein Schatten seiner selbst. Die Krankheit hatte es nach all den Jahren geschafft, die Oberhand zu gewinnen und er musste das erste Mal sein Schicksal in andere Hände übergeben. Ich musste stark sein, für ihn, für meine Mama, für meine Familie. Ich wollte, wie ich es immer will, dass sich die Menschen wenigstens für einen Moment besser fühlen und ihr Lachen aufblitzt. Doch ich konnte schon lange nicht mehr herzlich lachen. Ich hatte riesige Angst und fühlte mich wahnsinnig hilflos. Ich wollte auf keinen Fall den Gedanken akzeptieren, einen der wichtigsten Menschen in meinem Leben, den ich über alles liebte, zu verlieren. Ich brauchte so dringend noch die starke Schulter meines Papas, seine Ratschläge und seine Witze. Es war noch lange nicht alles gesagt und

getan. Die Gedanken stürzten immer wieder auf mich ein. Ich weinte im Stillen und wusste nicht, wohin mit meinem Schmerz.

Die Tage, die er noch einmal zu Hause verbrachte, zerrissen mich förmlich. Ich wollte es ihm so schön wie möglich machen. Er hatte es verdient. Doch das Krankbett in unserem Haus und die Pflege, die kam, all das erinnerte mich an das Altern und den Tod. Ich schüttelte jedoch diese Gefühle von mir ab und erzählte ihm immer wieder, dass wir ihn brauchten und er es schaffen würde. Wir hörten alte Schallplatten, aßen frische Orangen und so ging ein Tag in den anderen über. Am letzten Abend vor der Operation besuchte wir ihn im Krankenhaus. Er versuchte, sich die Zugänge aus den Armen zu reißen. Er schrie mich an. Ich verstand ihn nicht. Ich saß auf dem Krankenhausflur und weinte. Ich spürte, dass es zu Ende war. Ich wusste, dass ich ihn lange nicht mehr sehen würde.

Auf dem Weg hinaus aus der Klinik ging ich an den großen „COVID-19-Teststation“-Schildern vorbei und hätte sie vor lauter Verzweiflung am liebsten umgestoßen. Ich wusste nicht mehr, wohin mit meiner Angst.

An diesem Abend erfuhr ich dann, dass eine Leber für meinen Papa zur Verfügung stand und er endlich operiert werden konnte. Ich schlief in der Nacht ziemlich unruhig, doch am nächsten Tag kam endlich die Nachricht, dass er alles gut überstanden hatte. Er war und ist ein Kämpfer und ab diesem Tag hatte ich keine Zweifel mehr daran, dass er es

schaffen würde. Endlich lag sein Schicksal wieder in seinen Händen.

Ich konnte es einfach nicht nachvollziehen, dass wir ihn nach der OP nicht mehr besuchen durften. Er musste sich so einsam und verloren fühlen. Wir versuchten, über die Ärzte auf der Intensivstation in Erfahrung zu bringen, wie es ihm geht. Aber woher weiß schon ein Fremder genau, wie es einem wirklich geht? Am Telefon klang er ganz schwach und verwirrt. Ich wollte ihm so gerne helfen, wieder in der Realität anzukommen, ihm sagen, dass alles gut werden würde, ihn sehen und anfassen. Wir schickten Bilder von unserer ganzen Familie in die Klinik, damit er nicht so alleine und verloren war. Die ersten Lichtblicke, die zum Ton ein Bild gaben, waren die Video-Chats, danach folgte ein Winken aus dem Fenster. Ich habe ihn nach der langen, quälenden Zeit erst wieder zu Hause nach der Kur gesehen.

Durch COVID-19 konnte ich meinen Papa nicht durch die schlimmste Zeit seines Lebens begleiten. Ich war schon immer für ihn da und er für mich. Die Verbreitung des Virus hatte es das erste Mal geschafft, das starke Band, was uns verbindet, zu trennen. Ich möchte mir nicht vorstellen, durch welche Krankenhaushölle er allein nach der OP gehen musste. Uns hat es fast das Herz gebrochen, nicht bei ihm sein zu können. Andere Schwerkranke und ihre Familien müssen das Gleiche durchgemacht haben. Die Verbreitung von COVID-19 hat tiefe seelische Wunden hinterlassen, die nicht so leicht heilen werden.

Die Türen öffnen

Erleben und Empfinden rund um die Organspende

Afra Wollein

Ein Mittwochabend im Januar. Meine Schwester ruft mich an. Mit zittriger Stimme teilt sie mir mit, dass unser Vater auf der Intensivstation im Krankenhaus seines Wohnortes liegt.

Papa ist nach einem aktiven Tag, der mit Hausarbeiten und dem obligatorischen Mittwoch-Vormittags-Besuch im Fitness-Studio gefüllt war, im Flur zusammengebrochen. Der Nachbar, der ihn, von der Arbeit kommend, schwach um Hilfe rufen hört, verständigt Rettung und Polizei. Ein junger Polizist, der nach nur zwei Minuten eintrifft, tritt die Wohnungstür ein. Er findet meinen Vater bereits leblos vor und beginnt sofort mit der Reanimation, bis auch der Notarzt eintrifft und übernimmt. Papa wird „wiedergeholt“. Nach dem Transport ins Krankenhaus wird mein Vater nach und nach ins künstliche Koma versetzt.

Papa steht zwei Monate vor seinem 77. Geburtstag, zwei Wochen zuvor hatte er die Jahreskontrolle beim Hausarzt. „Kerngesund“, sagte er mir am Telefon. Gelegentlich spürt er einen Anflug von Schwindel beim Aufstehen. „Vielleicht ein wenig Kreislaufprobleme“, meint er. Papa raucht nicht, ist schlank, beweglich. Er nimmt keinerlei Medikamente ein. Er hat alle Voraussetzungen, um sehr alt zu werden. Denken wir.

Die Nachricht über den Zusammenbruch trifft uns aus heiterem Himmel. Meine Schwester und ich sind die nächsten Angehörigen. Wir beide, unsere Männer und C, eine langjährige Freundin von Papa, reisen aus West und Nord, weite Strecken zu ihm in den Süden.

Intensivstation

Donnerstag. Papa in der Intensivstation: Sein Anblick lässt mich weinen. Er erscheint abwesend, anderweitig beschäftigt, als sehe er hinter den geschlossenen Augen tief in sich hinein oder auch weit hinaus. Papa sieht vertraut aus und doch ganz entrückt. Sein Körper ist Krämpfen ausgeliefert, die fast im Sekundentakt die linke Körperhälfte schütteln. Diese Krämpfe entstehen im Gehirn. Das Koma ist noch nicht tief genug. Papa ist beatmet. Einige Perfusoren stehen an seiner Seite und verabreichen Schmerz- und Narkosemittel sowie Nahrung. Sofort wird mir klar, dass Papa nicht wieder zurückkommt als der Mensch, den ich noch drei Tage zuvor am Telefon gesprochen habe. Papa ist nicht mehr zu retten.



Als Krankenschwester kann ich die Situation halbwegs einschätzen und sogar mit einer gewissen Distanz von außen betrachten. Als Tochter erlebe ich die Erkenntnis wie eine Welle, die über mich, die in mich rollt und mich mitreißt, aufreißt. Ich wehre mich nicht, spüre die Erschütterung, die Wucht des Verlustes, gleichzeitig mit einer Flut meiner Liebe zu ihm.

Noch gibt es keine Diagnose, ein CT kann wegen der Zuckungen noch nicht gemacht werden. Auf Nachfrage der Oberärztin, Frau Dr. W., sprechen wir uns gegen lebensverlängernde Maßnahmen aus. Die Ernährung wird daraufhin abgestellt.

Am späten Nachmittag liegt Papa im tiefen Koma. Ein CT kann gemacht werden. Die Bilder dokumentieren einen linksseitigen, zentralen Schlaganfall, eine starke Schwellung der linken Hirnhälfte, mit Mittellinienverschiebung und Schäden der rechten Hirnhälfte durch den Sauerstoffmangel vor der Reanimation. Auf dem Befund steht: „Die Diagnose ist fatal.“ Sollte Papa wieder zu sich kommen, dann mit schwersten Hirnschäden. Ich beginne zu hoffen, dass er sterben kann.

Der junge Polizist, der Papa reanimiert hat, kommt in die Klinik und bittet um ein Gespräch mit uns. Voll Hoffnung fragt er mich, ob es Peter besser geht. Ich sage ihm, dass es sehr schlecht aussieht. Der junge Mann ist ganz erschrocken und betreten. Er schildert, wie schnell er zur Wohnung gerast ist, wie er die Tür mit aller Kraft aufgetreten hat, Papa erst in den Zimmern gesucht hat, um dann festzustellen, dass dieser hinter der Wohnungstür lag. Wie er hoffte, dass der Zeitraum des Herzstillstands noch nicht zu lang für eine erfolgreiche Reanimation war. Er hoffte, alles richtig gemacht zu haben. Und nun diese Aussichtslosigkeit. Papa zwischen Leben und Sterben.

Ich danke dem Polizisten für seinen Einsatz. Mich schmerzen die Bilder, die ich mir von der dramatischen Reanimation mache. Denke, dass Papa aus dem Sterbeprozess gerissen wurde, nicht friedlich gehen konnte. Papas zerschnittene

Strickjacke, Fußabdrücke vieler Straßenschuhe, die Verpackungen der Spritzen, Handschuhe und des Tubus, die ich im Flur in Papas Wohnung vorgefunden habe, Zeugnisse des gewaltigen Aufruhrs. Die Tür, die nicht mehr schließt. Und doch hat der junge Polizist alles richtig gemacht, mit bester Absicht, um ein Leben zu retten. Es ist anders gekommen, und das ist mit Sicherheit nicht sein Verschulden.

Freitag. Ich bin bereits in die Situation eingetaucht. Denke erstaunlich klar. Bin fokussiert und fühle mich Papa nah. Sehe die körperliche Unversehrtheit. Die blasse Winterhaut, die fast durchscheinend und kindlich zart ist. Ich halte Papas warme Hände, streichle seine gepflegten Füße. Rede zu ihm, rede mit ihm.

C. ist fassungslos. Sie kann den beatmeten, regungslosen Peter nicht mit dem gesunden Menschen in Deckung bringen, mit dem sie noch kürzlich Urlaubspläne geschmiedet hat, der ihr Unterstützer und Begleiter gewesen war. „Wie konnte das passieren“, ist ihre ständige Frage. „Was haben wir übersehen? Vielleicht wäre das nicht passiert, wenn ich bei ihm gewesen wäre? Er ist doch ganz gesund!“

Die Frage nach der Organspende

So oft wie möglich spreche ich mit der betreuenden Ärztin. Sie äußert sich erstaunt über den völlig unangekündigten Schlaganfall und gleichzeitig anerkennend über den guten Allgemeinzustand meines Vaters. Man sieht ihm sein Alter nicht an. Blutwerte und die angeschlossenen Apparate zeigen, dass Papas Vitalfunktionen gut sind. Die Organe arbeiten toll. Die Nieren scheiden die Infusionsflüssigkeit ganz klar und in großer Menge wieder in den DK-Beutel aus. Schmerz- und Narkosemittel werden bereits wieder reduziert. Papa wacht nicht auf, er reagiert nicht mehr auf Schmerzreize, auch die Zuckungen kehren nicht mehr wieder. Das Gehirn „feuert“ nicht mehr unkontrolliert.

„Es ist zu erwarten“, sagt Frau Dr. W., „dass das Gehirn weiter anschwellen wird.“ Wenn die Schwellung auch den Hirnstamm erreicht und diesen abdrückt, stirbt Papa. Der Hirntod tritt ein. Sie weiß, dass ich diese Entwicklung für den gnädigsten Weg für Papa halte. Wir alle wünschen ihm, dass er nicht schwerstgeschädigt überleben muss. Frau Dr. W. fragt mich: „Wissen Sie, wie Ihr Vater zur Organspende stand? Es wäre möglich, dass Ihr Vater, wenn der Hirntod eintritt, als Spender für einige Organe in Betracht kommt.“

Wer soll entscheiden?

Es ist mutig von Frau Dr. W., uns direkt auf diese „Tür“ zu einem neuen Weg anzusprechen, uns aufzufordern hindurchzusehen, zu prüfen, ob das Hindurchgehen stimmig ist. Zuallererst für Papa, aber auch für uns. Erst überrascht, rührt mich schnell eine Freude an, ein anderes Licht fällt auf den Abschied, den Verlust.

Einige Male habe ich Papa angesprochen. „Papa, triff Vorsorge. Schreib deinen Willen auf. Wer soll dich vertreten, für dich sprechen, für dich entscheiden, wenn du nicht mehr kannst?“ Er sagt zu mir und meiner Schwester zwei Jahre zuvor: „Wenn mir einmal was passiert, dann entscheidet ihr das schon richtig für mich.“

Dennoch versuche ich ihn zu bewegen, schriftlich die wichtigsten Dinge zu ordnen. Und siehe da! Es gibt einen dicken Ordner mit allen erdenklichen Formularen. Auf seinem Schreibtisch. Vorsorgevollmacht. Betreuungs-Verfügung. Testament. Organspendeausweis. Jedoch! Auf keinem Papier steht ein Buchstabe. Noch nicht einmal ein Name ist eingefügt.

Krankheit und Hinfälligkeit tauchten immer nur kurz in meinen Gesprächen mit Papa auf. Gelegentlich habe ich aus meiner Arbeit in der Dialyse erzählt. Es machte Papa hilflos, das Leid anderer Menschen nachzuvollziehen, ohne Möglichkeit, es zu lindern. Es bedrückte ihn, von Schmerzen, Krankheit und Aussichtslosigkeit zu hören. Er wurde dann sehr still. Er hat sich gescheut, tiefer einzutauchen in die Vorstellung von Pflegebedürftigkeit. Wie vermutlich jeder Mensch hat er gehofft, irgendwann einmal friedlich im Schlaf zu sterben. Dass dies nicht unbedingt die Regel ist, war ihm bewusst, aber doch nicht stark genug, um die nötigen Vorsorge-Schritte einzuleiten.

Im Laufe des Tages kommen wir alle mit der Oberärztin ins Gespräch. Frau Dr. W. weiß, dass rechtlich gesehen die Zuständigkeit für eine Zustimmung zu einer Organspende bei uns Töchtern liegt, doch sie bittet uns, da wir uns zu fünft um Papa versammelt haben, mit unseren Männern und mit C. zu einer Entscheidung zu kommen. Als Kreis der nächsten Angehörigen.

Die nächsten Tage werden schwierig für uns alle.

Wir reden zu zweit, zu dritt, zu fünft über Organspende, spüren in uns hinein, betrachten die Thematik aus allen Blickwinkeln. Lesen über die Voraussetzungen, die Abläufe, die in einer Klinik nötig sind, um Organspende möglich zu machen.

Wir wissen, dass es um Papas Willen geht, nicht unseren, um eine Entscheidung in seinem Sinne. Keiner von uns hat ihn sich äußern gehört. Er hat wohl

nicht daran gedacht, dass in seinem Alter eine Organspende überhaupt in Betracht gezogen werden kann. Auch für uns ist das eine überraschende Information.

Wir sprechen über Papas Haltung im Leben. Seine Großzügigkeit, dabei die Achtsamkeit, nichts zu verschwenden. Eine tiefe Bescheidenheit, viel Engagement für die Dinge, die er als wertvoll erachtet. Nie drängt er mit seinem Können, seinem Wissen in den Vordergrund, will dienlich sein. Papa ist kreativ, liebt Tiere, liebt Natur. Im Kontakt mit Menschen ist er zurückhaltend, manchmal etwas scheu, doch sehr verlässlich, und immer ist da die Bereitschaft zu helfen, zu spenden, tatkräftig mit anzupacken, wenn eine Idee verwirklicht werden soll, wenn jemand bedürftig ist.

Samstag: Als ich in die Station komme, sehe ich Papa verändert. „Ich glaube, er ist gestorben“, sage ich zu meinem Mann, und auch die Krankenschwester, die ihn nachts betreut hat, sieht eine kleine Veränderung an ihm. Er sieht leer aus. Das Gesicht ist flach.

Im Laufe des Nachmittags werden die Tests zur Feststellung eines Hirntods erneut gemacht und nun ist auch der letzte Reflex (der Korneal-Reflex) erloschen. Auch ein EEG bestätigt unsere Wahrnehmung. Papa ist gegangen. Der Hirntod ist eingetreten. Er hat nun den letzten Schritt ins Unbekannte getan. Eine Spannung löst sich in mir, ich sehe Papa erlöst.

Die Körpertemperatur, die bis dahin stabil war und vom Stammhirn geregelt wurde, sinkt langsam ab. Der Körper wird mit einer Wärmedecke gewärmt. Die Beatmung läuft weiter und eine minimale Gabe von Noradrenalin stabilisiert die Herzfunktion. Diese Maßnahmen erhalten den Körper.

Die Frage nach der Organspende wird dringlicher

Wenn nun die Beatmung beendet wird, der Herzschlag verklingt, dann endet Papas Weg an dieser Stelle. Frau Dr. W. hat uns aufgezeigt, dass sich jetzt noch eine Möglichkeit auftut. Nicht für Papa selbst, doch durch ihn. Sein gesunder Körper macht ein Erbe möglich, das für Menschen bestimmt ist, die ein solches Geschenk dringend benötigen.

In meiner Arbeit mit Dialysepatienten sehe ich Menschen, die Jahr um Jahr auf ein Spender-Organ warten, die zu lange warten, deren Gesundheit sich so sehr verschlechtert, dass die Aussicht auf eine erfolgreiche Transplantation immer geringer wird.

Ich denke, diese Bedürftigkeit, diese Not könnte Papa sehen, er würde agieren,

wenn es ihm möglich wäre, ich spüre es auf diese Weise in mir. Ich denke, Papa würde die Hilfe, die er mit seinem Körper beisteuern kann, nicht versagen, würde dienlich sein wollen.

Meine Schwester und ich finden ohne innere Widerstände zu einem JA zu Organspende. Dieser „Gleichklang“ in Bezug zu unserem Vater fühlt sich verbindend an und gibt uns Kraft. Auch unsere Männer sind ganz klar in ihrer Wahrnehmung, dass Papa einer Organspende zustimmen würde. Doch C. kann sich nicht an unsere Empfindungen und Gedanken anschließen.

Wir alle erleben den plötzlichen Verlust von Papa, doch aus ganz unterschiedlicher Warte.

Ich fühle mich als Tochter zärtlich mit Papa verbunden, und aus dieser Verbindung heraus kann ich Verantwortung übernehmen. C. fühlt sich abgeschnitten von Papa, ihrem Freund, ohne Abschied zurückgelassen, perspektivlos.

Im eigenen Schmerz gefangen ist der Blick auf die Bedürftigkeit anderer kaum möglich. Woher die Kraft nehmen, um nun selbstlos zu denken und zu handeln, zu entscheiden?

Frau Dr. W. bittet uns, Pausen zu machen, an die Luft zu gehen. Wir bemühen uns zu essen und ausreichend zu schlafen, was nur bedingt gelingt.

C. wird wütend. Auf uns und auf sich und auf diese Situation, auf den Schmerz. Und mit jeder schlecht geschlafenen Nacht wird der Widerstand, eine Entscheidung zu treffen und besonders die Angst, eine Fehlentscheidung zu treffen, bei ihr größer. Auch Gespräche mit ihren Geschwistern und der Seelsorgerin führen nicht weiter, helfen nicht aus der Angst.

Ein Dilemma! Wir dachten, wir könnten gemeinsam entscheiden als kleiner Kreis von fünf Menschen. Doch C. kann sich dieser Runde nicht anschließen und auch wir können sie trotz aller Bemühung nicht einbinden. Sie wünschte, das Thema Organspende hätte sich nicht gestellt. Ich wünschte, Papa hätte den Spender-Ausweis ausgefüllt.

Bei jedem Aufenthalt bei Papa rede ich mit ihm. Ich massiere seine Füße mit seinem Arnika-Öl, helfe beim Lagern. Papas Gesicht verliert seine vertrauten Konturen, es scheint zu verschwimmen. Noch deutlicher wird für uns nun sichtbar, dass sein Körper nicht mehr „bewohnt“ ist. Ich spüre die Achtung, den Respekt der Ärzte, des Pflegepersonals. Mit äußerster Umsicht und fürsorglich behandeln sie Papa.

Dann, als ich bei ihm bin, fällt mir wieder ein, was er zu uns Schwestern

sagte: „Wenn mir einmal was passiert, dann entscheidet ihr das schon richtig für mich.“ Und sage zu ihm: „Papa, jetzt ist es genau so. Wir entscheiden das jetzt für dich.“

Eine Gewissheit über seinen Willen kann es auch für meine Schwester und mich nicht geben. Doch dieser Satz von ihm gibt uns Raum. Er hat sich uns bewusst anvertraut, der Satz war nicht dahergesagt und wir nehmen ihn nun beim Wort.

Meine Schwester und ich wollen aus unserer Wahrnehmung heraus die Zustimmung zur Organspende geben. Wir besprechen mit Frau Dr. W., dass wir ihrem Ersuchen, alle gemeinsam eine Antwort zu finden, nicht nachkommen können, dass wir Geschwister uns zuständig und bereit fühlen, und dass wir C. aus der Verantwortung nehmen werden.

C. erlebt unseren Entschluss, der Organspende zuzustimmen, als stark und fundiert und schließlich formuliert sie schriftlich ihre Bereitschaft, allen weiteren Schritten nicht im Weg zu stehen, möchte aber auch nicht involviert sein. Sie möchte einfach nur an Peters Bett sein können. Den inneren Kampf beenden.

Ich sage C., dass in meinen Händen das JA nicht schwer wiegt.

Verantwortung kann nur tragen, wer in sich Antworten findet.

Die Antworten, die ich bekommen habe, tragen mich.

Wir sind überaus erleichtert, nun eine Lösung gefunden zu haben.

Entschieden

Die Tage bis Sonntag so dicht! Wie in einem Paralleluniversum bewegen wir uns zwischen Intensivstation (in die wir jederzeit dürfen), Papas Wohnung, dem Klinikpark hin und her. Ich telefoniere mit meiner Arbeit. Bekomme einige Zusatztage frei. Die Sonne scheint. Das Wetter ist freundlich, winterlich. Die Welt „da draußen“ dringt kaum zu uns durch. Wir kreisen mit all unseren Gefühlen, Gedanken und unserem Tun um Papa. Um den Menschen, den wir verloren haben, um den Körper, der noch bei uns ist. So zentral erleben wir ihn, ihn, den Bescheidenen, der lieber in der zweiten Reihe stand. Hier ist er nun Mittelpunkt. Und ich erlebe eine große Kraft, die von diesem Mittelpunkt ausgeht. Wie an einen Fixstern sind wir in seinem Kraftfeld gebunden. Neben dem Schmerz erleben wir auch Wärme, Güte, Zugehörigkeit, Liebe.

Das Zeitempfinden völlig aus dem Tackt. Die Tage schwimmen ineinander, die Nächte sind hellhörig, rastlos. Dann wieder dehnen sich Stunden endlos.

Papa kann Organspender werden.

Montag und Dienstag.

Die Klinikärzte informieren sich über die Abläufe vor einer Organspende (fünf Jahre ist die letzte OS in diesem Krankenhaus her). Die DSO wird benachrichtigt. Blutentnahmen werden gemacht. Ein weiteres CT, ein EEG. Der gesamte Körper wird mehrfach untersucht. Der Transplantationsbeauftragte tritt an uns heran, bietet uns an, Fragen zu beantworten. Wir hoffen, dass die Abläufe schnell gehen, doch es müssen Zeiträume eingehalten werden zwischen den einzelnen Untersuchungen. Es wird ein Neurologe von außerhalb für eine Untersuchung und Protokollierung angefordert. Wieder vergehen Stunden.

Abschied

Für uns gibt es nun eine Art Ziel. Wir verbinden uns mit diesem Ziel und hoffen und wünschen uns, dass eine Organspende möglich wird.

Papas Körper ist stabil. Eine sehr friedliche, feierliche Atmosphäre ist in seinem Krankenzimmer. Berührt sehen wir auf diesen schönen Körper, der nun bewahrt wird, versorgt, gewärmt, durchströmt von der Beatmung. Papas Gestalt, sein Gefäß.

Wenn ich bei ihm bin, nehme ich jedes Mal erneut Abschied.

Wir sind sehr müde. Die intensiven Prozesse der letzten Tage haben an uns gerüttelt. Wir sehnen uns nach Ruhe. Nach Ausruhen, Ausatmen. Danach, all das Erlebte sinken zu lassen. Ruhe für uns, aber auch für den Körper von Papa. Nachdem er gestorben ist, möchte ich auch seinem Körper die letzte Ruhe, die Einäscherung zukommen lassen.

Die Ärzte und Pflegekräfte geben viel. Zusätzlich zu ihrer normalen Belastung (und die Intensivstation ist voll) bemühen sie sich nach Kräften, uns Raum zu geben. Unseren Fragen, unserm Bedürfnis nach Information, unserem Wunsch nach Stille und Intimität im Raum von Papa.

Dienstag: Voller Konzentration bewegen wir uns nun alle auf die Explantation zu. Die Koordinatorin der DSO trifft ein. Priska und ich sprechen eine Stunde mit ihr. Sie befragt uns genau nach unseren Gefühlen, nach dem Prozess der Entscheidungsfindung, nach Zweifeln, nach Nöten. Welche Organe wir zur Explantation freigeben wollen, und vieles mehr. Wir fühlen uns sehr umsichtig betreut. Von verschiedenen Seiten bekommen wir Hilfe angeboten, sollten uns im Laufe der nächsten Tage oder Wochen Ängste oder Zweifel quälen.

Die Suche nach möglichen Organempfängern wird gestartet.

Es wird Abend, und wir wissen nun, dass die Organentnahme nachts stattfinden wird, als Beobachterin begleitet von der Koordinatorin der DSO. Ein gutes Gefühl für uns.

Wir teilen ihr mit, dass wir Papas Körper nicht mehr nach der Operation sehen wollen, dass wir ihn in ihre Obhut übergeben wollen.

Wir haben uns verabschiedet. Ein letztes Mal berühre ich ihn, atme aus, gehe aus dem Zimmer. Wir fahren nach Hause.

Tröstliche Nachrichten

Dem jungen Polizisten, der Papa reanimiert hat, lasse ich einen Brief zukommen, in dem ich ihm erneut danke für seinen Einsatz. Er konnte Papas Leben nicht retten und hat doch, ohne dies ahnen zu können, mit seinem beherzten Tun die Tür aufgestoßen zum Weg der Transplantation und damit womöglich zur Rettung anderer Leben.

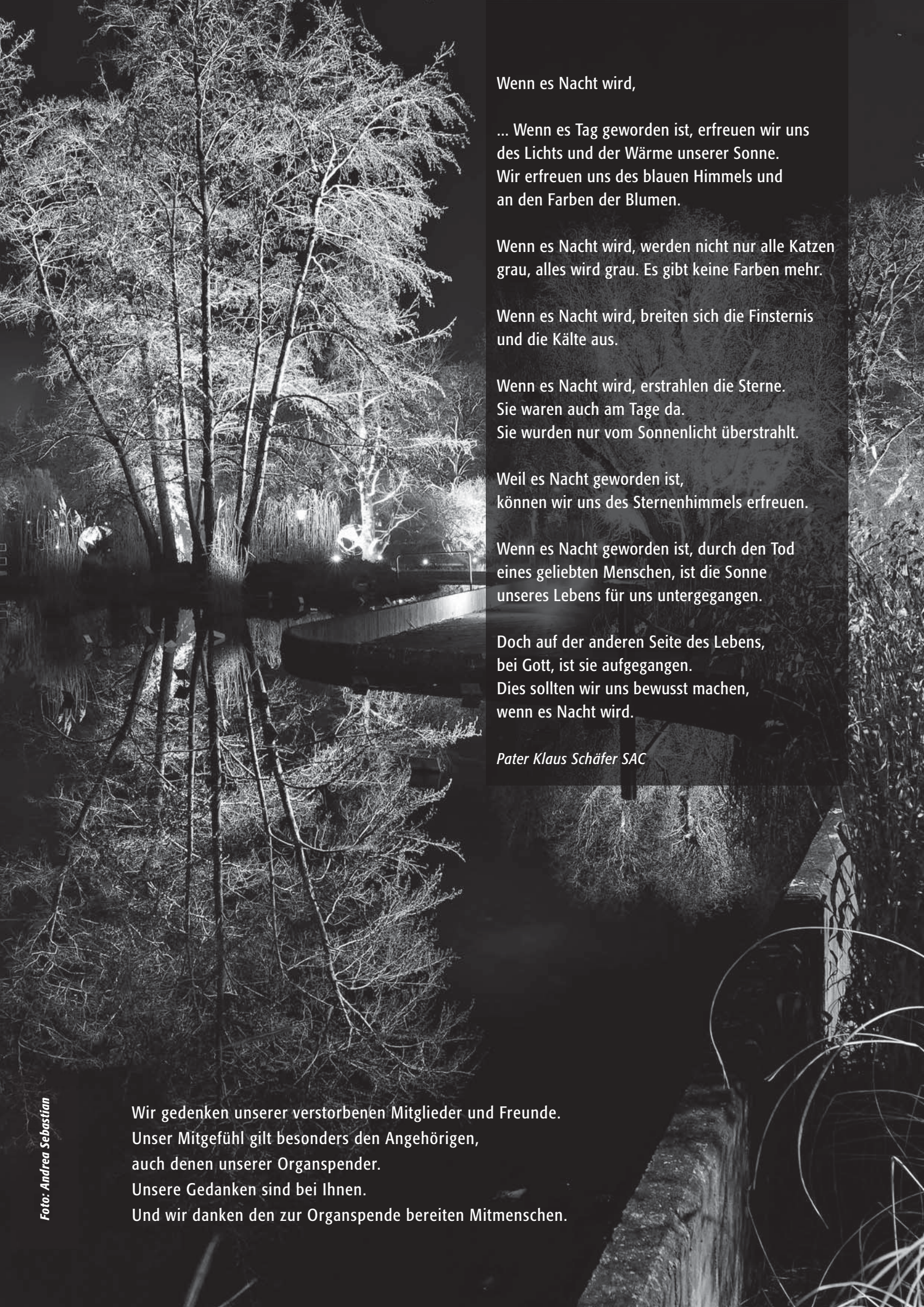
Sechs Wochen später erhalte ich Post von der DSO. Papas Körper konnten beide Nieren und die Leber zur Transplantation entnommen werden. Allen drei Organ-Empfängern geht es nach dem Aufenthalt auf der Intensivstation gut. Dem Lebertransplantierten hat die Organspende das Leben gerettet. Er hat ein wenig länger gebraucht, um den Eingriff zu überstehen, doch ist er nun in der Reha und erholt sich gut. Die beiden Empfänger der Nieren konnten ihre Dialyse beenden. Alle Organe arbeiten.

Ich weine und bin so gerührt! Und stolz auf Papa! Erzähle ihm von diesem Glück, erzähle mir von diesem Glück. Gehe mit meinem Mann ganz beseelt durch den wunderschönen Ruhewald, in dem Papa seine Urnenbeisetzung haben wird, und spüre eine tiefe Dankbarkeit. Wir haben so großen Verlust erlebt und sind doch reich beschenkt worden. Es scheint, als passe das nicht zusammen, und doch spüre ich es mit großer Kraft: die Gleichzeitigkeit von Schmerz, Liebe und Schönheit, von Vergänglichkeit und Neuanfang.

Nach einigen Tagen schreibe ich C. und frage sie, ob ich ihr die Informationen der DSO weiterleiten kann. Sie ist einverstanden, und so schicke ich ihr die Kopie des Schreibens.

C. meldet sich kurz zurück: „Es ist schön zu hören, dass es den Empfängern gut geht.“

Wir haben vielen Menschen von Papa erzählt. Einige von ihnen haben für sich einen Organspendeausweis ausgefüllt.



Wenn es Nacht wird,

... Wenn es Tag geworden ist, erfreuen wir uns
des Lichts und der Wärme unserer Sonne.
Wir erfreuen uns des blauen Himmels und
an den Farben der Blumen.

Wenn es Nacht wird, werden nicht nur alle Katzen
grau, alles wird grau. Es gibt keine Farben mehr.

Wenn es Nacht wird, breiten sich die Finsternis
und die Kälte aus.

Wenn es Nacht wird, erstrahlen die Sterne.
Sie waren auch am Tage da.
Sie wurden nur vom Sonnenlicht überstrahlt.

Weil es Nacht geworden ist,
können wir uns des Sternenhimmels erfreuen.

Wenn es Nacht geworden ist, durch den Tod
eines geliebten Menschen, ist die Sonne
unseres Lebens für uns untergegangen.

Doch auf der anderen Seite des Lebens,
bei Gott, ist sie aufgegangen.
Dies sollten wir uns bewusst machen,
wenn es Nacht wird.

Pater Klaus Schäfer SAC

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.

Sommerzeit – die Zeit für Salate

Nun freuen wir uns alle auf die herrliche Zeit. Im Garten wachsen und gedeihen seit dem Frühjahr Gemüse, Salate und Kräuter – sie warten auf die Ernte und die Verkostung durch diejenigen, die sie gesät, gepflanzt, liebevoll gepflegt, gegossen und beim Gedeihen beobachtet haben.

Vielleicht haben Sie auch einen Garten mit Beeten oder ein Hochbeet oder eventuell einen Pflanztopf auf dem Balkon?

Ganz vorn in der Reihe stehen nun die Salate. Gleichgültig ob Batavia-, Eichblatt- oder Kopfsalat, Lollo Bianco oder Rosso, Romana-, Frisée-, Rucola- oder Pflücksalat. Alle Salate haben nun Hochsaison und wir freuen uns über die Ernte und die vielfältigen Salate, welche wir nun zubereiten können.

Die meisten Blattsalate kommen aus dem Mittelmeerraum oder aus dem Nahen Osten (= Batavia-Salat), manche, wie zum Beispiel der Romana-Salat sogar aus Ägypten, wo er bereits vor 4.000 Jahren kultiviert wurde – oder Rucola. Deswegen Anbaugesbiet erstreckte sich früher vom südlichen Mittelmeer bis nach Afghanistan.

Heute gehören Salate zu den wichtigsten Gemüsearten weltweit und bilden die Grundlage für zahlreiche bunte Salatkreationen vom Frühling bis in den Herbst. Sie sind sehr vitaminreich und erfrischend. Jeder hat „seine“ Salatsoße (Vinaigrette oder Dressing), die ihm am besten schmeckt, aber wir haben für Sie trotzdem ein paar Rezepte, welche Sie vielleicht einmal ausprobieren wollen.

Wir wünschen Ihnen einen guten Appetit!

Ulrike und Ernst Eberle



Spargel-Frisée-Salat mit Garnelen

Für den Salat:

je 8 Stangen Spargel weiß und grün
1 Kopf Friséesalat
40 ml Weißweinessig
1 TL Honig
1 TL Dijon-Senf
je 1 Prise Salz, Pfeffer, Rohrzucker
60 ml Haselnussöl

Für die Garnelen:

16 Black-Tiger-Garnelen geschält,
Darm entfernt
15 g Butter
1–2 Knoblauchzehen
2 Zweige (frischer) Thymian

Die Spargelenden abschneiden, damit evtl. holzige Stücke weg sind. Vom grünen Spargel das untere Drittel, den weißen Spargel ganz schälen. Den grünen Spargel 1 1/2 Minuten und den weißen Spargel 3 Minuten in heißem Salzwasser blanchieren, danach in eisigem Salzwasser kurz abkühlen und herausnehmen. Den Friséesalat waschen und in kleine Stücke rupfen. Für die Salatsoße Essig, Salz, Pfeffer, Honig, Zucker und Senf in ein hohes Gefäß geben und mit dem Stabmixer leicht mixen. Erst dann Haselnussöl dazugeben und mit dem Stabmixer vermengen.

Den Spargel in mundgerechte Stücke schneiden, den Friséesalat und die Spargelstücke in eine flache Schüssel geben und mit der Salatsoße übergießen.

Garnelen trocken tupfen, auf der Außenseite einschneiden. Butter in eine heiße Pfanne geben, angebrückte Knoblauchzehen (mit Schale) und den Thymian hinzufügen und die Garnelen von allen Seiten anbraten (ca. 3–4 Minuten). Am Ende der Garzeit auf die eingeschnittene Fläche stellen. Die fertigen Garnelen auf den Salat setzen und servieren.

Dazu können Sie mit Knoblauchbutter bestrichenes, geröstetes Weißbrot servieren.

Erdbeer-Rucola-Salat

(Wer Erdbeeren nicht mag oder nicht verträgt, kann diese gegen Mango austauschen)

Die besonders süßen Sommer-Erdbeeren ergeben mit dem würzigen Rucola einen köstlichen Salat.

Wir brauchen:

125 g Rucola
250 g Erdbeeren (oder mehr)
60 g Pinienkerne, geröstet
1 EL Balsamico-Essig
3 EL Olivenöl
40 g Parmesan (oder mehr),
gehobelt
Salz und Pfeffer nach Bedarf

Die Pinienkerne in einer Pfanne ohne Fett goldbraun rösten. Dies intensiviert den Nussgeschmack enorm. Den Salat verlesen, waschen und trocken schütteln. Die Erdbeeren waschen, vom Grün befreien, vierteln oder in dickere Scheiben schneiden.

Balsamico-Essig mit dem Olivenöl vermischen und nach Belieben mit Salz und Pfeffer abschmecken. Salat, Erdbeeren und Pinienkerne mit dem Dressing vermischen und zum Schluss den gehobelten Parmesan darüber verteilen.

Zu diesem Salat kann man noch Spargel, Feta oder auch Büffelmozzarella hinzufügen.



Griechischer Salat

Für den Salat:

- 1 rote Zwiebel, in feine Ringe geschnitten
- 350 g Cherry-Rispen Tomaten, geviertelt
- 1/2 Salatgurke, geschält und gewürfelt
- 150 g Feta, gewürfelt
- 100 g schwarze, entsteinte Oliven
- 1 Handvoll Blatt Petersilie, fein gehackt

Für das Knoblauch-Baguette:

- 1/2 Baguette
- 2 Knoblauchzehen
- 4 EL Olivenöl
- 1 TL Blatt Petersilie, fein gehackt
- 30 g Parmesan (oder mehr)

Für das Dressing:

- je 2 EL Olivenöl und Balsamico-Essig
- Salz, Pfeffer
- 1 Spritzer (1 TL) Honig

Die Zwiebelringe, Tomaten-, Gurken- und Feta-Stücke in einer flacheren Schüssel vermengen. Die fein gehackte Petersilie über den Salat geben.

Die Zutaten für das Dressing in einer Tasse verrühren und beiseite stellen.

Den Ofen auf 200 °C vorheizen. Für das Knoblauchbrot das Baguette längs halbieren. Die Knoblauchzehen pressen und mit dem Olivenöl verrühren. Die gehackte Petersilie und den fein geriebenen Parmesan unter das Öl rühren. Die Mischung auf die Schnittfläche der Baguette-Hälften streichen und diese anschließend 3–5 Minuten im Ofen backen.

Das Dressing über den Salat geben und zusammen mit dem Knoblauch-Baguette servieren.



Mangoldsalat, dazu Garnelen

Meistens wird Mangold für warme Gerichte verwendet, aber auch roh schmeckt das Blattgemüse, wie zum Beispiel in unserem Salat.

Für den Salat:

- 400 g Mangold
- 6 Radieschen
- 1/3 Salatgurke
- 3 EL Öl
- 1 EL Essig
- 1 TL Senf
- Salz, Pfeffer
- 1 TL Honig

Für die Garnelen:

- 12 Garnelenschwänze, geschält, Darm entfernt
- 20 Kirschtomaten, halbiert
- 3–4 Schalotten, in Streifen geschnitten
- 1–2 Knoblauchzehen, fein geschnitten
- 1–2 Frühlingszwiebeln, in Ringe geschnitten
- 2 EL Cognac
- 1 EL Olivenöl zum Braten
- Salz, Pfeffer aus der Mühle

Mangold, Radieschen und Gurke waschen und in kleine Stücke bzw. Scheiben schneiden. Den Essig zusammen mit dem Honig, dem Senf, Salz und Pfeffer in eine Schüssel geben. Das Öl gibt man zum Schluss dazu und vermischt alles am besten mit dem Stabmixer.

Die Garnelen im heißen Öl anbraten und danach die Schalotten und den Knoblauch dazugeben. Wenn die Schalotten glasig sind, die Tomaten und die Frühlingszwiebel zugeben und kurz mit anschwitzen. Mit Salz und Pfeffer abschmecken, danach den Cognac angießen und (mit einem langen Streichholz) anzünden.

Das Dressing über den Salat gießen und untermischen. Beides getrennt servieren.

Oder etwas **Exotisches**? Wir haben auch viele Kräuter im Garten!

Persischer Kräutersalat

Für den Salat:

- 2 Handvoll (oder Bund) Koriander
- 2 Handvoll (oder Bund) Dill
- 2 Handvoll (oder Bund) Minze
- 2 Bund glatte Petersilie
- 250 g rote Träuble (Johannisbeeren)
- 100 g Pistazienkerne
- 2 kleine Pita-Brote
- 1–2 Knoblauchzehen
- 4 EL Olivenöl

Für das Dressing:

- 4 EL Granatapfelsaft (= süß/saurer Geschmack)
- 2 EL Zitronensaft
- 4 EL Olivenöl
- 3 EL Honig
- Salz und schwarzer Pfeffer

Die Kräuter waschen, trocken schütteln und von den Stielen zupfen. Eine Handvoll Petersilienblätter zur Seite legen. Die restlichen Kräuter in eine große Schüssel geben.

Johannisbeeren waschen, abtropfen lassen und von den Stielen zupfen. Pistazienkerne grob hacken und beiseite stellen. Backofen auf 200 °C Umluft vorheizen.

Restliche Petersilie fein hacken, den Knoblauch pressen und mit den 4 EL Olivenöl und der Petersilie vermischen. Die Pitabrote aufklappen und auf ein mit Backpapier ausgelegtes Backblech legen. Die Öl-Knoblauch-Mischung auf den Broten verteilen und im Ofen backen, bis die Brote knusprig sind (ca. 7 Minuten).

In der Zwischenzeit alle Zutaten für das Dressing vermischen und mit Salz und Pfeffer abschmecken. Eventuell etwas mehr Saft oder Honig hinzugeben.

Die Brote aus dem Ofen nehmen und kurz abkühlen lassen, dann in kleine Stücke brechen. Das Dressing über die Kräuter gießen und gut vermischen. Dann die Johannisbeeren und die Pistazien über den Salat geben und mit den krossen Brotstücken dekorieren.



Staffelstabübergabe im vereinsinternen Arbeitskreis ATOS

Alexander Brick

Seit vielen Jahren arbeitet der Arbeitskreis Transplantationsgesetz und Organspende (ATOS) dem Vorstand zu gesetzlichen Regelungen der Transplantation und den vielfältigen Möglichkeiten der Organspende zu. Mal geschieht dies auf Wunsch des Vorstands hin, mal entwickeln sich die Ideen aus dem Arbeitskreis heraus.

Seit 2005 besteht dieser Arbeitskreis auf Anregung der Mitgliederversammlung und wurde vorwiegend von Josef Theiss, später von Egbert Trowe geleitet. Seit verganginem Oktober ist der Staffelstab an mich, Alexander Brick, weitergereicht worden. In der Werbung hieß es einmal „Aus Raider wird jetzt Twix, sonst ändert sich nix.“ So sind die Mitwirkenden der letzten Jahre weitgehend auch die von heute. Jedoch sind neue Gesichter dazugekommen, sodass wir nunmehr auf acht

Mitstreiter kommen. Dem Arbeitskreis gehören Gerd Böckmann, Hans-Jürgen Frost, Mariele Höhn, Peter Schlauderer, Josef Theiss, Egbert Trowe, Christine Wehling, ein Vertreter des Netzwerks Spenderfamilien und Jutta Riemer (beratend) an.

Im Arbeitskreis wurden interne Arbeitshilfen für die Ansprechpartner ebenso entwickelt wie viele unserer Medien für die Aufklärungsarbeit, wie RollUps, Plakate etc. Die Themenbereiche rund um die Verbesserung der Organspendesituation auf allen Ebenen sind nach wie vor vielfältig. Der ATOS beschäftigt sich aktuell z.B. mit der Umsetzung des 2020 geänderten Transplantationsgesetzes, mit der Lebend- und der Crossover-Spende. Auch der Tag der Organspende als Dankesveranstaltung der Transplantierten wird weiter im ATOS thematisiert. Und auch wenn die Widerspruchslösung vorerst im Deutschen Bundestag gescheitert ist, werden wir uns auch künftig zu Gesetzesänderungen beraten und diese ggf.

versuchen anzustoßen. Der Wille zur Verbesserung der Organspende und Erhöhung der Spenderzahlen muss sichtbar werden.

Die Auswirkungen der Pandemie sind auch im ATOS zu sehen, denn ein Treffen in Präsenz war uns seit Oktober nicht möglich. Dank Internet kamen wir digital bereits mehrfach zusammen. Auch in Zukunft will ich an diesem Format festhalten, da wir hiermit uns aus ganz Deutschland ohne mehrstündige Anreise schneller zusammenfinden, wenn auch die Internetverbindung einen manchmal etwas Nerven kostet. Da der persönliche Kontakt aber wichtig und auch durch kein Videomeeting gänzlich zu ersetzen ist, freue ich mich auf das nächste analoge Treffen in hoffentlich nicht allzu weiter Ferne.

Wenn Sie Fragen zum Arbeitskreis oder Themenwünsche haben, können Sie sich gern an mich wenden!

Neu: Für unsere Mitglieder – Der Newsletter

Jutta Riemer

Seit Januar 2021 wird er verschickt. Der Newsletter für Mitglieder bei Lebertransplantierte Deutschland e.V. Mitte April war es dann schon die 4. Ausgabe.

Schon seit vielen Jahren ist der Informationsbedarf vor und nach einer Lebertransplantation für Patienten und Angehörige sehr hoch. Durch Homepage, Lebenslinien, Lebenslinien intern, viele Informationsschriften und nicht zuletzt durch persönliche und telefonische Bera-

tung konnten wir als Patientenverein hier helfen. Ganz nach unserem Motto: „Betroffene helfen Betroffenen“.

Schon länger standen Überlegungen im Raum, wie Informationen ganz aktuell schnell zu den Mitgliedern kommen können. Die sich überschlagenden Neuigkeiten im Corona-Pandemie-Jahr 2020 haben uns bestätigt, einen Newsletter zu installieren. So haben wir in den ersten Ausgaben vor allen Dingen zum Thema Corona-Impfung informiert, aber auch zu Themen wie Organspende oder anstehenden Online-Veranstaltungen, Studien und

Befragungen, in die sich jeder einbringen kann.

Alle Mitglieder, die den Newsletter bisher noch nicht bekommen haben, jedoch über eine Mailadresse erreichbar sind, können diese gerne einfach für den Zweck der Informationsübermittlung durch den Verein mitteilen. Eine formlose Mail mit Namen und Wohnort an geschaeftsstelle@lebertransplantation.de mit Betreff „Newsletter“ reicht aus.

... und übrigens, wer noch nicht Mitglied ist, der kann das gerne werden. Wir freuen uns auf Sie!

Hoffnung auf ein Wiedersehen

Moni Kühlen

Die Pandemie bringt leider vieles durcheinander, so auch für mich als Ansprechpartnerin und meine Gruppe hier in Essen. Seit einem Jahr können wir keine Gruppentreffen mehr veranstalten. Es war lediglich möglich, einen Infostand im September durchzuführen. Das alles fehlt mir sehr. Mit einigen Mitgliedern und Interessierten stehe ich über WhatsApp und Telefon in Kontakt.

Im Januar haben wir ein kleines, virtuelles Treffen mit fünf Personen veranstaltet. Das kam sehr gut an. Wir werden versuchen, ein solches Treffen auch ein-

mal in einem etwas größeren Rahmen stattfinden zu lassen.

Für den Montag, 25.10.2021 ist um 18 Uhr die Feier unseres 20-jährigen Bestehens der Kontaktgruppe Essen geplant. Ich hoffe sehr, dass es bis dahin möglich sein wird, dass wir uns treffen und das Jubiläum etwas größer feiern können. Wir alle hoffen darauf, dass die meisten Menschen bis dahin geimpft sind, auch wir Transplantierte. Ich selbst habe nun beide Impfungen (mit Biontec) hinter mir. Ich hatte keine Impfreaktionen. Nach beiden Impfungen ging es mir gut.

Sehr große Angst vor Ansteckung habe ich nicht. Ich vertraue meiner Nachsorgeärztin voll. Sie empfiehlt mir, dass ich

im Bus, im Zug und in der Straßenbahn außer dem Mund-Nasen-Schutz auch noch Handschuhe tragen soll. Auch nach den Impfungen werde ich mich also gut schützen, denn mir ist schon bewusst, dass die Impfwirkung bei uns Immunsupprimierten nicht so gut ist. Nun hoffe ich, dass baldmöglichst viele Menschen um mich herum geimpft werden. Das schützt mich dann ja auch wieder.

Derzeit genieße ich die gelegentlichen Spaziergänge mit meiner Freundin und den Hunden und auch die Treffen in engstem Familienkreis.

Ich hoffe darauf, euch, liebe Kontaktgruppenmitglieder, bald wieder zu sehen. Bleibt alle gesund, ich grüße Euch.

Seminar für Ansprechpartner/innen 2020 – natürlich auch virtuell

Jutta Riemer

Eigentlich wollten wir uns wieder einmal in Würzburg im Kloster Himmelsporten treffen. Aber es sollte nicht sein. So wurde unser jährliches Seminar für die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner am 28. November 2020 online abgehalten.

21 Teilnehmer aus allen Himmelsrichtungen Deutschlands trafen sich virtuell. Andrea Sebastian, Christina Hülsmann und Jutta Riemer hatten ein dreiteiliges Programm vorbereitet. So erfuhren wir alle Neues, konnten uns austauschen und in kleineren Gruppen Strategien für die Mitgliederbetreuung in Pandemiezeiten sowie hilfreiche Antworten auf Fragen von Patienten erarbeiten.

Fachvortrag: Im ersten Teil referierte Prof. Dr. Felix Braun, Leiter Sektion Klinische Transplantationsmedizin der Uniklinik Kiel, über neue Entwicklungen in der Transplantationsmedizin. Er zeigte, dass sich die Transplantationszahlen während der ersten Phase der Pandemie erfreulicherweise nicht bemerkenswert verändert hatten. Es waren Verschiebungen festzustellen. In Regionen mit weniger Corona-Fällen wurde etwas mehr transplantiert als in solchen, die sehr stark Coronabetroffen waren. Insgesamt war aber kein Einbruch der Zahlen zu vermerken, wie das in anderen europäischen Ländern der Fall war. Prof. Braun stellte auch noch

eine geplante, inzwischen aber leider nicht weiter finanzierte Studie zum Thema HCC und Lebertransplantation vor. Er zeigte ebenfalls auf, wie Veränderungen beim Transport der Spenderorgane zu mehr realisierten Organspenden führen könnten, wenn zunehmend stärker auf die Maschinenperfusion gesetzt würde.

Gruppenarbeit in der Pandemie: Im zweiten Teil des Seminars hatten wir Gelegenheit, uns untereinander auszutauschen, welche Möglichkeiten sich bieten, mit der Gruppe in Kontakt zu bleiben und neue Mitglieder einzubinden. Manche von uns hatten sich schon auf die virtuelle Plattform gewagt und erste Onlinetreffen durchgeführt, andere schrieben Briefe und Mails und telefonierte auch immer wieder mal mit einzelnen Mitgliedern.

Wie antworte ich auf Mailanfragen

So manches Mal werden wir in der Selbsthilfe mit offiziellen Beratungsstellen oder gar Stellen an Unikliniken verwechselt. So wurde geraten, bei Mailanfragen in einem einleitenden Satz unsere Möglichkeiten darzustellen und darauf hinzuweisen, dass wir keine Ärzte sind, aber gerne aufgrund der häufig langjährigen Erfahrungen als Ansprechpartner, entsprechender Schulungen und eigener Erfahrungen die Frage beantworten würden. Falls wir einmal keine Antwort, z.B. zu speziellen Grunderkrankungen und Situationen, wissen, sollten wir daran denken, dass in unserem Verband

ein hilfreiches Netzwerk existiert, in dem manche spezialisierten Ansprechpartner gerne Auskunft geben und gesprächsbereit sind. Das gilt für diverse Grunderkrankungen ebenso wie für Themen wie Schwerbehinderung, Kinderwunsch nach LTx, Lebendspende, Angehörige von Transplantierten. Unsere Ansprechpartner sind in erster Linie Zuhörer und Gesprächspartner, können aber durch die vielen Infos, die sie vom Verband erhalten (z.B. durch mindestens wöchentliche Info-Mails) Wegweiser sein und den Anfragenden Ideen vermitteln, welche Punkte sie mit ihren Ärzten klären sollten. In manchen Fällen ist auch der Hinweis auf professionelle psychologische Hilfe angebracht.

In verschiedenen virtuellen Gruppenräumen (auch das geht!) haben wir dann realistische, anonymisierte Mailanfragen zu Themen wie Lebendspende, Ernährung nach der Transplantation, Corona-Impfung, Listung zur LTx bei Leberkrebs u.a. bearbeitet.

Nach 3 1/2 Stunden intensiver und auch anstrengender Arbeit an den PCs waren wir uns einig, dass Präsenzseminare sicher vorzuziehen sind, aber waren dennoch froh, uns einmal wieder beim gemeinsamen Arbeiten und zum Austausch getroffen zu haben. Solche virtuellen Formate könnten in Zukunft die Präsenzseminare ergänzen.

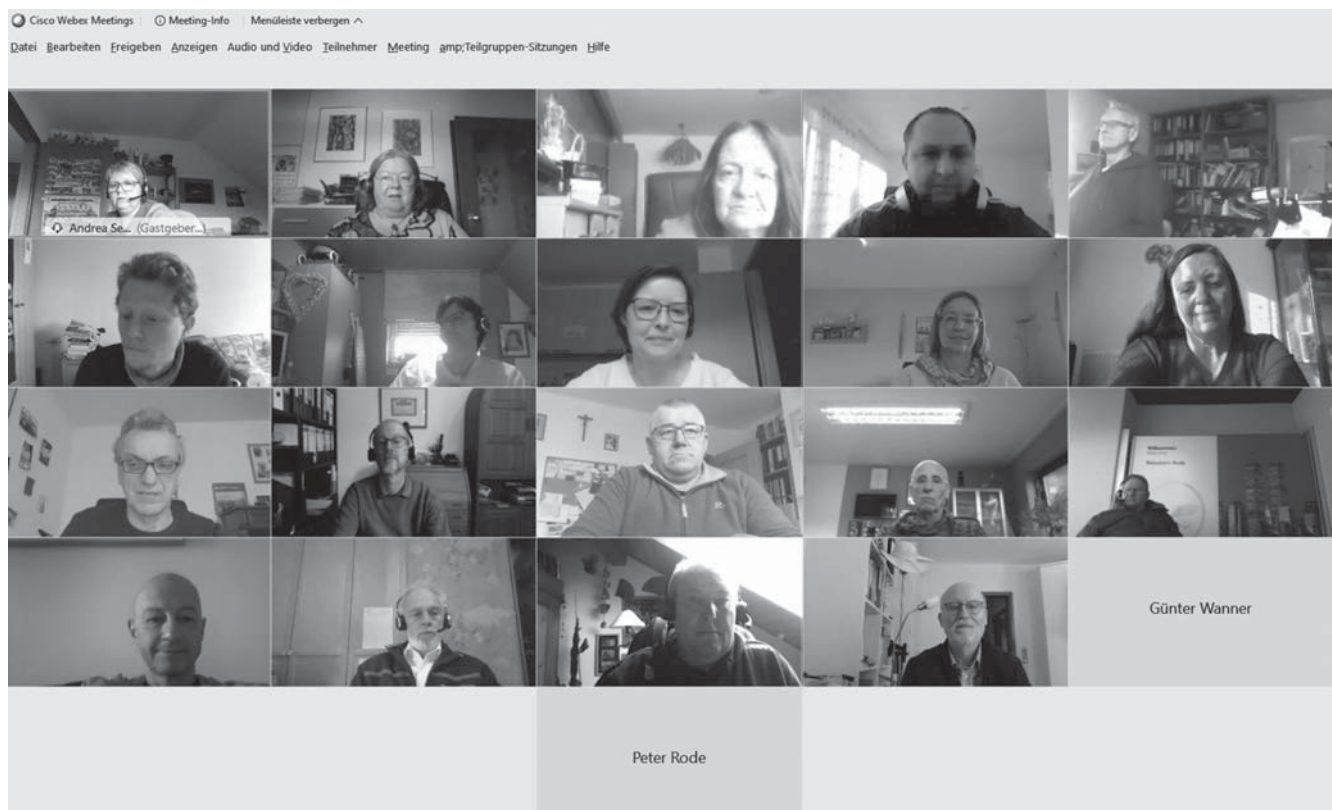


Foto: privat

Oberberg, Wuppertal und EN-Kreis

Erstes virtuelles Kontaktgruppentreffen per Zoom

Dana Häniche und Birgit Schwenke

Aufgrund der anhaltenden Pandemie fanden bislang keine Gruppentreffen vor Ort bei uns statt. Dadurch bedingt starteten wir unser erstes virtuelles Kontaktgruppentreffen am 27.3.2021. Der Wunsch, sich doch mal wieder zu sehen und auszutauschen, wurde immer größer. Daher bemühte Frau Kleinjung sich um eine Zoom-Lizenz für unsere Gruppe.

Zur gewohnten Zeit fanden wir uns zu Hause vor den Bildschirmen zusammen und waren froh, uns nach langer Zeit wiederzusehen. Es hatten sich 15 Teilnehmer, die zum größten Teil zu zweit vor dem Bildschirm saßen, zugeschaltet. Darunter auch einige neue Gesichter, die in unserem Kreis herzlich begrüßt wurden.

Da zurzeit, gerade bei uns Transplantierten, viele Fragen bzgl. Corona und auch zur Corona-Schutzimpfung auftreten, folgte Herr Dr. Klein (Uniklinik Essen) erneut unserer Einladung und brachte uns in einem sehr anschaulichen Vortrag alles rund um das Corona-Virus und zur Impfung näher. Jederzeit bestand die Möglichkeit, Fragen zu stellen, die von ihm ruhig und verständlich beantwortet wurden. In solch einem recht kleinen Kreis ist dies natürlich einfacher und für jeden verständlich.



Foto: privat

Fazit:

Nach Transplantation auf jeden Fall impfen lassen! (Ausnahme: frisch transplantierte bis ca. 6 Monate nach der OP bzw. nur nach Absprache mit dem Zentrum)

Wartepatienten: bitte Rücksprache mit dem Zentrum

Abgerundet wurde der Nachmittag im Anschluss an den Vortrag von Herrn Dr. Klein mit Zeit zum Austausch untereinander. Auch hier fanden rege Gespräche statt und es war für alle schön, sich in die Gesichter zu schauen, wenn auch nur am Bildschirm.

Abschließend kam der Wunsch auf, ein nächstes Treffen auf diesem Weg in einem kürzeren Abstand als des üblichen 3-Monats-Rhythmus zu wiederholen. Gerade der Austausch in der Dynamik rund um das Thema Corona und der Corona-Impfung untereinander ist sehr hilfreich sowie auch zu anderen Themen rund um die Transplantation.

Auf diesem Weg nochmals herzlichen Dank an Herrn Dr. Klein, dass er seinen Samstagnachmittag für uns geopfert hat. Es wurde rundherum ein sehr informativer Nachmittag, an dem die Zeit verfloß. Nach 2,5 Stunden verabschiedeten sich dann alle mit dem Ergebnis, dass dieses Treffen ein toller Erfolg war.

Netzwerk Spenderfamilien

Verstärkung aus Brandenburg für das Koordinationsteam vom Netzwerk

Sonja Oehme

Mein Name ist Sonja Oehme, bin 51 Jahre alt und komme aus dem Süden des Landes Brandenburg. Ich bin verheiratet und Mutter von 4 Kindern. Drei von meinen Kindern sind Pflegekinder, die jetzt aber so langsam flügge werden und ihre eigenen Wege gehen. Meinen ältesten Pflegesohn Tony habe ich im letzten Jahr durch eine vermutliche Gewalttat verloren. In diesem Prozess, als er im Krankenhaus lag und für hirntot erklärt wurde, haben mein Mann und ich uns dafür entschieden, der Organspende zuzustimmen. Deshalb habe ich mich auch dem Netzwerk Spenderfamilien angeschlossen, um mich für die Organspender und die Organspende einzusetzen.



Foto: privat

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!

Netzwerk Spenderfamilien

Eine Schülerin meldet sich zu Wort: Organspender sind Lebensretter!



Annina Hinkel

Das erste Mal befasste ich mich mit Organspende, als mein Vater mir einen Organspendeausweis mitbrachte. Ich hatte zwar schon vorher davon gehört, aber nie geglaubt, dass die Entscheidung zur Organspende so wichtig sei, dass man dafür direkt einen Ausweis benötigt. In Broschüren habe ich mich darüber informiert und immer mehr Interesse an dieser Methode der Lebensrettung gefunden.

Wie muss es wohl sein, mit dem Herzen eines anderen Menschen zu leben? Und warum gibt es so unglaublich wenige, die bereit sind, Organe zu spenden? So habe ich die Organspende als Thema für eine jährliche Schularbeit gewählt und mich intensiv damit beschäftigt. Anfangs dachte ich, dass es eine von vielen Methoden der Lebensrettung sei. Ich hätte nicht gedacht, dass ich mich mit einem so sensiblen und moralisch-ethisch heik-

len und kontrovers diskutierten Thema auseinandersetze, denn welches Leben kann umstrittener sein als jenes, welches den Tod eines anderen Menschen voraussetzt.

Durch Gabriele Schweigler vom Netzwerk Spenderfamilien habe ich die Möglichkeit bekommen, mit Transplantierten sowie Spenderangehörigen zu sprechen. Es war eine sehr bewegende Erfahrung. Ich habe bis jetzt nur von wenigen Menschen gehört, die ihr Leben trotz körperlicher Einschränkungen so wertschätzen und genießen, wie das die Organempfänger tun. Mir ist klar geworden, dass die Organspende eine wunderbare Möglichkeit ist, Leben zu schenken und dafür muss man kein Arzt sein, so gut wie jeder kann Organe spenden. Leider wissen viel zu wenige,



Foto: privat

wie wichtig es ist, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen, aus Respekt den tausenden Menschen gegenüber, die jeden Tag auf eine Organspende hoffen und deren Leben davon abhängt. Aus dem anfänglichen Schularbeitsthema ist für mich eine Sache geworden, für die ich mich engagieren will, daher habe ich 1.000

Organspendeausweise geordert; diese werde ich auf der Straße verteilen und dazu aufklären. Die Pandemie hat mich nicht aufgehalten, 200 Stück habe ich schon an Freunde und Bekannte verteilt.

Zurzeit befinde ich mich im Auslandsjahr im englischen Internat Oswestry. Auch hier habe ich viele neue Meinungen über Organspende kennengelernt und bleibe über die Website der DSO informiert.

Datenschutzrechtlicher Hinweis

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

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

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

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

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

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

Vorname

Name

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

IBAN

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum

Unterschrift

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

Termine 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 und in welcher Form 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.

- | | |
|----------------|---|
| 4.9.2021 | LD e.V. – Mitgliederversammlung in Hannover |
| 13.–18.9.2021 | Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) in Leipzig – (Hybridveranstaltung) |
| 7.–9.10.2021 | Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) in Stuttgart – (Hybridveranstaltung) |
| 23.10.2021 | LD e.V. – 5. Deutscher Patiententag Lebertransplantation gemeinsam mit dem LTx-Zentrum München Großhadern |
| 25.10.2021 | 25 Jahre Kontaktgruppe Essen und Umgebung |
| 29.–31.10.2021 | LD e.V. – Seminar zum Austausch und zur Fortbildung für Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in Mainz |

Impressum

Lebenslinien

Informationen für Patient und Arzt
Ausgabe 2/2021

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:

Rg. Fördergem. VdEK NRW, Reg. Fördergem. KK Saarland

3. Darüber hinaus erhielten wir Spenden und Unterstützung durch:

Kreis Herford AG Selbsthilfe, Fa. AbbVie, Biotest AG

Anlass-Spenden:

Todesfall Ludwig Wolff, Frau Wolff

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

Doris Brunner, Andre Karl Felting, Silke Maria Felting, Angelika und Christoph Heineke, Adelheid und Dr. Peter Köhler, Christel Pfeiffer, Frauke und Burkhard Rahn, Jutta Ratz, Cornelia Rudloff-Schäffer, Dr. Bernd Ulber

Auch allen anderen Spendern danken wir für ihre Unterstützung.



www.lebertransplantation.de

Jutta Riemer, Vorsitzende
Maiblenstr. 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	Maiblenstr. 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*	07153-615634		ardijan.ujupaj@lebertransplantation.de
Tübingen und Umgebung	Walter Wagels*	07572-5987		walter.wagels@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 Abeltshauser	08441-496605		annemarie.abeltshauser@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/nörtl. Schwaben	Josef Birk	08421-8695		josef.birk@lebertransplantation.de
südl. Mittelfranken/nörtl. 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	Marie Höhn*	02602-81255		mariele.hohn@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 regelmäßige Kontaktgruppentreffen für Mitglieder und Interessierte (teilweise zusammen mit benachbarten Ansprechpartnern).** Nehmen Sie bei Interesse Kontakt auf.

Kontaktgruppe	Name	Telefon	Fax	E-Mail
Mecklenburg-Vorpommern				
Rostock und Umgebung	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 Kühlen*	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	Dana Häniche*	02336-18790		dana.haeniche@lebertransplantation.de
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	Mariete Höhn*	02602-81255		mariete.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	Mariete Höhn*	02602-81255		mariete.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	0451-76504		frauke.ahn@lebertransplantation.de
Thüringen				
Jena	Christine Wehling*	03641-5279679		christine.wehling@lebertransplantation.de
Rudolstadt	Hans-Jürgen Frost*	03672-410173		hans-juergen.frost@lebertransplantation.de

(komm.) = kommissarisch

Weitere Ansprechpartner für ...	Name	Telefon	Fax	E-Mail
junge Transplantierte	Christina Wiedenhofer	0177-2781056		christina.wiedenhofer@lebertransplantation.de
junge Transplantierte	Christine Held	07459-9320934	07459-9320935	christine.held@lebertransplantation.de
Kinderwunsch nach Ltx	Benjamin Albrecht	0221-35924245		benjamin.albrecht@lebertransplantation.de
Kinderwunsch nach Ltx	Christina Wiedenhofer	0177-2781056		christina.wiedenhofer@lebertransplantation.de
Eltern lebertransplant. Säugl. + Kleinkinder	Petra Dahm	0208-304375-1	0208-304375-3	petra.dahm@lebertransplantation.de
Angehörige von Betroffenen	Jörg Hülsmann	05223-48971		joerg.huelsmann@lebertransplantation.de
Angehörige von Betroffenen	Renate Pauli	08761-60119		renate.pauli@lebertransplantation.de
Angehörige von Betroffenen	Ute Wanner	07062-915112		ute.wanner@lebertransplantation.de
Hinterbliebene von Organspendern	Brigitte Herzog	09406-90402		brigitte.herzog@lebertransplantation.de
Lebendspende	Nicole Köhler			nicole.koehler@lebertransplantation.de
Schwerbehindertenrecht	Stefan Sandor	089-41876627		stefan.sandor@lebertransplantation.de
Informationen zu Medikamenten und Grunderkrankungen der Leber	Gerd Böckmann	02307-79435		gerd.boeckmann@lebertransplantation.de

Koordinatoren

Sie wünschen Kontakt zu Mitbetroffenen in Ihrer Wohnortnähe. Wenn Sie den Ansprechpartner in Ihrer Nähe nicht erreichen, wenden Sie sich an den **Koordinator** der entsprechenden Region:

Region	Name	Telefon	Fax	E-Mail
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

Der einfachsten und unkompliziertesten aller Sportarten frönen ...

Auch wenn wir womöglich, während Sie diese Zeilen lesen, die vierte oder fünfte Corona-Virus-Welle haben oder vielleicht schon eine genügend große Zahl der Bevölkerung geimpft sein wird, sodass die Herdenimmunität erreicht ist, sollten wir in jedem Falle etwas für unsere Gesundheit tun. Und das ist am allereinfachsten möglich, indem wir einfach vor die Tür gehen und einen Spaziergang machen. Dies ist und war nicht nur eine gute Möglichkeit, ein bisschen soziale Kontakte in der sonst durch Kontaktsperre so öden Zeit zu pflegen, sondern es hat auch zahlreiche positive Wirkungen auf die Gesundheit. Dabei ist es noch nicht genau geklärt und auch schwierig pauschal zu sagen, wie viele Schritte am Tag gesundheitsfördernd sind. Klar ist jedoch, dass der Durchschnittsdeutsche ca. 5200 Schritte am Tag zurücklegt. Oft liest man, dass es 10.000 Schritte sein sollten. Diese Zahl ist allerdings auf eine Werbekampagne einer japanischen Herstellerfirma für Schrittzähler aus den 1960er-Jahren zurückzuführen. Aus verschiedenen wissenschaftlichen Studien geht hervor, dass sich schon sieben- bis achttausend Schritte täglich positiv auf die Gesundheit auswirken.

und dabei noch etwas für die Gesundheit tun ...

Die positiven Auswirkungen eines Spazierganges sind vielfältig. So kommt nicht nur das Herz-Kreislauf-System in Schwung, sondern auch das Verdauungssystem. Die Muskulatur wird in Form gehalten und der Rücken wird entlastet. Der Mensch als aufrechtes Wesen ist für das Laufen gemacht und daher kommt der Mensch durch das Gehen mit minimalem Energieaufwand maximal weit voran.

und seine Lebenserwartung verlängern, ...

Nicht nur, dass man durch die Bewegung die Gesundheit und die eigenen Körperprozesse anregt, das Gehen ist auch mental ein sehr komplexer Vorgang. Das Gehirn muss den Körper in der aufrechten Position ausbalancieren und gleichzeitig dafür sorgen, dass die Orientierung erhalten bleibt. So sind wir fähig, beim Gehen zu telefonieren o.ä., ohne über irgendetwas zu stolpern. Wer also regelmäßig spazieren geht, sorgt nicht nur für seine Muskeln und Kreislaufsysteme, die dann wiederum zum gesunden Altern beitragen, sondern hält auch sein Gehirn fit. Menschen, die sich lange fit halten, neigen so auch weniger zu Stürzen als alternde Couchpotatoes.

das ist die einfachste Art eines Gehirntrainings.

Es gibt sogar Studien, die gezeigt haben, dass bei regelmäßigen Spaziergängern der Hippocampus an Volumen zunahm, während die gleiche Gehirnstruktur bei einer Kontrollgruppe ohne regelmäßige Bewegung an Volumen abnahm. Der Hippocampus ist eine Struktur im Gehirn, der hauptsächlich für das Gedächtnis wichtig ist. Und es ist gleichzeitig eine der wenigen Gehirnstrukturen, in der sich neue Neurone, also Gehirnzellen, selbst im Erwachsenenalter bilden können. Sonst gilt die Regel, dass sich nach der frühen Kindheit keine neuen Gehirnzellen mehr bilden können. Da der Hippocampus aber auch mit anderen wichtigen Strukturen, die für die Bewegung wichtig sind, verbunden ist, hat er auch sehr viel mit der räumlichen Orientierung zu tun. Und es ist die Hauptstruktur für das Lernen. Nicht von ungefähr können viele Menschen während des Gehens auch gut lernen. Ein Beispiel ist der Schauspieler, der seine Rolle beim Gehen lernt. In dem Zusammenhang ist auch eine Memotechnik für Redner zu sehen, bei der man sich Stichworte an Orten, die man virtuell abschreitet, zurechtlegt. Neben all diesen gesundheitlichen Aspekten ist das Gehen aber auch die beste Möglichkeit, neue Gegenden zu erkunden, eine kurze Arbeitspause zum Entspannen zu nutzen oder sich mit Freunden, Verwandten und Bekannten in einer Zeit der Kontaktbeschränkungen zu treffen und zu unterhalten. Es gibt nichts Leichteres und Billigeres, sich, seinem Körper und seinem Gehirn etwas Gutes zu tun und den Grundstein für gesundes Altern zu legen. Einfach mal die Fernbedienung aus der Hand legen und raus an die Luft!

Lee, I-Min; Shiroma, Eric J.; Kamada, Masamitsu; Association of step volume and intensity with all-cause mortality in older women; JAMA Intern Med. 2019; 179(8): 1105–1112.

Tudo-Locke, Catrine et al.; How many steps/day are enough? For adults; Int J Behav Nutr Phys Act.; 2011; 8; 79.

Bassett, David R.; Schneider, Patrick L.; Huntington, Gertrude E.; Physical activity in an old order amish community; Med Sci Sports Exerc.; 2004; Jan; 36(1): 79–85.

Kramer, A. F. et al.; Ageing, fitness and neurocognitive function; Nature; 1999; 400: 418–419.

The Brain-Body Connection: GCBH Recommendations on Physical Activity and Brain Health. Global Council on Brain Health (GCBH).

Hötting, K.; Röder, B.; Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition; Neurosci. Biobehav. Rev.; 2013; 37: 2243–2257.



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



protect the **organ**