

LEBENS LINIEN



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

1/2012



Inhalt

Editorial	1
Zwischen Freiwilligkeit der Spende und fortdauerndem Mangel an Organspenden	2
Zwillingsbrüder teilen sich eine Leber	4

TRANSPLANTATIONS-MEDIZIN

20. Jahrestagung der Deutschen Transplantations- gesellschaft (DTG)	5
15. Pflegesymposium AKTX-Pflege e.V.	7
OP-Checklisten für höhere Sicherheit	7
Das akute Leberversagen – ein Sonderfall in der Transplantationsmedizin	8
Langzeitüberleben nach Lebertransplantation – mehr als nur Chirurgie und Pharmazie!	9
Neues von der MELD-Front – Organspender ebenso entscheidend wie Empfänger	12
Spenderalter: 60 vs 50	12
Transplantationskosten abhängig von Spender- charakteristika und Schweregrad der Lebererkrankung	13
University of Pittsburgh: Hat der MELD überhaupt einen Einfluss auf das Ltx-Ergebnis?	14
Lebensqualität nach einer Lebendspende	15
Pharmazeutische Betreuung verbessert Compliance	15
Organspende, Ethik, Gesetzgebung u. Immunsuppression ..	16

AUS WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

Hepatitis C: Deutlich verringerte Mortalität und Morbidität bei dauerhafter virologischer Response · Zunahme von Zirrhose und Leberkrebs bei Patienten mit chronischer Hepatitis C · CD8+-T-Zellen gegen HCV-Vermehrung · Immuntherapie auch gegen HCC	18
Frauen werden durch den MELD-score auf der Ltx-Warte- liste benachteiligt · Ltx ohne Immunsuppression? · Schädliche Wirkung von Betablockern bei Zirrhose und nicht-behandelbarem Aszites	19
Dreifach-Therapie gegen PBC · PSC mit erhöhtem Krebs- risiko · PSC und Osteoporose	20
Krebsrisikofaktoren bei Fettleber und NASH	21

HEPATOLOGIE

Neue Therapieoptionen zur Behandlung der chronischen Hepatitis C	22
Wie wird Hepatitis C übertragen?	24
Tumoren der Gallenwege durch Gallensaftanalyse zuverlässig erkennbar	25
Krankenhausinfektionen reduzieren – Nicht alle sind vermeidbar	25
Die Selektive Interne Radiotherapie (SIRT)	26

AUS DEN ZENTREN

Leber Centrum München (LCM): Patienten- veranstaltung und Regionaltreffen LD e.V.	27
Mainz: 5. Patientencafé in der Universitätsmedizin	28
Uniklinikum Aachen: Neuer Direktor an der Chirurgischen Klinik	29
Uniklinikum Würzburg: Zwei neue Professuren	29
Rostock: Patiententreffen im Uniklinikum	29

TRANSPLANTATIONSGESETZ · ORGANSPENDE

DSO-Zahlen Januar–August 2011	30
Gute Aussichten	30
DSO-Jahreskongress	32
Weitreichende Änderungen des Transplantations- gesetzes (TPG) bis zum Jahresende geplant	33
Ein Zwischenruf: Organspende auch mit Patientenverfügung möglich!	35
Park für die Organspende in Halle	35
Dankgottesdienst in der Thomaskirche zu Leipzig	36
40 Jahre Organspendeausweis	36
Schwimmen heißt, nicht aufzugeben	37
Aufklärung über Organspende – Auch so geht es	38
Info-Tour „Organpate“	38
Pressespiegel	39
Organspendeausweis	39
Ostfriesenzeitung und LD e.V. engagieren sich gemeinsam für Organspende	41
Neckar-Bodensee-Tour 2011	42
Organspendevortrag auf der Ferieninsel Borkum	43
„Ein Leben zu retten, ist das Größte, was man tun kann!“	44
Tag der Apotheke 2011	45

GESUNDHEIT · RECHT · SOZIALES

Spätkomplikationen nach Organspende sind kein Fall für die Unfallversicherung	46
Barrierefreie Traumreisen 2012	46
Buchbesprechung: Wie hilfsbedürftig ist der Konsument, wie entscheidungsfähig der Patient?	47
Gleiche Augenhöhe? Wissenslücken bei Patienten, aber auch bei Ärzten	47
Ein wertvoller Ratgeber	48

Gedenken	49
-----------------------	----

GEIST · KÖRPER · SEELE

Buchbesprechungen: Der kooperative Mensch	50
---	----

ERNÄHRUNG

Wintergemüse – die fast vergessene, leckere und gesunde Winterkost	52
---	----

VEREINSGESCHEHEN

Gesundheitswoche 2011	54
Remscheid: Kontaktgruppentreffen	55
10 Jahre Kontaktgruppe Essen	56
Frankfurt: Kontaktgruppentreffen	56
„Stabübergabe“ jetzt auch im Norden Bayerns	57
Neue Ansprechpartner	57

VERMISCHTES

Adresse Verein – Vorstand	58
Dank an unsere Sponsoren – Impressum	59
Termine – Beitrittserklärung	60
Ansprechpartner/Kontaktgruppen – Koordinatoren	61
Fachbeiräte	64
Medizin mit dem gesunden Menschenverstand	U3



Liebe Leserinnen und Leser,

das **Thema Organspende** ist in den letzten Monaten sehr präsent in den Medien. Anlass ist die anstehende Neufassung des Transplantationsgesetzes (TPG). Verschiedene wichtige Regelungen stehen zur Veränderung an. In der Diskussion sind z.B. die Intensität der Aufklärung der Bevölkerung und die verpflichtende Bestellung von Transplantationsbeauftragten in den Spenderkrankenhäusern sowie eine Aufgaben- und Kompetenzbeschreibung für diese. Im Fokus der Medien und der Politik steht jedoch meist die Weiterentwicklung der bisher geltenden erweiterten Zustimmungslösung. Ziel ist dabei, die tatsächliche Zahl der Organspender zu erhöhen. Dies soll dadurch erreicht werden, dass möglichst viele Menschen in Deutschland die eigene Zustimmung zur Organspende erklären und so die Anzahl potenzieller Spender erhöht wird. Damit soll auch den Familien möglichst die schwere Last der Entscheidung zur Organspende kurz nach dem Tode eines Angehörigen abgenommen werden.

Während zu Beginn der Diskussion vor einigen Monaten insbesondere von Ärzten die Widerspruchslösung gefordert wurde, ist diese als gegenwärtig nicht umsetzbare Möglichkeit wieder vom Tisch. Unabhängig von der Qualität vorheriger Aufklärung überwiegen derzeit die ethischen und verfassungsrechtlichen Bedenken gegen eine solche Lösung. Im Laufe der letzten Wochen haben sich die anderen Vorschläge trotz unterschiedlicher Bezeichnungen (Äußerungs-, Erklärungs- oder Entscheidungslösung) auf einen Konsens zubewegt. Es zeichnet sich ab, dass es im Grunde wie bisher schon bei der erweiterten Zustimmungslösung bleiben soll. Allerdings soll die Aufklärung über Organspende auf allen Ebenen deutlich verbessert werden. Gleichzeitig soll jeder stärker dazu aufgerufen werden, selbst eine eigenverantwortliche Entscheidung zur Organspende zu treffen. Jeder Druck, die Entscheidung überhaupt zu treffen, soll aber dabei vermieden werden. Um überhaupt eine gewisse Verbesserung gegenüber der jetzigen Lösung zu erreichen, muss die Aufklärungsarbeit deutlich verbessert werden. Die Aufklärung darf sich nicht im Versand von Aufklärungsbroschüren erschöpfen. Es bleibt abzuwarten, ob ein geändertes TPG dazu geeignet ist, dem weiterhin dramatischen Organmangel entgegenzuwirken.

Mehr Bürokratie darf es aber bei der Entscheidung zur Organspende auch in Zukunft nicht geben. Der jederzeit änderbare Organspendeausweis muss weiterhin eine Möglichkeit bleiben, die selbstbestimmte Erklärung zur Organspende zu treffen und zu dokumentieren. Wegen der langen Vorlaufzeiten sind weder ein Organspenderegister noch die kommende digitale Gesundheitskarte aktuell Möglichkeiten, die rasch umgesetzt werden können.

Das **Thema Verteilungsgerechtigkeit** des knappen Gutes der gespendeten Organe hält die ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer im Blick. Die für Eurotransplant für die Organzuteilung bindenden Richtlinien werden ständig auf Basis des TPG gemäß dem Stand der Wissenschaft überprüft und ggf. aktualisiert. Aktuell betrifft dies z.B. die Richtlinien für Vermittlung von Lebern an PSC-Patienten (Patienten mit Primär Sklerosierender Cholangitis). Die Schwere der Erkrankung und die Gefahr der Entwicklung eines Gallengangskarzinoms werden mit dem Labor-MELD nicht ausreichend abgebildet. Nun erhalten diese Wartelistenpatienten mit Inkrafttreten der neu gefassten Richtlinie, wie schon bisher Leberkrebspatienten, im 3-Monats-Turnus MELD-Punkte hinzu. Dies gilt rückwirkend ab Aufnahme in die Warteliste. So wird hier in besonderem Maße die Einschätzung des betreuenden Zentrums bedeutsam, damit der PSC-Patient nicht zu früh, aber eben auch nicht zu spät ein Spenderorgan erhält. Unser Verband stellt übrigens die Patientenvertreterin im Expertenkreis bei dieser Richtlinienarbeit und bringt sich so aktiv für die Betroffenen ein.

Mit den besten Wünschen für Wohlbefinden und Zufriedenheit im Jahr 2012

Ihre



Ikone

Acryl

Monika Reiter

www.reitermonika.de

*Wir danken der Künstlerin
für die Möglichkeit
des kostenlosen Abdrucks.*

Zwischen Freiwilligkeit der Spende und fortdauerndem Mangel an Organspenden¹

Problemstellung

Die Lebensrettung von Patienten mit lebensbedrohlichem Organversagen durch Übertragung eines postmortal gespendeten passenden Organs stellt bekanntlich ein bestens etabliertes medizinisches Verfahren dar. Allein, es fehlt nach wie vor an einer auch nur annähernd hinreichenden Zahl an Spenderorganen, mit der Folge, dass jeden Tag ein Patient, der hätte gerettet werden können, verstirbt, und dass z.B. tausende von Nieren-Patienten sich im Schnitt sieben Jahre weiterhin der ihre Bewegungsfreiheit einschränkenden und häufig nebenwirkungsstarken Dialyse unterziehen müssen. Auch führt der postmortale Organspendemangel zwangsläufig zu Konflikten mit der Gerechtigkeitsnorm, der zu Folge Gleichbedürftigen Gleiches zukommen muss, ganz zu schweigen von der grundgesetzlich verankerten Verpflichtung zum Schutz menschlichen Lebens. Hinzukommt im Falle von Leber und Niere der zunehmende Druck auf die Lebendspende, für die die Ärzte den Spender bei aller aufgeklärten Zustimmung einem medizinisch nicht indizierten Eingriff unterziehen müssen.

Ethisch zu unterscheiden sind hier eine kollektiv- und eine individuelle ethische Frage. Erstere besteht darin, ob die Gesellschaft hinnehmen darf, dass infolge des Organspendemangels Menschen schwer leiden und u.U. eines *vermeidbaren* Todes sterben? Sodann: Kann die Gesellschaft hinnehmen, dass *Ungerechtigkeit* in der Organallokation, d.h. die ungleiche Organversorgung trotz gleicher medizinischer Bedürftigkeit, nahezu unvermeidlich ist? Die individuelle ethische Frage lautet: Welche Haltung gegenüber der postmortalen Organspende genügt dem notwendigen Erfordernis der *Freiwilligkeit*?

Beitrag medizinischer Ethik

Der Beitrag medizinischer Ethik besteht nicht darin, zu *moralisieren* (etwa darüber, dass zwar zwei Drittel der Bevölkerung ein Spenderorgan annehmen würden, aber nur jeder Sechste einen Ausweis zur postmor-

tal Organspende besitzt), sondern normative Konflikte zu *analysieren*. Im vorliegenden Fall ist dies insbesondere der Konflikt zwischen der Pflicht zur Lebensrettung von Mitmenschen auf der einen und der Freiwilligkeit der Spendeentscheidung auf der anderen Seite. Die Einführung einer *generellen* Pflicht zur postmortalen Organspende ist offensichtlich

mit dem Grunderfordernis der Freiwilligkeit nicht vereinbar. Die Einführung einer *eingeschränkten* Pflicht, d.h. einer solchen, die nur demjenigen auferlegt wird, der seinerseits zur eigenen Lebensrettung Fremdorgane wünscht (sog. „Clubmodell“), stünde ethisch im Konflikt mit dem ärztlichen Ethos, jedem Bedürftigen die erforderliche Hilfe ohne Berücksichtigung seines moralischen Verhaltens zukommen zu lassen.

Ansichts der ethischen Problematik alternativer Modelle möglicher Organspendesteigerung wie der Einführung finanzieller Anreize, gar eines (ungeregelten oder geregelten) „Marktes“ für Organe, die Einräumung von Mitbestimmungsrechten des Spenders oder die Aufhebung des Subsidiaritätsgebots der Lebendspende gegenüber der Totenspende o.ä. wird neuerdings die sog. „Entscheidungslösung“ erwogen.

„Entscheidungslösung“

Von einer derzeit vielzitierten und in den parlamentarischen Vorbereitungsausschüssen diskutierten Pflicht zur Entscheidung *pro* oder *contra* postmortale Organspende verspricht man sich eine nachhaltige Reduzierung des Organmangels und sucht das Transplantationsgesetz (TPG) in Kürze entsprechend zu ändern („Gesetz zur Förderung der Organspende“). Der Vorschlag der „Entscheidungslösung“ sieht vor, jeden erwachsenen Einwohner Deutschlands hinsichtlich seiner Entscheidung für oder gegen eine Organspende zu befragen und das Ergebnis in ein offi-



Prof. Dr. phil.
Jan P. Beckmann

zielles Dokument (Pass, Personalausweis, Führerschein, Krankenversicherungskarte o.ä.) einzutragen. Für die ethische Analyse gilt es (1.), Klarheit über den Begriff der „Freiwilligkeit“ und seiner Implikationen zu schaffen, sodann (2.) die normativen Grundlagen einer gesetzlichen „Entscheidungslösung“ zu eruieren und schließlich (3.) zu fragen, ob es mög-

licherweise eine ethisch „überlegenere“ Antwort auf die Frage „Freiwilligkeit der Spende und Organspendemangel“ gibt.

„Freiwilligkeit“

„Freiwilligkeit einer Entscheidung“ meint *negativ* das Fehlen von Zwang jedweder Art, einschließlich irgendwelcher Sanktionierungen, und *positiv* die in das alleinige Ermessen des Individuums gestellte Haltung gegenüber einer Handlungsalternative. Freiwilligkeit schließt darüber hinaus auch das Recht auf die – temporäre oder dauerhafte – Suspension einer Entscheidung ein. Strenge Voraussetzung dafür, dass ein Individuum überhaupt in der Lage ist, eine Entscheidung freiwillig zu treffen, ist seine Informiertheit über – und Einsicht in – Art, Reichweite, Risiken und Folgen des zur Entscheidung anstehenden Sachverhalts, denn Freiwilligkeit hat hinreichendes Sachwissen zur unbedingten Voraussetzung. Schließlich gehört zur Freiwilligkeit, dass es jederzeit die Möglichkeit der Revision der Entscheidung gibt, andernfalls die Nichtrevidierbarkeit ebenfalls zum Gegenstand der Entscheidung gemacht werden muss, mithin nicht eine, sondern zwei Entscheidungen zu treffen sind. Normative Grundlage der Freiwilligkeit ist das Autonomie-basierte Recht auf Selbstbestimmung jedes Menschen.

Normative Grundfragen

Ethische Analyse als Normen- bzw. Normenkonfliktprüfung fragt sodann, auf welcher argumentativen Grundlage die

„Entscheidungslösung“ propagiert wird. Da ist zum einen – *ex negativo* – die Beobachtung, dass die derzeitige gesetzliche Regelung im Falle des Nichtvorhandenseins des Spendeausweises eines Verstorbenen, nämlich die sog. „erweiterte Zustimmungslösung“ (§ 4 Abs. 1 TPG), kompliziert ist und in der Regel eine Zustimmung für Anverwandte und Ärzte darstellt: für die Anverwandten, die nicht nur die Mitteilung vom Tode eines der ihren hinnehmen müssen, sondern zugleich entscheiden sollen, ob sie mit der Entnahme eines oder mehrerer Organe aus dem Körper des Verstorbenen einverstanden sind; für die Ärzte, die nicht nur die Todesnachricht überbringen, sondern darüber hinaus nach der Entnahmeerlaubnis fragen müssen. Infolge menschlich verständlicher Zögerlichkeiten auf einer oder auf beiden Seiten gehen der Transplantationsmedizin *de facto* viele lebensrettende Organe verloren. Hinzukommt aus ethischer Sicht das gewichtige Argument der Fremdbestimmungsexposition der „erweiterten Zustimmungslösung“: Die Ärzte sind i.d.R. nicht in der Lage zu überprüfen, ob die Anverwandten ihrer Entscheidung wirklich die Einstellung des Verstorbenen *pro* oder *contra* Organspende zugrunde legen. So kann es geschehen, dass die Verwandten eine Entnahme ablehnen, obwohl sie wissen, dass der Verstorbene zu Lebzeiten keine Einwände dagegen geäußert hat; es kann aber auch passieren, dass die Verwandten einer Entnahme zustimmen, obwohl sie wissen, dass der Verstorbene damit nicht einverstanden gewesen wäre. In beiden Fällen liegt Fremdbestimmung („Heteronomie“, das Gegenteil von Autonomie), vor; dies einmal mehr, als der Gesetzgeber jedem einzelnen Verwandten das Recht zum Widerspruch eingeräumt hat (§ 4 Abs. 2 TPG).

Aus ethischer Sicht ist die „Entscheidungslösung“ der bisherigen gesetzlichen Regelung insofern überlegen, als sie die Fremdbestimmungsfahr der letzteren vermeiden hilft. Vorzug aus ethischer Sicht also: Wahrung des Autonomie-basierten Selbstbestimmungsrechts und seiner über den Tod hinaus wirkenden Bindungswirklichkeit. Auch spricht zugunsten einer solchen Lösung die Überlegung, dass es einem entscheidungsfähigen Erwachsenen zumutbar ist, sich in der Frage einer Organspende zumindest aus zwei Gründen eine Meinung zu bilden und eine entsprechende Entscheidung zu fällen: zum einen angesichts der Möglichkeit, eines Tages selber ein Fremdorgan in Anspruch zu

nehmen, und sodann in Anbetracht der schon genannten Zumutung an Verwandte, bei Fehlen eines Spendeausweises die Entscheidung im Todesfall übernehmen zu müssen.

Fraglich ist freilich, ob sich eine derartige Pflicht zum *Gesetz* erheben lässt. Einmal gesetzlich kodifiziert, geht einer solchen Pflicht nämlich ein wichtiger Bestandteil *moralischer* Pflicht ab: die Freiheit des Einzelnen, *sich nicht zu entscheiden*. Auch fragt sich, wie der Gesetzgeber die Nichtbeachtung der Entscheidungspflicht ahnden will: durch Ausschluss vom Organempfang etwa? Das würde, wie gesagt, mit dem ärztlichen Ethos der Gleichbehandlung unvereinbar sein. Darin liegt ja der Vorzug der „Entscheidungslösung“ als *moralischer* Pflicht vor einer der *gesetzlichen* Kodifizierung, dass Erstere im Unterschied zu Letzterer noch Raum für die „Entscheidung zur Entscheidung“ lässt und damit dem nötigen Respekt vor der Freiheit und der Freiwilligkeit eher entspricht als die gesetzliche Festschreibung.

Mit Letzterer besonders schwer vereinbar ist das Vorhaben derjenigen Parlamentarier, die das Ergebnis der Entscheidung in einem amtlichen Dokument (Pass, Personalausweis, Führerschein oder Krankenversicherungskarte) festhalten möchten. Gegen eine derartige Dokumentation spricht schon die Wahrung der Privatsphäre: Es geht mit Ausnahme von Ärzten und Verwandten niemanden etwas an, ob jemand in Sachen Organspende eine Entscheidung getroffen hat. Was jedoch insbesondere gegen die Dokumentation der Entscheidung in amtlichen Ausweisen spricht, ist die offensichtliche bürokratische (und kostenpflichtige) Beeinträchtigung des *Rechts auf jederzeitige Änderung oder Suspendierung* der eigenen Entscheidung des Individuums. Darin läge eine zweifache Einschränkung der Freiwilligkeit, die ethisch mit dem Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht kaum zu vereinbaren wäre. Denn: „Freiwilligkeit“ ist keine einmalige Bedingung einer ethisch einwandfreien Zukunftsentscheidung, sondern schließt das *jederzeitige* Recht auf Revision der eigenen Entscheidung ein. Der Eintrag in ein Ausweispapier, er betreffe die Spendebereitschaft oder Nichtbereitschaft, ist nur schwer zu ändern. Gerade in einer so schwierigen Frage wie der postmortalen Organspende muss der Einzelne jedoch jederzeit die Möglichkeit haben, sich die Entscheidung vorzubehalten oder eine getroffene Entscheidung erneut

zu überlegen. Auch könnte sich ein Dokumentationszwang als kontraproduktiv erweisen, indem angesichts der erschwerten Änderungsmöglichkeit mancher Spende-bereite abgeschreckt wird und im Zweifelsfall eher seine Nichtbereitschaft dokumentiert.

Der „Preis“ der Norm der Freiwilligkeit

Bleibt es dabei, dass die Sicherung der Freiwilligkeit der postmortalen Organspende (wie auch der Lebendspende) die zentrale Voraussetzung ethischer Rechtfertigungsmöglichkeit der Spende von Organen bildet und schon die Wortbedeutung des Spendens einen deutlichen Hinweis auf ein freies Tun enthält, dann muss auch die „Entscheidungslösung“ diesem Anspruch genügen. Das kann sie aber nur dann, wenn mit ihr sowohl die Revidierbarkeit wie auch die „Entscheidung für die Nichtentscheidung“ ermöglicht werden. Ersteres erschwert die vorgesehene Dokumentationspflicht in Ausweispapieren erheblich, Letzteres sieht die „Entscheidungslösung“ nicht vor. Eine Form der Entscheidungslösung jedoch, welche beide Forderungen erfüllt, kann nicht *Gesetz* werden, weil das Gesetz notgedrungen einen Zwang ausübt, und sei es den der Sanktion bei Zuwiderhandlung. Dagegen könnte die „Entscheidungslösung“ bei gleichzeitiger Möglichkeit der Revision wie der „Entscheidung zur Nichtentscheidung“ als *moralischer Appell* eine positive Wirkung auf das Spendeaufkommen entfalten. Dies nämlich dann, wenn eine verstärkte Aufklärung nicht nur des Einzelnen, sondern der Bevölkerung als ganzer, die bereits in den Schulen beginnt, erfolgt; wenn sodann die Ärzte und Kliniken nachhaltiger auf die Einhaltung der Verpflichtung zur Meldung hirntoter Spender angehalten werden; vor allem aber dann, wenn die Gesellschaft zu einer neuen „Kultur der Endlichkeit“ findet, das bedeutet die Bewusstmachung, dass Sterben und Tod nicht nur Notwendigkeiten darstellen, sondern – den Lebensentwurf eines jeden von Anfang an begleitend – zugleich *Freiheits-erfahrungen* hervorrufen können. Ein Zeichen für eine derartige Freiheitserfahrung kann auch die Bereitschaft zur postmortalen Organspende sein.

Die Widerspruchslösung als ethisch vorzuziehende Alternative?

Angesichts der genannten Schwierigkeiten mit einer *gesetzlichen* Verankerung der „Entscheidungslösung“, die sich

wegen der erschwerten Revidierbarkeit wie der fehlenden Möglichkeit einer „Entscheidung für die Nichtentscheidung“ als (grundrechts-)problematisch erweisen dürfte, und der „Entscheidungslösung“ lediglich als *moralischer Appell*, die nicht Gesetz werden kann, bietet sich für diejenigen, die das Spendeaufkommen *per Gesetz* erhöhen möchten, eine erneute Diskussion der **Widerspruchslösung** an.² Aus ethischer Sicht hat dieser Weg im Unterschied zur gegenwärtigen Gesetzesregelung der „erweiterten Zustimmungslösung“ den Vorzug vollständiger *Freiheit von Fremdbestimmung* (was freilich durch dies sog. „erweiterte Widerspruchslösung“, die den Anverwandten ein Vetorecht einräumt, erneut fremdbestimmungsgefährdet wäre). Doch in einer Zeit,

in der seit Jahren die Möglichkeiten der Lebensrettung durch Organübertragung bekannt sind, kann der Nichtwiderspruch dazu nicht nur als „schweigende Zustimmung“, sondern mit guten Gründen darüber hinaus als ein Ausdruck der Freiheit des Einzelnen gelten: der Freiheit nämlich, die Art des Umgangs mit seinem toten Körper der Nachwelt zu überlassen, vorausgesetzt, dass dieser Umgang würdevoll ist. Kollektivethisch bedeutet dies, dass die Widerspruchslösung in ganz anderer Weise den Spendemangel reduzieren und damit die Verteilungsgerechtigkeit verbessern kann; individualethisch ist dem Gebot der Freiwilligkeit Genüge getan: dem Recht, Nichtspender zu sein, wird voll entsprochen. Niemand ist schließlich zur Widerspruchslösung gezwungen – im

Unterschied zur gesetzlichen „Entscheidungslösung“.

*Univ.-Prof. (em.) Dr. phil. Jan P. Beckmann
Institut für Philosophie
FernUniversität in Hagen*

- ¹ Der folgende Beitrag setzt Überlegungen fort, die der Vf. u.a. in den „Lebenslinien“ 1 aus dem Jahre 2006, 27–29 vorgelegt und sich zugunsten einer moralischen Pflicht zur Entscheidung pro oder contra postmortale Organspende ausgesprochen hat.
- ² Vgl. zur Widerspruchslösung ausführlicher: J. P. Beckmann, *Ethische Herausforderungen der modernen Medizin*. Freiburg 2009, 242–276 und 294–316.

Zwillingsbrüder teilen sich eine Leber

In der letzten Ausgabe der „Lebenslinien“ berichteten wir über den Wechsel am Lebertransplantationszentrum Heidelberg. Eine der ersten Operationen von Professor Dr. Peter Schemmer als neuer Leiter der Sektion Viszerale Transplantation an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg war gleich eine besondere: In einem insgesamt rund achttündigen Eingriff setzte er gemeinsam mit Kollegen einem 31-Jährigen einen Teil einer Leber ein, die er zuvor dessen Bruder entnommen hatte. Die zweieiigen Zwillinge haben alles gut überstanden.

Kein Arzt und kein Spender entscheiden sich leichtfertig für einen solchen Eingriff. Wird hier doch ein völlig gesunder Mensch operiert. Auch für viele Empfänger ist die Vorstellung, dass dem Spender bei der Organentnahmeoperation Komplikationen drohen oder gar der Tod eintreten könnte, eine große Belastung im Vorfeld.

Weil die Warteliste für das Organ eines Verstorbenen zu lang war, hatte sich der Bruder des Patienten entschieden, ihm die rechte Leberhälfte zu spenden. „Aufgrund des Mangels an Spenderorganen werden wir in Zukunft verstärkt auf Lebend-Lebertransplantationen zurückgreifen müssen“, so Professor Schemmer.

Mit Sorge hatte die Familie beobachtet, wie es Timo Rückauer aufgrund schwerer Infektionen immer schlechter ging. In der zunehmend lebensbedrohlichen Situa-



Marco Rückauer (links) mit seinem Zwillingsbruder Timo, der mit einem selbst entworfenen T-Shirt für die Organspende wirbt.

tion konnte nur noch die Transplantation helfen. Dann kam Mitte Juli die Operation – und schon wenige Tage später fühlte er sich wieder besser. Drei Wochen später konnte er die Klinik verlassen. An der Stelle seiner alten Leber arbeitet nun die seines Bruders Marco; in beiden Körpern wächst das Organ innerhalb weniger Wochen auf seine ursprüngliche Größe heran.

Dass es zu keiner Abstoßungsreaktion oder Wundheilungsstörung kam, liegt daran, dass Spender und Empfänger eng verwandt sind und ihre Organe über ähn-

liche Gewebemerkmale verfügen. Wären es nicht zweieiige, sondern eineiige Zwillinge gewesen, wären die Gewebemerkmale sogar identisch gewesen. So muss Timo Rückauer aber sicherheitshalber Medikamente zur Unterdrückung der Immunabwehr einnehmen. Zusammen mit seinem Bruder will er nun in dem Fußballverein, in dem beide spielen, Werbung für die Organspende machen.

Quelle: PM des Universitätsklinikums Heidelberg v. 11.8.2011

Foto: privat

20. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG)

Es gibt noch viel zu tun! Vom 6.–8.10.2011 trafen sich Experten unter diesem Motto zur 20. Jahrestagung der DTG in Regensburg. Seit 20 Jahren besteht die DTG. Diese Fachgesellschaft für Transplantationsmedizin wurde seinerzeit gegründet, um die Transplantationsmedizin in Deutschland fachübergreifend in organisatorischer, klinischer und vor allen Dingen wissenschaftlicher Hinsicht zu fördern.



Tagungspräsident Prof. Dr. Hans Schlitt (Mitte) und die Aktiven von LD e.V.: v. links: Egbert Trowe, Bernd vom Baur, Jutta Riemer, Dr. Heike Wolken, Peter Schlauderer, Joachim Linder, Roland Stahl

Es wurden Vorträge, Seminare und Posterbegehungen zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten angeboten: Der eklatante Organmangel und dessen Gründe und Lösungsstrategien, die zu erwartende Novellierung des Transplantationsgesetzes, neue immunsuppressive Strategien und viele weitere Themen standen im Fokus. Auf solchen Kongressen kann neues, letztendlich für den Patienten wesentliches Wissen rasch zwischen den Experten ausgetauscht werden. Auch Lebertransplantierte Deutschland e.V. war mit einem Informationsstand und engagierten Mitgliedern vertreten. Als DTG-Mitglieder

nahmen Dr. Heike Wolken und Jutta Riemer teil. Weitere Vorstandsmitglieder und örtliche/regionale Aktive betreuten unseren Informationsstand und nutzten die Fachvorträge zu ihrer Fortbildung.

Die Eröffnungsveranstaltung mit Ehrung von Spenderangehörigen

In der Eröffnungsveranstaltung begrüßten die Kongresspräsidenten Prof. Dr. Bernhard Banas und Prof. Dr. Hans Schlitt (beide Regensburg) die Mitglieder und Gäste. Den Festvortrag zur Lebertransplantation bei Kindern hielt Prof. Dr. Michael Melter. Nach Grußworten der Vertreter der Univer-

sität, der Stadt Regensburg und des Bayerischen Staatsministeriums moderierte Anne-Bäbel Blaes einen besonderen Teil dieser DTG-Veranstaltung: Die Schicksale dreier Familien, die jeweils die Entscheidung für eine Organspende nach dem Tode ihres Familienmitglieds getroffen haben.

Claudia Copitzky verlor ihren damals 25-jährigen Sohn durch einen häuslichen Unfall. Heute ist sie aktiv in einer Selbsthilfegruppe tätig, in der sich Spenderangehörige und Transplantierte begegnen.

Elke und Lars Wittenberg verloren ihre kleine, vierjährige Tochter Paula durch Komplikationen, die im Rahmen eines chirurgischen Eingriffs auftraten.

gischen Eingriffs, eigentlich eine Routine-OP, auftraten. Sie schilderten sehr ergreifend, was es ihnen bedeutet, dass durch die Organe ihres kleinen Mädchens andere Menschen weiterleben dürfen. Mit der Familie eines Empfängerkindes stehen sie in regem Briefwechsel (anonym – über die DSO).

Jan Breidenbach hatte die Ausbildung zum Rettungssanitäter abgeschlossen. Sein erster Einsatz führte ihn in die Firma seiner Mutter. Er ahnte zunächst nicht, dass tragischerweise gerade seine Mutter die Patientin war. Sie hatte eine Hirnblutung erlitten. Rückblickend betrachtet sei das gut so gewesen, erklärte er. So konnte er selbst erleben, wie für die Mutter alles Erdenkliche getan wurde. Sie verstarb später im Krankenhaus. Der Sohn stimmte im Sinne seiner Mutter der Organspende zu.

Unser Ansprechpartner für Regensburg, Peter Schlauderer, selbst vierfacher Vater, ist Empfänger einer Spenderleber, einer Bauchspeicheldrüse und einer Niere. Er verlas einen Dankestext für die Angehörigen. Stellvertretend für die vielen Spenderfamilien, die in schweren Stunden einer Organentnahme zugestimmt haben, wurden das Ehepaar Wittenberg, Herr Breidenbach und Frau Copitzky geehrt und erhielten einen Blumenstrauß sowie eine Urkunde. Als weitere besondere Gabe wurde den Angehörigen ein limitierter, gerahmter Druck eines Acrylbildes der lebertransplantierten Künstlerin Christel Beger-Mehlhorn überreicht. Unser leider 2009 verstorbene Mitglied Christel Beger-Mehlhorn hatte 14 Lebensjahre durch eine Spenderleber geschenkt bekommen. Sie war dafür sehr dankbar.

Aus dem wissenschaftlichen Teil

Exemplarisch berichten wir über einige der vielen interessanten Themen der Fachvorträge und Seminare.

Transarterielle Chemoembolisation (TACE) – Langzeitprognose nach der Lebertransplantation

Dr. R. Wilutzky aus Jena berichtete, dass die transarterielle Chemoembolisation nicht nur ein geeignetes Mittel ist, um das Tumorstadium während der Wartezeit auf der Empfängerliste zu unterdrücken oder gar ein Downstaging zu erreichen, sie kann auch das Langzeitüberleben nach einer Lebertransplantation positiv beeinflussen.

Die Lebertransplantation ist die kurative Therapieoption für Patienten mit einem he-

patozellulären Karzinom (HCC) und aufgrund der langen Wartezeiten auf der Empfängerliste haben Bridgingverfahren (Überbrückungsverfahren) wie die transarterielle Chemoembolisation (TACE) eine große Bedeutung erlangt. Ob diese Therapieoption darüber hinaus auch das Langzeitüberleben nach einer erfolgreichen Lebertransplantation beeinflussen kann, wurde von Herrn Dr. Wilutzky untersucht. Es wurde ein Kollektiv von 113 lebertransplantierten Patienten untersucht. Diese Patienten hatten ein hepatozelluläres Karzinom mit einer Leberzirrhose.



Es konnten folgende Ergebnisse festgestellt werden: Mit Hilfe der transarteriellen Chemoembolisation ließ sich das Tumorstadium während der Wartezeit unterdrücken, bei etwa der Hälfte der Patienten reduzierte sich die Tumormasse messbar. Wie bereits andere Studien zeigten, bestätigte sich, dass die transarterielle Chemoembolisation nicht nur nach einer Vollorgantransplantation, sondern auch nach einer Splitlebertransplantation oder einer Leberlebenspende einen günstigen Einfluss auf die Langzeitprognose der Patienten hat.

Rauchen verursacht Krebs bei Transplantierten

PD. Dr. F. Braun aus Kiel stellte in seinem Beitrag unter der Rubrik „Krebs nach Transplantation“ deutlich heraus, dass Raucher ein dramatisch erhebliches Tumorrisiko aufweisen. In einer untersuchten Patientengruppe zeigte sich, dass das Risiko zur Entwicklung eines neuen Tumors (Krebs) sogar 4-mal höher ist, als in der Literatur bisher berichtet wurde. Im Rahmen der ambulanten Nachsorge lebertrans-

planterter Patienten fielen in den letzten beiden Jahren vermehrt neu gebildete Karzinome auf, die in deutlicher Verbindung zum Rauchen stehen.

Alle Patienten wurden vor der Transplantation psychologisch und medizinisch geprüft und waren mindestens sechs Monate alkoholabstinient. Die Patienten, die einen neuen Krebs entwickelten, wiesen nicht nur eine positive Nikotinanamnese auf, sie rauchten auch nach der Transplantation weiter.

Die Überprüfung der Patienten mit alkoholischer Leberzirrhose orientiert sich zurzeit an festgelegten Auflagen und Werten. Aufgrund des erheblich erhöhten Tumorriskos sollte aber laut PD Dr. Braun die Auswahl von geeigneten Organempfängern auch den Nikotinkonsum berücksichtigen. Eine strikte Nikotinabstinenz als Erweiterung der Auswahlkriterien bei den Wartelistenpatienten mit alkoholischer Zirrhose ist somit empfehlenswert.

Dynamik des MELD-Score (Δ -MELD-Score) hat einen Einfluss auf das Überleben nach Ltx

Untersucht wurden in Regensburg (A. Schnitzbauer, M. Scherer, H. Schlitt) die Überlebensraten von Patienten, deren MELD-Score vor der Ltx einen schnellen, starken Anstieg aufwies im Vergleich zu Patienten, die einen langsamen, kontinuierlichen Verlauf aufwiesen. Hierzu wurde bei 205 lebertransplantierten Patienten im Untersuchungszeitraum der Δ -MELD-Score (MELD bei Ltx – MELD drei Monate vor Ltx bzw. bei Listung) ermittelt und in Relation zur Überlebensrate nach Ltx gesetzt.

In der Auswertung zeigte sich, dass das 1-Jahres-Überleben im untersuchten Zeitraum für alle Patienten bei 82,2% lag. Bei Patienten mit einem MELD > 35 lag der Wert deutlich darunter (62,2%). Eine schnelle Dekompensation, erkennbar an einem Δ -MELD > 12, führte ebenfalls zu einer erhöhten Sterblichkeit. Besonders ungünstig ist die Kombination von schnellem, starkem Anstieg (hoher Δ -MELD) auf einen hohen MELD-Wert (> 30) vor der Ltx. Die Ermittlung des Δ -MELD könnte zukünftig einen weiteren Hinweis auf das Operationsrisiko liefern.

Dr. Heike Wolken / Jutta Riemer

15. Pflegesymposium AKTX*-Pflege e.V.

Zum 15. Mal trafen sich vom 6.–7.10.2011 in Regensburg Pfleger aus den Transplantationszentren Deutschlands, um neue Aspekte in der Transplantationspflege und -medizin vorzustellen und zu diskutieren. Der Tradition folgend fand das Symposium parallel zur Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft unter der Präsidentschaft von Prof. Schlitt und Prof. Banas vom Universitätsklinikum Regensburg statt.

Es waren zwei außerordentlich interessante Tage, in die ich einige Einblicke geben möchte. Die Begrüßung durch den AKTX-Pflege e.V. nahm Petra Hecker – Charité Berlin – vor. Prof. Schlitt richtete, ebenso wie der Pflegedirektor des Klinikums Regensburg, Herr Stockinger, ein Grußwort an alle Anwesenden.

Thomas Albiez, Unispital Zürich, berichtete über das kleine Transplantationszentrum in Zürich. Im Klinikum Zürich stehen insgesamt 18 Betten für die Tx-Chirurgie zur Verfügung. Zusätzlich gibt es drei Betten, welche ständig für eventuelle Empfänger bereit stehen. Alle Patienten, außer Herztransplantierte, kommen sofort nach der Operation auf die Tx-Station zurück und werden dort versorgt. Das Pflegefachpersonal in Zürich hat sich zum Ziel gesetzt, die Patientenschulung so zu strukturieren, dass die Patienten bei Entlassung ihr Medikamentenmanagement, Symptomkontrolle und Selbstbeobachtung in einer Broschüre mit verschiedenen Kapiteln dokumentieren können. Es wird sich um ein ähnliches Heft wie das Nachsorge-tagebuch unseres Vereins handeln.

Einen überaus interessanten Vortrag über Split-Ltx hielt **Priv.-Dozent Dr. S. Nadalin** von der Uniklinik Tübingen. Aufgrund des ausgeprägten Organmangels in Deutschland (16 Spender auf 1 Million Ein-

wohner) plädiert PD Dr. Nadalin dringend für die Splittransplantation bei Lebern, somit könnte eine Leber zwei Patienten helfen. In der Bundesrepublik werden zurzeit von 132 Spenderorganen nur neun (7%) Lebern gesplittet. Von 2006 bis 2010 wurden insgesamt 4.927 Lebern gespendet, davon wurden 90% nicht geteilt. Splittorgane sind keine schlechten Organe, so der Tenor von PD Dr. Nadalin.

Josef Trattner vom Österreichischen Pflegeverein für Transplantationschirurgie Uniklinik Graz referierte über Organtransplantationen im Fokus verschiedener Religionen. Die meisten großen Religionen stehen einer Organspende nach dem Tod positiv gegenüber, lediglich wird dem Hirntod als Todeszeitpunkt in einigen Religionen skeptisch begegnet. In allen Religionen steht die Hilfe für die Kranken und Schwachen im Vordergrund. Bei den christlichen Religionen ist Organspende ein Zeichen christlicher Nächstenliebe, in der auch die Lebendspende in Betracht kommt. Ähnlich ist es mit dem Islam, allerdings ist den Schiiten nicht gestattet, Organe an Nicht-Muslime zu spenden. Im Judentum sind Lebendspenden unter der Bedingung, den eigenen Körper nicht in Gefahr zu bringen, durchaus möglich. Seit Ende der achtziger Jahre ist Organspende unter der Voraussetzung möglich, dass der Körper respektvoll behandelt und kein Organhandel betrieben wird. In einigen Subgruppen der Juden wird der Hirntod nicht mit dem Herztod gleichgesetzt und ebenso muss die Unversehrtheit des Körpers nach dem Tode erhalten bleiben.

Lara Marks, Krankenschwester der Uniklinik Köln, gab einen guten Einblick in die Pflege bei Lebertransplantation auf der Normalstation. In den meisten Fällen wird der Patient am dritten postoperativen Tag

von der Intensivstation verlegt und erhält möglichst ein Doppelzimmer als Einzelzimmer. Häufig befindet sich der Patient noch im Durchgangssyndrom und muss auch viele Aktivitäten des täglichen Lebens wie essen und trinken wieder erlernen. Besondere Merkmale der Pflege sind natürlich auch die Vermittlung der lebenswichtigen, pünktlichen Medikamenteneinnahme und die Hygienemaßnahmen sowie die Einbeziehung der Angehörigen in diese Maßnahmen. Patienten, auch mit einer gut funktionierenden Leber, können nur schrittweise in den Alltag zurückgegeben werden.

Frau Marks berichtete anhand von Fallbeispielen über den Verlauf nach Lebertransplantation. Ein besonderes Beispiel möchte ich nicht unerwähnt lassen: Ein Patient, Jahrgang 1947, transplantiert im März 2010, gewann 2011 bei den XVIII. World Transplant Games in Göteborg eine Goldmedaille im Tennis-Einzel.

Zum Abschluss der Tagung sprach Frau **Anne-Bärbel Blaes-Eise** von der DSO über die Möglichkeit für Patienten, den Spenderfamilien mit einem Brief „danke“ zu sagen. Oft haben Patienten eine Hemmschwelle, einen solchen Brief zu verfassen. Nachdem der Flyer „Dankesbrief“ erschienen ist und in den Zentren ausliegt, hat die Bereitschaft, einen solchen Brief zu schreiben, zugenommen. Bei den Spenderfamilien wird dieses „danke“ auch nach vielen Jahren gern angenommen und hin und wieder sogar beantwortet.

Wir dürfen nicht vergessen: Jede Transplantation ist ein Geschenk!

Heidrun vom Baur

** Arbeitskreis Transplantationspflege*

OP-Checklisten für höhere Sicherheit

Was man als Laie eigentlich für selbstverständlich halten würde, wurde nun IT-gestützt auf die tägliche Praxis in allen Operationssälen der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ausgedehnt: die Rede ist von Checklisten, wie sie jedem Piloten obligatorisch an die Seite gegeben werden. Bisher war die Praxis nur in einigen chirurgischen

Abteilungen der MHH üblich; nun also in allen. Erhöhte Sicherheit durch die Verwendung von Checklisten wurde schon früher in Studien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nachgewiesen. Auf den Checklisten werden viele Dinge abgefragt: Ist es der richtige Patient? Ist die richtige OP geplant? Ist die richtige Seite vorberei-

tet? Sind nach der OP alle verwendeten Instrumente, Tücher, Tampons etc. vorhanden? Die Checklisten sind von besonderer Bedeutung, da eine OP in der Regel ein komplexer Vorgang mit vielen Beteiligten ist und dadurch Kommunikationslücken vermieden werden können.

Aus einer PM der MHH vom 10. Mai 2011

Das akute Leberversagen – ein Sonderfall in der Transplantationsmedizin

Definition

Unter einem akuten Leberversagen versteht man eine akut auftretende Leberfunktionsstörung mit eingeschränkter Blutgerinnung und Gelbsucht mit hepatischer Enzephalopathie (Verwirrtheit durch die gestörte Entgiftungsfunktion der Leber). Von einem akuten Leberversagen spricht man nur dann, wenn keine chronische Leberkrankheit vorbestand. Nach dem zeitlichen Verlauf erfolgt eine Einteilung in hyperakutes Leberversagen (weniger als 7 Tage zwischen Beginn der Gelbsucht und der hepatischen Enzephalopathie), akutes Leberversagen (7 bis 28 Tage) und subakutes Leberversagen (mehr als 28 Tage). Das akute Leberversagen kann in allen Altersgruppen auftreten. Die geschätzte Inzidenz in Deutschland beträgt bis zu 500 Fälle jährlich (Gastroenterologe 2009; 4: 285–293). Wir sehen hier im Klinikum der Universität München-Großhadern bis zu 15 Fälle pro Jahr.

Ursachen

- Vergiftungen/Intoxikationen: z.B. Paracetamolüberdosierung, Knollenblätterpilz
- Idiosynkratische Genese (eine Art „Arzneimittelallergie“): z.B. Isoniazid, Phenprocoumon, Noni, Rauschpfeffer (Kava), exotische Teemischungen
- Akute Virushepatitis (Hepatitis A, B, C, E)
- Fulminante Autoimmunhepatitis (selten)
- Akuter M. Wilson (eine seltene Kupferspeicherkrankheit)
- Akut auftretende Erkrankungen der Lebergefäße
- Leberkrankheiten in der Schwangerschaft, z.B. akute Schwangerschaftsfettleber
- Mindestens 20% der Ursachen bleiben unklar!

Natürlicher Verlauf

Die Sterblichkeit beim akuten Leberversagen beträgt ohne Lebertransplantation in Abhängigkeit von der zu Grunde liegenden Ursache bis zu mehr als 70%. Insgesamt hat das hyperakute Leberversagen die beste, das subakute die schlechteste Prognose. Bei Patienten, die ohne Transplantation überleben, kommt es in der Regel zur kompletten Regeneration der Leber.

Klärung der auslösenden Ursache

Die Klärung der auslösenden Ursache hat größte Bedeutung, da die Kenntnis der Ursache eine bessere prognostische Einschätzung ermöglicht (z.B. günstige Prognose bei akuter Hepatitis A, sehr ungünstige Prognose bei M. Wilson) und da bei bestimmten Erkrankungen eine spezifische Therapie existiert, die die Prognose verbessern kann.

Spezifische Therapie

Ursache	Therapie
Paracetamolintoxikation	Aktivkohle, N-Acetylcystein
Fulminante Hepatitis B	Lamivudin und andere antivirale Mittel
Knollenblätterpilzvergiftung	Aktivkohle, Silimarin, Penicillin G
Autoimmunhepatitis	Kortison
Schwangerschafts-assoziiert	Entbindung

Komplikationen

Mögliche und wichtige Komplikationen bei akutem Leberversagen sind Blutungskomplikationen durch die eingeschränkte Gerinnung, ein Versagen der Nierenfunktion, Unterzuckerungen, Infektionen durch das eingeschränkte Immunsystem und ein Anschwellen des Gehirns (Hirnödem).

Allgemeine Maßnahmen

Allgemeine Maßnahmen bei akutem Leberversagen sind eine engmaschige Überwachung von Leberfunktion, Kreislauf und Nierenfunktion. Aufgrund der Gefahr von Unterzuckerungen muss der Blutzucker überwacht und ggf. durch Infusionstherapie korrigiert werden. Das Risiko von Infektionen mit Bakterien und Pilzen kann durch Antibiotika gemindert werden. Je nach Zustand des Patienten werden intensivmedizinische Maßnahmen erforderlich.



Priv.-Doz. Dr. med. G. Denk



Prof. Dr. med. A. L. Gerbes

Fotos: Klinikum der Universität München

Ist eine Lebertransplantation erforderlich?

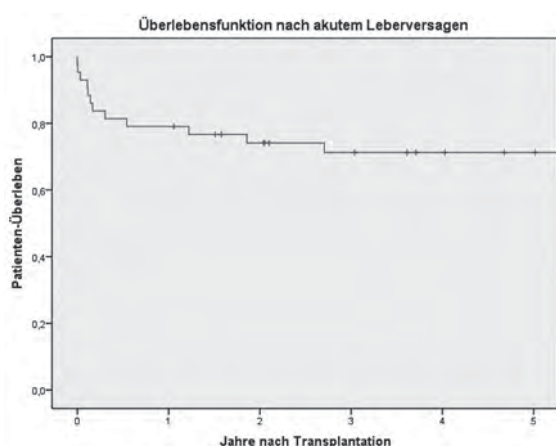
Hierbei handelt es sich um eine schwierige Einzelfallentscheidung, die gemeinsam von den Hepatologen, den Kollegen der Chirurgie und der Anästhesiologie mit Einbeziehung des Patienten und seiner Familie getroffen wird.

Aspekte bei der Entscheidungsfindung

Ein sehr wichtiger Aspekt bei der Entscheidungsfindung ist die Einschätzung der Chance, ob sich die Leber wieder erholen wird. Bei Spontanheilung kommt es in der Regel zu einer völligen Wiederherstellung der Leberfunktion. Kann also noch weiter gewartet werden, ob sich die Leberfunktion evtl. verbessert, oder kann ein weiteres Zuwarten auf Grund einer Verschlechterung des Zustands des Patienten nicht mehr vertreten werden? Eine Transplantation ist nur vor dem Eintreten von irreversiblen Komplikationen wie Hirnschädigung, Multiorganversagen oder Sepsis (eine Blutvergiftung durch Bakterien oder Pilze) möglich. Gibt es Kontraindikationen gegen eine Lebertransplantation, z.B. eine fortgeschrittene Krebserkrankung?

Hilfsmittel zur Entscheidungsfindung sind Prognoseindizes wie die King's College-Kriterien oder die Clichy-Kriterien, die verschiedene Laborparameter und klinische Merkmale des Patienten zur Prognoseabschätzung beinhalten. Das Problem dieser Indizes ist, dass sie zwar gut vorhersagen, ob ein Patient ein hohes Risiko hat, am akuten Leberversagen ohne Transplantation zu versterben. Die Indizes sind jedoch nicht sehr gut, diejenigen Patienten

Abb. 1. Überleben nach Lebertransplantation bei akutem Leberversagen (nach F. Bäuerlein und R. Zachoval)



herauszufinden, die ohne Transplantation überleben. Es bleibt also trotz aller zur Verfügung stehenden Hilfsmittel beim akuten Leberversagen immer eine schwierige Einzelfallentscheidung, wann eine Lebertransplantation erforderlich ist.

Besonderheiten der Lebertransplantation beim akuten Leberversagen

Beim akuten Leberversagen erfolgt die Organvergabe nicht über einen regulären Platz auf der Warteliste mit entsprechender

Wartezeit, sondern über den Meldestatus der obersten Dringlichkeit („High Urgency“), da bei diesen Patienten auf Grund des fulminanten Verlaufs kein längeres Zuwarten möglich ist. Falls von Eurotransplant der Status „High Urgency“ akzeptiert wird, kann in relativ kurzer Zeit (Tage) ein Organ erwartet werden. Durch die Lebertransplantation bei akutem Leberversagen wird die Sterblichkeit deutlich reduziert. Die 1-Jahres-Überlebensrate in Großhadern liegt derzeit bei 79,1% (1997–2009; siehe auch Abb. 1).

Priv.-Doz. Dr. med. G. Denk

Prof. Dr. med. A. L. Gerbes

*Leberzentrum, Medizinische Klinik II,
Klinikum der Universität München –
Campus Großhadern*

Langzeitüberleben nach Lebertransplantation – mehr als nur Chirurgie und Pharmazie!?

Hintergrund

Die Lebertransplantation (LTX) hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem Standardverfahren in der Behandlung der fortgeschrittenen Leberzirrhose und ihrer Folgen entwickelt. Mittlerweile wurden in Europa über 60.000 Lebertransplantationen durchgeführt, dabei waren es im Jahr 2010 allein in Deutschland über 1.200. In Abhängigkeit von zugrunde liegender Grunderkrankung, Patientenalter und Qualität der Spenderorgane können mittlerweile 5-Jahres-Überlebensraten von deutlich über 70% nach der LTX erreicht werden. Dies ist eine dramatische Verbesserung im Vergleich zu den Anfangszeiten der Transplantationschirurgie in den 70er Jahren, als nur etwa 20–30% der Patienten fünf Jahre nach LTX noch am Leben waren. Die entscheidenden Gründe für diese Erfolgsgeschichte waren dabei bahnbrechende Entwicklungen im Bereich der chirurgischen Technik, der intensivmedizinischen Möglichkeiten und v.a. auch der immunsuppressiven Therapie.

Das chirurgische Vorgehen bei einer Lebertransplantation ist mittlerweile derartig verfeinert und standardisiert, dass auch Teilleber-Transplantationen und Leber-Lebendspenden bei Erwachsenen und bei Kindern routinemäßig realisiert

werden können. Nicht zuletzt dadurch konnte das Indikationsspektrum für eine Lebertransplantation wesentlich erweitert werden. Zu den Standardindikationen zählen mittlerweile nicht nur die alkoholische und virale (Hepatitis B, C) Zirrhose, sondern auch primäre Leberzelltumoren sowie cholestatische und metabolische Lebererkrankungen.

Erst durch die Einführung hochpotenter immunsuppressiver Medikamente in den 80er und 90er Jahren, hierbei v.a. der sogenannten Calcineurin-Inhibitoren Cyclosporin A (Sandimmun®) und Tacrolimus (Prograf®), konnte man dem Problem der Organabstoßung Herr werden. Waren initial die hohen Abstoßungsraten für das schlechte Langzeitüberleben nach LTX wesentlich mitverantwortlich, so konnte durch diese neuen immunsuppressiven Substanzen die Rate an relevanten Transplantatabstoßungen auf deutlich unter 20% reduziert werden. Darüber hinaus lassen sich



Priv.-Doz. A. Kornberg



Prof. Dr. H. Friess

manifeste Organabstoßungen mittlerweile durch eine Kombination neuer suffizienter Immunsuppressiva erfolgreich behandeln, so dass das Thema Organabstoßung im Bereich der LTX nicht mehr prognosebestimmend ist.

Durch diese signifikanten Verbesserungen im Bereich von Chirurgie und Pharmazie und dem dadurch dramatisch verbesserten Langzeitüberleben ist allerdings der Spielraum für zukünftige lebensverlängernde Entwicklungen im Bereich der Lebertransplantation zunehmend limitiert. Nicht zuletzt deshalb traten in den letzten Jahren auch andere, bisher nicht ausreichend beachtete, prognostisch relevante Bereiche in den Fokus der

Wissenschaft, wie v.a. Psyche, Ernährung und Bewegung.

Psyche und Lebertransplantation

„Die Psyche muss mitspielen.“ Dieser Satz beschreibt nicht nur in der Behandlung von bösartigen Tumorerkrankungen

Fotos: Klinikum rechts der Isar

den hohen Stellenwert einer ausgeglichenen Seelenverfassung des Patienten für den medizinischen Erfolg einer chirurgischen oder/und konservativen Therapie. Wir wissen mittlerweile sehr genau, dass die Psyche eines Organempfängers eine entscheidende Rolle für das frühe und langfristige Überleben von Patient und Transplantat spielt. Wie in keinem anderen medizinischen Bereich wird in der Transplantationsmedizin die seelische Verfassung eines Patienten beeinflusst durch ein belastendes Wechselbad der Gefühle. Dieses ist geprägt von Ängsten und Depressionen einerseits sowie von Hoffnung und Euphorie andererseits.

Diese emotionale Achterbahn beginnt bereits intensiv während der Wartezeit auf ein lebensrettendes Organ, in der die eigene Leber zunehmend an Funktionen einbüßt und dadurch bei Patienten und Angehörigen Anspannungen, Niedergeschlagenheit sowie schwere Ängste bis hin zur Todesangst ausgelöst werden können. Die Patienten beginnen während dieser Phase sehr häufig darüber zu grübeln, ob die Entscheidung zur Transplantation richtig war und ob man in Zukunft jemals wieder eine adäquate Lebensqualität erreichen kann. Verstärkt werden diese seelischen Belastungen durch kurzfristig auftretende medizinische Krisen sowie durch zahlreiche diagnostische Maßnahmen, welche in Erwartung auf das lebensrettende Organ erduldet werden müssen. Die Folgen einer derartigen psychischen Belastungssituation können depressive Verstimmungen, Verunsicherungen und nachlassendes Selbstwertgefühl sein. Um den langfristigen Therapieerfolg nicht zu gefährden, ist es deshalb von entscheidender Bedeutung, Patienten bereits in dieser frühen Phase, lange vor der eigentlichen Transplantation, nicht allein zu lassen. Neben der klassischen schulmedizinischen Therapie gilt es, in empathischen Gesprächen sowohl mit dem Transplantationsmediziner als auch mit psychologischem Fachpersonal Sorgen und Ängste zu nehmen und Hoffnung zu vermitteln.

An unserem Transplantationszentrum besteht deshalb eine sehr enge Kooperation mit der Klinik für Psychosomatische Medizin. Die Kollegen dieser Fachabteilung übernehmen dabei nicht nur die präoperative psychologische Evaluierung der Organempfänger vor Listung, sondern bei Bedarf auch die sofortige psychologische Betreuung der Patienten während der

Wartezeit auf das lebensrettende Transplantat. Darüber hinaus werden alle Patienten auf der Warteliste sehr engmaschig und regelmäßig in unsere Transplantationssprechstunde einbestellt. Bei diesen ambulanten Vorstellungsterminen geht es dabei nicht nur um die Evaluierung der Leberfunktion und Modifikation der Leistungssituation, sondern auch um die empathische Analyse der seelischen Situation der Patienten. Durch ein derartig enggeflechtes interdisziplinäres Evaluierungs- und Betreuungskonzept lassen sich drohende seelische Krisen frühzeitig erkennen und entsprechend behandeln. Im Extremfall kann dadurch verhindert werden, dass ein Patient wegen einer schweren psychischen Belastungssituation nicht mehr transplantabel ist und deshalb von der Warteliste genommen werden muss. Da dies, in der Regel, mittel- oder langfristig den Tod des Patienten bedeuten kann, wird der unmittelbar lebensverlängernde Stellenwert einer rechtzeitigen psychologischen Intervention für den Patienten klar.

Psychische Komplikationen, die während dieser Phase vor der LTX unbehandelt bleiben, können auch lange nach der primär erfolgreichen LTX nachwirken und den Behandlungserfolg langfristig gefährden. Denn auch die frühe Phase nach einer LTX ist geprägt durch ein seelisches Wechselspiel der Gefühle. Nach der erfolgreichen Operation stellt sich initial bei zunehmendem Wohlbefinden und ansteigender Leistungsfähigkeit meist ein Hochgefühl ein. Viele Patienten muten sich in dieser Phase allerdings häufig zu viel zu und kommen dann sehr schnell an ihre körperlichen Grenzen. Gesundheitliche Rückschläge, wie Abstoßungsreaktionen oder Infektionen, werden aus diesem Hochgefühl heraus dann häufig schlecht verkraftet, so dass Hoffnung und Euphorie manchmal wieder in Hoffnungslosigkeit und Depression umschlagen. Auch die Akzeptanz des neuen Organs muss in dieser sensiblen Phase nicht immer unproblematisch verlaufen. Falls es dem Patienten nicht gelingt, das Transplantat vollständig zu akzeptieren und in sein Selbstbild zu integrieren, drohen zusätzliche Entfremdungsgefühle und Identitätsprobleme.

Wir wissen mittlerweile aus mehreren wissenschaftlichen Studien, dass die negative prognostische Bedeutung einer solchen psychischen Belastungssituation

trotz primär erfolgreicher LTX über verschiedene Wege ausgelöst werden kann.

1. Psychischer Stress führt häufig zu einer messbaren negativen Modifikation des Immunsystems. Dabei kann es einerseits zu einer deutlichen Reduktion von Immun-Abwehrzellen und damit erhöhter Infektanfälligkeit für den transplantierten Patienten kommen. Andererseits ist auch eine stressbedingte Induktion der Immunabwehr und dadurch erhöhte Abstoßungsrate nachgewiesen worden. Diese Mechanismen wurden bereits im Bereich der Psychoonkologie intensiv erforscht. Sie werden mittlerweile auch therapeutisch genutzt, z.B. um durch adäquate Psychotherapie an Krebs erkrankte Patienten immunologisch zu stärken und dadurch Selbstheilungskräfte zu fördern. Ein solcher Mechanismus ist möglicherweise eine Erklärung für erstaunliche Heilungsfälle trotz fortgeschrittenen Tumorleidens und fehlgeschlagener konventioneller Therapien. Obwohl die diesbezügliche Datenlage in der Transplantationsmedizin noch sehr limitiert ist, müssen wir fest davon ausgehen, dass die Achse Psyche-Immunsystem auch bei diesem speziellen immunsupprimierten Patientengut von hoher prognostischer Relevanz ist.

2. Ein weiterer wesentlicher Baustein für den Erfolg einer Lebertransplantation sind hohe Verlässlichkeit bzw. gute Führbarkeit des Patienten, die sogenannte „Compliance“. Diese kann durch unbehandelte seelische Krisen und ihre Folgen, wie Depressionen und Angstzustände, bedrohlich eingeschränkt werden. Aber gerade nach einer Organtransplantation ist diese Compliance unerlässlich, weil sonst Organverlust und Tod drohen. Es ist dabei von höchster Wichtigkeit, dass transplantierte Patienten die Anweisungen des behandelnden Ärzteteams akribisch befolgen. Dies betrifft u.a. die richtige und zeitnahe Einnahme lebenswichtiger Medikamente, das zuverlässige Wahrnehmen angeordneter Nachsorgetermine und, nicht zuletzt, das Aneignen einer gesundheitsorientierten Lebensweise. Obwohl dies eigentlich als selbstverständlich erscheint, gibt es zahlreiche Patienten, denen es schwer fällt, absolut therapietreu zu sein. Für bis zu 25% aller Todesfälle nach LTX zeichnen mittlerweile Compliancestörungen verantwortlich. Neben unbehandelten psychischen Stresssituationen werden dafür u.a. Therapiemüdigkeit bei langem Krankheitsverlauf

und Störungen im Arzt-Patienten-Verhältnis verantwortlich gemacht. Deshalb gilt es, dieses sinnvoll aufzubauen, zu intensivieren und zu pflegen.

Es ist mittlerweile eindeutig belegt, dass unbehandelte psychische Belastungsreaktionen nach einer erfolgreichen Operation für den Patienten ganz umschriebene Bedrohungen in seinem Behandlungsverlauf nach sich ziehen können. Wir wissen von längeren und häufigeren stationären Aufenthalten, geringeren Erfolgen bei Rehabilitationsmaßnahmen und von Auftreten zusätzlicher somatischer Erkrankungen, wie z.B. Herz-Kreislauf-Störungen.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass auch nach erfolgreicher LTX eine hohe ärztliche Sensibilität für das Erkennen seelischer Belastungen beim Patienten notwendig ist, um letztlich den Erfolg eines derartig anspruchsvollen chirurgischen Eingriffs nicht zu gefährden. Wir legen deshalb an unserer Klinik höchsten Wert auf eine intensive psychosomatische Betreuung der Patienten auch nach der LTX, welche im Einzelfall bereits auf der Intensivstation zu beginnen hat.

Ernährung und Bewegung nach Lebertransplantation

Neben der psychologischen Betreuung der Patienten spielt nach der Transplantation auch die Ernährung eine äußerst wichtige Rolle. Richtig essen und trinken sowie regelmäßige Bewegung sind dabei entscheidende Säulen, um wieder eine adäquate Lebensqualität zu erreichen. Neu erworbene Essgewohnheiten nach erfolgreicher LTX können aber im Langzeitverlauf zu Übergewicht führen. Daraus resultiert sehr häufig ein erhöhtes kardiovaskuläres Risikoprofil für den Patienten, geprägt durch Bluthochdruck, Diabetes und Hypercholesterinämie. Dieses wird dadurch noch verschärft, dass einige Medikamente zur Immunsuppression den Stoffwechsel verändern und dadurch langfristig zu einer Erhöhung von Blutfettwerten und Zuckerwerten führen. Die traurige Folge einer solchen Entwicklung ist, dass bis zu 50% der Transplantierten im Langzeitverlauf nicht am Transplantatversagen oder Rezidiv der Grunderkrankung versterben, sondern an Herz-Kreislauf-Versagen, z.B. im Rahmen eines Herzinfarktes oder Schlaganfalls. Deshalb ist eine ausgewogene, vitaminreiche Ernährung, die relativ cholesterin- und zuckerarm sein sollte, von entscheidender Be-

deutung, um die Langzeitprognose zu verbessern. Es gilt, dies bereits frühzeitig den Patienten während des stationären Aufenthaltes nach erfolgreicher Transplantation zu vermitteln. Auf Grund der hohen Bedeutung einer gesunden Ernährung für das Langzeitüberleben bieten wir deshalb an unserem Transplantationszentrum neben einer professionellen Ernährungsberatung auch einen Kochkurs unter der Leitung von Starkoch Alfons Schubeck an. In diesem soll den Patienten nützliches Wissen in einer angenehmen Atmosphäre vermittelt und dadurch Lebensfreude geweckt werden.

Genauso wichtig wie eine gesunde Ernährung ist auch körperliche Betätigung nach der Transplantation. Bereits wenige Tage nach dem erfolgreichen chirurgischen Eingriff wird mit individuell angepassten krankengymnastischen Übungen sowie Atemgymnastik begonnen. Diese schützen zum einen vor postoperativen Sekundärkomplikationen, wie z.B. Thrombose, Embolie und Pneumonie. Zum anderen führen sie zur schnellen muskulären Kräftigung und Mobilisation des Patienten.

Nicht wenige Transplantierte verspüren nach erfolgreicher Rehabilitation den Wunsch zu einer intensiveren sportlichen Aktivität. Da viele der Patienten bereits lange vor der LTX körperlich stark eingeschränkt waren, sollte dies initial nur unter ärztlicher Anleitung erfolgen. In enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin der TU München bieten wir deshalb individuell angepasste Sportkurse an. Regelmäßige Bewegung kann auch von Transplantierten unbeschwert betrieben werden. Die Sorge einer dadurch eingeschränkten Transplantatfunktion ist in der Regel unbegründet. Empfohlen werden dabei v.a. moderate Ausdauersportarten wie Walking, Joggen, Schwimmen und Radfahren. Es ist wissenschaftlich eindeutig belegt, dass regelmäßige körperliche Belastung positive Effekte für Körper und Seele bringt.

Sport schützt vor Übergewicht, Osteoporose, beugt muskulären Verspannungen vor und reduziert das kardiovaskuläre Risiko des Patienten. Darüber hinaus wirkt es protektiv auf die Seele und beugt dadurch seinerseits bedrohlichen psychischen Belastungsreaktionen und ihren potenziellen Folgen für das Überleben von Patient und Transplantat vor, wodurch

sich der Kreis Körper-Seele-Geist zu schließen scheint.

Zusammenfassung

Es ist mittlerweile auch in der universitären Schulmedizin kein Geheimnis mehr, dass der Erfolg einer Lebertransplantation nicht nur von richtiger Indikationsstellung, adäquater chirurgischer Technik und suffizienter Immunsuppression des Patienten abhängt. Ebenso wichtig sind seelische Ausgeglichenheit, gesunde Ernährung und regelmäßige Bewegung des Transplantierten. Nicht nur, dass diese wichtigen „Therapie-Säulen“ die Lebensqualität und -freude der Patienten deutlich verbessern. Wissenschaftliche Studien haben eindeutig belegt, dass durch eine umfassende Betreuung von Körper-Seele-Geist das Langzeitüberleben nach LTX signifikant verbessert werden kann. Deshalb sind wir es dem Patienten und auch dem transplantierten Organ geradezu schuldig, auch für diese Bereiche entsprechende Angebote für Prophylaxe und Therapie zu machen. Wir glauben, dass wir dies durch eine engmaschige Vernetzung mit anderen Disziplinen an unserem Zentrum, wie z.B. Psychosomatik, Ernährungsmedizin und Sportmedizin, sinnvoll erreichen können. Nicht zuletzt das Feedback unserer Transplantierten stimmt uns diesbezüglich hoffnungsfroh.

Priv.-Doz. A. Kornberg

Prof. Dr. H. Friess

*Chirurgische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München
Klinikum rechts der Isar*

Quellen:

Langzeit-Outcome nach Lebertransplantation.

Schrem H, Till N, Becker T, Bektas H, Manns MP, Strassburg CP, Klempnauer J., Chirurg.

2008 Feb; 79(2): 121-9.

Fortschritte in der Immunsuppression. C.P. Strassburg, M.J. Bahr, T. Becker, J. Klempnauer und M.P. Manns, Chirurg. 2008 Feb; 79(2):149-56.

Stress-induced immune dysregulation: implications for wound healing, infectious disease and cancer. Godbout JP, Glaser R. J, Neuroimmune Pharmacol. 2006 Dec; 1(4):421-7.

Interventions to improve medication-adherence after transplantation: a systematic review.

De Bleser L, Matteson M, Dobbels F, Russell C, De Geest S., Transpl Int. 2009 Aug; 22(8):780-97.

Cardiovascular risk factors after liver transplantation: analysis of related factors. Pérez MJ, García DM, Taybi BJ, Daga JA, Rey JM, Grande RG, Lombardo JD, López JM., Transplant Proc. 2011 Apr; 43(3):739-41.

In Heft 2/2009 nahmen wir zu der „MELD-Kontroverse“ Stellung und kommentierten die unzulänglichen statistischen Methoden, die zu der Behauptung führten, seit Einführung des MELD-score zur Verteilung postmortalen Spenderlebern durch Eurotransplant sei die Ein-Jahres-Überlebensrate nach Ltx drastisch gesunken. In der Zwischenzeit haben wir diese Problematik mehrfach behandelt, zuletzt in Heft 2/2011 mit Beiträgen über die missliche Datenlage (Prof. Dr. Otto), und die Situation in den USA (Phillips) sowie mit einem Bericht über ein Treffen in Münster (Riemer). Wir nehmen im Folgenden dieses Thema wieder auf. In jüngster Zeit führte ein Team unter Leitung der DSO eine der bislang umfassendsten quantitativen Untersuchungen in Deutschland unter Einbeziehung der Spenderseite durch. Ergebnis: Der MELD-score ist definitiv nicht alleine für die rückläufigen Ergebnisse verantwortlich. Unser Redaktionsmitglied, Dr. rer. pol. Ulrich Thumm, sprach mit einem der Koautoren der DSO-Studie, Dr. med. Carl-Ludwig Fischer-Fröhlich, DSO Stuttgart, sowie ergänzend mit PD Dr. med. Silvio Nadalin, dem Leiter des Transplantationszentrums Tübingen.

Die Redaktion

Neues von der MELD-Front

Organspender ebenso entscheidend wie Empfänger

Seit die BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) im Jahre 2009 eine Zunahme der 3-Monats-Sterberate nach Ltx in Folge der Einführung des MELD-score feststellte und dieses nicht weitergehend hinterfragte und statistisch unzulänglich gesicherte Ergebnis die Runde durch verschiedene Transplantationszentren in Deutschland machte, sind einige umfassendere Untersuchungen (nicht zuletzt unter Einbeziehung der Spenderseite) vorgenommen worden, die zu einem anderen und wesentlich differenzierteren Befund führten. Auch zuvor gab es in den USA schon solche Untersuchungen, die allerdings anscheinend in Deutschland (oder auch bei Eurotransplant) wenig oder keine Beachtung fanden.¹ **All diesen Untersuchungen gemeinsam ist die Erkenntnis, dass das Transplantationsergebnis (Überleben des Transplantats und des Empfängers) entscheidend sowohl von der Qualität des Spenderorgans abhängt als auch von medizinischen Begleitumständen im Empfänger sowie**

der Kombination von günstigen bzw. ungünstigen Spender- und Empfängerfaktoren.

Wegen akuten Organmangels werden in Deutschland in zunehmendem Maße Ltx durchgeführt für Empfänger mit lab-MELD > 30 und mit Spenderlebern von suboptimaler Qualität (marginale Spender mit einem hohen Spenderrisikofaktor = donor risk index, DRI > 1,5)². Neuere Untersuchungen in den USA haben nachgewiesen, dass die Höhe des DRI eher noch wichtiger für das Ltx-Ergebnis ist als der Krankheitsgrad des Empfängers (ausgedrückt durch den MELD)³. Wichtige (statistisch signifikante) Faktoren sind: Spenderalter, Spenden nach Herztod [in Deutschland gesetzlich verboten], Splitliver im Vergleich zu ganzer Leber, kardiovaskuläre Probleme im Vergleich zu traumatischem Tod des Spenders.

Im Gespräch mit **Dr. Carl-Ludwig Fischer-Fröhlich von der DSO Stuttgart,**

dem Koautor der im Vorspann erwähnten Studie, wurde nochmals das Ziel der Untersuchung hervorgehoben: nämlich, zusätzlich zu den üblichen Empfängerdaten, den Einfluss von **Spendercharakteristika** auf das Transplantationsergebnis in Deutschland zu ermitteln oder: welche Kombination von Spender- und Empfängercharakteristika ist entscheidend? Dies ist insbesondere bedeutend für die DSO, die sich ja primär mit Organspende und damit mit der Qualität der Spenderorgane befasst. Die Untersuchung dient also zur Unterstützung des Transplantationsprozesses, damit die Beurteilung der Spenderorgane nicht nur der subjektiven Einschätzung der Operateure bei der Organentnahme bzw. Transplantation überlassen bleiben muss.

Die statistische Analyse basiert auf Lebertransplantationsdaten in Deutschland (Spender- und Empfängerdaten; ausschließlich in Deutschland gespendete und transplantierte Lebern) für die Jahre von 2006 bis 2008.⁴ Abhängige Variable

Spenderalter: 60 vs 50

Angesichts zunehmender Lebenserwartung in den meisten „fortgeschrittenen“ Ländern könnte man geneigt sein, auch ein zunehmendes Alter bei Organspendern als unproblematisch anzunehmen. Dem ist leider nicht so. Eine Untersuchung der Ergebnisse nach Lebendspende-Lebertransplantation in der Türkei weist deutliche Unterschiede im Befinden der Organspender (Schwere der Komplikationen nach der sog. Clavien-Klassifikation) nach Lebendspende auf je nach Alter des Spenders. Obwohl es formell keine Altersgrenze gibt, legen die Ergebnisse nahe, Lebendspenden nur bis zu einem

Alter von 50 Jahren vorzunehmen.¹ Der Altersunterschied der Organspender schlägt sich auch im Transplantationsergebnis (Mortalität und Morbidität) der Empfänger nieder: die 30-Tages-Sterberate und die 1-Jahres-Sterberate waren deutlich höher, wenn die Organspender über 50 Jahre alt waren. Ein Kommentator weist auch darauf hin, dass erwiesenermaßen (dazu werden zwei Studien zitiert) bei HCV-Patienten die Transplantationsergebnisse deutlich vom Alter der Organspender abhängen; er vermutet, dass dies auch für Nicht-HCV-Patienten gälte. Er kommt dann zu dem Schluss,

dass bei Lebendspendern eine Altersgrenze von 50 einzuhalten sei, insbesondere wenn der rechte Leberlappen entnommen werde und die verbleibende Lebermasse < 35 Prozent sei (extended criteria donors).²

Ulrich R. W. Thumm

¹ Murat Dayanc et al.: Utilization of Elderly Donors in Living Donor Liver Transplantation: When More is Less? *Liver Transplantation* 2011, 17: 548–555.

² James J. Pomposelli: Elderly Donors? 50 is the new 60 (editorial), *Liver Transplantation* 2011, 17: 494–495.

(Transplantationsergebnis) ist das Überleben nach Ltx (Transplantat- bzw. Patientenüberleben) über einen Zeitraum von bis zu drei Jahren. Wenn man die Höhe des **labMELD-score** als alleinige (unabhängige) Variable berücksichtigt, findet man in der Tat einen negativen Zusammenhang: je höher der MELD, desto geringer das Überleben. Diese (univariate) Analyse ist jedoch der Fragestellung nicht angemessen; sie ist simplistisch und führt zu einem scheinbar plausiblen, aber insgesamt falschen Ergebnis und wurde deshalb von den Autoren (BQS und Ltx-Zentren) auch nicht veröffentlicht. Wenn andere Einflussfaktoren (unabhängige Variable) berücksichtigt werden, ist der MELD-score als unabhängige Variable (zur Erklärung des Ltx-Ergebnisses) unbedeutend (statistisch nicht signifikant). **Andere Faktoren stellen sich als wichtiger heraus:** insbesondere das **Alter des Organspenders und des Organempfängers sowie zwei im MELD berücksichtigte Parameter: Kreatinin und Bilirubin** (nicht jedoch der Blutgerinnungsfaktor INR = international normalized ratio⁵) **sowie der HU-Status des Organempfängers (HU = high urgency; höchste Dringlichkeitsstufe).** Der isolierte Wert des labMELD-score scheint somit kein prognostisch idealer Wert zu sein, um ein Transplantationsergebnis vorherzusagen. Andere Begleitfaktoren im Empfänger – die wegen der Konstruktion der Datenbasis vor über fünf Jahren nicht erfasst wurden – scheinen eine wichtige Rolle zu spielen. Als Surrogatmarker kann man hier das Ergebnis heranziehen, dass das Empfängeralter im Orchester mit anderen Faktoren eine entscheidende Rolle spielt.⁶

Das **Alter des Spenders** (< 65 im Vergleich zu > 65 Jahre) spielt eine Rolle:



Dr. Carl-Ludwig
Fischer-Fröhlich



PD Dr. med.
Silvio Nadalin

Während in den ersten 100 Tagen nach Ltx unabhängig vom Alter das Überleben auf ca. 85% sank, beobachtete man in den weiteren 300 Tagen bei älteren Spendern ein weiteres Absinken der Transplantationsfunktionsraten um 10%, während dann im Anschluss die Überlebenskurven identisch verlaufen, d.h. das Alter des Organspenders spielt dann keine Rolle mehr. Andere Faktoren, die in die Bestimmung der Bundesärztekammer für erweiterte Spenderkriterien (EDC = extended donor criteria) Eingang finden, konnten nicht als statistisch signifikant ermittelt werden wegen zu geringer Fallzahlen. Hier scheint wohl die adäquate Auswahl von günstigen Kombinationen von Risikofaktoren bei Spendern und Empfängern zum Tragen zu kommen sowie eine doch sicherere Entscheidungsfindung im Rahmen der Organspende zur Freigabe von Transplantaten.⁷

Split-liver-Transplantation konnte in den deutschen Daten nicht als Negativfaktor nachgewiesen werden⁸, ganz im Gegensatz zur Erfahrung in anderen Ländern. Die kombinierte Leber-Nieren-Transplantation schlägt sich leider nicht mit besseren Ergebnissen nieder.

Ausgangspunkt des ergänzenden Gesprächs mit **PD Dr. Silvio Nadalin, dem**

Leiter des Transplantationszentrums Tübingen, waren die weiterhin guten Ltx-Ergebnisse in Tübingen (1-Jahres-Überleben von 85 Prozent im Vergleich zu 50 bis 60 Prozent in zahlreichen anderen Zentren) trotz des durch akuten Organmangel bedingten hohen labMELD-score (um 38) der Organempfänger. Das Gespräch konzentrierte sich in starkem Maße auf **Selektivität hinsichtlich Organen und Empfängern**. PD Nadalin hob insbesondere **Empfängerrisiken** hervor, die – bei gleichzeitigem Auftreten – im Zentrum Tübingen zum Ausschluss einer Ltx führen: Ist der Empfänger zum Zeitpunkt des Organangebots unter Kreislauf-unterstützenden Medikamenten; wird er beatmet; ist er dialysepflichtig? (drei Faktoren, die als **Leipzig-Trias** bekannt sind). Daneben spielt natürlich die Selektion der Patienten eine entscheidende Rolle: Patienten mit MELD > 38 profitieren auf jeden Fall von einer Ltx und bekommen jedwedes Organ (nicht zuletzt auch die im sog. rescue-Verfahren angebotenen Organe, für die der Transplantateur frei ist, den geeigneten Empfänger zu bestimmen); „gute“ Organe sind Patienten mit MELD < 38 vorbehalten⁹. Diese Tübinger Praxis entspricht in etwa der US-amerikanischen Praxis¹⁰, die nicht zuletzt durch den „Erfolgsdruck“ seitens der Versicherungsgesellschaften erzwungen wird.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine Analyse der Ltx-Ergebnisse nicht nur Charakteristika des Organempfängers berücksichtigen sollte; vielmehr ist es unerlässlich, die Charakteristika des Organspenders mit einzubeziehen. Nur bei gleichzeitiger Betrachtung von Empfänger- und Spender-Risikofaktoren in Form multivaria-

Fotos: privat

Transplantationskosten abhängig von Spendercharakteristika und Schweregrad der Lebererkrankung

Eine multizentrische Studie in den USA auf der Basis aller Lebertransplantierten zwischen 1. Oktober 2004 und 31. Dezember 2007 untersuchte mit Hilfe multivariater Regressionsanalyse den Zusammenhang zwischen Qualität des Spenderorgans sowie Krankheitsgrad des Empfängers und den Kosten einer Transplantation einschließlich der Nachsorgekosten.¹ Kostendaten waren für insgesamt 9.059 Ltx verfügbar. Dabei stellte sich heraus, dass die Höhe des Do-

nor Risk Index sowie die Höhe des MELD-score eine ausschlaggebende Rolle spielten; ebenso die gleichzeitige Transplantation von Leber und Niere, das Geschlecht des Empfängers (Frauen teurer als Männer) und das Vorliegen einer vorangegangenen Transplantation. DRI und MELD wirken zusammen. Spender im obersten Viertel des DRI verursachten ungefähr \$ 12.000 zusätzliche Kosten im Vergleich zu Spendern im untersten Viertel und ungefähr \$ 22.000

zusätzliche Nachsorgekosten. Besonders hoch waren die Kosten (+ \$ 20.800), wenn der Spender herztot war im Vergleich zu hirntot.

Ulrich R. W. Thumm

1 Paolo R. Salvalaggio et al.: The Interaction Among Donor Characteristics, Severity of Liver Disease, and the Cost of Liver Transplantation, Liver Transplantation, Vol. 17, No. 3, 2011: 233-242.

ter Regressionsanalyse sind Ergebnisse zu erwarten, die statistisch signifikant und operational bedeutsam sind. Die Herausforderung für den Ltx-Chirurgen ist, die richtige Leber dem richtigen Patienten zu implantieren.¹¹ In der Literatur wurde auch ein kombinierter Faktor aus DRI und MELD, der OPI (organ patient index) für die Allokationsentscheidung diskutiert.¹² Dabei müssen aber die Faktoren von regionalen Populationen berücksichtigt werden und die Berechnungen an diesen überprüft werden, bevor man Schlussfolgerungen aus Studien aus anderen Kontinenten übernimmt. Zum Beispiel konnte die oben genannte Studie für Deutschland keinen Zusammenhang zwischen DRI und Empfänger- sowie Transplantatüberleben feststellen. Vielmehr lagen paradoxe Ergebnisse vor.

Die oben vorgestellten Untersuchungsergebnisse können sicherlich noch verfeinert werden, insbesondere wenn man die größere Eurotransplant-Datenbank zu Hilfe zöge. Auf jeden Fall weist die kritische Bedeutung der Spendercharakteristika zusätzlich zu den Empfängerdaten der DSO und Eurotransplant eine zusätzliche Verantwortung zu. Dieser Autor vertritt in starkem Maße die Bedeutung multivariater statistischer Analyse (Betrachtung aller Faktoren, die einen Einfluss auf das Ltx-Ergebnis haben könnten) zur objektivierten Unterstützung operationaler Entscheidungen. Dies nicht zuletzt im Hinblick auf die Entlastung der im Transplantationsprozess engagierten Ärzte.

Ulrich R. W. Thumm

Der Autor möchte an dieser Stelle nochmals ausdrücklich Dr. Fischer-Fröhlich und PD Dr. Nadlin danken für die Zeit, die sie ihm gewidmet haben sowie für die späteren Kommentare/Korrekturen.

- 1 So wurde selbst im Jahr 2010 noch ein Artikel von führenden Wissenschaftlern in Deutschland veröffentlicht, in dem die Organqualität nicht berücksichtigt ist. Siehe Tobias J. Weismüller et al.: Multicentric evaluation of model for end-stage liver disease-based allocation and survival after liver transplantation in Germany – limitations of the „sickest first“-concept, *Transplant International* 2010.
- 2 Siehe H. J. Schlitt et al.: Aktuelle Entwicklungen der Lebertransplantation in Deutschland: MELD-basierte Organallokation und „incentives“ für Transplantationszentren, *Z Gastroenterologie* 2011; 49 (1): 30–38.
- 3 Siehe beispielsweise D. E. Schnaubel et al.: The Survival Benefit of Deceased Donor Liver Transplantation as a Function of Candidate Disease Severity and Donor Quality, *American Journal of Transplantation* 2008, 8: 419–425; S. Feng: Increased Donor Risk: Who Should Bear the Burden? *Liver Transplantation* 2009, 15: 570–573; S. Feng et al.: Characteristics Associated with Liver Graft Failure: the Concept of a Donor Risk Index, *American Journal of Transplantation* 2006: 783–790; R. H. Wiesner: Liver Donor Risk Index: Definition and Clinical Impact. Präsentation in Paris, March 30 & 31, 2007 (im Internet abrufbar).
- 4 Das vorläufige Ergebnis ist in zusammengefasster Form von der DSO bereits veröffentlicht worden. Fischer-Fröhlich CL., Kirste G. (beide DSO), Schmidtman I. (Institut für medizinische Biometrie, Mainz), Kutschmann M. (BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit) und Frühauf NR. (DSO): Impact of Donor and

Recipient Parameters on Liver Transplantation. *The German Experience*, o.J. Das endgültige Ergebnis wird auf der Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) im September 2011 vorgestellt.

- 5 Für die Messung der INR spielen die Messmethoden eine bedeutende Rolle. Diese können von Labor zu Labor sehr verschieden sein. Das Modell (MELD) wurde jedoch von der Mayo-Klinik entwickelt, also von einem einzigen Zentrum mit einem Labor und damit einer Messmethode.
- 6 Man sollte immer bedenken, dass der MELD-score zu dem Zweck entwickelt wurde, die Überlebensprognose ohne eine Intervention zu berechnen (Mayo Klinik: TIPS-Anlage)
- 7 Hierzu führt die DSO gegenwärtig eine Kontrollstudie der Spenderdaten durch.
- 8 Nadalin S., Schaffer R., Frühauf N.: Split-liver transplantation in the high-MELD adult patient: are we being too cautious? *Transpl Int* 2009 Jul; 22 (7): 702–706.
- 9 Diese Praxis entspricht auch empirischen Erkenntnissen aus den USA, wonach die Transplantation marginaler Organe (mit hohem DRI) in relativ gesunde Patienten (mit niedrigem MELD) durchaus nicht zu guten Ergebnissen führt. Siehe Schnaubel, op. cit.; Feng: Increased donor risk ..., op.cit.; Wiesner, op.cit.
- 10 Siehe dazu den Artikel von Dennis Phillips „Überlebensraten nach Lebertransplantationen in den USA wesentlich höher, aber ...“ in *Lebenslinien*, Heft 2/2011.
- 11 So Robert Merion, MD von der University of Michigan, auf der 58. Jahrestagung der American Association for the Study of Liver Diseases, November 2007.
- 12 Avolio AW et al.: Donor risk index and organ patient index as predictors of graft survival after liver transplantation, *Transplant Proc* 2008, Jul–Aug; 40 (6): 1899–1902.

University of Pittsburgh: Hat der MELD überhaupt einen Einfluss auf das Ltx-Ergebnis?

In einer Retrospektivstudie aller 1.798 zwischen 1997 und 2008 in Pittsburgh durchgeführten Lebertransplantationen mit postmortalen Spenderorganen wurden die verschiedenen Einflussfaktoren für die Entwicklung von Gallengangskomplikationen mit Hilfe von multivariater statistischer Analyse ermittelt.¹ Die Untersuchung differenzierte zwischen der Zeit vor Einführung des MELD-score für die Organzuteilung (am 28. Februar 2002) und der Zeit danach. Die folgenden Risikofaktoren wurden als statistisch signifikant ermittelt: Spenderalter, End-zu-End-Gefäßverbindung (duct-

to-duct anastomosis), Gallenausfluss (bile leak) sowie Ltx in der Post-MELD-Zeit. Bei einer Wiederholung der Analyse über den gesamten Zeitraum ohne Unterscheidung zwischen Prä- und Post-MELD zeigten sich allerdings dieselben Risikofaktoren als statistisch signifikant, wobei zusätzlich noch DCD (= donation after cardiac death; Organspende von herztoten Patienten) als bedeutender Einflussfaktor ermittelt wurde. Die Höhe des MELD-scores hatte keinen Einfluss auf das Transplantationsergebnis. Auf das Transplantatüberleben hatte weder das Auftreten einer Gallengangver-

engung noch der MELD einen messbaren und signifikanten Einfluss. Der Einfluss des MELD-score ist danach allenfalls von begrenzter Bedeutung und könnte auch andere Faktoren (z.B. veränderte chirurgische Praktiken, Spenderorganqualität) überdecken.

Ulrich R. W. Thumm

- 1 Vinay Sundaram et al.: Posttransplant Biliary Complications in the Pre- and Post-Model for End-Stage Liver Disease Era, *Liver Transplantation*, Vol. 17, No. 4, 2011: 428–4, 2011: 428–435

Lebensqualität nach einer Lebendspende

Reaktion auf die Berichterstattung in den Medien

Im Zusammenhang mit dem eklatanten Organmangel in Deutschland kann eine Zunahme der Lebendspendeoperationen, vor allen Dingen bei der Nierenlebenspende, beobachtet werden. Bei 22,6 % aller 2010 in Deutschland durchgeführten Nierentransplantationen handelt es sich bereits um eine Nierenlebenspende. Bei der Leber sind Ärzte und potenzielle Lebendspender zurückhaltender, handelt es sich doch um einen durchaus invasiveren Eingriff. Hier waren es im gleichen Zeitraum 7 % aller Lebertransplantationen. Wird bei der Nierenspende ein komplettes Organ entfernt, so muss bei der Leberteillebenspende eine gesunde Leber und deren Strukturen durchtrennt werden. Eine wichtige Bedeutung für Ärzte, Empfänger und den Spender und seine Familie kommt natürlich der Frage zu nach dem Risiko, die der potenzielle Lebendspender eingeht.

Einseitige Berichterstattung in den Medien?

Die Lebendspende setzt voraus, dass der Spender über das Risiko des operativen Eingriffs hinaus keiner wesentlichen Gesundheitsgefährdung ausgesetzt ist. Insbesondere ist das Risiko der Nierenspender, frühzeitig zu versterben oder selbst dialysepflichtig zu werden, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nicht erhöht. Umso mehr sorgte ein kürzlicher ARD-Fernsehbericht zum Thema „Risiko-Lebendspende“ für Aufsehen. Sinngemäß wurde in

dem Beitrag behauptet, dass es nach Nierenlebenspende gehäuft zu einem sogenannten „Fatigue-Syndrom“ käme, dass diese Komplikation wissenschaftlich klar belegt sei und dass darüber von den Transplantationszentren bewusst nicht aufgeklärt würde. Anlass für den Bericht waren zwei Einzelfälle von Nierenspenderinnen, die nach einer Lebendspende soweit beeinträchtigt waren, dass sie ihren Beruf nicht mehr wie zuvor ausüben konnten. Als weitere Evidenz wurden Daten aus dem Lebendspenderegister der Schweiz angeführt. Dieser Bericht ist aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) und der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) irreführend.

Lebensqualität nach Nierenlebenspende nicht signifikant beeinträchtigt

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass die Lebensqualität von Nierenspendern vergleichbar oder sogar besser ist als die Lebensqualität der Allgemeinbevölkerung bzw. einer gesunden Kontrollgruppe, die den Spendern noch besser entspricht als eine Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung. Im Rahmen des von Prof. G. Thiel aus Basel 1993 initiierten Schweizer Registers für Lebendspender, das seit 1993 mittlerweile Daten von 1.400 Spendern umfasst, werden seit 2002 auch Fragebögen zur Lebensqualität verwandt. In diesen Bögen gaben insgesamt 8 % der Spender ein Jahr nach

der Spende an, müder zu sein als vor der Spende. Prof. Thiel weist aber darauf hin, dass diese Daten schwierig zu interpretieren sind, da es keine Kontrollgruppe in der Schweizer Normalbevölkerung gibt. Wie viele Menschen unabhängig von einer Nierenspende auf eine derartige Frage mit Bezug zu einem wesentlichen Ereignis oder einem bestimmten Zeitpunkt angeben würden, danach müder zu sein, ist unklar. In keinem Fall wurde in der Schweiz trotz der systematischen Erfassung der Spender beobachtet, dass ein Spender wegen Müdigkeit nach der Nierenspende seinen Beruf aufgeben musste.

Ungeachtet der überwiegend positiven Ergebnisse ergeben einige prospektive Studien Beeinträchtigungen der Lebensqualität von Nierenspendern im Vergleich zum präoperativen Status. Besonders betroffen scheinen Spender in der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren. Es wird vermutet, dass in dieser Gruppe von in der Regel völlig gesunden Menschen die fehlende Krankheitserfahrung und eine zu schnelle Wiederaufnahme der Alltagsaktivitäten zu einer als reduziert wahrgenommenen Leistungsfähigkeit führen. Von diesen Beeinträchtigungen ist jedoch nur ein kleiner Teil der Spender betroffen, und bisher konnte auch kein eindeutiger kausaler Zusammenhang zur Lebendspende nachgewiesen werden, da in prospektiven Studien adäquate Kontrollgruppen bisher nicht mit untersucht wurden.

Pharmazeutische Betreuung verbessert Compliance

Nach einer Organtransplantation müssen die Patienten lebenslang Arzneimittel zur Unterdrückung von Immunreaktionen gegen das fremde Organ einnehmen. Folgen einer mangelnden Therapietreue (Non-Compliance) bei der Arzneimittelaufnahme können Abstoßungsreaktionen oder sogar Organversagen sein. So verdreifacht Non-Compliance beispielsweise das Risiko der Abstoßung einer transplantierten Niere. „Die Annahme, dass transplantierte Patienten nach der oft langen Wartezeit auf ein Spenderorgan besonders therapietreu seien, stimmt leider nicht“, sagt Prof. Dr. Irene

Krämer, Direktorin der Apotheke der Universitätsmedizin Mainz.

Studien zeigen, dass Transplantierte von einer pharmazeutischen Betreuung durch den Apotheker profitieren. Verglichen wurde der Behandlungsverlauf lebertransplanter Patienten, die von Ärzten und Apothekern in herkömmlicher Art behandelt bzw. beraten wurden, mit lebertransplantierten Patienten, die zusätzlich von einem Apotheker pharmazeutisch betreut wurden. Den pharmazeutisch betreuten Patienten wurden in mehreren Gesprächen von einem Krankenhausapotheker unter anderem die

Wirkungsweise und Nebenwirkungen der Immunsuppressiva, die Begleitmedikation oder die Selbstkontrolle ausführlich erläutert. Unterstützt wurden die Gespräche durch schriftliches Informationsmaterial. Diese Maßnahmen verbesserten die Compliance signifikant. Krämer: „Die Behandlung mit Medikamenten wird effektiver, wenn der Patient gemeinsam durch Arzt und Apotheker umfassend und nachhaltig informiert und betreut wird.“

Quelle: ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände) vom 9.6.2011

Zudem bleibt auch im Falle von Verschlechterungen die mittlere Lebensqualität mindestens auf dem Niveau der Allgemeinbevölkerung. Derart drastische Auswirkungen, wie in dem Fernsehbericht geschildert, sind als Einzelfälle anzusehen, die für die Betroffenen tragisch sind, deren Vorkommen jedoch nicht allein monokausal auf die Lebendspende zurückgeführt werden sollte, denn die Entstehung einer chronischen Müdigkeit (Fatigue-Symptomatik) ist prinzipiell als von vielen Faktoren abhängig zu sehen.

Ausführliche Aufklärung (Arzt, Psychologe) und Beschäftigung mit dem Thema (Patient und Spender) sind notwendig

Eine sorgfältige medizinische und psychosoziale Evaluation potenzieller Spender und eine engmaschige Nachbetreuung können dabei helfen, potenzielle Einschränkungen zu minimieren. Jedoch sollte jeder Spender darüber aufgeklärt werden, dass eine dauerhafte Beeinträchtigung nicht mit hundertprozentiger Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Letztendlich muss jeder Spender sich die Frage stellen, ob er oder sie bereit ist, mögliche Einschränkungen hinzunehmen, um einem nahe stehenden Menschen zu helfen. Eine Vielzahl von Studien belegt, dass die weit überwiegende Mehrheit der Spender sich erneut zur Spende ent-

scheiden würde. Angesichts der bei der Lebendspende zu Recht sehr hohen Anforderungen an die Aufklärung der möglichen Spender und im Sinne einer wünschenswerten Transparenz raten die DGfN und die DTG dazu, potenzielle Spender auf diese Diskussion hinzuweisen. Gleichzeitig bedauern beide Gesellschaften ausdrücklich die mangelnde Objektivität in der Berichterstattung. Gerade in Zusammenhang mit der in der letzten Zeit erfreulicherweise intensiv geführten Diskussion über Organspende und Transplantation wäre es wünschenswert, wenn öffentlich-rechtliche Medien durch ausgewogene Berichterstattung ihrer Verantwortung gerecht würden.

Leberlebendspende

Diese prinzipiellen Gedanken haben sicher auch Gültigkeit für die Lebendspende bei der Leber. Bei den Spendern handelt es sich um gesunde Menschen. Daher sind Komplikationen im Vergleich zu anderen Leberresektionen z.B. bei Tumorpatienten eher selten. Aber auch hier können trotz sorgfältiger Evaluation Beeinträchtigungen und Komplikationen durch die Entnahmeoperation (20 % bei rechtsseitiger Leberteilentfernung für Erwachsene) bis hin zu einem Versterberisiko (1–2 %) nie ganz ausgeschlossen werden.

Deshalb müssen sich die Spender und Empfänger medizinisch und psychologisch

gut beraten lassen, damit ihre Entscheidung zur Lebendspende tragfähig ausfällt. Einseitige Berichterstattungen der Medien sind hier sicher schlechte Ratgeber.

Defizite für die Spender ergeben sich Organ-übergreifend bezüglich der sozialen Absicherung der Lebendspender. Die Kostenübernahme für z.B. eventuell notwendige Rehabilitationsmaßnahmen beim Spender sind nicht geregelt. Dies betrifft ebenso die soziale Absicherung im Falle eines Langzeitfolgeschadens durch die Spende. Auch eine konsequente Zentren-übergreifende Beobachtung des Langzeitverlaufs bei Leberlebendspendern in Form eines zentralen Registers gibt es nicht.

Die Leberlebendspende ist in ausgewählten Fällen eine gute Möglichkeit der Therapie, sollte aber nach wie vor, wie festgeschrieben im Transplantationsgesetz, den Status der Nachrangigkeit gegenüber der Transplantation nach dem Tode gespendeter Organe behalten.

Zusammenstellung: Jutta Riemer

Quellen:

Stellungnahme der DTG vom 1.9.2011, DSO Jahresbericht 2010, Homepage des Universitätsklinikums Mainz, Stellungnahme LDeV zur Novellierung des TPG

Hinweise auf die für die Stellungnahme der DTG verwendeten Studien bei der Redaktion.

Organspende, Ethik, Gesetzgebung und Immunsuppression

Das neunte Heidelberger Transplantationssymposium bot ein vielseitiges Programm

Ein spannendes Programm für niedergelassene Ärzte, Zuweiser und Kooperationspartner in anderen Kliniken, aber auch für Patientenverbände und Selbsthilfegruppen bot das Universitätsklinikum Heidelberg mit dem 9. Heidelberger Transplantationssymposium in der Villa Bosch. Am 21. Oktober 2011 referierten neben Experten für Transplantationsmedizin auch Juristen, Ethiker und ein Vertreter der Deutschen Stiftung Organspende (DSO) zum „Status quo in der Transplantationsmedizin“ – dem Motto der diesjährigen Veranstaltung.

Der erste Vortrag von Dr. Carl-Ludwig Fischer-Fröhlich von der Organisationszentrale Baden-Württemberg der Deutschen Stiftung Organtransplantation in Stuttgart galt der aktuellen Entwicklung der Organspende in Baden-Württemberg. Die Anzahl der Organentnahmen sei in letzter Zeit stark zurückgegangen. Es gebe ein verändertes Patientenprofil und veränderte Mortalität.

Bei jeder Therapielimitierung oder -einstellung sei es gut, sich zu überlegen, ob eine Organspende möglich sei. Die erweiterten Spenderkriterien würden in Zukunft wohl noch mehr erweitert, sodass es in Zukunft wahrscheinlich hauptsächlich medizinisch komplizierte Organspenden geben werde. Zuletzt sei die geringe Zustimmungsquote zur Organspende zum Teil auch hausgemacht. „Wir brauchen ei-

ne bessere Gesprächskultur mit den Angehörigen und ein Training“, sagte Fischer-Fröhlich.

Medizinrecht und Ethik bei der Organallokation standen im Mittelpunkt des gemeinsamen Vortrags von **Prof. Dr. Monika Bobbert** vom Institut für Geschichte und Ethik der Medizin Heidelberg und **Prof. Dr. Gerhard Dannecker** vom Ins-

titut für deutsches, europäisches und internationales Strafrecht und Strafprozessrecht Heidelberg. Die ethischen Grundlagen der Organspende und -verteilung zwischen den beiden Extrempositionen Dringlichkeit und Erfolgsaussicht erläuterte zunächst die **Theologin und Diplompsychologin Dr. Bobbert**. Bobberts Zwischenfazit aus der Perspektive der Ethik lautete: Es sei grundsätzlich vertretbar, den Erfolg zum Maßstab der Argumentation zu machen, allerdings nur dann, wenn der Erfolg auf den einzelnen Patienten bezogen bleibe statt auf die Gesellschaft als Ganzes und wenn die Rettung möglichst vieler nach bestem Wissen angestrebt werde. Der Rechtswissenschaftler Dannecker erläuterte anschließend die rechtlichen Grundlagen der Organverteilung und sprach sich für eine vermittelnde Position zwischen Dringlichkeit und Erfolg aus. Dabei kritisierte er den MELD-score zur Verteilung von Lebern, der nur die Dringlichkeit mit einbezieht und die Erfolgsfrage unberücksichtigt lässt.

Einen Überblick über die Nieren-, Leber- und Pankreastransplantation in Heidelberg bot anschließend **Dr. Michael Kremer**, Facharzt für Chirurgie an der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg. „Wir transplantieren weiterhin mit Erfolg und auf einem hohen Niveau“, sagte Kremer. Wenn sich nichts ändere, werde Heidelberg auch in diesem Jahr bei den Lebendnierenspenden deutschlandweit den ersten Platz einnehmen und im Bereich Lebertransplantation zu den drei führenden Zentren in Deutschland gehören.

In einer weiteren Sitzung stand die Pankreastransplantation im Mittelpunkt. So referierte Oberarzt **Dr. Arianeb Mehrabi** von der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg über neue Indikationen zur Pankreastransplantation. Innovative Ansätze zur zellbasierten Therapie des Diabetes mellitus waren das Thema seines Kollegen **Dr. Helge Bruns**.

Die anschließende Sitzung zur Leber- und Nierentransplantation wurde durch

eine kontroverse Darstellung der MELD-basierten Leberallokation eröffnet. Oberarzt **Privatdozent Dr. Andreas Pascher** von der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Campus Virchow Klinikum der Charité Berlin präsentierte dem Publikum weitere Argumente für die Organallokation mittels MELD-score, während **Prof. Dr. Peter Schemmer** die Contraseite übernahm.

Dr. Arianeb Mehrabi folgendes Referat trug den Titel „Offene versus laparoskopische Nephrektomie zur Lebendspende – was ist evidence-based?“ Beide Verfahren seien gleichwertige Verfahren mit Vor- und Nachteilen, die jeweils mit den Spendern besprochen werden müssen.

Die Dünndarmtransplantation stand im Mittelpunkt der ersten Nachmittagssitzung. Hier standen Vorträge zur Indikation/Patientenselektion, zu chirurgischen Techniken und zum perioperativen Management auf dem Programm. Die Referenten waren **Privatdozent Dr. Daniel Gotthardt**, Oberarzt der Inneren Medizin IV, Oberarzt **Dr. Arianeb Mehrabi** und **Privatdozent Dr. Christian Morath**, Oberarzt für Innere Medizin am Nierenzentrum Heidelberg.

Die letzte Sitzung beinhaltete die Themen Immunsuppression und virale Infekte. **Prof. Dr. Björn Nashan**, Direktor der Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in seinem Vortrag mit dem Stellenwert der mTOR-Inhibitoren bei der Induktionstherapie. Zusammenfassend sagte Nashan, der de-novo-Einsatz von Everolimus in der Immunsuppression sei sinnvoll. Damit könne man die CNI-Dosis wesentlich reduzieren ohne Einschränkungen bei der Effektivität zu riskieren. Die Nierenfunktion werde dadurch nicht beeinträchtigt. Gleichzeitig habe man beim Einsatz von mTOR-Inhibitoren signifikant weniger CMV-Infekte, was das Langzeitüberleben positiv beeinflusse.

„Neue Wege bei der Abstoßungstherapie: Complement-Inhibition“ lautete der Titel des Vortrags von **Prof. Dr. Vedat**

Schwenger, Leitender Oberarzt und stellvertretender Ärztlicher Direktor am Nierenzentrum Heidelberg. Das Complement-System spiele sowohl beim angeborenen als auch beim adaptiven Immunsystem eine Rolle. Zusammenfassend sei eine Complementblockade im Bereich der Nephrologie bei vielen Erkrankungen denkbar. Ideal für die Behandlung seien Erkrankungen, die nicht rekurren. Wann, wie und wie oft die Behandlung mittels Complementblockade anzusetzen sei, sei noch nicht endgültig geklärt.

Die BANFF-Klassifikation beleuchtete Oberarzt **Dr. Jörg Beimler**, Facharzt für Nephrologie am Nierenzentrum Heidelberg. Im Vordergrund des diesjährigen BANFF-Treffens von Pathologen und Klinikern im kanadischen BANFF habe unter anderem das Thema humorale Abstoßungen und Sensibilisierung gestanden. Bei der kombinierten Nieren-Pankreas-Transplantation habe man beim BANFF-Treffen festgestellt, dass es wichtig sei, stets auch das Pankreas zu biopsieren, da bei einer Pankreasabstoßung nicht automatisch die Niere mit abgestoßen werde.

Prof. Dr. Burkhard Tönshoff beschloss die Vortragsreihe mit seinen Ausführungen zu EBV und Transplantation. Das Epstein-Barr-Virus (EBV) könne vom Immunsystem von Transplantierten schlecht in Schach gehalten werden. Daher steige bei der Infektion von Transplantierten mit EBV das Risiko für eine Posttransplantations-Lymphoproliferativen Erkrankung (PTLD), die zu Tumorerkrankungen wie dem Non-Hodgkin-Lymphom führen könne. Zusammenfassend sagte Tönshoff, dass eine antivirale Prophylaxe mit Valganciclovir beim pädiatrischen Kollektiv die Inzidenz von EBV-Primärinfektionen stark reduzieren könne. Eine Prophylaxe senke auch Höhe und Ausmaß der Viruslast sowie die grippeähnlichen Symptome.

Im Oktober 2012 wird das Transplantationssymposium in der Villa Bosch zum zehnten Mal stattfinden.

Dr. Michael Kremer
Prof. Dr. Peter Schemmer

Hepatitis C: Deutlich verringerte Mortalität und Morbidität bei dauerhafter virologischer Response

In einer multizentrischen Langzeitstudie in den USA wurden über 1.000 Patienten mit fortgeschrittener chronischer Hepatitis C und bis dato nicht erfolgreicher Interferon-Therapie zwischen August 2000 und März 2009 über unterschiedlich lange Zeiträume (Median zwischen 79 und 86 Monaten) beobachtet. Diese Patienten wurden im Rahmen der Studie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin behandelt. Davon erzielten 180 Patienten eine dauerhafte Reduzierung der HCV-Last (dauerhafte virologische Response = sustained virologic response, SVR). Die Non-Responders wurden in die randomisierte Vergleichsstudie HALT-C (= Hepatitis C Antiviral Long-Term Treatment Against Cirrhosis; Langzeit-Antivirus-Behandlung gegen Zirrhose) eingeschlossen und beobachtet im Hinblick auf das Fortschreiten der Fibrose, auf die Entwicklung einer dekompenzierten Lebererkrankung, Leberkrebs oder Tod. Relevante Ergebnisse wurden

für insgesamt 526 Patienten berichtet, davon 140 SVR, 309 Non-Responders (NR) und 77, die zunächst (nach 20 Behandlungswochen) eine Viruslast-Verringerung erzielten, bei denen die Viren aber zurückkehrten (breakthrough/relapse, BT/R).¹ Diese Patienten waren durchschnittlich (Median) ungefähr 49 Jahre alt, vorwiegend (ca. 70 Prozent) männlich und übergewichtig (Body-Mass Index > 29). **Nach 7 1/2 Jahren wurden sämtliche Ergebnisse der drei Gruppen verglichen, wobei die SVR-Gruppe statistisch-signifikant deutlich besser war:** Tod (jeglicher Ursache) bzw. Notwendigkeit einer Ltx war bei 2,2 Prozent der SVR-Gruppe zu verzeichnen im Vergleich zu 4,4 Prozent der BT/R-Gruppe und 21,3 Prozent der NR-Gruppe; von der Leber ausgehende Erkrankungen (wie Varizen, Aszites, Bauchfellentzündung; hepatische Enzephalopathie): 2,7 Prozent im Vergleich zu 8,7 Prozent und 27,2 Prozent; für dekompen-

sierte Lebererkrankung: 0,9:4,7:11,7 Prozent; für Leberkrebs (HCC): 1,1:5,5:8,8 Prozent; für Leber-bedingten Tod oder Lebertransplantation: 0,99:4,1:14,7 Prozent.

Im Zusammenhang mit diesen „Erfolgswerten“ ist jedoch auch eine **Warnung** angezeigt. Eine andere Forschergruppe² hat das Datenmaterial der HALT-C-Studie analysiert und kam zu dem Ergebnis, dass eine Langzeit-Peginterferon-Behandlung von Patienten mit chronischer HCV-Infektion zu erhöhter Sterblichkeit im Vergleich zu nicht-behandelten Patienten führen kann. Die Sterbefälle hatten allerdings vorwiegend Ursachen, die nicht auf Leberkrankheit zurückzuführen waren; und sie betrafen vorwiegend Patienten, die bereits zu Beginn der Studie eine fortgeschrittene Fibrose aufwiesen. **Auf jeden Fall sollte Langzeit-Peginterferon-Therapie im Hinblick auf mögliche Komplikationen besonders sorgfältig gehandhabt werden.**

Zunahme von Zirrhose und Leberkrebs bei Patienten mit chronischer Hepatitis C

Eine Studie von US-Veteranen, die mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert waren, zeigte eine sehr starke Zunahme von HCV-Infektionen zwischen 1996 und 2006 (wahrscheinlich nicht zuletzt wegen verstärktem screening)³. Unabhängig von dieser Entwicklung hat die Zahl der Zirrho-

se-Fälle von neun Prozent der HCV-Infizierten im Jahre 1996 auf 18,5 Prozent im Jahre 2006 zugenommen; die der dekompenzierten Zirrhose-Fälle von fünf auf elf Prozent; die Zahl der Leberkrebs-Fälle (HCC) hat sich sogar auf das Zwanzigfache erhöht (1996: 0,07 Prozent; 2006: 1,3 Pro-

zent). Diese Zeitreihenuntersuchung zeigt (ähnlich wie in der vorangehend erwähnten Studie), dass fehlende Behandlung der HCV-Infektion zu enormer Zunahme des Zirrhose- und Krebsrisikos führt. Gezielte Vorsorgeuntersuchungen sind unerlässlich.

CD8+-T-Zellen gegen HCV-Vermehrung

Forschergruppen um Professor Thimme (Uni Freiburg) und Professor Bartenschläger (Uni Heidelberg) haben mit Hilfe eines innovativen immunologischen Modells zwei Mechanismen entdeckt, die die Vermehrung des HCV (= Hepatitis-C-Virus) verhindern.⁴ Und zwar können CD8+-Killerzellen das Virus eliminieren einerseits durch eine direkte Zerstörung der

befallenen Leberzellen; andererseits kann der Körper die Viren bekämpfen mittels Freisetzung bestimmter Eiweißstoffe (wie Interferon-Gamma), wobei die Leberzellen erhalten werden, aber die Virusvermehrung in den Zellen gehemmt wird. Der Vorgang ist dosisabhängig. Eine Virus-Reduzierung von > 95 Prozent konnte bereits bei einem Effektor-Ziel-Verhält-

nis von 1:100 erzielt werden, womit die Zell schädigende Wirkung im Vergleich zu einer 1:1 Dosierung minimiert wird. **Die Erkenntnis aus dieser Grundlagenforschung könnte in Zukunft möglicherweise zur Entwicklung einer wirksamen Anti-HCV-Impfung führen.**

Der Weg über antivirale T-Zellen-Reaktionen scheint vielversprechend zu sein⁵.

Immuntherapie auch gegen HCC

Leberkrebs (HCC = hepatozelluläres Karzinom) ist weltweit die dritthäufigste Krebsart mit Todesfolge. Für Patienten mit Tumoren innerhalb der Grenzen der Milano-Kriterien (ein Tumor < 5 cm oder bis zu drei Tumoren < 3 cm) gibt es verschiede-

ne therapeutische Optionen: Leberresektion, Entfernung durch Bestrahlung, Chemoembolisation und schließlich auch Transplantation, mit Überlebensraten jeweils bis zu 70 Prozent. Allerdings kommen nur 30–40 Prozent der HCC-Pati-

enten für solche Therapien in Frage, da der Krebs häufig spät entdeckt wird und sich dann in einem fortgeschrittenen Stadium befindet, mit Überleben von 3–16 Monaten. Das bislang einzige wirksame Medikament ist Sorafenib, das allerdings

nur eine zusätzliche Überlebenszeit von ca. drei Monaten verspricht. Da HCC immunogen ist, gilt die Entwicklung einer Immuntherapie als meistversprechend. In einem Übersichtsartikel wurde vor kurzem der Stand der Forschung zusammengefasst dargestellt.⁶ Ziel ist, die Effizienz der Immunreaktion gegenüber Tumor-assoziierten Antigenen (TAA) (= Fremdsustanzen, die eine T-Zell-Reaktion auslösen)

zu steigern. Grundvoraussetzung ist zunächst die Identifikation der Antigene; in der Übersicht werden sechs verschiedene Antigene betrachtet mit ihren jeweiligen CD8+-T-Zell-Reaktionen sowie den Ursachen für die relative Ineffizienz der Reaktionen. Bislang gab es schon klinische Versuche mit Impf-Immunisierung, allerdings nur mit vorübergehender Wirkung. **Die Autoren sehen zukünftige wirksa-**

me Therapien in Kombinationen einer Blockierung von immunregulierenden Zelltypen und Rezeptorhemmern, mit Hilfe einer Vakzine-induzierten Aktivierung von TAA-spezifischen T-Zellen. Auch die Kombination mit den bislang üblichen Bestrahlungs- und Chemotherapien wird empfohlen, da sie zur Identifizierung spezifischer TAA-T-Zell-Reaktionen beitragen können.

Frauen werden durch den MELD-score auf der Ltx-Warteliste benachteiligt

Eine groß angelegte Studie in den USA, basierend auf UNOS-Daten für Ltx-Wartelisten-Patienten zwischen 2002 und 2007 (insgesamt 40.393 Patienten, 36 Prozent Frauen) kommt zu dem Schluss, dass durch die Serumkreatinin-Messung im MELD-score eine geschlechtsspezifische, systematische Verzerrung entsteht, die Frauen benachteiligt.⁷ Der MELD wird allgemein als Garant für Transparenz, Objektivität und Gerechtigkeit angesehen sowie als robuster Prädiktor der Sterblichkeit für Zirrhosepatienten. Auch konnte man nach Einführung des MELD, wonach die kränksten Patienten höchste Priorität

genießen zumindest in den USA keine signifikante Verschlechterung der Überlebensraten nach Ltx feststellen. Dagegen ist die Messung der Nierenfunktion durch die Bestimmung des Serumkreatinin eine Schwachstelle; diese Art der Messung überschätzt die Nierenfunktion bei Frauen (bzw. auch allgemeiner: bei leichtgewichtigen Patienten mit geringer Muskelmasse, was typisch für zirrhotische Patienten ist). Die Bestimmung der **glomerulären Filtrationsrate** wäre eine zuverlässigere Messung der Nierenfunktion, ist allerdings komplizierter als die Kreatininmessung und kann daher weniger leicht in kurzen

Abständen vorgenommen werden, um den Fortschritt der Zirrhose zu ermitteln. Dadurch ist es wahrscheinlich, dass Frauen einen niedrigeren MELD-score aufweisen und weniger leicht in den Bereich auf der Warteliste vorrücken, der ihnen eine hohe Ltx-Priorität einräumen würde. **Dies ist ein weiterer Grund dafür, dringend nach Verbesserungen des MELD-score zu forschen.** Allerdings, so räumt der Kommentator in seinem Editorial ein, sei die Wahrscheinlichkeit geringer, dass Frauen eine Lebererkrankung im Endstadium bzw. ein hepatozelluläres Karzinom (Leberkrebs) entwickeln.

Ltx ohne Immunsuppression?

Das Erreichen von Immuntoleranz (definiert als Abwesenheit einer Transplantatabstoßung ohne Einsatz von Immunsuppressiva) ist ein vordringliches Ziel für die Transplantationsforschung.⁸ Immuntoleranz nach Ltx wurde gelegentlich beobachtet, allerdings nicht in kontrollierten Versuchen. Bislang gibt es noch keine Prospektivstudien über Immuntoleranz nach Ltx, und Sicherheit und Nutzen des Absetzens von Immunsuppressiva sind noch nicht zuverlässig nachgewiesen worden. Weltweite Erfahrung deutet darauf hin, dass bis zu 25 Prozent der Ltx-Patienten über längere Zeit ohne Immunsuppressiva auskommen könnten⁹, und zwar unabhängig vom immunologischen Hintergrund von Spendern und Empfängern, Alter des Patienten und Krankheitsursache

für die Ltx; diese Berichte sind jedoch in der Regel wissenschaftlich nicht stringent, und somit sind die meisten Transplantationschirurgen nicht willens, das Risiko einer Transplantat-Abstoßung einzugehen. Vor Kurzem wurde das Ergebnis einer kleinen multizentrischen Studie mit Kindern vorgestellt; danach kamen 12 von 20 Empfängern von Leber-Lebendspenden zwischen 7 und 27 Monaten ohne Immunsuppressiva aus. Gegenwärtig findet ein multizentrischer Großversuch in Europa statt („Reprogramming the Immune System for Establishment of Tolerance (RISET)“); außerdem werden noch zwei klinische Versuche vom Immune Tolerance Network unterstützt. All diese Versuche zielen darauf ab, die Sicherheit des Absetzens von Immunsuppressiva nachzuwei-

sen, um dadurch eine Reduzierung von Medikations-bedingten Nebenwirkungen wie Bluthochdruck und Nierenfunktionsstörungen zu erzielen. Schließlich hat man auch begonnen, eine weltweite Datenbank von Ltx-Patienten zu erstellen, die ohne Immunsuppressiva auskommen, um auf dieser Basis die entscheidenden Bio-Marker ermitteln zu können. **Der Bericht von Mazariegos (Fußnote 8) zeigt, dass an dem Problem international mit großem Einsatz geforscht wird, dass es aber wohl noch etliche Jahre dauern wird, bis man eine sichere Basis (Kenntnis der kritischen Biomarker) hat für eine Bewertung/Entscheidung, inwieweit beim einzelnen Patienten eine Immuntoleranz nach Ltx zu erwarten ist.**

Schädliche Wirkung von Betablockern bei Zirrhose und nicht-behandelbarem Aszites

Zirrhosepatienten mit Speiseröhrenvarizen werden häufig Betablocker verordnet, um Blutungen im Verdauungstrakt zu vermeiden. Eine französische Studie hat allerdings herausgefunden, dass eine derartige Behandlung äußerst schäd-

lich, sogar tödlich sein kann.¹⁰ An der Studie nahmen insgesamt 151 Patienten teil. Voraussetzung für die Teilnahme war Vorhandensein von Zirrhose und ein konventionell (mit Diuretika) nicht behandelbarer (stabilisierbarer) Aszites. (Dieser un-

behandelbare Aszites tritt laut Wikipedia bei etwa zehn Prozent der Fälle auf.) Die Hälfte der Studienteilnehmer wies Speiseröhrenvarizen auf, so dass eine Behandlung mit Betablockern hätte angezeigt sein können. Ungefähr die Hälfte (74) wurde

nicht mit einem Betablocker (Propranolol) behandelt. Die mittlere (Median) Überlebenszeit der Patienten ohne Betablockerbehandlung betrug 20 Monate; die der Patienten mit Betablockerbehandlung fünf

Monate. **Die Behandlung mit einem nicht-selektiven Betablocker wie Propranolol ist bei Zirrhosepatienten mit nicht-behandelbarem Aszites mit signifikant höherer Sterblichkeit verbunden**

und sollte daher kontraindiziert sein. Die Studie zeigte auch, dass der MELD-score im Gegensatz zu Child-Pugh für diese Patienten kein guter Prädiktor der Sterblichkeit war, weil im MELD Aszites nicht gemessen wird.

Dreifach-Therapie gegen PBC

PBC (= Primär Biliäre Zirrhose) ist eine von den Gallengängen ausgehende Leberzirrhose, die vorwiegend bei Frauen mittleren Alters auftritt. Die Standardtherapie besteht aus täglichen Gaben von UDCA (Ursodeoxycholsäure, 13–15 mg/kg Körpergewicht). Bei 30–40 Prozent der Patienten schlägt diese Therapie jedoch nicht an, und es besteht das Risiko von Leberzirrhose und Leberversagen. Die meisten Non-Responders schaffen es auf die Ltx-Warteliste. Eine neuere (jedoch sehr begrenzte) Studie am Hôpital Saint-Antoine

in Paris weist Erfolge bei Non-Responders mit einer Dreifach-Therapie nach.¹¹ Die Studie untersuchte die Wirksamkeit einer Dreifach-Therapie für PBC-Patienten, die auf eine Ein-Jahres-Therapie mit der Standarddosierung von UDCA (13–15 mg/kg/Tag) nicht adäquat reagiert haben. Die Dreifach-Therapie besteht aus der Fortsetzung mit UDCA sowie zusätzlich Budesonid, einem Glukokortikoid/Corticosteroid (6 mg/T) und MMF (Mycophenolat Mofetil, 1,5 mg/T). Insgesamt wurden 15 Patienten untersucht, die noch nicht das

Stadium der Zirrhose erreicht hatten; sechs Patienten (41 Prozent) erzielten normale biochemische Werte und sieben (47 Prozent) zeigten zumindest eine teilweise, jedoch signifikante Verbesserung. **Dieses Ergebnis ist ermutigend und rechtfertigt die Fortsetzung dieser Zusatztherapie, um weitere Erfahrung zu sammeln.** Ein Vorteil der Zusatztherapie ist, dass alle Medikamente den meisten Hepatologen wohl bekannt sind.

PSC mit erhöhtem Krebsrisiko

Die Primär Sklerosierende Cholangitis (PSC) ist eine chronisch entzündliche cholestatische (Gallenstau) Lebererkrankung, bei der sich die inneren und/oder äußeren Gallengänge zunehmend verengen und schließlich verschließen. Die Entstehung der Krankheit (Pathogenese) ist (immer noch) unbekannt. Neueste Forschungen einer internationalen Arbeitsgruppe deuten jedoch auf eine immunologische oder autoimmune Krankheitsentstehung hin.¹² Die Krankheit ist häufig mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (IBD = inflammatory bowel disease; Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) assoziiert. Sofern PSC zu dominanten Stenosen (hochgradige Verengung der äußeren Gallen-

gänge und Verschluss) führt und darüber hinaus mit IBD assoziiert ist, besteht erhöhtes Krebsrisiko mit reduzierter Überlebenserwartung.¹³ Heilung ist letztlich nur durch Ltx möglich. Zwar wird PSC medikamentös mit UDCA (siehe voranstehenden Abschnitt) behandelt, was allerdings nur zur Verbesserung biochemischer Laborparameter beiträgt; bei Stenose erfolgt eine endoskopische Erweiterung der Gallengänge. Die Prospektivstudie an der Uniklinik Heidelberg umfasste 171 Patienten, die teilweise bis zu 20 Jahre beobachtet und alle mit UDCA bzw. endoskopisch behandelt wurden. 97 Patienten entwickelten eine dominante Stenosis ohne IBD und ohne Krebs. Sämtliche Krebsfälle

(Gallengangs-, Gallenblasen- und Darmkrebs) wurden bei den Patienten festgestellt, die außer Stenosen auch noch IBD hatten; bei den IBD-Fällen ohne Stenosen gab es nur einmal Darmkrebs. Eine aktuarische Überlebenswahrscheinlichkeit von 18 Jahren ohne Ltx wurde für die 30 Patienten mit Stenose ohne IBD mit 77,8 Prozent berechnet; für die 67 Patienten mit Stenose und IBD, lediglich mit 23,0 Prozent. **Bei PSC-Patienten mit einer Kombination von dominanter Stenose und entzündlichen Darmerkrankungen (IBD) ist also, ohne Lebertransplantation, eine signifikant erhöhte Sterblichkeit zu erwarten.**

PSC und Osteoporose

Abnahme von Knochengewebe (Osteopenie) wird häufig festgestellt bei Patienten mit chronischer Lebererkrankung, allerdings wurde sie bislang bei Patienten mit primär sklerosierender Cholangitis (PSC) nicht ausreichend untersucht. Osteoporose (Skeletterkrankung mit Verminderung der Knochenmasse) ist eine besonders stark ausgeprägte Form der Osteopenie. Sie wird diagnostiziert durch verschiedene Messungen der Knochendichte (BMD = bone mineral density) am Skelett (Lendenwirbel, Hüfte). Die Messungen werden in Beziehung gesetzt zu „jungen Menschen“ (30 Jahre alte Erwachsene mit gleichem Geschlecht wie die Patienten) bzw. „alten Menschen“ (gleiches Alter und gleiches

Geschlecht wie die Patienten). Die Messungen werden ausgedrückt durch Standardabweichungen (einem statistischen Maß, das die Abweichung des Messwerts vom Durchschnittswert der entsprechenden Bevölkerungsgruppe ausdrückt): beim Vergleich mit jungen Menschen wird der t-score ermittelt, beim Vergleich mit alten Menschen der z-score. Bei einem t-score bis –2,5 spricht man von Osteopenie, darunter (also weniger als –2,5) handelt es sich um Osteoporose. Ein z-score von weniger als –2 weist den Patienten aus als zu der Gruppe gehörig mit schlechtesten Knochendichtewerten (eine Gruppe von 2,5 Prozent der entsprechenden Vergleichsbevölkerung) und mit beträchtli-

chem Risiko von Knochenbrüchen. Die Untersuchung an der Mayo-Klinik in Rochester, MN¹⁴ bezog 237 PSC-Patienten über eine Dauer von zehn Jahren ein mit jährlichen Knochendichtemessungen. **Insgesamt hatten 15 Prozent der PSC-Patienten eine Osteoporose (t-score < –2,5). Diese Häufigkeit ist 23,8 Mal so hoch (statistisch signifikant) wie in der entsprechenden Bevölkerung ohne PSC.** Unter den PSC-Patienten sollten insbesondere diejenigen mit fortgeschrittenem Alter, geringem body mass index (also die Dünnen) und lang anhaltender Darmentzündung (insbesondere Colitis ulcerosa) regelmäßigen Knochendichteuntersuchungen unterzogen werden.

–10

Krebsrisikofaktoren bei Fettleber und NASH

Leberverschattung ist eine relativ weitverbreitete Krankheit, insbesondere bei Männen; sie wird meist durch Fehler-nährung und Stoffwechselstörungen ver-ursacht; bei übergewichtigen Menschen beträgt die Prävalenz ca. 70 Prozent. Eine Komplikation der Fettleber ist NASH (= nicht-alkoholische Steatohepatitis = Fett-leberhepatitis), mit zusätzlicher Entzün-dung und Fibrose.¹⁵ NASH ist eine wohl-bekannte Ursache von Zirrhose und wird zunehmend mit der Entwicklung von Le-berkrebs (HCC) in Verbindung gebracht. Eine Studie von insgesamt 510 Patienten, die zwischen Januar 2003 und Juni 2007 mit Leberzirrhose aufgrund von HCV-In-fektion (315) oder NASH (195) an das Transplantationszentrum der Cleveland Clinic verwiesen wurden, hat NASH-spe-zifische Risikofaktoren für die Entwicklung von HCC identifiziert.¹⁶ Die Patienten

wurden durchschnittlich (Median) über 3,2 Jahre beobachtet, Jährlich kumulativ erkrankten 2,6 Prozent der NASH-Patien-ten und 4,0 Prozent der HCV-Patienten an einem HCC. **Alter und regelmäßiger Alkoholkonsum erhöhten das Krebsri-siko bei den NASH-Patienten um ein Vielfaches (Risikofaktor 3,6).**

Ebenfalls an der Cleveland Clinic in Zusammenarbeit mit anderen Kliniken (u.a. Johns Hopkins in Baltimore, MD) wurde eine Untersuchung an 1.091 Pati-enten (63 Prozent Frauen; mittleres Alter 49 Jahre) mit **nicht-alkoholischer Fett-lebererkrankung (NAFLD = nonalcohol-ic fatty liver disease)** durchgeführt über den Zusammenhang von Rauchen und dem Fortschreiten von NAFLD zu Leberfi-brose im fortgeschrittenen Stadium¹⁷ als Vorstufe von Zirrhose und Krebs. Rauchen erhöht die Insulinresistenz, die ihrerseits

das Entstehen und Fortschreiten der Fett-lebererkrankung begünstigt. **Aus beiden Untersuchungen ist zu schließen, dass Rauchen und Alkoholkonsum schäd-lich für die Leber sein können. Beides ist einzuschränken (oder besser noch: zu meiden). Eine Änderung des Lebens-stils mit besserer Ernährung und mehr Bewegung ist auf jeden Fall auch zu empfehlen.**

Die Fettlebererkrankung wird schon im Kindesalter angelegt: übergewichtige und adipöse Kinder sind besonders gefährdet, mit erhöhtem Risiko für NASH sowie Le-berfibrose, und -zirrhose bis hin zu Krebs. Versuche mit Vitamin E und Metformin, einem Anti- Diabetes-Medikament, waren nur teilweise wirksam.¹⁸ Eine drastische Änderung der Lebensgewohnheiten (Er-nährung, Bewegung) wäre sicherlich eher angelegt.

Ulrich R. W. Thumm

Anmerkungen

- 1 Timothy R. Morgan et al.: Outcome of Sustained Virological Responders With Histologically Advanced Chronic Hepatitis C, *Hepatology*, September 2010: 833–844.
- 2 Adrian M. Di Bisceglie et al.: Excess Mortality in Patients with Advanced Chronic Hepatitis C Treated with Long-Term Peginterferon, *Hepatology*, Vol. 53, No. 4, 2011: 1100–1108.
- 3 Fasiha Kanwal et al.: Increasing Prevalence of HCC and Cirrhosis in Patients with Chronic Hepatitis C Virus Infection, *Gastroenterology* 2011; 140: 1182–1188.
- 4 Juandi Jo et al.: Analysis of CD8+T-Cell-Mediated Inhibition of Hepatitis C Virus Replication Using a Novel Immunological Model, *Gastroenterology*, Vol. 136 (4): 1391–1401.
- 5 Siehe dazu eine Übersicht über den gegen-wärtigen Stand der Impfstoffentwicklung in John Halliday et al.: Vaccination for hepatitis C virus: closing in on an evasive target, *Expert Rev. Vaccines* 10 (5), 659–672 (2011).
- 6 E. Breous, R. Timme: Potential of immuno-therapy for hepatocellular carcinoma, *Journal of Hepatology* 2011, Vol. 54: 830–834.
- 7 Robert P. Myers et al.: Gender, renal function, and outcomes on the liver transplant waiting list: Assessment of revised MELD including estimated glomerular filtration rate, *Journal of Hepatology* 2011, Vol. 54 (3): 462–470;
- 8 Francois Durand: The quest for equity in liver transplantation: Another lesson learned from women, editorial, *Journal of Hepatology* 2011, Vol. 54 (3): 401–402.
- 9 So Auchincloss, H. Jr.: In search of the elusive Holy Grail: The mechanisms and prospects for achieving clinical transplantation tolerance, *Am J Transplant* 2001; 1:6, zitiert nach: George V. Mazariegos: Immunosuppression Withdrawal After Liver Transplantation: What Are the Next Steps? *Transplantation*, Vol. 91, No. 7 (April 15, 2011): 697–699.
- 10 Giuseppe Orlando et al.: Operational tolerance after liver transplantation, *Journal of Hepa-tology*, Vol. 50 (6), June 2009: 1247–1257.
- 11 Thomas Sersté et al.: Deleterious Effects of Beta-Blockers on Survival in Patients With Cirrhosis and Refractory Ascites, *Hepatology*, Vol. 52, No. 3, September 2010: 1017–1022.
- 12 Rabahi, N. et al.: Triple therapy with ursode-oxycholic acid, budesonide and mycopheno-late mofetil in patients with features of severe primary biliary cirrhosis not responding to ursodeoxycholic acid alone, *Gastroenterol Clin Biol* 2010, Apr–May; 34 (4–5): 283–287; siehe dazu auch Editorial: Triple therapy for patients with primary biliary cirrhosis with progressive disease despite ursodeoxycholic acid: Another Step forward, a.a.O.: 239–241.
- 13 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE): Neue Studiendaten zur PSC sprechen für immunologische oder autoimmune Pathoge-nese, *Information für Fachkreise*, 2. Mai 2011.
- 14 So das Ergebnis einer Langzeitstudie an der Uni Heidelberg, berichtet von Gerda Rudolph et al.: In PSC with dominant bile duct stenosis, IBD is associated with an increase of carcinomas and reduced survival, *Journal of Hepatology* 2010, vol. 53: 313–317.
- 15 Paul Angulo et al.: Bone Disease in Patients with Primary Sclerosing Cholangitis, *Gastro-enterology* 2011; 140: 180–188.
- 16 Thomas Pusch, Burkhard Göke (Klinikum Groß-hadern): Alkoholische und nicht-alkoholische Fettleberhepatitis. www.bayer-internisten.de/abstracts-hepa/AbstractGoeke.
- 17 Mustafa S. Ascha et al.: The Incidence and Risk Factors of Hepatocellular Carcinoma in Patients with Nonalcoholic Steatohepatitis, *Hepatology*, Vol. 51, No. 6, 2010: 1972–1978.
- 18 Claudia O. Zein et al.: Smoking and severity of hepatic fibrosis in nonalcoholic fatty liver disease, *Journal of Hepatology* 2011, vol. 54: 753–759.
- 19 Bericht im Deutschen Ärzteblatt über eine Studie von Lavine, J.E. et al.: Effect of vitamin E or metformin for treatment of nonalcoholic fatty liver disease in children and adolescents. *JAMA*, 305: 1659–1668 (2011).

Stand Ende 2011:

Neue Therapieoptionen zur Behandlung der chronischen Hepatitis C

Einleitung

Die Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) führt in den meisten Fällen zu einer chronischen Erkrankung, der Hepatitis C. Basierend auf Unterschieden im Erbmateriale des Virus unterscheidet man mehrere sogenannte Genotypen, von denen in Deutschland die Genotypen 1, 3 und 2 am häufigsten vorkommen. Die Infektionsrate beträgt in Deutschland in der Gesamtbevölkerung etwa 0,4 bis 0,6%, während weltweit ca. 170 Millionen Menschen infiziert sind. Die gefürchtete Spätfolge der chronischen Hepatitis C ist die Entwicklung einer Leberzirrhose, auf deren Boden sich ein Leberzellkarzinom (HCC) entwickeln kann. Weitere Komplikationen einer Leberzirrhose sind z.B. die Ausbildung von Krampfadern in Speiseröhre und Magen (Varizen) sowie von Bauchwasser (Aszites).

Die Behandlung der HCV-Infektion mit dem Ziel einer Ausheilung ist von immenser Bedeutung, da bei rechtzeitiger Therapie diese schwerwiegenden Folgeschäden verhindert werden können. Hierbei wird ein fehlender direkter Virusnachweis 24 Wochen nach Ende einer antiviralen Therapie [HCV-RNA negativ, „sustained virologic response“ (SVR)] als dauerhafter Behandlungserfolg angesehen. Die spätere Rückfallquote liegt dann unter 3%.¹ Allerdings besteht auch nach Ausheilung keine Immunität gegenüber einer Neuinfektion, und Kontrollen bei einem Leberspezialisten sollten zumindest jährlich erfolgen. Mit der bisherigen **Standardtherapie bestehend aus pegyliertem (PEG)-Interferon-alfa und Ribavirin** ist eine Heilung (SVR) bei knapp der Hälfte aller Patienten mit Genotyp 1 und bei etwa 80% der Patienten mit Genotyp-2- oder -3-Infektion möglich.²

Neue Therapieoptionen

Seit Entdeckung des HCV Ende der 80er Jahre des vergangenen Jahrtausends wurden große Anstrengungen unternommen, die Therapieoptionen der chronischen HCV-Infektion zu verbessern. **Im Zentrum dieser Bemühungen steht mittlerweile die Entwicklung von Medikamenten, die gezielt Viruseiweiße, aber auch zel-**

luläre Eiweiße, die das Virus zur Vermehrung benötigt, hemmen. Am weitesten fortgeschritten sind die beiden **HCV-spezifischen Protease-Inhibitoren Boceprevir und Telaprevir**, für

die in diesem Jahr die Zulassung sowohl durch die amerikanische (FDA) als auch die europäische (EMA) Zulassungsbehörde erfolgte.

Beide Medikamente hemmen ein Viruseiweiß (NS3-Protease), das für die Virusvermehrung von entscheidender Bedeutung ist.³ Boceprevir und Telaprevir ist gemeinsam, dass sich die Zulassung aufgrund optimierter Wirkung auf den HCV-Genotyp 1 beschränkt und dass die Gabe zusätzlich zu der bisherigen Standardtherapie mit einem pegylierten Interferon-alfa und Ribavirin erfolgen muss. Durch die Hinzunahme von Boceprevir oder Telaprevir können die Heilungschancen ganz wesentlich verbessert werden, und zwar sowohl bei bisher unbehandelten als auch bei Patienten mit vorausgegangener, aber erfolgloser Therapie. Zudem kann bei vielen Patienten die Therapie von 48 auf 24 Wochen verkürzt werden.

Allerdings stellt die Behandlung mit einer solchen Dreifachtherapie (Triple-Therapie) große Ansprüche sowohl an Patient/in als auch behandelnde(n) Arzt/Ärztin, da neue Nebenwirkungen, strenge Einnahmeverfahren und Laborkontrollen, aber auch bedeutsame Wechselwirkungen mit anderen Arznei- und Pflanzenstoffen zu beachten sind. Deswegen muss während einer Therapie mit Boceprevir oder Telaprevir die Einnahme jedweder anderen Substanz mit dem/der behandelnde(n) Arzt/Ärztin abgestimmt werden. Im Folgenden sollen die beiden neu zugelassenen Medikamente Boceprevir oder Telaprevir sowie weitere, zukünftige Therapieoptionen besprochen werden.

Boceprevir

Boceprevir wurde in einem mehrjähri-



Dr. med.
Harald Farnik



Dr. med.
Martin-Walter Welker



Prof. Dr. med.
Christoph Sarrazin

gen Studienprogramm untersucht. In den beiden für die Erteilung der Zulassung entscheidenden großen Phase-III-Studien (abgekürzt als SPRINT-2 und RESPOND-2) wurde Boceprevir zusammen mit pegyliertem Interferon-alfa-2b und Ribavirin bei unvorbehandelten Patienten (SPRINT-2) bzw. bei Patienten mit virologischem Rückfall oder Nichtansprechen in der Vortherapie (RESPOND-2) untersucht.^{4,5}

Von den unvorbehandelten Patienten kaukasischer Abstammung erreichten 44% (162/368) unter Boceprevir ein anhaltendes, rasches virologisches Ansprechen [extended rapid virologic response (eRVR)] mit nicht nachweisbarer HCV-RNA zu Woche 8 und Woche 24 und beendeten die Behandlung nach 28 Wochen. Bei diesen Patienten betrug die SVR-Rate 97% (143/147). Die Gesamtheilungsrate lag bei 63% bei den Patienten, die mit Boceprevir im Rahmen der Triple-Therapie behandelt wurden, im Vergleich zu 38% im Kontrollarm mit PEG-Interferon-alfa und Ribavirin allein.

Bei Patienten mit virologischem Rückfall oder partiellem Nichtansprechen in der Vortherapie zeigten 46% (74/162) derer mit Therapieversagen ein rasches virologisches Ansprechen zu Woche 8 und konnten die Therapie zu Woche 36 beenden, wodurch die Behandlung im Vergleich zur Standardtherapie im Kontrollarm um 12 Wochen verkürzt wurde. Bei diesem Patientenkollektiv lag die SVR-Rate bei 86% (64/74). Insgesamt konnten die SVR-Raten sowohl bei Patienten mit Rückfall als auch mit partiellem Nichtansprechen in der Vortherapie mit 75% und 52% im Vergleich zur Kontrolle mit 29% und 7% signifikant gesteigert werden. Patienten mit

einer sogenannten virologischen „Null-Response“ (definiert als fehlender HCV-RNA-Abfall um wenigstens 2 log₁₀-Stufen bis Woche 12 einer adäquat durchgeführten Standardtherapie mit PEG-Interferon-alfa und Ribavirin) wurden in diese Studie nicht eingeschlossen.

Eine Besonderheit bei der Therapie mit Boceprevir ist, dass zunächst eine 4-wöchige Therapie mit der Standardtherapie aus PEG-Interferon-alfa und Ribavirin erfolgt, die sogenannte „Lead-in-Phase“. Danach wird die Therapie um Boceprevir erweitert. Die „Lead-in-Phase“ kann zur Überprüfung der Sensitivität bzw. der Verträglichkeit des einzelnen Patienten auf die Gabe von PEG-Interferon-alfa und Ribavirin eingesetzt werden. Die empfohlene Dosierung von Boceprevir (Victrelis®) beträgt 800 mg dreimal täglich, wobei die Einnahme zur Sicherstellung einer optimierten Aufnahme zusammen mit einer Mahlzeit oder einem leichten Imbiss erfolgen muss. Da eine einzelne Hartkapsel 200 mg Boceprevir enthält, bedeutet dies, dass zusätzlich zur zweimal täglichen Dosierung des Ribavirins alle 7–9 Stunden 4 Kapseln Boceprevir eingenommen werden müssen. Da das Medikament eine kurze Halbwertszeit hat und bei Unterdosierung resistente Virusstämme entstehen können, ist die Einnahmetreue von entscheidender Bedeutung für den Behandlungserfolg, und Dosisreduktionen sind nicht erlaubt.

Die häufigsten zusätzlichen unerwünschten Ereignisse, die neben den bekannten Nebenwirkungen von PEG-Interferon-alfa bzw. Ribavirin durch Boceprevir verursacht wurden, waren eine Geschmacksstörung und eine verstärkte Anämie. Die Geschmacksstörung führte sehr selten zum Therapieabbruch, kann aber im Einzelfall bedeutsam sein und bildete sich nach Therapieende wieder vollständig zurück. Eine Blutarmut wurde bei 43–46% unter Boceprevir und 20% in der Kontrollgruppe berichtet. Therapieabbrüche aufgrund einer Therapie-assoziierten Blutarmut betrugen bis zu 3% in den Boceprevir-Armen im Vergleich zu 0% in der Kontrollgruppe. Allerdings wurde bei bis zu 43% der Patienten unter Boceprevir zusätzlich Erythropoetin gegeben gegenüber nur 24% in der Kontrollgruppe. Insgesamt war somit die neue Therapie trotz neuer bzw. moderat verstärkter Nebenwirkungen sicher und erfolgreich durchführbar.

Zur Steuerung der Behandlung sind Stoppregeln für Patienten, die keine Heilung mehr erreichen können, eingeführt worden. Zur Behandlungswoche 12 bzw. 24 muss die HCV-RNA im Serum unter

100 IU/ml bzw. unter der Nachweisgrenze liegen. Wird dies nicht erreicht, muss die gesamte Therapie beendet werden.

Telaprevir

Wegweisend für die Zulassung von Telaprevir waren drei Phase-III-Studien, abgekürzt ADVANCE, REALIZE und ILLUMINATE, in die insgesamt ca. 1.300 nicht vorbehandelte und vorbehandelte Patienten eingeschlossen wurden.^{6,7,8} Die oben beschriebene Definition des anhaltenden raschen virologischen Therapieansprechens (eRVR) für Boceprevir fällt für die Therapie mit Telaprevir entsprechend der unterschiedlichen Therapieregime anders aus. Telaprevir wird ohne eine „Lead-in-Phase“ und nur für die ersten 12 Wochen der Therapie mit PEG-Interferon-alfa/Ribavirin kombiniert. Ein eRVR unter Telaprevir liegt vor, wenn die HCV-RNA im Serum 4 und 12 Wochen nach Therapiebeginn mit der Dreifachtherapie nicht nachweisbar ist. Die Triple-Therapie umfasst die Einnahme von je 2 Tabletten à 375 mg Telaprevir (Incivo®) alle 8 Stunden zusammen mit einer kleinen, fettreichen Mahlzeit sowie die Gabe von PEG-Interferon-alfa s.c. einmal wöchentlich und Ribavirin zweimal täglich in einer gewichtsabhängigen Dosierung. Nach der 12-wöchigen Dreifachtherapie schließt sich eine Behandlung mit PEG-Interferon-alfa und Ribavirin allein je nach virologischem Ansprechen und/oder Vorbehandlungsstatus über weitere 12 bzw. 36 Wochen an. Liegt die HCV-RNA-Konzentration zu Woche 4 oder 12 über 1000 IU/ml bzw. ist HCV-RNA zu Woche 24 noch nachweisbar, muss die Therapie beendet werden, da keine Chance mehr auf eine Heilung besteht. Wie bei der Behandlung mit Boceprevir ist auch unter Telaprevir die genaue Einnahmetreue der Tabletten entscheidend für den Therapieerfolg, und Dosisreduktionen sind nicht erlaubt.

In den Studien ADVANCE und REALIZE wurden Wirksamkeit und Verträglichkeit einer Telaprevir-basierten Therapie bei unvorbehandelten Patienten und bei Patienten mit Therapieversagen auf eine Kombinationstherapie mit PEG-Interferon-alfa/Ribavirin untersucht. Die Möglichkeit einer Therapieverkürzung von 48 auf 24 Wochen wurde in der ILLUMINATE (unvorbehandelte Patienten) und mehreren Phase-II-Studien (Patienten mit Rückfall) untersucht.

Alle Studien zeigten eine hoch-signifikante Verbesserung der dauerhaften Ansprechraten unter Dreifach- im Vergleich zur Zweifachtherapie. Bei bisher nicht be-

handelten Patienten konnte bei 75% der mit Telaprevir, PEG-Interferon-alfa und Ribavirin behandelten Patienten ein anhaltendes virologisches Therapieansprechen (SVR) erzielt werden gegenüber 46% bei Patienten, die nur die Zweifachtherapie erhielten. Insgesamt konnte die Therapie bei 58% der Patienten in der Ersttherapie von 48 Wochen auf 24 Wochen verkürzt werden, ohne dass sich die Heilungschancen verschlechterten. Vorbehandelte Patienten, unterteilt nach (a) virologischem Rückfall (Relapse), (b) partiellem Ansprechen und (c) vollständig fehlendem Ansprechen (Null-Response) auf die Vortherapie erreichten SVR-Raten von (a) 84%, (b) 61% bzw. (c) 31% mit der Triple-Therapie gegenüber (a) 22%, (b) 15% bzw. (c) 5% in der Kontrollgruppe mit der Zweifachtherapie. Dies zeigt, dass eine Verbesserung der Therapiechancen für jede Subgruppe nachweisbar ist, dass jedoch die Sensitivität gegenüber der Behandlung mit PEG-Interferon-alfa/Ribavirin, die durch das Ansprechen in der Vortherapie (Relapse, partielles oder vollständig fehlendes Ansprechen) definiert ist, entscheidend für die Wahrscheinlichkeit einer Heilung ist.

Die häufigsten zusätzlichen Nebenwirkungen unter der Telaprevir-basierten Dreifachtherapie waren ein Hautausschlag („Rash“, bis zu 37%), gastrointestinale Nebenwirkungen, ein analer Pruritus und eine verstärkte Anämie. Der Hautausschlag führte in bis zu 10% zum Abbruch der Gabe des Telaprevirs und in bis zu 3% zusätzlich zum Abbruch der gesamten Therapie, war aber insgesamt durch medikamentöse Therapie in den meisten Fällen gut behandelbar. Zur Therapie der Anämie war durch die Begrenzung der Gabe des Telaprevirs auf die ersten 12 Wochen der Behandlung keine Gabe von Erythropoetin notwendig. Auch Telaprevir führt bei der gleichzeitigen Gabe von vielen Medikamenten zu teilweise erheblichen Wechselwirkungen, sodass eine genaue Absprache und Anpassung mit dem/der behandelnde(n) Arzt/Ärztin notwendig ist.

Zukünftige Therapieoptionen

Die Zulassungen von Boceprevir und Telaprevir stellen Meilensteine in der Behandlung der HCV-Infektion dar. Allerdings können weiterhin ein Viertel bis ein Drittel aller Patienten mit einer HCV-Infektion auch mit der neuen Dreifachtherapie nicht geheilt werden. So sind z.B. sowohl Boceprevir als auch Telaprevir nur für Infektionen mit dem HCV-Genotyp 1 zugelassen. Weitere Einschränkungen er-

geben sich bei sogenannten Null-Response, bei Patienten mit fortgeschrittener Leberzirrhose, stattgehabter Organtransplantation oder Kontraindikation gegen Interferonpräparate oder Ribavirin. **Erfreulicherweise sind weitere Medikamente, die sich gegen andere Viruseiweiße oder Eiweiße der Leberzellen, die das Virus zur Replikation benötigt, in klinischer Erprobung.** Ein besonderes Augenmerk liegt auf den sogenannten **Interferon-freien Kombinationen** mehrerer dieser Medikamente, mit denen eine Viruseradikation grundsätzlich erreicht werden kann. In der Medizinischen Klinik 1 des Universitätsklinikums der Goethe-Universität Frankfurt am Main werden viele dieser neuen Therapien bereits im Rahmen von Studien angeboten. Bei Interesse kann kurzfristig ein Termin vereinbart werden.

Dr. med. Harald Farnik

Dr. med. Martin-Walter Welker

Prof. Dr. med. Christoph Sarrazin

Medizinische Klinik 1

Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Abkürzungen

DAA: direct antiviral agent;

eRVR: extended rapid virologic response;

HCV: Hepatitis-C-Virus;

HCV-RNA: Hepatitis-C-Virus-Ribonukleinsäure, direkter Virusnachweis;
(PEG)-Interferon-alfa: pegyliertes Interferon-alfa;
SVR: sustained virologic response

Literatur

1. Welker MW, Zeuzem S. Occult Hepatitis C: How Convincing Are the Current Data? *Hepatology* 2009; 49: 665-675.
2. Sarrazin C, Berg T, Ross RS, Schirmacher P, Wedemeyer H, Neumann U, Schmidt HH, Spengler U, Wirth S, Kessler HH, Peck-Radosavljevic M, Ferenci P, Vogel W, Moradpour D, Heim M, Cornberg M, Protzer U, Manns MP, Fleig WE, Dollinger MM, Zeuzem S. [Prophylaxis, diagnosis and therapy of hepatitis C virus (HCV) infection: the German guidelines on the management of HCV infection]. *Z Gastroenterol* 2010; 48: 289-351.
3. Lange CM, Sarrazin C, Zeuzem S. Review article: specifically targeted anti-viral therapy for hepatitis C – a new era in therapy. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 32: 14–28.
4. Poordad F, McCone J, Bacon BR, Bruno S, Manns MP, Sulkowski MS, Jacobson IM, Reddy KR, Goodman ZD, Boparai N, DiNubile MJ, Sniukiene V, Brass CA, Albrecht JK, Bronowicki JP. Boceprevir for Untreated Chronic HCV Genotype 1 Infection. *New England Journal of Medicine* 2011; 364: 1195–1206.
5. Bacon BR, Gordon SC, Lawitz E, Marcellin P, Vierling JM, Zeuzem S, Poordad F, Goodman ZD, Sings HL, Poordad F, Goodman ZD, Sings HL, Boparai N, Burroughs M, Brass CA, Albrecht JK, Esteban R. Boceprevir for Previously Treated Chronic HCV Genotype 1 Infection. *New England Journal of Medicine* 2011; 364: 1207–1217.
6. Jacobson IM, McHutchison JG, Dusheiko G, Di Bisceglie AM, Reddy KR, Bzowej NH, Marcellin P, Muir AJ, Ferenci P, Flisiak R, George J, Rizzetto M, Shouval D, Sola R, Terg RA, Yoshida EM, Adda N, Bengtsson L, Sankoh AJ, Kieffer TL, George S, Kauffman RS, Zeuzem S. Telaprevir for Previously Untreated Chronic Hepatitis C Virus Infection. *New England Journal of Medicine* 2011; 364: 2405–2416.
7. Sherman KE, Flamm SL, Afdhal NH, Nelson DR, Sulkowski MS, Everson GT, Fried MW, Adler M, Reesink HW, Martin M, Sankoh AJ, Adda N, Kauffman RS, George S, Wright CI, Poordad F. Response-Guided Telaprevir Combination Treatment for Hepatitis C Virus Infection. *New England Journal of Medicine* 2011; 365: 1014–1024.
8. Zeuzem S, Andreone P, Pol S, Lawitz E, Diago M, Roberts S, Focaccia R, Younossi Z, Foster GR, Horban A, Ferenci P, Nevens F, Mullhaupt B, Pockros P, Terg R, Shouval D, van Hoek B, Weiland O, Van Heeswijk R, De Meyer S, Luo D, Boogaerts G, Polo R, Picchio G, Beumont M. Telaprevir for Retreatment of HCV Infection. *New England Journal of Medicine* 2011; 364: 2417–2428.

Wie wird Hepatitis C übertragen?

Die Übertragungswege des Virus sind im Einzelfall oft unbekannt. Nur ein Teil der betroffenen Menschen kann nachvollziehen, wann er sich infiziert hat. Generell gilt, dass Hepatitis C nur über infiziertes Blut übertragen werden kann. Eine Infektion ist also überall möglich, wo jemand mit Blut, getrocknetem Blut oder auch mit Medikamenten, die aus Blut hergestellt wurden, in Berührung gekommen ist. Ist die Haut oder Schleimhaut intakt, kann das Virus den Menschen jedoch nicht infizieren, denn für eine Ansteckung müssen die Viren direkt in die Blutbahn gelangen. Das kann über Wunden oder Schleimhautrisse passieren oder indem die Viren mit einem infizierten Gegenstand in die Blutbahn eingetragen werden, z.B. durch eine Nadelstichverletzung, bei Magen-Darm-Spiegelungen oder beim Tätowieren*. Natürlich wird das Hepatitis-C-Virus auch beim intravenösen Drogengebrauch durch das

Benutzen der gleichen Nadel übertragen. Eine Infektion ist auch über unzureichend gereinigtes medizinisches Gerät sowie über Gegenstände des täglichen Gebrauchs möglich, wie z.B. über Nagelscheren, Rasierapparate oder Zahnbürsten, wenn diese mit infiziertem Blut in Kontakt gekommen sind.

Risiko Bluttransfusion

Das Virus wurde erst 1989 entdeckt. Erst danach konnten Bluttests entwickelt werden, um Infizierte zu diagnostizieren und Blutspenden zu testen. Bis 1990 war es also möglich, sich durch Transfusionen anzustecken. Auch Medikamente, die aus Blutplasma hergestellt werden (Immunglobuline, Gerinnungsfaktoren etc.) stellten ein Infektionsrisiko dar. Seit 1991 werden alle Blutspender auf Hepatitis C untersucht, sodass eine Übertragung auf diese Weise in Deutschland extrem selten geworden ist.

Wie lange ist das Hepatitis-C-Virus außerhalb des Organismus überlebensfähig? Dazu weiß man leider nicht viel. Experten gehen davon aus, dass Hepatitis-C-Viren je nach äußeren Bedingungen wenige Stunden bis maximal eine Woche infektiös bleiben. Wichtig zu wissen ist, dass man sich mit eingetrocknetem infiziertem Blut anstecken kann. Ist infiziertes Blut bereits geronnen und verkrustet, wird die Ansteckungsgefahr zwar geringer, eine Infizierung ist aber dennoch möglich. Hohlnadeln sind generell problematischer als einfache Nadeln, da sie über längere Zeit hinweg infektiöses Blut enthalten können.

Quelle:

<http://www.hepatitis-care.de/hcv/uebertragung.html>

* Anm. d. Redaktion: Bei unzureichender Sterilisation der Geräte.

Tumoren der Gallenwege durch Gallensaftanalyse zuverlässig erkennbar

Neuer Test ermöglicht die Erkennung von Krebs der Gallengänge mit hoher Empfindlichkeit

Das Gallengangskarzinom (CCC-Cholangiozelluläres Karzinom) ist der zweithäufigste Lebertumor – eine tückische Erkrankung, die oftmals spät, für viele Patienten zu spät erkannt wird. Gerade Patienten, die mit der Diagnose PSC (Primär sklerosierende Cholangitis) häufig auf eine Lebertransplantation warten, fürchten sich in der Wartezeit vor einem solchen Tumor.

Ein neuer Test kann mit hoher Genauigkeit Krebs der Gallenwege von chronischen Entzündungen unterscheiden. Das Verfahren ist wesentlich zuverlässiger als alle derzeit verfügbaren diagnostischen Verfahren und das erste, das sich zur Früherkennung eignen kann. Das ergab eine klinische Studie der Forscher **Dr. Tim Lankisch** und **Privatdozent Dr. Jochen Wedemeyer**, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), die sie zusammen mit **Professor Dr. Harald**

Mischak und **Dr. Jochen Metzger** von der Firma mosaïques diagnostics durchführten.

Die Forscher untersuchten 107 Gallensäfte von Patienten mit Gallengangverschluss. Der Gallensaft wurde im Rahmen einer Endoskopieuntersuchung der Gallengänge (sog. ERCP) entnommen. Anschließend wurde das Eiweißmuster der Flüssigkeit mit der von Professor Mischak entwickelten Proteomanalyse charakterisiert. So konnten sie bei den meisten Patienten einen bösartigen Tumor der Gallengänge, ein so genanntes cholangiozelluläres Karzinom (CCC), von einer Gallengangsentzündung unterscheiden – insbesondere bei Patienten mit einer Primär sklerosierenden Cholangitis (PSC), die ein Risikofaktor für ein Gallengangskarzinom ist.

„Bisher wird versucht, Krebs der Gallenwege mit Hilfe von Blutuntersuchungen, Computertomografien, Sonografien und



Dr. Tim Lankisch (links), PD Dr. Jochen Wedemeyer

ERCP frühzeitig zu erkennen. Doch diese Methoden erkennen die Krankheit oft zu spät, weil zwischen chronischen Entzündungen und Karzinom nicht genau genug unterschieden werden kann. „Für eine wirksame Therapie ist es dann oft zu spät“, sagt Dr. Lankisch. „Mit dem neuen Test kann auch dann Krebs diagnostiziert werden, wenn sich die Gallenwege, wie z.B. bei PSC-Patienten, chronisch entzündet und somit verändert haben.“

Quelle: PM der MH Hannover vom 10.3.2011

Foto: K. Kaiser, MHH

Krankenhausinfektionen reduzieren – Nicht alle sind vermeidbar

ALERTS-Studie am Universitätsklinikum Jena

In Deutschland erkranken jährlich 400.000 bis 600.000 Menschen an Infektionen, die sie im Zusammenhang mit einer Behandlung im Krankenhaus erwerben. Längst nicht alle dieser Infektionen sind vermeidbar: Lebensnotwendige Maßnahmen der modernen Medizin wie Beatmung oder Venenkatheter erhöhen das Infektionsrisiko, und das bei immer älteren, häufig chronisch kranken, mehrfach verletzten oder immungeschwächten Patienten. Schlimmstenfalls entwickelt sich aus der Infektion eine lebensgefährliche Sepsis. Schätzungen zufolge versterben jedes Jahr 7.500 bis 15.000 Menschen an den Folgen von Krankenhausinfektionen. Im August 2011 startete eine Präventionsstudie für Krankenhausinfektionen am Universitätsklinikum Jena. Diese soll zur Verringerung der

Krankenhausinfektionen beitragen. **In den kommenden vier Jahren sollen etwa 75.000 Patienten des Uniklinikums Jena erfasst und systematisch auf Krankenhausinfektionen untersucht werden. Bestandteil der Studie sind umfassende Fortbildungsmaßnahmen zur Infektionsprävention und die Bewertung der Wirksamkeit dieser Maßnahmen.**

Ziel der Studie: Infektionsrate um 20% verringern

„Etwa ein Drittel der Krankenhausinfektionen gilt als vermeidbar; wir wollen ein wirksames Präventionsprogramm entwickeln und so die Rate der Krankenhausinfektionen um mindestens 20% reduzieren“, beschreibt Professor Dr. Frank Brunkhorst das Ziel der ALERTS-Studie. Der Intensivmediziner und Sepsisspezia-



Das ALERTS-Team um Prof. Dr. Frank Brunkhorst (l.) und Dr. Stefan Hagel (r.) wird gemeinsam mit den Pflegekräften auf den Stationen insgesamt etwa 75.000 Patienten des Universitätsklinikums Jena in der Präventionsstudie für Krankenhausinfektionen erfassen.

list leitet das auf vier Jahre angelegte Großprojekt des Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrums für Sepsis und Sepsisfolgen CSCC am Universitätsklinikum Jena.

Zunächst werden ein Jahr lang alle Krankenhausinfektionen erfasst. „Sobald bei einem Patienten während der stationären Behandlung eine Therapie mit einem Antibiotikum begonnen wird bzw. die Art eines verschriebenen Antibiotikums geän-

Foto: M. Schacke/UKJ

dert wird, nehmen wir ihn in unsere Untersuchung auf“, erklärt Studienleiter Dr. Stefan Hagel den Ablauf. In einem zweiten Studienabschnitt werden bewährte und neue Präventionsmaßnahmen klinikumsweit eingeführt. Dazu gehören die Optimierung von Arbeitsabläufen mit Hilfe von Checklisten, spezielle Schulungen für Ärzte und Pflegende, der Verzicht auf

Katheter, wann immer es möglich ist, und natürlich eine effektive Händehygiene. „Wir wollen vor allem diejenigen Faktoren erkennen und bekämpfen, die der strengen Befolgung der meist bestens bekannten Hygieneregeln im Klinikalltag entgegenstehen“, so Stefan Hagel. „Unser Ziel sind pragmatische, auf den jeweiligen Bereich und seine Patientengruppe zugeschnitte-

ne Infektionspräventionskonzepte, die sich im Stationsalltag auch umsetzen lassen.“

Quelle: PM des UK Jena vom 17.8.2011

Anmerkung der Redaktion:

In der Ausgabe 2/2012 lesen Sie dann einen ausführlicheren Bericht zum Thema Multiresistente Keime.

Therapiemöglichkeit bei Leberkrebs:

Die Selektive Interne Radiotherapie (SIRT)



Das Hepatozelluläre Karzinom (HCC)

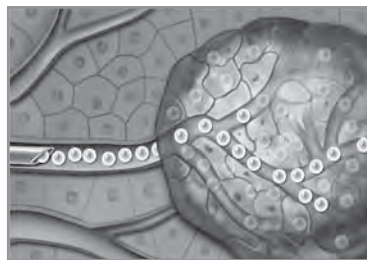
Das hepatozelluläre Karzinom tritt häufig bei Personen auf, deren Leber aufgrund anderer Erkrankungen, wie Hepatitis oder Alkoholsucht, bereits stark geschädigt ist oder die an einer Zirrhose leiden. Mit knapp 750.000 diagnostizierten Fällen im Jahr zählt HCC zu den zehn häufigsten Krebsarten weltweit¹ und stellt die dritthäufigste Todesursache unter den Krebserkrankungen dar. Das hepatozelluläre Karzinom ist in Regionen mit hohem Hepatitisauftreten am häufigsten verbreitet, so zum Beispiel im asiatisch-pazifischen Raum und Südeuropa.

Behandlungsmöglichkeiten

Leberkrebs kann nur durch einen operativen Eingriff geheilt werden, entweder durch die Entfernung der erkrankten Leberteile oder durch Transplantation einer gesunden Spenderleber. Diese Interventionen kommen jedoch bei der Mehrheit der Patienten nicht in Frage. Deren Überlebenszeit liegt zu diesem Zeitpunkt zwischen einigen Monaten und zwei oder selten auch mehreren Jahren – je nach Zustand der Leber und dem Ausmaß des Tumorbefalls.

Zu den alternativen Behandlungsmethoden, die erwiesenermaßen die Überlebenszeit von Patienten mit inoperablem HCC verlängern, zählen die transarterielle perkutane Chemoembolisation (TACE), welche aufgrund des Postembolisationsyndroms wiederholte Interventionen und Krankenhausaufenthalte nach sich zieht, und **Sorafenib**, ein oral verabreichter Arzneistoff, der zweimal täglich eingenommen wird, aber leider Nebenwirkungen haben kann, die bei mehr als einem Drittel der Patienten (38%) zum Behandlungsabbruch führen.²

In einer Studie (ENRY-Studie) wurden die Ergebnisse mit einer weiteren Therapie-methode, der Radioembolisation, aufgezeigt.



Das Wirkprinzip der Radioembolisation

Die Selektive Interne Radiotherapie (SIRT) ist eine minimal-invasive Krebstherapie. Im Gegensatz zur herkömmlichen Bestrahlung von außen durch gesundes Gewebe hindurch wird bei der SIRT die Strahlenquelle durch kleinste radioaktive Kügelchen – die so genannten SIR-Spheres® – direkt in den Tumor geleitet.

Dort wirken die SIR-Spheres® punktgenau und können für jeden Patienten individuell dosiert verabreicht werden, sodass das umliegende Gewebe weitestgehend geschont wird. Die SIRT macht sich hierbei die spezifischen Durchblutungswege der Leber zu Nutze: Gesundes Lebergewebe erhält einen Großteil seiner Blutversorgung über die Pfortader (Vena portae) und bedeutend weniger über die Leberarterie (Arteria hepatica). Für Lebertumoren gilt das Gegenteil – sie werden über die Leberarterie mit Blut versorgt. Folglich werden die SIR-Spheres® mit Hilfe eines dünnen Katheters direkt durch die Leberarterie zum tumorösen Gewebe gebracht, wo sie dann gezielt wirken können.

Studienergebnisse

Die ENRY-Studie hat gezeigt, dass die Radioembolisation von genau diesen Patienten sehr gut angenommen wurde. Mehr als die Hälfte (54,5%) hatte lediglich mit Ermüdungserscheinungen zu kämpfen. Etwa ein Drittel (32%) meldete Übelkeit und Erbrechen. Etwas mehr als ein Viertel (27,1%) klagte über Bauchschmerzen und

einer von zehn Patienten hatte leichtes Fieber als Nebenwirkung. All diese Symptome traten nur vorübergehend auf. Bei einer sehr kleinen Anzahl von Patienten (3,7%) bildeten sich gastrointestinale Geschwüre, welche auftreten können, wenn einige Mikrokügelchen versehentlich in eine Magenarterie gelangen.

Im Allgemeinen werden SIR-Spheres® nur einmal verabreicht, entweder allein oder in Verbindung mit einer fortlaufenden Chemotherapie.

„Basierend auf der ENRY-Studie“, schlussfolgert Prof. Sangro, „glauben wir, dass die Radioembolisation bei einer Reihe von Patienten mit primärem Leberkrebs routinemäßig angewendet werden sollte. Die Radioembolisation kann zudem eine synergetische Option in Kombination mit neuen Medikamenten, zum Beispiel dem Tyrosinkinase-Inhibitor Sorafenib, sein.“

Quelle: 7.7.2010, PM des European Network on Radioembolisation with Yttrium 90 resin microspheres

Info: Ärzte und Patienten, die Interesse an der Teilnahme an einer der zwei kürzlich gestarteten, randomisierten Kontrollstudien zur SIRT-Therapie haben, können sich auch hier informieren: www.soramic.de. Diese SORAMIC-Studie wird in Europa zum Einsatz von SIR-Spheres in Kombination mit Sorafenib im Vergleich zu Sorafenib allein mit HCC-Patienten durchgeführt.

¹ 2 GLOBOCAN. Liver Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008. <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/liver.asp> accessed 28 June 2011.

² Llovet J, Ricci S, Mazzaferro V et al for the SHARP Investigators Study Group. Sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma. *New England Journal of Medicine* 2008; 359: 378–390.

Leber Centrum München (LCM):

Patientenveranstaltung und Regionaltreffen Lebertransplantierte Deutschland e.V.

Zusammenarbeit mit langer Tradition: Bereits zum 12. Mal organisierte das Klinikum Großhadern (LCM) gemeinsam mit unserem Verein die jährliche Patientenveranstaltung Lebertransplantation. Diese Kontinuität, geprägt von gegenseitiger Unterstützung, hob **Prof. Dr. A. L. Gerbes, Leiter LCM**, dann auch besonders hervor, als er die etwa 250 Interessierten begrüßte, die am Samstag, dem 21. Mai 2011, der gemeinsamen Einladung gefolgt waren. „Wir hoffen, dass wir Ihnen allen gerecht werden können!“, formulierte Prof. Dr. Gerbes die Erwartungen des anwesenden Ärzte-Teams der Chirurgischen Klinik und der Medizinischen Klinik 2. Und er versäumte es nicht, gleich zu Anfang seiner Kollegin, Frau Alexandra Ulrich, zu danken für die hervorragende Organisation im Vorfeld der Veranstaltung.

Josef Theiss, scheidender langjähriger **Koordinator Südbayern** unseres Vereins, erinnerte an den Beginn der Zusammenarbeit vor knapp 13 Jahren, skizzierte die Entwicklung des Vereins Lebertransplantierte und lobte das Engagement der Ärzte, die sich immer Zeit nehmen für ihre Patienten.

Prof. Dr. B. Meiser, Leiter Transplantationszentrum München der LMU (TxM) und Präsident von Eurotransplant, äußerte sich anerkennend über die Etablierung des LCM als interdisziplinäre Einrichtung, gerade auch in Hinblick auf die aktuelle politische Diskussion zur gesetzlichen Neuregelung der Organspende.

Bei den sich anschließenden Vorträgen wurde – und das war besonderes Anliegen der Veranstalter – Wert gelegt auf eine allgemein verständliche Darstellung der Themen rund um die Lebertransplantation.

PD Dr. G. Denk referierte über das akute Leberversagen als Sonderfall der Transplantationsmedizin (vgl. Artikel auf S. 8 dieses Heftes).

In einem weiteren Vortrag behandelte **PD Dr. M. Rentsch** die Leberallokation in der MELD-Ära und die Auswirkungen auf die Ergebnisqualität bei Lebertransplantationen (Ltx). In Deutschland würde eine Ltx bei einem MELD von 30–35 noch als erfolgversprechend eingestuft, im Vergleich dazu bewerte man in den USA eine Ltx bei einem MELD von 26 bereits als



Zwei Leberlebenspendepaare: Henry und Irene Kühner (LLtx vor über 10 Jahren) und Ludwig und Hedwig Raab (LLtx 2011)

risikoreich. Die Wahrscheinlichkeit, nach einer Ltx zu versterben, sei darum in Deutschland definitiv höher als in anderen Ländern. Eine Gesetzesänderung sei zwingend erforderlich, um dem akuten Organmangel zu begegnen.

Auf die Leberlebenspende als einen selbstbestimmten Ausweg aus dem Organmangel (versehen mit einem deutlichen Fragezeichen) ging anschließend **PD Dr. M. Guba** ein. Am Beispiel der Familie Raab (die er später im Interview vorstellte) konnte der Chirurg eindrucksvoll verdeutlichen, dass auch diese Möglichkeit eine Berechtigung habe, eben weil dies manchmal die einzige Chance sei. Wichtigste Kriterien seien neben der absoluten Freiwilligkeit der Entscheidung des Spenders dessen höchste Sicherheit.

Im zweiten Teil der Veranstaltung („Der Patient im Mittelpunkt – Transplantierte berichten“) stellte **PD Dr. C. Rust** eine junge Frau aus Augsburg vor, die gemeinsam mit ihrem Lebensgefährten über ihren dramatischen Krankheitsverlauf berichtete. Erst als nach Listung und eingehender Ursachenforschung eine Autoimmun-Hepatitis als Ursache für die bedrohlichen Leberbeschwerden diagnostiziert werden konnte, hatte eine Behandlung Erfolg. Die Patientin wurde solange noch gelistet, bis sich ihre Leberwerte normalisierten.

Im Interview (**Prof. Dr. R. Zachoval**) berichtete Helmut Thaler aus Dachau, neuer Koordinator Südbayern unseres Vereins, über seine Lebertransplantation. Nach der Diagnose Leberzirrhose/Leberkrebs erhielt der Familienvater nach „nur“ acht Monaten auf der Warteliste im August 2008 im Klinikum Großhadern eine neue Leber. „Der Leber ging es sehr gut, aber der Kopf hat verrückt gespielt!“, meinte Thaler scherzhaft. Erst eine neue Einstellung der Immunsuppressiva brachte Besserung. Die Lebensfreude kehrte zurück, heute kann der 60-Jährige wieder seinen Beruf ausüben und ist vollends zufrieden. Ein engmaschiges Netz der Nachsorge im Klinikum und in der Betreuung durch den Hausarzt garantiert, dass das so bleibt.

In der Leidensgeschichte des Ehepaares Raab (Moderation **PD Dr. M. Guba**) wird die ganze Dramatik des Organmangels offenkundig. Frau Raab litt an einer Zystenleber. Das Dilemma: Ihr Zustand wurde immer lebensbedrohlicher, doch ihre MELD-Punktezahl reichte nicht aus, um ein neues Organ bekommen zu können. Im November 2010, auf der Wartepatientenveranstaltung im Klinikum Großhadern, hatte das Ehepaar erstmals von der Möglichkeit der Leberlebenspende erfahren. Von da an war für Ludwig Raab klar: Er wird seiner Frau Hedwig einen Teil

seiner Leber spenden. „Es gab keine Alternative! Es war selbstverständlich für mich!“ Dr. Guba dazu: „Herr Raab war ein sehr aktiver Spender, total motiviert.“ Zunächst strikt dagegen, hatte seine Frau dann doch eingewilligt. Schließlich war ihr Ehemann kerngesund – das bestärkte sie in ihrer Zuversicht. Der Heilungsverlauf gestaltete sich nahezu komplikationsfrei, beiden geht es gut. Ein bewegender Augenblick, als sich dann, am Ende der Veranstaltung, die Ehepaare Kühner und Raab im großen Hörsaal gegenüberstanden. Beide Ehemänner haben ihren Frauen einen Teil der Leber gespendet: Henry Kühner seiner Irene vor nunmehr 10 Jahren, Ludwig Raab seiner Hedwig vor knapp 100 Tagen.

Dennoch muss man sich immer vor Augen führen: Die Leber-Lebendspende wird nur wegen des gravierenden Organmangels durchgeführt. Wie wichtig unserem Verein Lebertransplantierte die Aufklärung der Bevölkerung zur Erhöhung der Spendebereitschaft ist, verdeutlichte **Jutta Riemer, Vorsitzende**. In ihrer Dankesrede würdigte sie das Engagement von Josef Theiss als langjährigem Koordinator Südbayern und stellte seinen Nachfolger Helmut Thaler offiziell vor. Durch das Klini-



Prof. Dr. A. L. Gerbes, Leiter LCM (re.) überreicht Josef Theiss eine Ehrenurkunde

kum wurde das verdienstvolle Wirken von Josef Theiss mit der Überreichung einer Ehrenurkunde gewürdigt. Nachdem sich der Geehrte speziell bei den Professoren Gerbes und Zachoval sowie beim gesamten Ärzteteam bedankte für die hervorragende Unterstützung, erbat er Gleiches auch für seinen Nachfolger.

Am Ende der Veranstaltung überraschte Josef Theiss mit einem riesigen Blumenstrauß die verduztzte Frau Ulrich. Auch an dieser Stelle nochmals ein herzliches Dankeschön für die hervorragende Organisation der Patientenveranstaltung.

Renate Pauli

Mainz: 5. Patientencafé in der Universitätsmedizin

Etwa 50 Patientinnen und Patienten und auch Angehörige nahmen am 8.9.2011 am 5. Patientencafé in der Mainzer Uniklinik teil.

Prof. Dr. G. Otto, der kurz zuvor aus Glasgow vom Kongress der Europäischen Gesellschaft für Organtransplantation (ESOT) zurückkam, berichtete kurz zu Beginn über die dort erworbenen Erkenntnisse zum Thema Immunsuppression.

Anschließend stellten sich Internisten der Medizinischen Klinik I und Transplantationschirurgen unseren Fragen. Das Ganze fand in kleinen Gruppen, in einer lockeren Atmosphäre bei Kaffee und leckerem Kuchen statt.

Mittlerweile ist diese Art von Patientenveranstaltung sehr beliebt. Das nächste Patientencafé in Mainz findet im Advent, am 8.12.2011, von 16.00–18.00 Uhr statt. Dann gibt es vorher gegen 15.00 Uhr zusätzlich einen Film von Prof. Dr. G. Otto, der den Ablauf einer Lebertransplantation zeigt. Dazu sind alle recht herzlich eingeladen.

Mariele Höhn

Liebe Frau Mariele Höhn,

heute habe ich mein Begrüßungsschreiben durch die Mitgliederverwaltung von „Lebertransplantierte Deutschland e.V.“ erhalten. Sie erinnern sich, dass ich Sie am Donnerstag in Mainz angesprochen habe. Nun bin ich im Verein und freue mich schon auf unsere weiteren Begegnungen. Ich hoffe und wünsche mir, dass wir recht lange in so guter Verfassung bleiben werden. Die Einrichtung des Patientencafés in Mainz finde ich hervorragend. Alle können voneinander profitieren. Ich habe es ja schon selber als Wartender erlebt, wie ermutigend bereits Transplantierte gewirkt haben. Und nun kann ich schon einem ehemaligen Zimmerkollegen Hoffnung geben. Erstaunt bin ich immer wieder über die kompetente Beteiligung der Ärzte an unseren Tischen mit den ausführlichen Informationen und der Beantwortung all unserer Fragen. Besonders erlebe ich das Vertrauen, das schon über die lange Vorgeschichte aufgebaut wurde und so immer wieder erneuert und verstärkt wird. Auch an Ihrem Infostand bin ich fündig geworden! Da lag ein einzelnes Exemplar (Lebenslinien Heft 1/2009) – als läge es speziell für mich bereit – darin ein Artikel zum Thema Domino-Lebertransplantation bei Amyloidose. Als betroffener Empfänger einer Amyloidose-Leber bin ich für solche Informationen besonders dankbar. Natürlich auch über den Patientenbericht von Dennis Phillips, mit dem ich mich schon mal während meines Klinikaufenthaltes ausgetauscht habe. Gerne komme ich zum nächsten Patientencafé und freue mich schon auf den angekündigten Film über eine Ltx.

Herzliche Grüße

Dieter Wünschel

Universitätsklinikum Aachen: Neuer Direktor an der Chirurgischen Klinik

Professor Dr. Ulf Neumann ist seit dem 1. März 2011 Direktor der Chirurgischen Klinik am Universitätsklinikum Aachen. Der 42-Jährige ist Nachfolger des langjährigen Klinikchefs Professor Dr. Dr. h.c. Volker Schumpelick, der emeritiert wurde.

Ulf Neumann war zuletzt leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor an der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Chirurgischen Zentrum der Charité in Berlin. In der Bundeshauptstadt hat er auch seine medizinische Ausbildung absolviert, promoviert und habilitiert. Der neue Chef-

Chirurg ist ein ausgewiesener Experte für Lebertransplantationen, einem Gebiet, das am Universitätsklinikum Aachen neu aufgebaut wird. Darüber hinaus gehört die onkologische Chirurgie zu seinen Kernkompetenzen, beispielsweise das Operieren von Leber-, Darm- oder Bauspeicheldrüsentumoren.

An seinem bisherigen Standort wurden unter seiner Federführung pro Jahr über 300 Leberresektionen durchgeführt und ein interdisziplinäres Darmzentrum auf-



gebaut. Aachen ist für den gebürtigen Westfalen kein unbekanntes Terrain: Bevor er sich für die Medizin entschied und nach Berlin ging, hat Ulf Neumann in den 1980er Jahren für kurze Zeit Maschinenbau an der RWTH Aachen studiert. Er ist verheiratet und hat zwei Töchter.

Foto: privat

Pressekontakt

Angelika Christ

Leiterin Stabsstelle Kommunikation

Universitätsklinikum Aachen

Transplantationszentrum Würzburg: Zwei neue Professuren

Die Medizinische Fakultät der Universität Würzburg und der Klinikumsvorstand haben im Rahmen der Reaktivierung und Erweiterung des Transplantationszentrums Würzburg eine W2-Professur für Hepatobiliäre und Transplantationschirurgie eingerichtet. Auf diese wurde **Dr. Ingo Klein** aus San Francisco berufen. Klein war in den vergangenen drei Jahren an der University of California, San Francisco als Assistant Professor in der Transplantationschirurgie tätig und konnte dort an einem der größten Transplantationszentren in den USA umfangreiche Kennt-

nisse in der Transplantationschirurgie und Transplantationsmedizin erwerben, die er nun in Würzburg einbringen möchte. Außerdem ist eine W2-Professur für Hepatologie mit dem Schwerpunkt im Bereich Transplantationshepatologie geschaffen worden. Den Ruf für diese Professur hat **PD Dr. Andreas Geier** angenommen, der bisher am Universitätsspital Zürich in der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie sowie im Direktorium des Transplantationszentrums Bereich Lebertransplantation tätig war.



Fotos: privat

Dr. Ingo Klein (links) und PD Dr. Andreas Geier

Anfang September 2011 wurde mittlerweile die erste Lebertransplantation seit 2007 durchgeführt. Der Patientin geht es gut.

Universitätsklinikum Würzburg

Rostock: Patiententreffen im Uniklinikum

Das 2. Treffen der neu gegründeten Rostocker Kontaktgruppe fand am 1. September im Universitätsklinikum Rostock statt. Das Treffen wurde gemeinsam von der Chirurgischen Universitätsklinik und der Rostocker Kontaktgruppe organisiert. Knapp 40 Patienten sowie zahlreiche Angehörige nahmen an der Veranstaltung teil, die von Herrn Joachim Linder aus dem Vereinsvorstand begleitet wurde.

Nach Begrüßung durch **Prof. Dr. Klar** und **Frau Reiche** als Leiterin der Rostocker Kontaktgruppe stellte **Schwester Sabine Schulz** in einem ausführlichen Referat mit zahlreichen Bildbeispielen die interdisziplinäre Intensivstation vor, um den Wartelistepatienten eine Vorstellung von den ersten Tagen nach der Operation zu geben und Bedenken und Ängste vor der „unbekannten“ Intensivstation zu nehmen.

Im Anschluss beantwortete Professor Klar zahlreiche drängende Fragen aus dem

Auditorium, wie zum Beispiel zu neuen Entwicklungen der immunsuppressiven Therapie, zum postoperativen Durchgangssyndrom oder zum aktuellen Status der Organzuteilung durch Eurotransplant. Insbesondere das MELD-score-System und der aktuelle Zustand der Warteliste sowie Faktoren, die Einfluss auf die Punktvergabe haben und damit die Dringlichkeit verändern können, wurden erläutert.

Nach einem Imbiss wurde das Hauptreferat des Treffens von Herrn **Wolfgang Ludwig** von TransDia zum Thema Transplantation und Sport gehalten. Als langjähriger Vorsitzender des Vereins und Transplantationspatient erklärte er ausführlich die aufbauenden Aspekte von regelmäßiger sportlicher Betätigung gerade nach einer erfolgreichen Transplantation. Die positiven psychischen, sozialen und körperli-



(v.l.n.r.) Dr. Gock, Herr Linder, Frau Prof. Dr. Rau, Prof. Dr. Klar, Herr Reiche, Frau Reiche, Frau Burde, Frau Heiden

chen Auswirkungen, insbesondere die deutlich gesteigerte Lebensqualität wie auch die medizinischen Grundlagen wurden den Anwesenden eingehend erläutert und mit praktischen Beispielen vor Augen geführt. Zum Abschluss wurden nochmals zahlreiche Fragen zu diesem Themenkomplex beantwortet, sodass wir auf eine sehr informative und erfolgreiche Veranstaltung zurückblicken können.

Dr. Michael Gock

Foto: Thomas Wodetki

Organspende und Transplantation DSO-Zahlen Januar – August 2011



Obwohl das Thema Organspende im letzten Jahr stärker in den Fokus der deutschen Medien geraten ist, ist die Zahl der gespendeten Organe weiter stark rückläufig.

Schon zum Ende des Jahres 2010 lag die Zahl der Organspenden in Deutschland bei ca. 16 pro Millionen Einwohner (pmi). In den ersten acht Monaten dieses Jahres ist diese Zahl weiter zurückgegangen. Bei 799 Personen im Vergleich zu 868 im selben Zeitraum des Vorjahres ist die Anzahl der Organspenden um acht Prozent geringer zwischen Januar und August 2011. Im Vergleich dazu hat Spanien mehr als 33 pmi, also mehr als doppelt so viele Organspender wie in Deutschland.

Prof. Dr. Kirste, DSO, sagt dazu:

„...Die Organspendezahlen in diesem Jahr sind im Vergleich zum Vorjahr erneut rückläufig – eine besorgniserregende Entwicklung, die es aufzuhalten gilt. ...“

... Jeder Einzelne kann etwas dafür tun, dass mehr Menschen einen Organspendeausweis ausfüllen. Gerade diejenigen, die durch eine Organspende ein neues Leben geschenkt bekommen haben, können anderen Menschen ein positives Beispiel geben und zeigen, was man mit einem „Ja“ auf dem Organspendeausweis bewirken kann. Dafür gibt es viele Möglichkeiten: im Gespräch mit Freunden, Arbeitskollegen oder Verwandten, bei Infoveranstaltungen in Schulen, auf der Straße oder im Sportverein. ...“

Die vorläufigen DSO-Zahlen zeigen, dass Leberspenden um 10,8% fielen auf 498 Organe in den ersten sechs Monaten dieses Jahres im Vergleich zum Jahr 2010. Allerdings ist in Deutschland als Organimporteur zwischen Januar und Juli die Zahl der Lebertransplantationen nur minimal um 1,3% auf 586 gefallen. Das heißt, dass die anderen Länder, die an

Eurotransplant teilnehmen (Belgien, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Slowenien) die zusätzlichen Organe liefern, die hierzulande nicht gespendet wurden.

Nach wie vor bleibt Transplantation eine Verwaltung des Organmangels. Bis zu diesem Zeitpunkt ist 2011 ein schlechteres Jahr als 2010. Es besteht die Hoffnung, dass die neue Entscheidungslösung ab 2012 zu mehr Organspenden führen könnte. Auf jeden Fall sollen die Krankenkassen dazu verpflichtet werden, alle ihre Mitglieder über Organspenden zu informieren und danach zu einer Erklärung aufzufordern. Die Antworten können positiv, negativ oder unentschieden ausfallen, daher ist der Ausgang noch ungewiss.

Dennis Phillips



Gute Aussichten

Die Aussichten für Eurotransplant (ET) sehen für das Jahr 2012 dank einiger positiver Entwicklungen sehr gut aus. Dies zeigte sich bei einem Treffen von knapp 300 Ärzten und anderen Transplantationsspezialisten, das im Oktober 2011 am Hauptsitz von Eurotransplant in den Niederlanden stattfand.

Einer der wichtigsten Punkte ist die zu erwartende Änderung, welche die deutsche Position zur Organspende betrifft. Durch diese Änderung wird eine viel größere Anzahl von Menschen angeregt, sich für oder gegen eine Organspende zu entscheiden oder noch keine Entscheidung zu treffen, wenn sie ihre Gesundheitskarte der Krankenversicherung erhalten. Von dieser sogenannten „Entscheidungslösung“ kann ein starker Anstieg von potenziellen Organspendern in Deutschland erwartet werden.

Dies ist notwendig, da die Organspenden in Deutschland nach der Eurotransplant-Statistik in den ersten neun Monaten des Jahres 2011, verglichen mit dem gleichen Zeitraum im letzten Jahr, um



Dr. Axel Rahmel, Medical Director und Vorstandsmitglied von Eurotransplant, Leiden

6,6% abgenommen haben. In Österreich nahmen die Organspenden im gleichen Zeitraum um 9,5%, in Kroatien sogar um 16,7% zu. Damit wird es Kroatien an die Spitze der Organspenderliste innerhalb von Eurotransplant bringen. So setzt Kroatien in der Eurotransplant-Gemeinschaft neue Maßstäbe in Bezug auf die Organspende. Die Strategien, die in Kroatien an-

gewandt wurden, um die Zahl der Organspenden zu erhöhen, könnten möglicherweise als Vorbild für andere ET-Länder genutzt werden.

Ungarn wird am 1.1.2012 als vorläufiges Mitglied Eurotransplant beitreten. Das ist die zweite gute Nachricht, weil dies möglicherweise die Zahl der Organspenden erhöhen wird. Das Eurotransplant-Gebiet umfasst zurzeit Belgien, Deutschland, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich und Slowenien. „Die durchschnittliche Zahl von Organspendern in Ungarn mit ca. 14 pro Million Einwohner (pmp) wird dazu beitragen, die verfügbare Menge an Organen in den Eurotransplant-Ländern zu vergrößern, besonders für Patienten, die als HU (High Urgency oder Hochdringlichkeitspatienten) eingestuft sind“, betonte Dr. Axel Rahmel, der Ärztliche Direktor von Eurotransplant.

Prof. Dr. Ferenc Perner, der 38 Jahre lang als Transplantationschirurg in Ungarn gearbeitet hat, berichtete, in Ungarn würden mehr Organe gespendet, als dort im Augenblick gebraucht würden. „Alle mitteleuropä-



Eurotransplant Präsident Prof. Dr. Bruno Meiser (Mitte) mit Direktor Arie Oosterlee (rechts) beim Eurotransplant Jahrestreffen im Oktober 2011 in Leiden, Niederlande. (Prof. Dr. Meiser leitet auch das Transplantationszentrum am Klinikum Großhadern, München.)

schen Länder haben mehr Organe – Herzen und Lebern – als mögliche Empfänger, und das ist auch jetzt noch der Fall“, erklärte Prof. Dr. Perner von der Semmelweis Medical University in Budapest.

Er selbst hat sich seit mehr als 20 Jahren für den Beitritt Ungarns zur Eurotransplant-Gemeinschaft eingesetzt. In Ungarn wurden letztes Jahr von 159 Verstorbenen Organe gespendet, aber nur die Hälfte dieser Spenden stammten von Mehrfachspendern (multiorgan donors); „denn da keine Herz-Patienten auf der Warteliste standen, wurden die Herzen nicht entnommen“, berichtete Prof. Dr. Perner einem erstaunten Publikum. „Im Jahr 2010 gab es in Ungarn 20 Herzspenden, aber es befanden sich nur 17 Patienten auf der Warteliste“, erklärte er. Es wurden 43 Lebertransplantationen durchgeführt, auf der Warteliste für eine Leber standen dagegen 85 ungarische Patienten. Dieses Verhältnis von Spendern zu Empfängern ist verglichen mit anderen Eurotransplant-Ländern sehr günstig. „Wir wollen mit Eurotransplant eng zusammenarbeiten, unser Ziel ist die vollwertige Mitgliedschaft“, sagte Prof. Dr. Perner abschließend.

Im Seminar „Ethics Meeting“ wurde auch das Problem der Verweigerung von Organspenden durch Angehörige angesprochen. Durch die Abnahme von schweren Verkehrsunfällen in Europa sowie die Nichtraucher-kampagnen wird die Zahl der Organspenden während des nächsten Jahrzehnts weiter abnehmen, zeigte Michael Bos vom „Netherlands Health Council“ (Gezondheidsrad) auf. „Organspenden-Management, besonders innerhalb der Intensiv-Stationen, ist von zunehmender Bedeutung innerhalb von Eurotransplant. „Wir sollten die Ablehnung von Organspenden durch Angehörige

ge möglichst verringern“, schlug er vor. In den Niederlanden lehnten im Jahr 2010 52% der Angehörigen auf Nachfrage eine Organspende ab. Deshalb hat man in den Niederlanden einen Transplantationsbeauftragten für regionale Zentralkliniken angestellt, welcher die umliegenden Kliniken besucht, die mit dem Zentralklinikum kooperieren. Das Ergebnis ergab fast eine Verdoppelung der familiären Zustimmung zur Organspende, von nur 27% im Jahr 2010 auf 52% Zustimmung in der ersten Hälfte 2011. Ein belgischer Arzt erklärte, dass 70–80% der Familien einer Organspende auf Nachfrage zustimmten.

„Ein Teil ihrer Arbeit als Transplantationsbeauftragte besteht darin, das Personal der Krankenhäuser in der Kommunikation zu schulen, um die Ablehnungen der Angehörigen zu verringern“, sagte Dr. Marije Smit aus Groningen. „Zusätzlich unterhalten die Organspende-Spezialisten eine „24/7 Help Desk“ (ständig besetzte Anlaufstelle), an welcher alle Fragen, die ein Krankenhaus zur Organspende hat, beantwortet werden. „Diese ‚Hotline‘ führte bereits zu fünf zusätzlichen Organspenden im Jahr 2010“, erwähnte sie.

In manch anderen Ländern sieht das ganz anders aus. „Wenn Sie sich in Bulgarien nicht lange vor dem Zeitpunkt, an dem Sie eventuell eine Organspende benötigen, selbst zu einer Spende bereit erklärt haben, können Sie bei Bedarf auch nicht berücksichtigt werden“, stellte ein Arzt dieses Landes, welches kein Mitglied von Eurotransplant ist, fest.

Eine weitere Änderung wird – wie angekündigt – die Vorstellung eines Registers, welches die Lebertransplantationen in Deutschland dokumentiert und weiterverfolgt (Liver Transplant Follow-Up Registry),

ab 1. Januar 2012 bringen. Im letzten Jahr gab es einen deutlichen Anstieg im mittleren „MELD-score“, den man für eine Lebertransplantation in Deutschland einsetzt. (Dieser Score spiegelt die Wahrscheinlichkeit wider, die nächsten drei Monate die Lebererkrankung zu überleben. Je höher der Punktwert, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, drei Monate zu überleben und desto dringlicher eine Lebertransplantation¹). Der mittlere MELD liegt in Deutschland bei 33–34, verglichen mit ungefähr 25 in Belgien und 20 MELD-Punkten in den Niederlanden. Dabei ist allerdings zu beachten, dass nur 25% der Spenderlebern in Deutschland auf Grund der aus Laborwerten berechneten MELD-Punkte zugeteilt werden. Weitere 20% der Spenderlebern werden derzeit an Patienten mit speziellen Lebererkrankungen (sogenannte „Standard-Ausnahmen wie z.B. Patienten mit Hepatocellulärem Karzinom (HCC)) vermittelt. 15% der Spenderlebern gehen an Patienten mit „Hoher Dringlichkeit“, weitere 40% werden über das beschleunigte Vermittlungsverfahren durch Eurotransplant vermittelt. Hierbei handelt es sich um Spenderlebern, bei denen ansonsten aus Zeitnot ein Organverlust drohen würde.

Manche Ärzte stellten einen Langzeit-Nutzen einer Lebertransplantation bei Patienten mit früheren Krebserkrankungen in Frage. „Es gibt einen Unterschied zwischen der Einstufung im MELD-score und dem wirklichen Zustand eines Patienten“, stellte ein Arzt fest. „Der Chirurg ist dazu besser imstande, das beste Ergebnis vorherzusagen als das Zuteilungssystem, das wir im Augenblick benutzen“, schloss er seine Ausführungen ab.

Eurotransplant wurde vor 44 Jahren gegründet. Das Jahr 2011 war ein sehr ertragreiches und herausforderndes Jahr. Eurotransplant setzt und überwacht die Maßstäbe und Regelungen zur Organtransplantation innerhalb der Eurotransplant-Länder und neuen Gebieten, die sich eventuell anschließen werden. Neben der Erweiterung durch Ungarn haben auch andere osteuropäische Länder ihr Interesse an einer Kooperation mit Eurotransplant bekundet. Die Zukunft sieht sehr positiv aus.

Dennis Phillips

Übersetzung: Andrea Royl

¹ Zitat: Jutta Riemer, „Krank genug für eine Spenderleber – oder: bekommen die richtigen Patienten das richtige Organ?“, „Lebenslinien“ 2/2011 Seite 5.

Der diesjährige Jahreskongress der DSO fand unter dem etablierten Leitmotiv „Wege gemeinsam gehen“ vom 30.6–1.7.2011 in Frankfurt am Main statt.

Vier wichtige Themenkomplexe standen auf dem Programm. Der erste beschäftigte sich mit Fragen der Gewährleistung von Qualität und Sicherheit bei der Organspende. Es ist nicht ganz einfach, eine Balance zwischen Risiko, Infektion und Überlebenschance zu finden.

Ein weiteres wichtiges Thema war die Angehörigenbetreuung. Verschiedene Fallbeispiele wurden aufgeführt. Eine Schwester erzählte die Geschichte ihres verstorbenen Bruders, der mit seiner Organspende sieben Menschen das Leben rettete. Es wurde auch zur Diskussion gestellt, ob Transplantierte ihre Spenderfamilie kennen lernen sollten. Ein interessantes, aber heikles Thema, das nicht genau beantwortet werden konnte. Dr. Christa Wachsmuth, Geschäftsführende Ärztin DSO-Region Ost, meinte, dafür bräuchte man ein entsprechendes Netzwerk, das aber noch nicht geschaffen wäre.

Es folgte ein Erfahrungsbericht über die weitere Optimierung des DSO-Projekts „Efa“ (Entscheidungsbegleitung für Angehörige). Angehörigengespräche sollten von erfahrenen Ärzten durchgeführt werden. Eine gute Gesprächsführung sei hier sehr wichtig und dementsprechend sollten diese Ärzte geschult sein. Bis jetzt fanden 54 Seminare für solche Gespräche statt. Diese bestehen aus gesprächspsychologischen Inhalten und Erfahrungen der Koordinatoren, unterstützt durch Lehrfilme aus der Praxis.

In einer Untersuchung wurden Angehörige gefragt, wie sie die Bitte um eine Organspende erlebt haben:

37,7 % waren überrascht

8,9 % schockiert

40,4 % hatten die Frage erwartet

Nach der Organspende können die Angehörigen entscheiden, ob sie weiteren Kontakt zur DSO wünschen, ob sie über das Transplantationsergebnis informiert werden und einen Dankesbrief erhalten möchten oder einer Nachbetreuung wie z.B. einem Angehörigentreffen zustimmen.

Auf die Frage nach Ablehnungsgründen wurde Folgendes genannt:



- Zweifel am Hirntod
- Religiöse Gründe
- Nicht akzeptieren des bereits eingetretenen Todes
- Entstellung des Leichnams (war die größte Angst)
- Organhandel

Der dritte Themenkomplex „Transplantationsmedizin im Spiegel der Öffentlichkeit“ beschäftigte sich mit der Medienberichterstattung über das Thema Organspende. Kein leichtes Thema für Journalisten, die richtige Balance zu finden zwischen öffentlicher Aufklärung und sensationellen Ereignissen. Journalisten stehen unter Druck, hauptsächlich ginge es ihnen um Werbeverträge. Aber Werbung ist wichtig, auch bei Organspende. „Wir müssen auch mehr junge Leute ansprechen, diese bewegen sich meist im Internet“, meinte Dr. Thomas Breidenbach, Geschäftsführender Arzt der DSO Bayern. Der „Fall Steinmeier“ hätte eine sehr große Medienpräsenz erzielt, hat aber an den Organspendezahlen letztlich nichts verändert. Trotzdem sollte man durch Einbindung prominenter Menschen versuchen, Aufmerksamkeit zu bewirken.

Prof. Jo Groebel, Direktor Deutsches Digital Institut Berlin, warnte davor, auf Menschen Druck auszuüben, auch vor dem Abnutzungseffekt. Wenn Medien ständig über ein Thema berichteten, dann würde es mit der Zeit uninteressant.

Hans-Dieter Hillmoth, Geschäftsführer Radio FFFH, war der Meinung, je mehr Kampagnen und Verbündete desto besser, man

sollte auf jeden Fall versuchen aufzufallen. „Die Eitelkeit der Politiker kitzeln, unter dem Motto ‚Hauptsache in den Medien‘, war seine Devise. Der Tag der Organspende allein brächte nicht viel. Dabei aber auch die Probleme zum Thema ansprechen, sonst machen es andere.“

Angeregt wurde in einer Diskussion, „humorvolle Spots“ zu drehen wie bei der Aidskampagne mit Hella von Sinnen oder der Slogan zum Thema Rauchen: „Rauchen macht Falten“. So etwas für Organspende anzuwenden, erwies sich aber als schwierig.

Ein weiteres wichtiges Thema war das Zwischenergebnis des Projekts „Inhousekoordination in Universitätskliniken und Krankenhäusern mit neurochirurgischen Intensivstationen“. Ziele sind die Steigerung der Spenderzahlen sowie der Abbau der Wartelisten. 112 Krankenhäuser der Kategorie A+B haben sich daran beteiligt. Dr. Karl Blum, Leiter Geschäftsbereich Forschung, Deutsches Krankenhausinstitut, erläuterte die Rolle der Krankenhäuser dabei:

- Einsetzung von Inhousekoordinatoren (erfahrene Fachärzte)
- Quartalsweise Ermittlung von Todesfällen mit primärer und sekundärer Hirnschädigung
- Gemeinsame Analyse des Spenderpotenzials durch Krankenhäuser und DSO
- Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen
- Berichtspflichten gegenüber DSO und Wissenschaft

Dr. Blum forderte, dass auf jeden Fall Transplantationsbeauftragte auf jeder Intensivstation zu finden sein sollten, außerdem regelmäßige Fortbildungen für Mitarbeiter, Schulungen zum Angehörigengespräch, verbesserte und frühzeitige Kontaktaufnahme mit der DSO, eine verbesserte Präsenz und Beratung der Transplantationsbeauftragten und mehr Öffentlichkeitsarbeit. Unter anderem sollten quartalsweise Fallbesprechungen stattfinden, ein Qualitätszirkel Organspende eingerichtet werden und ein täglicher Report von möglichen Spendern auf der ITS auf der Basis der Aufnahmediagnose, erfolgen. Der Abschluss über das erste Ergebnis des Projekts „Inhousekoordination“ sollte voraussichtlich im Herbst 2011 veröffentlicht werden. Mit dem Ergebnisbericht des Gesamtprojekts rechnet man 2012.

Nach Ansicht von Dr. Gernot M. Kaiser vom Universitätsklinikum Essen ist das Organspendepotenzial in der BRD noch lange nicht ausgeschöpft. Das zeige sich in nachfolgender Tabelle:

Bettenzahl	potenz. Spender
< 150	0,06
150–349	0,012
≥ 350	0,015



Prof. Björn Nashan, Universitätsklinikum Hamburg, äußerte sich zunächst über die geplante Änderung des Transplantationsgesetzes (TPG). Mit der geforderten „Entscheidungslösung“ würden wir keine erhöhten Organspendezahlen erzielen. Ändern müsste sich was in der Struktur, so wie es in Spanien praktiziert wird. Spanien verfüge über ein staatlich organisiertes Gesundheitssystem, das eine gut bezahlte Inhousekoordination hat. Nach seiner Meinung bräuchte Deutschland eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung und eine Kostenanalyse. In Spanien gäbe es 177 Transplantations-Koordinations-

teams, in Deutschland 117, geplant wären 151. Die Ablehnungsrate in Spanien läge unter 20%, in Deutschland bei ca. 50%. Außerdem betreibe man dort eine bessere Aufklärungsarbeit. Auch gäbe es dort weniger Entnahmekrankenhäuser, aber dafür mehr Transplantationsbeauftragte.

Weitere Kriterien für eine hohe Spendenzahl seien:

- die erweiterte Widerspruchsregelung
- eine nationale staatliche Zentrale
- der gesamte Organspendeprozess liegt in einer Organisation
- eine professionelle Transplantationskoordination (Netzwerk)

Um in Deutschland nachhaltige Erfolge zu erzielen forderte Prof. Nashan:

- Einbeziehung der Intensivmediziner, Neurologen, Neurochirurgen
- Einbeziehung der Bevölkerung (Aufklärung, z.B. in Schulen)
- Kostenanalysen (transparentes Gesundheitswesen)
- Datenbanken (Dialyse, Transplantation)

Das A und O aber in einer Klinik seien gut ausgebildete und engagierte Mitarbeiter.

Mariele Höhn

Weitreichende Änderungen des Transplantationsgesetzes (TPG) bis zum Jahresende geplant

TPG ist in die Jahre gekommen

Das am 1.12.1997 nach langem Ringen in Kraft getretene Transplantationsgesetz ist nunmehr beinahe 14 Jahre alt. Es hat einerseits den mehr als 53.000 Transplantationen in Deutschland, darunter 11.200 Lebertransplantationen, seit dem Inkrafttreten des Gesetzes einen stabilen gesetzlichen Rahmen geschaffen und sich so gesehen bewährt. Andererseits hat es auch Ziele, die mit dem Transplantationsgesetz erreicht werden sollten, teilweise verfehlt. So hat sich die Zahl der postmortalen Organspenden bei Weitem nicht im erwarteten Umfang erhöht, auch die Lebendspenden stagnieren. So warten schon heute mehr als 11.500 schwerkranke Wartepatienten auf das für sie lebensrettende Organ. Mehr als 1.000 Menschen sterben jährlich auf der Warteliste, wei-

tere 1.000 Schwerkranke werden jährlich von der Warteliste abgemeldet, weil sie so krank geworden sind, dass sie nicht mehr transplantiert werden können.

Die Gründe sind vielfältig. Die geringe Zahl der Inhaber von Organspendeausweisen trotz einer hohen grundsätzlichen Zustimmung zur Organspende und die mangelhafte Meldung von potenziellen Organspendern durch die Kliniken sind nur zwei Gründe für den aktuellen Organmangel. Die vom Transplantationsgesetz allen Krankenhäusern auferlegte Pflicht zur Förderung der Organspende wird von diesen mehrheitlich nicht befolgt.

Eigentlich nur eine „kleine“ Gesetzesänderung

Eigentlich war nur eine kleine Gesetzesänderung vorgesehen, mit der das TPG an

das europäische Recht angepasst werden sollte. Durch eine im Sommer 2010 in Kraft getretene Richtlinie hatte die EU ihre Mitgliedstaaten verpflichtet, durch Anpassung des nationalen Rechts bessere Standards für die Organentnahme und Organtransplantation zu schaffen und so das Vertrauen in die Organtransplantation zu stärken. Außerdem soll für Organentnahmen und Transplantationen eine verbesserte Datenlage geschaffen werden. Dieser Verpflichtung ist die Bundesregierung durch den im August 2011 dem Bundesrat vorgelegten Regierungsentwurf nachgekommen.

Der Regierungsentwurf geht allerdings über die EU-Richtlinie hinaus, indem er zusätzlich die Bestellung eines Transplantationsbeauftragten für jedes Krankenhaus mit Intensivstation verpflichtend vor-

schreibt und auch einzelne Aufgaben des Transplantationsbeauftragten beschreibt.

Der Gesetzentwurf hat allerdings auch Schattenseiten. So beschränkt er die Pflicht zur Förderung der Organspende und zur Meldung potenzieller Spender auf die sogenannten „Entnahmekrankenhäuser“, also Kliniken mit Intensivstation oder Beatmungsbetten. Sowohl die Wortwahl als auch die Entlassung der anderen Krankenhäuser aus der Pflicht zur Förderung der Organspende werden deutlich kritisiert.

Zunehmende Verschärfung des Organmangels löst breite Debatte aus

Parallel zu dem Gesetzesvorhaben ist eine breite öffentliche Debatte ausgelöst worden, wie dem herrschenden Organmangel besser begegnet werden kann. Ausgelöst wurde die Debatte durch die Ankündigung einer Initiative der beiden Fraktionsvorsitzenden von CDU/CSU und SPD, Kauder und Steinmeier. Letzterer hatte seiner Frau als Lebendspender 2010 eine Niere gespendet.

Äußerungsregelung soll bisherige erweiterte Zustimmungsregelung ablösen

Im Rahmen der Debatte festigte sich die Auffassung, dass die gegenwärtig geltende erweiterte Zustimmungslösung einer der Gründe für den Organmangel sei und dass aus diesem Grunde die Zustimmung zur Organspende anders geregelt werden müsse.

Im Rahmen der Debatte tauchte auch die Forderung nach der Widerspruchslösung auf, der sich auch einige Landesgesundheitsminister zunächst anschlossen. Inzwischen ist die Widerspruchslösung weitgehend wieder aus der öffentlichen Diskussion verschwunden, nachdem sie teilweise als nicht verfassungsgemäß und für die Bevölkerung als derzeit nicht zumutbar angesehen wird.

Nun soll bis zum Jahresende ein fraktionsübergreifender Gruppenantrag in die laufende Gesetzgebung zur Änderung des Transplantationsgesetzes eingebracht werden, der die erweiterte Zustimmungsregelung durch die Erklärungsregelung (auch Äußerungsregelung genannt) ersetzen soll. Diese Erklärungsregelung hat zum Inhalt, dass jeder mindestens einmal im Leben nach vorheriger Aufklärung gefragt wird, ob er bereit ist, nach dem Tod einer Organspende zuzustimmen. Jeder soll wie bisher die Möglichkeit haben, einer Organspende zuzustimmen oder diese abzulehnen bzw. auf bestimmte Organe zu be-

schränken. Zusätzlich soll auch die Optionsmöglichkeit geschaffen werden, sich (noch) nicht zu entscheiden und dies zu dokumentieren. Die Entscheidung soll dann wohl auf der neuen elektronischen Gesundheitskarte dokumentiert werden. Auch andere Möglichkeiten zur Dokumentation, wie z.B. die Beibehaltung des Organspendeausweises, sind noch in der Diskussion. Dagegen wird inzwischen der Eintrag auf dem Führerschein oder dem Personalausweis genauso abgelehnt wie die Einrichtung eines bundesweiten Organspenderregisters.

Auswirkungen umstritten

Ob die Aufnahme der Äußerungsregelung ins Transplantationsgesetz mehr Zustimmung zur Organspende bringen wird, ist umstritten. Der Vorteil der Äußerungsregelung gegenüber der bisherigen erweiterten Zustimmungsregelung ist allerdings, dass nun dem Gesetz die Erwartung einer Entscheidung über die Organspende zu entnehmen ist. Trifft ein potenzieller Organspender keine Entscheidung und ist auch den Angehörigen oder dem Lebenspartner kein Entschluss des potenziellen Spenders zur Organspende bekannt, so sollen wie bisher die Angehörigen die Entscheidung unter Beachtung des Willens des potenziellen Organspenders nach Feststellung des Todes treffen. Die Möglichkeit, die Entscheidung über die Organspende einem Dritten zu übertragen, soll ergänzend erhalten bleiben. Die Gesetzesänderungen sollen Anfang 2012 in Kraft treten.

Weitere Maßnahmen zur Verringerung des Organmangels notwendig

Zusätzlich zu den vorgesehenen Gesetzesänderungen, die voraussichtlich zum Jahresanfang 2012 in Kraft treten sollen, sind weitere Maßnahmen dringend erforderlich, um die Bereitschaft zur postmortalen Organspende nach Feststellung des Hirntods zu erhöhen und damit den bestehenden Organmangel zu verringern.

Solche verpflichtende Maßnahmen, die auch von unserem Patientenverband Lebertransplantierte Deutschland e.V. gefordert werden, sind u.a.:

- Verbesserung der Aufklärung über Organspende und Transplantation durch individuelle fachkundige Aufklärung und nachhaltige bundesweite Anzeigenkampagnen in den Medien,
- stärkere Einbindung von Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen und Selbsthilfegruppen in diese Aufklärung nach vorheriger Schulung,
- Bereitstellung ausreichender finanzieller Mittel zur besseren neutralen Aufklärung, z.B. durch die BZgA,
- bessere Schulung und Begleitung der medizinischen und pflegenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den Intensivstationen durch Supervision u.ä.,
- Aufnahme der Transplantation und Organspende in die verbindlichen Lehrpläne ab dem 9. Schuljahr und entsprechende Schulung der Unterrichtenden,
- Schaffung der organisatorischen Voraussetzungen für die verbesserte Meldung potenzieller Organspender durch die Krankenhäuser,
- Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen zur Durchführung der Organspende in den Spenderkliniken,
- Verbesserung der Nachsorge und des dauerhaften sozialversicherungsrechtlichen Schutzes der Lebendspender,
- Verbesserung organerhaltender Therapien und Medikamente,
- bessere Prävention zur Verhinderung von schweren Erkrankungen, die eine Transplantation erforderlich machen,

Nur wenn die Organspende und die Transplantation im Bewusstsein der Gesellschaft eine Gemeinschaftsaufgabe für alle wird, können schwerkranke Patienten die Hoffnung haben, dass ihnen durch den Erhalt eines lebensrettenden Organs geholfen wird.

Joachim F. Linder

*Harm Bengen
Der Abdruck erfolgt mit
freundlicher Genehmigung von toonpool.com,
der weltweit größten
Cartoon-Web-Seite.*



Ein Zwischenruf

Organspende auch mit Patientenverfügung möglich!

Der aktuell immer noch vorhandene Rückgang der Organspendezahlen wird auch von Medizinern damit begründet, dass die Patientenverfügungen immer mehr zunehmen und diese die Organspende ausschließen würden.

Das ist richtig und falsch zugleich. Eigentlich haben Patientenverfügung und die Zustimmung zu einer Organspende überhaupt nichts miteinander gemeinsam. Die Patientenverfügung gilt vor dem Tod. Die Organspende setzt den Hirntod und dessen akribische Feststellung durch zwei unbeteiligte Fachärzte voraus. Und doch gibt es Berührungspunkte. Für die postmortale Organspende kommen nur Spender infrage, deren Hirntod festgestellt ist. Allerdings müssen diese noch künstlich beatmet und deren Blutkreislauf trotz des Hirntods aufrechterhalten werden. Wer also keine weitere Beatmung im Sterbeprozess wünscht und wer auf dem Abschalten der Herz-Lungen-Maschine, auf einem Verzicht auf

künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr besteht, der macht eine Organspende nach seinem Tod medizinisch unmöglich, selbst wenn er in einem Organspendeausweis seine Zustimmung zur Organspende erklärt hat.

Menschen, die einer Organspende nach ihrem Tode zustimmen wollen, sollten daher neben ihrem mitgeführten Organspendeausweis auch in ihrer Patientenverfügung ihre Bereitschaft zur Organspende ausdrücklich erklären und für den Fall der Organspende folgenden Zusatz in die Patientenverfügung aufnehmen:

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

lassen werden, die nach ärztlichem Ermessen eine Organspende nach meinem Tode ausschließen würden.“

Nur etwa 1% aller Verstorbenen kommt aus medizinischen Gründen als Organspender überhaupt in Frage. Die den obigen Zusatz enthaltende Patientenverfügung gilt also in 99% aller Todesfälle in vollem Umfang. Es ist also ohne Weiteres möglich, auch mit einer gut formulierten Patientenverfügung Organspender zu werden, wenn dies gewünscht wird.

Übrigens: Sowohl Patientenverfügung als auch Organspendeerklärung sollten rechtzeitig – am besten gleich nach Erstellung bzw. Änderung – mit den nächsten Angehörigen und oder dem Lebenspartner besprochen werden. So werden schwere Entscheidungen in ohnehin schlimmen Stunden den Angehörigen bzw. dem Lebenspartner erspart.

Joachim F. Linder

Park für die Organspende in Halle

Symbol des Hoffens, Erinnerns und Dankens

Der „Park des Hoffens, des Erinnerns und des Dankens“ in Halle unter der Schirmherrschaft der Oberbürgermeisterin Dagmar Szabados ist bundesweit bislang einzigartig und hat das Ziel, die Organspende stärker in die Mitte der Gesellschaft zu rücken. In einer Festveranstaltung pflanzte im September 2011 unter anderem der Popmusiker Laith Al-Deen auf der Salinehalbinsel in Halle einen neuen Baum. Der Mannheimer Musiker setzt sich schon seit mehreren Jahren für Organspende ein. „Ich sehe das Pflanzen eines Baumes als Zeichen einer Verbindung, die beständig und fest verwurzelt sein soll. Eine Roteiche gilt als durchsetzungsstarker Baum, was gleichbedeutend mit der Hartnäckigkeit ist, mit der das Thema Organspende in die Öffentlichkeit getragen werden muss. Jetzt gilt es, „meinem“ Baum gerecht zu werden“, machte der Musiker deutlich.

An der Festveranstaltung nahmen etwa 130 Personen teil. Verschiedene Personen



Foto: DSO

und Selbsthilfegruppen und Verbände konnten sich dort präsentieren. Unseren Verband LD e.V. vertrat unser Ansprechpartner Roland Schier durch ein Grußwort.

In Deutschland ist Organspende oft noch ein Randthema. In anderen Ländern, wie zum Beispiel den USA, werden Organspender und ihre Angehörigen öffentlich viel stärker gewürdigt und anerkannt. Der Park in Halle ist damit als gutes Beispiel deutschlandweit ein Vorreiter. „... er wächst mit jedem neu gepflanzten Baum und stärkt damit die Aufmerksamkeit für

lebenserhaltende Organspenden“, erklärte die Oberbürgermeisterin Dagmar Szabados. Die Stadt Halle pflegt das 30.000 Quadratmeter große Grundstück, auf dem im Oktober 2008 die ersten Bäume gepflanzt wurden.

Angehörige von Organspendern, Transplantierte und jeder, der mit dem Thema Organspende zu tun hat, hat die Möglichkeit, den Park mitzugestalten. Zeit zum Innehalten und Nachdenken sollen nicht nur Betroffene dort finden, sondern auch alle Einwohner und Besucher der Stadt Halle.

Lebertransplantierte Deutschland hat dem Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr in einem Brief vorgeschlagen, eine ähnliche bundesweite Aktion in Berlin ins Leben zu rufen. Das wäre ein gutes Signal dafür, dass nicht nur einzelne örtliche oder Länderaktionen die Organspende in den Fokus nehmen, sondern es sich hier um ein gesamtdeutsches, gesamtgesellschaftliches Anliegen handelt.

Quelle: PM der DSO vom 20.9.2011

Dankgottesdienst in der Thomaskirche zu Leipzig

Zum vierten Mal fand – nach 2001, 2004 und 2007 – am 3.9.2011 der Dankgottesdienst mit der Thematik „Organspende rettet Leben“ in der Leipziger Thomaskirche statt. Die deutsche Stiftung Organtransplantation, Region Ost mit dem Team um Dr. Christa Wachsmuth, hatte federführend, gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Leipzig, Prof. Dr. Johannes Hauss, dem Dialyseverband Sachsen e.V., Annegret Bresch sowie Lebertransplantierte Deutschland e.V. Region Sachsen, Roland Schier, diese Veranstaltung vorbereitet.

Diese Veranstaltung wurde in der Presse der Stadt Leipzig und im Bereich Sachsen-Anhalt angekündigt. Es nahmen ca. 200 Personen teil.

Die Predigt in der Thomaskirche wurde in beeindruckender Weise von Pfarrerin Britta Taddiken gehalten. Das MDR-Fernsehen hatte am 4. September 2011 in der Regionalsendung darüber berichtet.

Am anschließenden Empfang im Matthäi-Haus nahmen ca. 120 Personen teil. Neben den oben genannten Organisatoren nahmen auch der Beigeordnete für Fa-

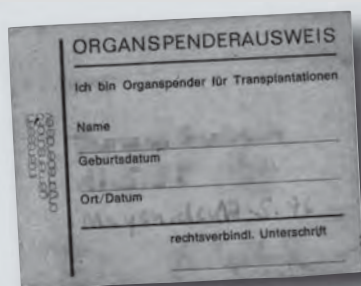


Foto: DSO

milie, Gesundheit und Soziales der Stadt Leipzig, Professor Fabian, und natürlich die Gastgeberin Pfarrerin Britta Taddiken teil. Mit Patienten und Besuchern im Gespräch waren auch weitere Ärztinnen und Ärzte des Transplantationszentrums Leipzig. Herr Schier bedankte sich nochmals

bei Pfarrerin Taddiken für die vom Geist der Nächstenliebe geprägte Predigt. Die Teilnehmer waren sich einig, dass dieser Gottesdienst in Leipzig nicht der letzte gewesen sein sollte.

Roland Schier



40 Jahre Organspendeausweis

Das kleine Stück Papier, das Leben retten kann, gibt es seit 40 Jahren. Laut einer Meldung der Märkischen Oderzeitung wurden am 3. November 1971 die ersten deutschen Organspendeausweise ausgegeben. Ab und zu sieht man sie noch: die ganz alten Ausweise. Der abgebildete von 1976 wurde gegen einen neuen „offiziellen“ an unserem Stand beim Kirchentag eingetauscht.

Quelle: PM der DSO vom 7.9.2011

Schwimmen heißt, nicht aufzugeben

Gudrun Manuwald-Seemüller lebt mit einer fremden Leber. Sport half ihr über schwierige Phasen hinweg.

Nach der Operation konnte sie vor Erschöpfung keine fünf Schritte mehr gehen. Heute ist Gudrun Manuwald-Seemüller eine der schnellsten „Super-Veterans“ im Schwimmbecken: Die 61-Jährige gehört, wenn sie zu den Weltmeisterschaften der Transplantierten reist, zu den Favoritinnen in ihrer Altersklasse. Von den Spielen im schwedischen Göteborg im Juni kam die Sportlerin mit vier Medaillen zurück. Zwei Mal Gold im Brustschwimmen, Bronze für den Freistil. Und eine weitere Goldmedaille, mit der die Orschel-Hagenerin nicht gerechnet hätte: „Just for fun“, sagt sie, sei sie auch beim Kugelstoßen angetreten. Ganz spontan, ohne vorher dafür trainiert zu haben. Um sportliche Höchstleistungen unter Druck geht es bei diesen Weltmeisterschaften ohnehin nicht. Im Mittelpunkt steht, wie Gudrun Manuwald sagt, „fun“ – Spaß und im wahrsten Wortsinn Lebensfreude. Eine Lebensfreude, die in dieser Intensität wahrscheinlich nur jemand empfinden und ausstrahlen kann, der sein Leben fast verloren hätte. So wie Gudrun Manuwald, der vor neun Jahren eine Spenderleber implantiert wurde.

Da lagen bereits 19 Monate Wartezeit und eine jahrzehntelange Krankengeschichte hinter ihr. Bei der Geburt ihres ersten Kindes 1978 war es zu Komplikationen gekommen, Gudrun Manuwald bekam ein Blutgerinnungspräparat, über das sie sich mit einer chronisch aggressiven Form von Hepatitis C infizierte. Das allerdings sollte sich erst Jahre später herausstellen. Denn zunächst hatte die junge Mutter nicht nur mit ständig wiederkehrenden gesundheitlichen Problemen, sondern auch mit harten Vorurteilen und falschen Diagnosen zu kämpfen: Selbst ein Teil der behandelnden Ärzte unterstellte ihr krankhaften Alkoholkonsum, um eine plausible Erklärung für ihre Lebererkrankung zu haben.

Ein Spender rettet sieben Leben. Gudrun Manuwald bekam ihr Spenderorgan buchstäblich in letzter Minute. Für viele andere Patienten in Deutschland kommt die Hilfe allerdings zu spät. „Um den Bedarf zu decken, bräuchte man 34 Organspender pro eine Million Einwohner“, erläutert Gudrun Manuwald. Die Spanier beispielsweise erreichen diese Marke prob-

lemlos. Deutschland aber liegt mit einem statistischen Wert von 15,9 im internationalen Vergleich ganz weit hinten. Mit der Folge, dass etwa jeder Zweite, der auf der Warteliste steht – derzeit sind es rund 10.000 Menschen – nicht rechtzeitig ein Spenderorgan bekommt.



Jeder, der sich bereit erklärt, seine Organe im Ernstfall für die Transplantation freizugeben, rettet nicht nur ein, sondern mehrere Leben – im Idealfall sind es sieben. Herz, Lunge und Dünndarm werden entnommen, Leber und Niere können aufgesplittet und damit jeweils zwei Patienten eingesetzt werden. Gudrun Manuwald rät Spendenwilligen, einen Organspendeausweis bei sich zu tragen. Zwar darf auch die Familie eines hirntoten Patienten der Entnahme der Organe zustimmen, aber: „Für die Angehörigen ist es brutal, in dieser Situation eine solche Entscheidung treffen zu müssen“, sagt Gudrun Manuwald.

Der Todestag des Spenders ist auch der Tag, an dem ein anderes Leben eine

zweite Chance bekommt. Deshalb beginnt jedes Sportereignis der Transplantierten mit einer Gedenkminute für die Spender im Rahmen der Eröffnungsfeier. Es ist Dankbarkeit und Respekt, der die 1.500 Menschen aus 53 Nationen mit den Familien ihrer Spender verbindet: „Denn ohne sie wären wir alle nicht da“, sagt Gudrun Manuwald, die seit ihrer Transplantation regelmäßig an sportlichen Wettbewerben teilnimmt: Deutsche Meisterschaften, Europameisterschaften, Weltmeisterschaften, im Sommer wie im Winter. Der Sport, sagt sie, hat sie über die schlimmsten Phasen ihrer Krankheit hinweg begleitet: Sich zu bewegen heißt, nicht aufzugeben, weiterzuleben. Einmal pro Woche trifft sie sich mit einer Gruppe der TSG Reutlingen zum Schwimmtraining – als einzige Transplantierte. Eine Sonderbehandlung ist nicht nötig: Sportliche Belastungen schaden dem Körper mit dem fremden Organ nicht, im Gegenteil. Die transplantierten Sportler treten in ganz normalen Sportarten an: Schwimmen, Leichtathletik, Golf, Squash oder Volleyball zum Beispiel. „Voraussetzung ist allerdings, dass die Transplantation mindestens ein Jahr zurückliegt“, erläutert Gudrun Manuwald. Außerdem gibt es Belastungstests, die sicherstellen, dass jeder Teilnehmer der körperlichen Herausforderung seiner jeweiligen Disziplin gewachsen ist.

Dass sie viele Medaillen mit nach Hause bringt – sie hängen am Wohnzimmer-schrank – macht Gudrun Manuwald stolz. Trotzdem ist der Erfolg letztlich Nebensache. Viel wichtiger ist es der gelernten Physiotherapeutin, andere Transplantierte kennenzulernen und Freunde wiederzusehen. Die Teilnehmer der Weltmeisterschaften kommen aus den USA, Australien oder China, selbst aus dem Iran, aus Nepal oder Bhutan reisen Menschen aller Altersklassen an. Sie alle verbindet die Freude daran, sich bewegen zu können und die Fähigkeit, das Leben im wörtlichen Sinne als Geschenk zu begreifen. Mit wessen Leber sie weiterlebt, weiß Gudrun Manuwald nicht, denn die Spender und ihre Familien bleiben grundsätzlich anonym. Aber: „Ich passe gut auf sie auf, sie ist doch jetzt ein Stück von mir.“

Marion Schrade

**Mit freundlicher Genehmigung
des Reutlinger General-Anzeigers**

Foto: privat

Aufklärung über Organspende – Auch so geht es

Der Kontakt zur BKK-vor-Ort kam zustande über die Kontaktgruppe Mönchengladbach-Viersen. In einem Vorgespräch mit Frau Curstein aus dem Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der BKK-vor-Ort-Zentrale in Bochum verabredeten wir (Rudi Hildmann und Dieter Bernhardt) eine Informationsveranstaltung zum Thema Organspende im Foyer der Zentrale. Diese Veranstaltung war als Test gedacht. Per Mailing wurden alle Mitglieder der BKK-vor-Ort Bochum angeschrieben und gebeten, sich an diesem Tag mit dem Thema Organspende zu beschäftigen und Fragen mit uns als Experten zu klären.

Hier füge ich der Einfachheit halber den Text der Mail von Frau Curstein ein, der alles aussagt:

Guten Morgen zusammen!

Zunächst einmal möchte ich mich für die gute Zusammenarbeit ganz herzlich bedanken (auch bei Marius Ulber, der mit vollem Einsatz dabei war). Ich denke, es war eine gelungene Veranstaltung und es hat mir viel Spaß gemacht. Ich muss sagen, ich habe noch einiges dazu gelernt. Und ich fand es erstaunlich, wie viele Menschen sich an diesem Tag für einen Organspendeausweis entschieden haben. Hier folgt die Statistik:

– 96 Menschen, die einen Organspendeausweis ausgefüllt haben.



Infoteam: (v.l.) Ruth Curstein (BKK), Dieter Bernhardt, Karin Bernhardt, Moni Kuhlen (alle LD e.V.), es fehlt auf dem Bild Marius Ulber (BKK).

- 55 Menschen, die Infomaterial mitgenommen haben.
- 12 Menschen, die ihren alten Ausweis gegen einen neuen ausgetauscht haben.

Die meisten kamen mit unserem Anschreiben in der Hand vorbei. Viele haben auch ein ausführliches Gespräch mit den Experten geführt, teilweise waren wir gleichzeitig mit vier Personen im Gespräch.

Sensible Gesundheitsthemen sind über ein persönliches Beratungsgespräch sehr gut zu vermitteln. Daher sollten wir diese Veranstaltung zukünftig auch allen Standorten anbieten und für 2012 weitere Gesundheitsthemen aufnehmen. Na-

türlich sprechen wir hier mehr unsere Mitglieder als Fremdversicherte an, aber wir erreichen trotzdem die Öffentlichkeit – nach dem Motto „die tun was“.

*Mit freundlichen Grüßen
Ruth Curstein,
Presse-/Öffentlichkeitsarbeit*

Für uns könnte diese Veranstaltung ein zusätzlicher Ansatz für Organspendeaufklärung sein. Wir sind gespannt, wie sich dieser Beginn weiter entwickelt.

Dieter Bernhardt

Vom Freitag den 23.9. bis Sonntag 25.9.2011 habe ich bei der Info-Tour „Organpate“ als Kooperationspartner der BZgA unseren Verband mit einem Info-Stand vertreten. Das Pressegespräch sowie das TV-Interview hat unsere Ehrenvorsitzende Jutta Vierneusel übernommen. Die BZgA war mit sechs Mitarbeitern an den sehr gut und interessant gestalteten Info-Ständen vertreten. Auch der Verein Herztransplantation Süd-West e.V. war ebenfalls als Kooperationspartner anwesend. Leider war das Interesse der Besucher an der Ausstellung sehr gering.

Zwei Gespräche konnte ich mit Wartepatienten aus Mannheim führen, die seit zehn Tagen in Heidelberg gelistet sind. Sie haben großes Interesse an unserem Verein gezeigt.

Wolfgang Weber



Foto: privat

Foto: privat

Pro Widerspruchslösung

In der Süddeutschen Zeitung kritisiert Dr. Bruno Meiser, Präsident der Eurotransplant International Foundation, Leiden, und Leiter des Transplantationszentrums am Klinikum der Universität München den politischen Konsens für die „Entscheidungslösung“, weil es kaum einen Unterschied zu der derzeit gültigen Regelung für Organspende machen werde. „Bisher wurden viele Millionen Organspendeausweise verteilt und die meisten davon offensichtlich weggeworfen“, schrieb Dr. Meiser. Das Dilemma ist, dass der eigene Tod ein Tabuthema bleibt, womit sich die meisten Menschen nicht beschäftigen wollen. Dafür brauche Deutschland die Einführung der erweiterten Widerspruchslösung, sagte Dr. Meiser, damit das Leben von Tausenden Patienten gerettet werden könne. Aber das wird wahrscheinlich nicht geschehen, weil die meisten „der maßgeblichen gesellschaftlichen Vertreter“ es kategorisch ablehnen, schrieb er. Aber die Eurotransplant-Statistik zeige, dass die 16 Länder in West- und Mitteleuropa, die eine Widerspruchslösung haben, durchschnittlich 21 Spender pro Million Einwohner (pmi in 2009) haben. „Aber ... in Deutschland lag die Zahl in letzten Jahren zwischen 14 und 15 pmi. Zum Vergleich: Nachbarländer wie Belgien oder Österreich (Red.: beide Länder haben die Widerspruchslösung) melden regelmäßig Spenderzahlen, die zwischen 20 und 30 (pmi) liegen“, summierte Dr. Meiser. Die heutige Zustimmungsregelung (für Organspende – OS) in Deutschland funktioniert nicht, weil die meisten nie mit ihren Angehörigen über OS gesprochen haben, meinte er. „Lediglich sieben bis neun Prozent der Verstorbenen haben tatsächlich einen Organspendeausweis“, berichtete Dr. Meiser. „Von Selbstbestimmung kann also keine Rede sein“, schrieb er.

Jetzt in Berlin reden deutsche Politiker über die Entscheidungslösung, aber „das ist ein politischer Kompromiss, der das Problem nicht lösen wird“, schreibt Dr. Meiser. Er plädiert für die Einführung der erweiterten Widerspruchslösung hier in Deutschland, weil es „das Leben Tausender Patienten retten werde“.

Quelle: Süddeutsche Zeitung, 21.7.2011

Zahlen und Fakten: Organspende

Die Ablehnungsquote von Angehörigen zur Organspende in Bayern beträgt 38 Prozent, berichten Tx-Beauftragte der bayerischen Krankenhäuser. „Und von den kleineren, knapp 190 C-Krankenhäusern sind es nur rund 50, die Organspende durchgeführt haben“, sagte Dr. Mathias Pfau. Er ist der Tx-Beauftragte im Würzburger Juliusspital, eine von drei Kliniken, die den diesjährigen „Bayerischen Organspendepreis“ gewonnen haben. Die anderen zwei waren die Universitätsklinik Regensburg und die Klinik München-Schwabing. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) berichtet: „Von 100 Toten ist nur einer für die Organspende geeignet. Deshalb ist es so wichtig, genügend Spendenwillige zu haben“, erklärte die DSO.

Quelle: Main-Echo, 20.7.2011

Nierenspende trotz verschiedener Blutgruppen

Die Ärzte des Universitätsklinikums Aachen haben die Niere eines Mannes seiner Ehefrau eingepflanzt, obwohl die Blutgruppen des Paares als unverträglich galten. Die Ärzte mussten zuerst die Blutgruppen-Antikörper der Empfängerin entfernen, sagte Prof. Dr. Jürgen Floege, Direktor der Klinik für Nierenkrankheiten. Erst danach konnte die erfolgreiche Transplantation durchgeführt werden.

Quelle: Aachener Zeitung, 14.7.2011

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



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



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



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

Infotelefon

Organspende

0800/90 40 400

Montag bis Freitag · 9 bis 18 Uhr · Gebührenfrei

Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung

DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung **DSO**

Pressespiegel

Zahl des Tages: 40

40 Prozent der deutschen Kliniken beteiligen sich nicht an Organspenden.

Quelle: Wiesbadener Kurier, 7.7.2011

Interview mit Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP)

„Bahr steht auf freiwillige Einwilligung bei Organspende“ titelte die Süddeutsche Zeitung. Er persönlich habe immer seinen Organspenderausweis dabei, sagte der neue Gesundheitsminister: „... auch, um meiner Familie in so einer Situation die Entscheidung nicht aufzubürden.“ In seiner Heimatstadt Münster haben Arbeitgeber ihre Arbeitnehmer über Organspende (OS) informiert, unterstützt von der Organisation „No Panic for Organic“ (bei der er auch aktiv ist), sagte Bahr. Nachdem ihr Arbeitgeber Informationen über OS geschickt hatte, hat seine Frau für sich entschieden, einen Organspende-Ausweis auszufüllen. „Das zeigt, dass die Konfrontation, das ständige Werben, Aufklären und Informieren zum Erfolg führen. Für mich darf es, auch weil es um Grundwerte geht, keinen Zwang zur Entscheidung geben“, sagte Gesundheitsminister Bahr. Er hofft, dass im Rahmen der Ausgabe der Versichertenkarte „... über Organspende informiert wird.“ Aber immerhin: Es muss eine freiwillige Entscheidung bleiben – „herbeigeführt durch Information und Aufklärung“, meinte der Minister. Später sagte er dazu: „Deshalb werden wir mit unserem Gesetz in jeder Klinik einen (Tx) Beauftragten einsetzen.“

Anmerkung der Redaktion: Es bleibt abzuwarten, ob die neusten politischen Entscheidungen tatsächlich irgendetwas im Organspende-Alltag verbessern.

Quelle: Süddeutsche Zeitung, 8.7.2011

Nur 50% der Ärzte besitzen einen Organspendeausweis

Nach einer Umfrage, beauftragt vom Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) im Jahre 2009, besitzt nur jeder zweite Arzt selbst einen Organspende-Ausweis. Bei Ärzten, die selbst einen Ausweis haben, legen 74 % in ihren Praxisräumen Informationsmaterial zur Organspende aus, gegenüber nur 37 % bei Ärzten ohne Spenderausweis. Auf die Frage, ob sie ihren Patienten schon einmal persönlich mündlich nahe gelegt hätten, sich einen Organspende-Ausweis zuzulegen, sagten nur elf Prozent „ja, häufig“. Noch 61 Prozent antworteten mit „ja, in Einzelfällen.“ Und es kommt noch schlimmer: Ärzte fühlen sich allerdings schlecht informiert: Mehr als zwei Drittel (71%) der befragten Niedergelassenen beklagen, dass die Ärzteschaft nicht ausreichend informiert sei. Die Ärzte-Fachzeitschrift weiter: „Außerdem glaubt über die Hälfte der Mediziner, dass es in der Bevölkerung eine grundsätzliche Ablehnung gegenüber Organspende gibt – was allerdings eine völlige Fehleinschätzung ist.“ Mehr als zwei Drittel der Bundesbürger, laut einer BZgA-Umfrage von 2010, gaben an, grundsätzlich einverstanden zu sein, ihre Organe nach dem Tod zu spenden. Aber nur 25 Prozent haben wirklich einen Organspende-Ausweis.

Quelle: Hamburger Ärzteblatt, 6.7.2011

Ostfriesenzeitung und LD e.V. engagieren sich gemeinsam für Organspende

„Dieser Ausweis hat mein Leben gerettet“, steht in großen Lettern auf der Titelseite der Ostfriesenzeitung vom 23.7.2011.* Diese Schlagzeile und das Foto von mir gaben den Hinweis auf einen Seiten füllenden Bericht über meine Rettung im Juni 2004 durch eine Organspende. Zusätzlich lag jedem Exemplar der Zeitung ein Organspendeausweis bei.



Es war eine unglaublich gute Aktion für Organspende zusammen mit der Ostfriesenzeitung. Wo auch immer ich im Vorfeld zum Auslegen von Organspendeausweisen vorsprach, war ich erfolgreich. Ob in großen oder kleinen Kaufhäusern, in Modegeschäften, beim Bäcker, beim Metzger, beim Friseur: Alle wollten bei dieser von der OZ geförderten Aktion dabei sein. Bereits mit der Ankündigung stießen wir überall auf offene Ohren und freie Stellflächen für Ausweise und Aufsteller, die mir die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sehr großzügig zur Verfügung gestellt hatte. Somit konnte ich bereits im Vorfeld ca. 2.800 Ausweise verteilen.

Zeitgleich mit der Zeitungsausgabe hatten mein Sohn und ich einen Stand in einem großen Supermarkt in Leer, es war ein voller Erfolg. Noch heute bin ich überwältigt von diesem Zulauf, den ich bis dato in all den Jahren der Aufklärungsarbeit noch niemals erlebt hatte. Die Kunden gingen nicht zuerst einkaufen, nein, sie wollten Ausweise haben: „In der Zeitung war nur einer, wir brauchen zwei oder mehr“, hörten wir den ganzen Tag.

Wir mussten nur sehr wenig beraten und aufklären, es ging fast alles von allein. Unsere Laminierfolien waren bald verbraucht und wir mussten schnell Nachschub kaufen gehen. An diesem Tag haben wir 230 Ausweise laminiert und ca. 800 wurden mitgenommen.

Schulfreunde meines Sohnes, Bekannte und Kunden liefen mit den T-Shirts „Fürs Leben – für Organspende“ Werbung. Die Menschen aller Altersklassen waren froh und dankbar, mit der Zeitung direkt

einen Ausweis zu bekommen und zum Nachdenken animiert worden zu sein.

Ein kleiner Junge aus Holland wollte wissen, was diese Aktion denn bedeute. Nach der Aufklärung sagte er zu seiner Mutter: „Ich bin ab heute ein Organspender. Ich will auch helfen.“ Natürlich bekam er seinen Ausweis, mit der Unterschrift der Mutter, laminiert und ein T-Shirt, das von nun an sein „schönstes“ sein sollte.

Nach dieser Samstagsausgabe gab es diverse Leserbriefe an die OZ, was dazu führte, dass noch einmal ein Bericht über unsere Aktion gedruckt wurde mit dem Titel: „Die Resonanz war einfach überwältigend.“

Eine Ärztin schrieb an die OZ: „Genau solche Vorarbeit brauchen die Ärzte, die mit meist unter Schock stehenden Angehörigen von plötzlich verstorbenen Angehörigen über das Thema sprechen müssen.“

Menschen riefen mich an, schrieben Briefe, die ersten Einladungen, um in Gruppen über Organspende zu sprechen, folgten, ebenso wie eine Podiumsdiskussion zusammen mit der OZ.

Bedanken möchte ich mich hier noch einmal ganz herzlich bei der Reporterin der OZ Petra Herterich und Ute Kolthoff (Marketing) für die tolle Zusammenarbeit. Nun wünsche ich mir noch viele derartige Aktionen im ganzen Bundesgebiet.

Barbara Backer

** So wurde der Artikel über Frau Backer angekündigt. Der komplette Artikel ist in Lebenslinien aktuell zu lesen (Zeitschrift nur für Mitglieder LD e.V.). Wir danken der Redaktion der OZ für die Möglichkeit des kostenfreien Abdrucks.*

Fotos: Bete und privat



Reporterin Petra Herterich mit Tobias Backer und Freund Phillip-André Suhr

Neckar-Bodensee-Tour 2011 – Radeln für Organspende und Transplantation

Zusammen mit den Selbsthilfegruppen Transplantierter und Dialyse-Patienten lud das Universitätsklinikum Tübingen auch 2011 wieder zur Neckar-Bodensee-Tour ein. Über 80 Teilnehmer radelten von Tübingen über Hechingen, Burladingen, Hettingen, Heiligkreuztal, Bad Saulgau, Altshausen, Ravensburg und Meckenbeuren nach Langenargen. Transplantierte und Dialyse-Patienten, Angehörige, Ärzte, Pflegepersonal, Transplantationsbeauftragte und Intensivmediziner sowie eine Delegation des Vereins Radler helfen Radlern e.V. (Maybach-Radler) waren dabei. Auf der Route an den See wurden zahlreiche Orte besucht, um dort für Organspende zu werben. Sparkassen, Industrie-Unternehmen, Schulen, Krankenhäuser, Politiker und Stadtverwaltungen entlang der Strecke unterstützten die Tour.

Ich war dabei

Am 23. Juli 2011 war ich wie auch viele andere Teilnehmer pünktlich um 8.00 Uhr vor der Uni-Klinik Tübingen mit Fahrrad und Rucksack beim Startplatz eingetroffen. Es regnete zwar leicht, jedoch sah ich nur frohe Gesichter. Viele kannten sich ja schon von den letzten Radtouren. Ich hatte das Gefühl, mit einer großen Familie auf Tour zu gehen. Nach einer schönen Begrüßung und anschließenden Wünschen wie: Vor allem gesunde, erfolgreiche, ohne Pannen verlaufende Tour, wünschte uns allen Prof. Dr. A. Königsrainer und PD Dr. Nadalin alles Gute. Dann starteten wir gemeinsam mit knapp 70 Teilnehmern um 8.30 Uhr auf die Zwei-Tages-Tour von Tübingen nach Langenargen am Bodensee.

Zum gemeinsamen Frühstück wurden wir dann schon fünf Kilometer später im Sparkassen-Carré erwartet. Begrüßung und gute erfolgreiche Fahrt durch die Vertretung des Direktors der Sparkasse Tübingen wurde uns gewünscht. Nach dem reichhaltigen und vitaminreichen Frühstück sind wir dann bei bewölktem, regenfreiem Himmel weiter ins 25 km entfernte Hechingen gefahren. Dort wurden wir bei der Firma Gambro-Dialysatoren von deren Werksleiter zu einem Imbiss begrüßt. Frisch gestärkt ging die Fahrt dann weiter ins 15 km entfernte Burladingen. Das Radeln machte immer mehr Spaß,



Foto: privat

weil uns Sonnenstrahlen so ab und an begleitet haben. Bei sonnigem Wetter sind wir dann gegen 14.00 Uhr beim dortigen Schulfest angekommen. Herr Michael Linzner, Geschäftsführer und Schulleiter der Burladinger Schulen, hieß uns herzlich willkommen. In seiner Begrüßungsrede betonte er die Leistungen, die wir als Transplantierte wieder machen können. Er betonte auch, dass Organspende sehr wichtig sei und hat auch schon die ersten Vorbereitungen getroffen, um dies nächstes Jahr in den Burladinger Schulen in den Unterricht aufzunehmen.

Danach fuhren wir ins 18 km entfernte Hettingen, wo wir durch den Stellvertretenden Bürgermeister Wilfried Liener begrüßt wurden. Gegen 16.00 Uhr ging es dann 21 km weiter nach Heiligkreuztal, wo wir gegen 18.30 Uhr in der Klosteranlage eintrafen. Hier war unser Etappenziel für den ersten Tag.

Wir stellten unsere Fahrräder im Klosterschuppen ab. Nach der Vorstellung der Klosteranlage vom Hausleiter L. Brouilly wurden uns unsere Zimmer zur Übernachtung zugeteilt. Nun ging es erst mal ab unter die Dusche. Frisch geduscht und für den Abend umgezogen trafen wir uns gegen 20.30 Uhr beim Klosterwirt zum Grillabend. Es war an diesem Abend eine sehr gemütliche Runde. Viele Gespräche, auch mit dem Hintergrund der Organspende, fanden statt. Es wurde über Erfahrungen vom Radeln sowie auch über andere zum Teil lustige Themen gesprochen und gelacht.

Ausgeschlafen ging es am nächsten Morgen um 7.00 Uhr zum reichhaltigen Frühstück. Eine Stunde später waren alle wieder bereit, um den 2. Tag dieser Radtour anzugehen. Im 20 km entfernten Bad Saulgau wurden wir von der dortigen Vertreterin der Stadt begrüßt. Hier stieß noch eine Abordnung der Maybach-Radler zu uns, um das Aktionsbündnis Organspende zu unterstützen. Um 11.30 Uhr kamen wir im 12 km entfernten Schlosshof in Altshausen an. Nach der Begrüßung durch den stellvertretenden Bürgermeister A. Spaninger und J. Butz, pers. Referent SkH Herzog von Württemberg, und anschließender Führung mit Besichtigung fuhren wir dann gegen 12.00 Uhr 22 km weiter nach Ravensburg. Auch hier wurden wir herzlich vom Direktor der Oberschwabenklinik Dr. J.-O. Faust begrüßt. Danach trafen wir uns alle in der Innenstadt beim Info-Stand Organspende-Niere Baden-Württemberg, den dort H. Haag und H. Henne betreuten. Um 15.30 Uhr radelten wir mit einer kurzen Pause in Meckenbeuren zu unserer 27 km entfernten letzten Etappe nach Langenargen am Bodensee. Wir sind dort alle nach insgesamt etwa 170 km gefahrener Strecke gesund, munter und ohne Zwischenfälle gegen 17.30 Uhr angekommen. Vom Bürgermeister R. Müller wurden wir herzlich begrüßt und für unsere Leistung und unser Engagement sehr gelobt. Hier gab es dann vor der Besichtigung des Schlosses und Fototermin am See den letzten Imbiss. Dank gebührt Herrn Zinn-ecker von Transdia und Herrn Dr. Peter-

sen, dem leitenden Tx-Beauftragten der Uni-Klinik Tübingen sowie dem gesamten Team für die gute Organisation und die wunderschöne Radtour.

Danke auch an Reinhard Henne und Heiner Haag, die den Infostand in Ravensburg betreut haben und beim Rücktransport Unterstützung geleistet haben, sowie an Siegfried Hartenberger, der die Tour mit dem PKW begleitet, unterwegs Öffentlichkeitsarbeit geleistet und beim Rücktransport geholfen hat.

Überall um uns herum waren dicke schwarze Wolken zu sehen, aber wo wir gefahren sind, war immer ein kleiner

blauer Fleck am Himmel. Der Wettergott hat es wirklich gut mit uns gemeint, und wir hatten so viel Glück, nicht nass zu werden.

Die Öffentlichkeitsarbeit war auch bei dieser Tour wieder sehr erfolgreich. Im Vorfeld wurde über die Tour berichtet, und an einigen Haltepunkten war die Presse vertreten. Der SWR hat uns den gesamten ersten Tag mit Kameras begleitet und für die „Landesschau Baden-Württemberg“ einen Bericht erstellt.

Die Organisatoren, das ganze Radteam und ich wollen mit solchen Radtouren zeigen, dass Transplantationen

nicht nur Leben retten, sondern darüber hinaus sportliches Engagement und eine hohe Lebensqualität ermöglichen, für die sich das Geschenk der Organspende immer lohnt.

Nächstes Jahr bin ich wieder dabei!

Alfred Schmidt

Organspendevortrag auf der Ferieninsel Borkum

Auf Einladung des CDU-Stadtverbandes gab es am 6.8.2011 in der Kulturinsel eine gemeinsame Veranstaltung zum Thema Organspende mit der Niedersächsischen Sozialministerin Aygül Özkan. In ihrem Beitrag wies Frau Özkan deutlich auf die derzeit sehr unbefriedigende Situation hin. Özkan: Wir leben in einer Gesellschaft, in der Themen wie Krankheit und Tod verdrängt werden. Viele Menschen schieben die Entscheidung für oder gegen Organspende vor sich her. Die Menschen müssen motiviert werden, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Sie begrüßt darum ausdrücklich die derzeit in den politischen Gremien geführten Diskussionen zu dem Thema und befürwortet persönlich die sogenannte „Erklärungslösung“. Gleichzeitig fordert Frau Özkan auch den Zusammenschluss von kleineren Kliniken und den Ausbau von Intensivstationen. Auch dies würde zu einer Verbesserung der Situation führen.

Hernach konnte aus der Betroffenen-sicht ausführlich zu dem Thema referiert werden. So, welche Erkrankungen zu einer Transplantation führen können, wie lange die durchschnittlichen Wartezeiten betragen, aber auch, dass ohne Organspende keine Transplantation möglich ist. Hier wurde erklärt, wie es zu einem Hirntod, der die Voraussetzung für eine Organspende ist, überhaupt kommen kann und welche umfangreichen Untersuchungen zur Feststellung des Hirntodes durchgeführt werden. Die oft vorhandene Sorge, dass bei Vorliegen eines Organspendeausweises für den Patienten nicht mehr genug getan werde, konnte an diesem Nachmittag den Zuhörern genommen



Foto: privat

(v.l.) Frau Dr. Harms, Pastor Hölterhoff, Sozialministerin Aygül Özkan, Egbert Trowe

werden. Von großem Interesse war für die Zuhörer, dass man nur Organspender werden kann, wenn man an einem Hirntod auf der Intensivstation in einem Krankenhaus verstirbt.

Pastor Hölterhoff ging anschließend das Thema aus ethischer Sicht an. Nach seiner Ansicht ist die Organentnahme kein Eingriff in die Würde des Menschen, sondern eher ein Gebot der Nächstenliebe, da Patienten durch eine Organtransplantation wieder gesund werden können. Er plädiert dafür, sich unbedingt zu Lebzeiten für oder gegen Organspende zu entscheiden und dies somit keinen Eingriff in die Selbstbestimmung darstellt. Für Pastor

Hölterhoff ist sehr wichtig, dass die Menschen mit der Entscheidung nicht allein gelassen werden, sondern ihnen Informationen an die Hand gegeben werden. Es sei wichtig, dass die Entscheidung gesellschaftlich akzeptiert wird. Hilfreich wäre hier eine frühzeitige Information und das Thema in den Lehrplan des Religions- und Ethikunterrichts aufzunehmen.

Die Gastgeberin, Frau Dr. Harms, bat zum Abschluss alle Gäste und Zuhörer, die gehörten Informationen mitzunehmen und weiterzutragen. Der Austausch zu dem Thema ist das Wichtigste.

Egbert Trowe

„Ein Leben zu retten, ist das Größte, was man tun kann!“

Ismael Khatib im Landkreis Ludwigsburg

Die Arbeitsgemeinschaft Organ- spende im Landkreis Ludwigs- burg, in der auch die Kontaktgrup- pe Ludwigsburg unter der Leitung von Josef Theiss seit 15 Jahren mitarbeitet, hatte in diesem Jahr wieder einen außer- gewöhnlichen Gast eingeladen. War es im vergangenen Jahr Reg Green, der Vater eines in Italien angeschossenen Jungen, der zum Lebensretter für viele wurde, so war es in diesem Jahr **Ismael Khatib**, der Vater eines 11-jährigen Pa- lästinenserjungen, der 2005 durch eine israelische Patrouil- le erschossen wurde. Auch dieser Junge rettete mehreren Menschen durch die Organ- spende das Leben, darunter auch zwei israelischen Kindern. Der 45-jährige Ismael ist nicht nur ein außergewöhnlicher Mensch, der weltweite Auf- merksamkeit bewirkte, seine Geschichte und die seines Jungen Ahmed wurden 2007 verfilmt. **„Das Herz von Jenin“**, eine bewegende Dokumenta- tion, die seither immer wieder von verschiedenen TV-Sendern ausgestrahlt wird. Khatib ver- brachte einige Tage im Land- kreis und nahm auch am öku- menischen Gottesdienst in der Paulskir- che und am Event an der Hauptwache am Tag der Organspende in Frankfurt teil. Dort traf er auf Frank-Walter Steinmeier, den er bereits kannte.

„Ich sehe meinen Sohn in jedem Kind, das gerettet wurde.“

Bewegt waren einige hundert Schüler des Landkreises Ludwigsburg von dieser Geschichte und begeistert von der Person Ismael Khatib. Am 6. Juni sammelten sich 120 Schüler des Friedrich-Schiller-Schul- zentrums der Schillerstadt Marbach im großen Musiksaal, um ihn persönlich zu er- leben. Frau Dr. Uschi Traub vom Kreisge- sundheitsamt begrüßte nach dem Konre- ktor der Schule, Klaus Rüdener, die dicht gedrängt beieinander sitzenden Schüler

und führte in das Thema Organspende ein. Mit einem Trailer des Films **„Das Herz von Jenin“** begann dieser Unterricht „einmal anders“. Die DSO-Koordinatorin Moni Weber informierte über den Ablauf einer Organspende und Josef Theiss schilderte, was es mit dem Spenderausweis auf sich hat und was dabei zu beachten ist. Schließlich kam Ismael Khatib selbst zu Wort. Haifa Jasin aus Ludwigsburg über- setzte ins Deutsche: „Die Herkunft der Kinder war für mich völlig irrelevant, ent-



Gedenkstunde mit Ismael Khatib am „Baum des Lebens“ in Bietigheim- Bissingen. V.l.n.r.: Fakhri Hamad, Ismael Khatib, Dr. Uschi Traub, OB Jürgen Kessing, Rainer Lyhr/AOK

scheidend war, dass sie alle das Alter mei- nes Sohnes hatten“, sagte Ismael Khatib rückblickend. Das Wissen um die Rettung von sechs Kindern habe ihm geholfen, die Trauer über den Tod von Ahmed zu ver- arbeiten.

Dass die Schüler viele Fragen hatten, eher zur Situation in Palästina als zur Or- ganspende, lag nahe. Sehr erfreulich, dass sowohl Vertreter der Tageszeitungen wie auch der Regionalsender Regio-TV und L-TV diese außergewöhnliche Unterrichts- stunde mitschnitten und später ein Inter- view mit Ismael Khatib sendeten.

„Ich habe das Gefühl, Ahmed ist hier.“

Am Abend trafen sich die Mitglieder der Kontaktgruppe Ludwigsburg zu einer

Gedenkstunde mit Ismael Khatib am „Baum des Lebens“ im Bietigheimer Bür- gergarten, der im letzten Jahr mit Reg Green gepflanzt worden war. Die Linde zeigte inzwischen eine stattliche, gesun- de Laubkrone. Oberbürgermeister Jürgen Kessing begrüßte zu diesem bewegen- den Moment. Dr. Uschi Traub, Rainer Lyhr von der AOK und Ansprechpartner Josef Theiss sprachen aus ihrer jeweiligen Sicht einige Worte dazu. Ismael Khatib selbst empfand diese Stunde besonders inten- siv: „Ich habe das Gefühl, Ah- med ist hier.“

„Mit der Entscheidung für die Organspende nicht warten!“

Über 400 Schüler verschiede- ner Gymnasien mit an die 20 Lehrern füllten bis auf den letzten Platz das Central-Kino in Ludwigsburg. Sie waren ge- kommen, um sich den Film **„Das Herz von Jenin“** anzuschauen und sich danach über Organ- spende zu informieren und Ismael Khatib ihre Fragen zu stellen. Die Begrüßung und Moderation hatte Dr. Uschi Traub übernommen. Andrea

Wedig informierte kurz über die Einstel- lung der verschiedenen Religionen zur Or- ganspende. Der herztransplantierte Wolf- gang Schramm, der nierentransplantierte Gerd Strohacker und der lebertransplan- tierte Josef Theiss gaben als Betroffene Statements ab und beantworteten die ge- stellten Sachfragen. Am Ausgang umring- ten die Schüler Ismael Khatib und seinen Begleiter und Dolmetscher Fakhri Hamad. Diese boten DVDs des Films an, die sie gleich signierten. Ismael und Fakhri betreu- en heute ein Jugendzentrum sowie ein Kinoprojekt in Jenin, für das sie Spenden sammeln. Sie verstehen sich als Botschaf- ter des Friedens und wollen die Jugend in den Palästinenserlagern dazu erziehen.

Josef Theiss

Foto: Josef Theiss

Tag der Apotheke 2011



Seit 1998 wird der Tag der Apotheke durch die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände – ausgerufen. Mit dieser bundesweiten Aktion wollen die öffentlichen Apotheken auf ihre Bedeutung für die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung aufmerksam machen. Das Motto 2011 lautete: „In jedem steckt ein Lebensretter.“ Die Aktion wurde gemeinsam von der ABDA und der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) entwickelt. Mit dem 9. Juni wurde ein passender Zeitpunkt zeitnah zum bundesweiten „Tag der Organspende“ (4.6.) gewählt. Das dazu gehörende Plakat war nicht nur in den Schaufenstern von Apotheken zu finden, sondern auch an vielen öffentlichen Plätzen, vor allem auf Bahnhöfen.

Lebertransplantierte Deutschland e.V. (LD e.V.) hat die Gelegenheit genutzt, bei vielen Apotheken vorstellig zu werden, auf

die Aktion hinzuweisen und Mitarbeit anzubieten. Dabei stellte sich heraus, dass so manchem Apotheker die Kampagne gar nicht bekannt war. Mehrere unserer Mitglieder haben deshalb Plakate und entsprechendes Infomaterial bei der ABDA bestellt und den Apotheken gebracht. Etliche Apotheken haben einen eigenen Infostand für die Aktion aufgebaut, teilweise unter Mitarbeit von engagierten Mitgliedern von LD e.V. Diese Mitarbeit beinhaltet auch die Information von Kunden der Apotheken am 9. Juni über das Thema Organspende.

Stellvertretend hier ein Auszug aus dem Bericht unserer Mitglieder Anke und Bernd Reiche aus Rostock: „... Wir waren von 10.00 bis 12.30 Uhr und von 15.00 bis 17.30 Uhr vor Ort. Die gemeinsame Aktion stieß auf reges Interesse. Organspendeausweise und Informationsma-

terial waren von der Apotheke besorgt worden und damit vor Ort. Zusätzliches Material hatten wir mitgebracht.

Die Gespräche zeigten, dass die Aufgeschlossenheit für die Organspende bei uns in Rostock besonders groß ist und dass eine ganze Reihe von Passanten und Kunden bereits einen Organspendeausweis haben. Aber es sind noch immer zu wenig.

Es sind etwa 300 Ausweise mitgenommen worden. Leider wurde keiner gleich vor Ort ausgefüllt. Wir hoffen jedoch, dass sich noch viele Menschen zu Hause entschieden haben, den mitgenommenen Organspendeausweis auszufüllen und bei sich zu tragen. So kann jeder nach seinem Tode zum potenziellen Lebensretter werden. ...“

Hermann Fraas



Unsere Infostände in Rostock, Bretzfeld und Ravensburg

Fotos: Jutta Riemer, Bernd Reiche, Alfred Schmidt

Spätkomplikationen nach Organspende sind kein Fall für die Unfallversicherung

Wie die „Ärztezeitung“ in ihrer Ausgabe vom 10. August 2011 berichtet, werden gesundheitliche Schäden nach einer Organspende nicht immer aus der gesetzlichen Unfallversicherung entschädigt. Das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt in Halle hat kürzlich entschieden, dass die Unfallversicherung nur zahlen muss, wenn zur normalen Operation noch ein schädigendes äußeres Ereignis hinzu kommt.

Außer der sozialen Absicherung nach einem Arbeitsunfall soll die gesetzliche Unfallversicherung auch andere Tätigkeiten absichern, die von gesellschaftlichem Interesse sind. Hierzu gehört auch die Organspende. Der Kläger hatte Wochen nach einer Nierenspende Narbenschmerzen, wodurch er arbeitsunfähig wurde. Die Nierenspende sei nicht als „Unfall“ anzusehen, da der Mann der Operation zugestimmt habe. Da die Operation planmäßig verlaufen sei und es keine Einwir-

kungen von außen gebe, wie z.B. eine Infektion, fehle es an der „äußeren Einwirkung“, die einen Unfall ausmache. Komplikationen einer Organspende seien keine Unfälle und daher auch nicht versichert. Gegen das Urteil ist Revision beim Bundessozialgericht zugelassen.

Um jetzt Verwirrungen vorzubeugen: Grundsätzlich werden die Kosten, die die Spende den Spender kostet, von der Krankenkasse des Empfängers getragen. Auf der Homepage der „Stiftung Lebendtransplantation“ ist zu erfahren: Treten jedoch direkte gesundheitliche Komplikationen auf, ist der Spender laut Sozialgesetzbuch (§2 Abs.1, Ziff.13b, SGB VII) durch die gesetzliche Unfallversicherung versichert. Etwa bestehende Schäden aufgrund von Komplikationen werden ebenfalls gleich behandelt wie Arbeitsunfälle (Heilbehandlung, Verletztengeld, evtl. Renten).

Eine Risikoversicherung für den Fall, dass der Spender verstirbt, gibt es zur-

zeit nicht. Schadensfälle, die sich nicht direkt auf die Organspende zurückführen lassen, werden wie andere Erkrankungen von der Versicherung des Spenders getragen.

Wer als Mitglied reiner privater Krankenkasse oder beihilfeberechtigt ist, sollte als Empfänger eine Übernahme der Kosten mit der Krankenkasse vereinbaren.

Das Risiko, erwerbs- oder berufsunfähig zu werden, ist über die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt. Allerdings ist die damit verbundene Minderung des Einkommens nicht versicherbar, muss also vom Spender selbst getragen werden.

Lebendspender aus dem Ausland sollten sich bei ihrer heimischen Versicherung nach einer Kostenübernahme erkundigen. Sollten ausländische Patienten nach der Spende dialysepflichtig werden, müssen sie die (hohen) Kosten selbst tragen.

Peter Mohr

Barrierefreie Traumreisen 2012

Geht es dieses Mal zum Strand? Oder warum nicht mal ein Kulturausflug in einer fremden Stadt? Ob hier oder dort oder alles zusammen, der neue Katalog „BSK-Urlaubsziele 2012“ vom Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter bietet eine reiche Auswahl an barrierefreien Städte-, Urlaubs- und Badereisen an. Für Menschen mit Körperbehinderung organisiert das BSK-Reiseservice-Team den gesamten Urlaubsablauf. Hierbei können Einzelne und Gruppenreisende auf erfahrene Beratung, reibungslose An- und Abreise, barrierefreie Unterkünfte und die Vermittlung gut ausgebildeter Reiseassistenten vertrauen. Der aktuelle Katalog kann gegen Zusendung eines adressierten und mit EUR 1,45 frankierten DIN A4-Rückumschlags angefordert werden beim:

BSK Service GmbH, Reiseservice
Altkrautheimer Straße 20
74238 Krautheim

Weitere Infos auch unter www.reisen-ohne-barrieren.eu



Berichtigung

Im letzten Heft der „Lebenslinien“ wurde im Artikel „Neue Regeln für Rabattverträge und Kostenerstattung“ der Gesundheitsbrief der Firma Glaxo-Smith-Kline zitiert. Der Name ist falsch. Die Firma informiert über ihren „Patientenbrief“. Ich bedauere das Versehen.

Peter Mohr

Wie hilfsbedürftig ist der Konsument, wie entscheidungsfähig der Patient?

Ein vor kurzem erschienenes Buch mit dem Titel „Der Patient als Kunde und Konsument“¹ stellt in verschiedenen Beiträgen den Patienten in hohem Maße als souveränen Konsumenten dar, der mit Ärzten und Krankenhäusern bei gegebener Diagnose auf Augenhöhe über Behandlungsoptionen reden kann. Zwar wird von fast allen Autoren eingeräumt, dass der Informationsstand zwischen Patient und Arzt sehr asymmetrisch sei, doch überwiegt die Meinung, der Patient sei mit Hilfe gezielter Information durch Internet und ähnliche Informationsmöglichkeiten in starkem Maße zum souveränen Entscheidungsträger und Konsumenten erziehbar. Dem steht die (traditionelle und paternalistische) Meinung entgegen, wonach der Patient eben Patient sei, also hilfs- und schutzbedürftig, und somit Entscheidungen gefälligst dem behandelnden Arzt überlassen werden sollten.² Ebenso die in der harten Realität geschulte Auffassung einer ehemaligen Gesundheitsministerin (Andrea Fischer), wonach der Begriff des „Kunden“ in der deutschen Gesundheitspolitik nicht verwendet werde, daran aber auch weder bei Bürgern noch bei Politikern ein wirkliches Interesse bestünde (S.181). „Wie viel „Kunde“ und „Konsument“ will der gesundheitsgeschichtlich überkommene „Pati-

ent“ überhaupt sein?“ Zieht er vielleicht die Klammerung an Krankenhausbett und Sprechzimmerstuhl vor und empfindet er die Privatisierungs- und Ökonomisierungswelle fast als Tsunami?³

Wie gehen die Autoren des Buches nun mit den Möglichkeiten und Grenzen der Patientensouveränität um? Die meisten Autoren (meist Ökonomen) beantworten die Frage des Untertitels des Buches „Wie viel Patientensouveränität ist möglich?“ mit „ziemlich viel“ und erwarten dementsprechend viel von verstärkter Kommunikation, Transparenz und intensiviertem Wettbewerb. Der Erkenntnis von Franz Böhm, einem der Väter der Freiburger Schule, die die soziale Marktwirtschaft entwickelt hat, „der Wettbewerb ist generell das beste Entmachtungsinstrument, das wir kennen“⁴, wird viel zugetraut. Der Rezensent (ebenfalls Ökonom, dazu noch aus der Freiburger Schule) ist da eher zurückhaltend angesichts der verkrusteten Partikularinteressen der verschiedenen Akteure, der überwiegenden Sozialstaats-Versorgungsmentalität der Bürger und Politiker (in allen Parteien) und dem überwältigenden Infor-



mationsvorsprung des Arztes gegenüber dem Patienten. Allerdings ist der Wandel unverkennbar: „Medizinische Maßnahmen werden aus den Leistungskatalogen gestrichen; Zusatzversicherungen, Praxisgebühr und individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) künden von der neuen Zeit.“⁵

Angesichts der sich abzeichnenden Wandlungen und Sachzwänge nimmt Norbert Klusen eine ziemlich optimistische Position ein, mit Hinweisen auf Fortschritte in Dänemark, den Niederlanden, den USA und der Schweiz und einem besonderen Lob für die Bemühungen der Techniker Krankenkasse (TK-Patientendialog, TK-Klinikführer, TK-Gesundheitscoach, TK-Ärztezentrum, TK-Patientenberater u.ä.) hinsichtlich Beratung und Erziehung der Patienten zu mündigen Partnern,⁶ nicht zuletzt im Hinblick auf eine verbesserte Ergebnisorientierung mit Hilfe von evidenzbasierter, evaluierter Patienteninformation.

Eine ausgewogene Position wird am Ende des Buches von einem der Herausgeber, Rainer Sibbel, präsentiert,⁷ um die Gräben zwischen Medizinern und Ökonomen, in denen der Patient zu versinken

Gleiche Augenhöhe? Wissenslücken bei Patienten, aber auch bei Ärzten

Wenig verwunderlich ist, dass beim Patienten erhebliche medizinische Wissenslücken klaffen; mehr verwunderlich dagegen, dass dies in gewissem Umfang auch zutrifft für „jene Berufsgruppen und Institutionen, die an der Interpretation und Verbreitung wissenschaftlicher Evidenz beteiligt sind. Die Rede ist von den Ärzten, den Journalisten, den Patientenorganisationen und nicht zuletzt den Politikern.“¹ Als Beispiele werden angeführt, wie wenig die Allgemeinbevölkerung über den Nutzen so gängiger Krebsvorsorgeuntersuchungen wie der Mammo-

grafie und der Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) wisse. Gleichzeitig sei aber auch festzustellen, dass der Nutzen solcher (und anderer) Untersuchungen auch von Ärzten häufig falsch eingeschätzt werde und teilweise unnötigerweise Ängste beim Patienten auslöse. Gerd Gigerenzer vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin führe dies auf „irreführende Berichterstattung, und zwar sowohl in der Fachliteratur als auch in den Patientenbroschüren und den Medien, ferner [auf] mangelnde Statistikenkenntnisse

und nicht zuletzt eine defensive Medizin [zurück], die aus Angst vor juristischen Regressen dem Sicherheitsdenken übermäßig viel Rechnung trägt“.

Ulrich R. W. Thumm

¹ Nicola von Lutterotti: *Verzerrte Risikangaben schaden Patienten. Warum eine korrekte Nutzen-Risiko-Beurteilung von medizinischen Interventionen oft schwierig ist. Neue Zürcher Zeitung, Rubrik Forschung und Technik, 15. Juni 2011.*

droht, durch größere Transparenz zu überbrücken. Entscheidend dabei ist größere Patientenautonomie mit dem Recht der letztendlichen Entscheidung nach dem Grundsatz „so viel Hilfe und Fürsorge wie nötig bei so viel Autonomie wie möglich“. Gleichzeitig wird aber betont, dass es einen grundlegenden Paradigmenwechsel gäbe, wonach Medizin nicht als deterministisch zu verstehen sei, sondern als eine Disziplin, die großen Unsicherheiten unterliege und daher Abwägungen (unter kommunikativer Einbeziehung des Betroffenen) erfordere. Transparenz und Kommunikation seien als zentrale Elemente für ein finanzierbares System auszubauen. Somit müsste insbesondere der Kommunikation ein besonderer Stellenwert bei der Bestimmung der Vergütungsstruktur für ärztliche Leistungen eingeräumt werden (was natürlich beim vorherrschenden Fünf-Minuten-Takt nicht möglich ist). Eine nachhaltige Entwicklung hänge entscheidend davon ab, dass sich alle Beteiligten nicht nur am Eigenwohl orientieren, sondern die Konsequenzen ihres Verhaltens auf gesellschaftlicher Ebene mit bedenken (S. 205).

Trotz einer guten Dosis Zukunftsmusik auf der Dauerbaustelle des deutschen Ge-

sundheitswesens zeigen die verschiedenen Beiträge des Buches in die richtige Richtung: wie das Arzt-Patienten-Verhältnis im Wandel begriffen und wie es weiterzuentwickeln ist angesichts der schier unaufhaltsamen Kostenlawine in einem bislang stark selbstbedienungsorientierten System. Die Abwägung der Möglichkeiten zur Stärkung des „Kunden“ macht das Buch lesenswert. Im Übrigen sieht auch das Sozialgesetzbuch eine größere Mitverantwortung der Versicherten (Patienten/Kunden) für die eigene Gesundheit vor,⁸ sodass es nur eine Frage der Zeit ist (bzw. sein sollte), bis der Patient dazu in die Lage versetzt wird und auch bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems als Partner gehört wird. „Ein finanzierbares Gesundheitssystem ist ohne mündige Nutzerinnen und Nutzer kaum mehr vorstellbar. Nur von selbständig Handelnden kann eine gesundheitsbewusste Lebensweise erwartet werden.“⁹

Ulrich R. W. Thumm

1 Andrea Fischer/Rainer Sibbel (Hrsg.): *Der Patient als Kunde und Konsument. Wie viel*

Patientensouveränität ist möglich?, Gabler Verlag 2011.

- 2 So Thomas Gießen auf dem 101. Ärztetag, paraphrasiert in Norbert Klusen's Beitrag (S. 139). Klusen siehe Fußnote 4.
- 3 So Ralph Kray im Geleitwort „Der alt- und der neu-europäische Patient. Zur Beharrlichkeit von Platonikern im Gesundheitsgeschäft unserer Zeit“, S. 5–8.
- 4 Zitiert nach Hartmut Kliemt im hier besprochenen Buch, S. 11.
- 5 Norbert Klusen, S. 141; siehe Fußnote 7.
- 6 „Gestern Patient – heute Kunde? Neue Wege der Krankenkasse. Der mündige Patient als Partner“, S. 139–159. Prof. Dr. Klusen hatte sehr viele Lehrstühle an renommierten Universitäten inne. Eingeschränkt muss allerdings erwähnt werden, dass er seit 1996 Vorsitzender des Vorstandes der Techniker Krankenkasse ist.
- 7 „Rahmenbedingungen für mehr Patientensouveränität – das Arzt-Patienten-Verhältnis als Ausgangspunkt“, S. 187–209. Dr. Rainer Sibbel ist Professor für internationales Gesundheitsmanagement an der Frankfurt School of Finance and Management.
- 8 SGB V, § 1.
- 9 Unabhängige Patientenvereinigung Deutschland (2009), S. 3, zitiert nach Andrea Fischer, S. 182.

Ein wertvoller Ratgeber

Die Firma „Astellas“ hat eine Broschüre zu Fragen des Sozialrechts und der sozialen Versorgung vor und nach Lebertransplantation veröffentlicht. Autorinnen sind Dr. Gertrud Greifhager und Nicole Scherhag.

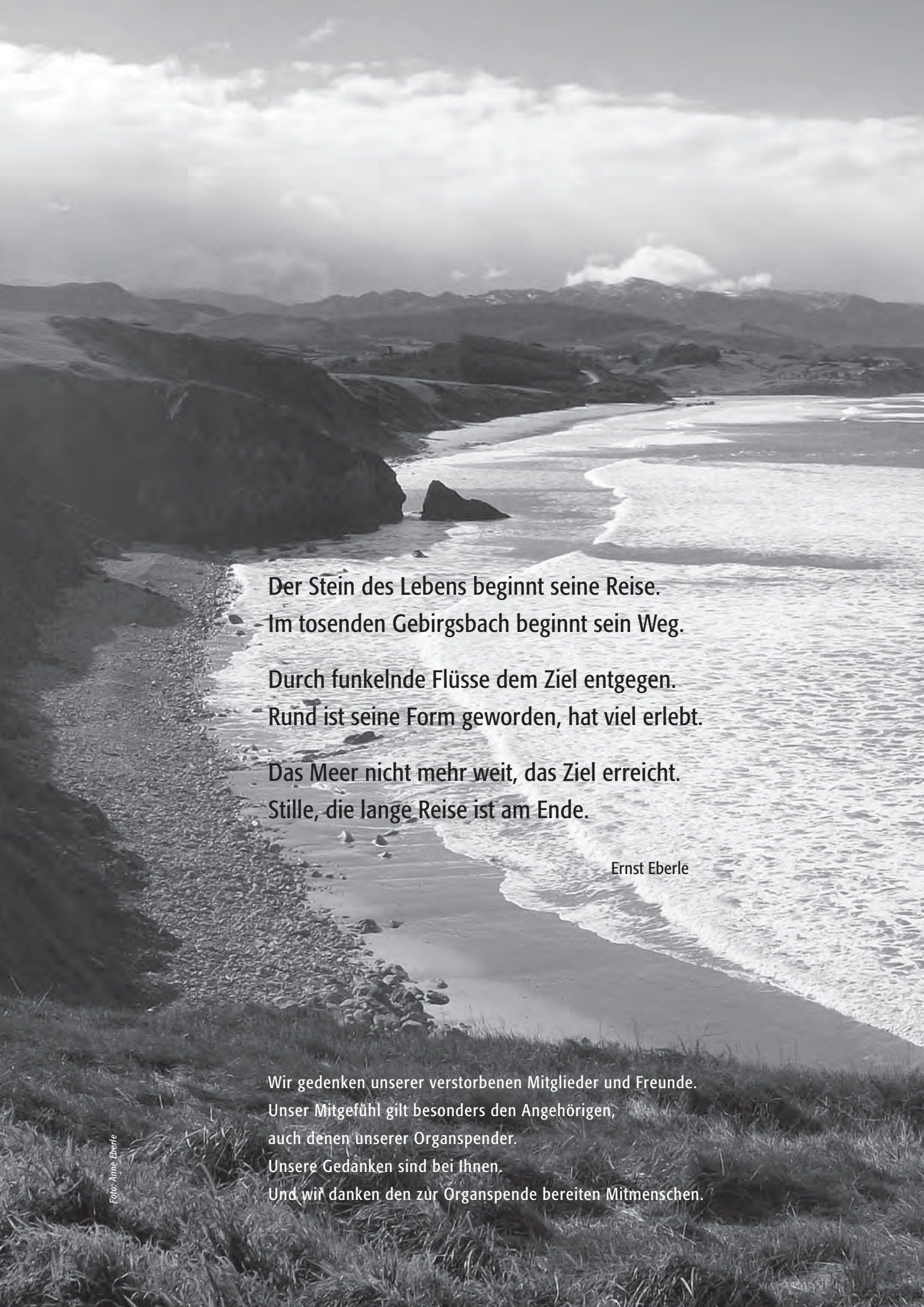
In sieben Kapiteln werden sehr viele Themen rund um soziale Fragen im Zusammenhang mit Lebererkrankung und -transplantation dargestellt – von Standardausnahme über Nachteilsausgleich und Zuzahlungsregelungen bis zur sozialen Absicherung bei Lebendspende und von Schwerbehinderung bis Erwerbsunfähigkeit. Und vieles mehr. Außerdem noch Adressen von Behörden sowie Sozial- und Betroffenenverbänden.

Die Broschüre ist in einfacher, gut verständlicher Sprache geschrieben; Praxistipps runden viele der angesprochenen Stichwörter und Themen ab. Sie können die Broschüre „Leber & Soziales“ kostenlos beziehen bei:

Astellas Kundenservice
Georg-Brauchle-Ring 64–66
80992 München
Tel. 089/45 44-0

Peter Mohr





Der Stein des Lebens beginnt seine Reise.
Im tosenden Gebirgsbach beginnt sein Weg.
Durch funkelnde Flüsse dem Ziel entgegen.
Rund ist seine Form geworden, hat viel erlebt.
Das Meer nicht mehr weit, das Ziel erreicht.
Stille, die lange Reise ist am Ende.

Ernst Eberle

Wir gedenken unserer verstorbenen Mitglieder und Freunde.
Unser Mitgefühl gilt besonders den Angehörigen,
auch denen unserer Organspender.
Unsere Gedanken sind bei Ihnen.
Und wir danken den zur Organspende bereiten Mitmenschen.

Buchbesprechungen

Unter dem Titel „Empathie und Kooperation“ haben wir in Heft 2/2008 der „Lebenslinien“ drei Bücher besprochen, allen voran „Das Prinzip Menschlichkeit“ von Joachim Bauer. Wir haben den darin vorgestellten, naturwissenschaftlich begründeten Paradigmenwechsel besonders hervorgehoben: vom isolationistischen Darwinschen Einzelkämpfer hin zum auf Kooperation angelegten und vernetzten Menschen. Bauer hat inzwischen zwei weitere Bücher veröffentlicht, die in dieselbe Richtung zielen und hier besprochen werden: „Das kooperative Gen“ (2008¹) und „Schmerzgrenze“ (2011²). Ergänzend wird noch ein weiteres Buch kurz gestreift „The Fair Society“³, in dem das Thema Kooperation und Fairness, ähnlich wie in „Schmerzgrenze“, auf gesamtgesellschaftlichem Niveau behandelt wird. Unsere Hoffnung wäre, dass die natürliche Kooperationsneigung des Menschen auch im Dienste der Organspende eingesetzt werden könnte.

Die Redaktion

Der kooperative Mensch

Mit dem „kooperativen Gen“ hat Bauer nicht nur einen Abschied vom Darwinismus eingeleitet, sondern auch einen „Anti-Dawkins“ vorgelegt. Dawkins hatte mit der Veröffentlichung von „The selfish Gene“ (Das egoistische Gen) im Jahre 1976 eine biologistische Weltanschauung auf den Weg gebracht, die aufgrund der neuesten Erkenntnisse der (Neuro-)Biologie als falsch (bzw. zumindest als viel zu eng) angesehen werden muss. Bauer kommt in seinen (gut und verständlich) geschriebenen Veröffentlichungen das große Verdienst zu, dass er menschliches Verhalten und kooperatives Zusammenwirken in der Gesellschaft nicht aus einer „führenden Psychologie“ ableitet, sondern auf empirisch erforschte und belastbare naturwissenschaftliche Erkenntnisse gründet.

„Unseren Vorstellungen über das Leben steht eine der gewaltigsten Umbruchphasen bevor, eine Revolution des bisherigen, durch Darwinismus und Soziobiologie eingeengten biologischen Denkens.“ „Veränderungen des Genoms sind nicht dem reinen Zufall überlassen, wie man bisher glaubt, sondern folgen Regeln, die im biologischen System selbst begründet sind.“ Das Genom ist mehr als eine Ansammlung von Genen. Es ist ein System, das molekulare Werkzeuge [enthält], mit denen sie ihre eigene Architektur verändern können – als Reaktion auf „ökologische, vor allem schwere klimatische Stressoren“. Mit diesen lapidaren Sätzen im Vorwort zu **Das kooperative Gen** lädt Bauer den Leser zu einer faszinierenden Tour des Umdenkens ein – weg von natürlicher (zufallsbedingter) Auslese und vom Überleben des Tüchtigsten hin zu einem anderen Menschenbild, das von Kooperation statt Überlebenskampf geprägt ist. Die wichtigste Erkennt-

nis ist, dass es keinen genetischen Determinismus gibt, sondern Umweltfaktoren einen ebenso bedeutenden Einfluss haben und die Genstruktur verändern können. „Gene mal Umwelt lautet heute die Formel, nach der sich der Einfluss der Gene bemisst“ (Schmerzgrenze, S. 101).

Bauer setzt den „darwinistischen Dogmen“ vom Zufallsprinzip, von der langsamen, kontinuierlichen und linearen Veränderung sowie vom Selektionsdruck (S. 15) neue wissenschaftliche Erkenntnisse entgegen, wonach das Genom ein „mit einem biologischen Sensorium ausgestattetes Organ“ sei, mit einer „Fähigkeit, sich anzupassen und sich, angestoßen durch Veränderungen der jeweiligen Umwelt, selbst zu verändern“. „Gene bzw. Genome folgen drei biologischen Grundprinzipien ...: Kooperativität, Kommunikation und Kreativität“ (S. 17; S. 142). Alle Genome enthalten „Transpositionselemente“, die einen Umbau des eigenen Genoms unter Umwelteinflüssen bewirken können. Diese (nicht zufallsbedingten) Veränderungen sind dann auch erblich (S. 24 ff). Veränderungen erfolgen aber auch nicht deterministisch, obwohl sie Gesetzmäßigkeiten – allerdings mit erheblichen Spielräumen – unterworfen sind (S. 72). Die Evolution der Gene folgt drei Grundprinzipien: dem aktiven Prozess der Selbststabilisierung des Genoms (S. 78 ff); der Möglichkeit der Duplikation, des Ortswechsels und der Rekombination von Genen (S. 81 ff); und der Möglichkeit von Veränderungen aufgrund externer Stressoren (S. 89 ff). Diese drei Grundprinzipien sind



entscheidend für den Paradigmenwechsel weg vom darwinistischen Dogma. Sie öffnen den Blick für die Möglichkeit umweltbedingter genetischer Veränderungen, die durch Transpositionselemente auf den Weg gebracht werden (S. 94 ff). Weder Zeitpunkt noch Art und Umfang genomischer Umbauprozesse sind also zufallsbedingt (S. 111 ff). „Der sich ... für den Men-

schen ergebende Zuwachs an Genprodukten betrifft ... vor allem das Gehirn, zusätzlich aber auch die Sinnesorgane und das Immunsystem“ (S. 138). Genome können auf verschiedenste Einflüsse (Informationen) reagieren und sich auf dem Wege der „Kommunikation, Kooperation und Kreativität“ (S. 142) fortentwickeln. Diese Erkenntnisse sind schon in den späten Schriften von Darwin vorbereitet, aber durch das dominante Dogma von Zufall und Selektionsdruck unterdrückt und somit nicht tradiert worden (S. 167 ff). Sie bilden allerdings nicht die Grundlage für ein „allgemeines Gutmenschtum“ (Schmerzgrenze, S. 40). Doch zeigen sie die Richtung eines durch „fortwährende molekulare Kooperation und Kommunikation“ erfolgenden Evolutionsprozesses an (S. 183). Evolution durch Selektion – diese grundlegende Erkenntnis Darwins – findet aber tatsächlich und nachweisbar statt, allerdings nach anderen als den von „Darwinisten“ wie Dawkins postulierten Prinzipien.

In **Schmerzgrenze** stehen „das Bedürfnis des Menschen nach Bindung und Zugehörigkeit“ sowie das Streben nach

„Anerkennung seiner Mitmenschen“ (S. 17) am Ausgangspunkt der Überlegungen; die Befriedigung dieser Bedürfnisse kann sozusagen als wichtigstes Ergebnis des „Motivationsystems“ (Nervenzellsystem im Mittelhirn) aufgefasst werden, das durch „Motivationsbotenstoffe“ (S. 32) (auch Wohlfühl- oder Glücksbotenstoffe, S. 34)

gesteuert wird. Solche nachweisbaren Botenstoffe (Neurotransmitter) sind Dopamin, Opoide, Oxytozin⁴ (S. 36). Zu den Grundbedürfnissen gehören auch Fairness/Gerechtigkeit, Vertrauen und soziale Akzeptanz. Es gibt einen „biologisch verankerten Fairness-Messfühler“. „Neurobiologische Studien zeigen ..., dass Geben aus der Sicht des menschlichen Motivationsystems ein „lohnendes“ Unterfangen ist ...“ (S. 37).⁵

Das Buch ist in erster Linie bestrebt (vor allem in Kapitel 3), das „Phänomen der Aggression“ zu durchleuchten und die „Architektur der Gewalt“ zu verstehen – eben nicht in falsch verstandener Nachfolge von Darwin und des von Freud und Lorenz „entdeckten“ Aggressionstrieb, den Bauer als Mythos entlarvt. Aus neurobiologischer Sicht stellt sich Aggression als Reaktion auf eine Provokation, auf ein Überschreiten der (physischen oder psychisch-sozialen) Schmerzgrenze dar. Dieser gesamte Komplex der „Logik und Dynamik der Aggression“ ist für uns jedoch weniger relevant als andere zentrale Aspekte menschlicher Verhaltensweisen, die in dem Buch herausgearbeitet werden, insbesondere die herausragende Erkenntnis: „Das Motivationssystem des Gehirns ist auf die Erlangung von Vertrauen, Zugehörigkeit und Kooperation ausgerichtet“ (S. 61). Evolutionsbiologisch erweisen sich Bindung, Akzeptanz und Zugehörigkeit als überlebenswichtig. Dem Stirnhirn (präfrontaler Cortex) kommt dabei die entscheidende Steuerungsfunktion zu. Es überprüft unsere Handlungen und das Verhalten anderer auf ihre soziale Verträglichkeit (S. 166) und ist grundsätzlich durch Erziehung prägnant. Erziehung ist ein Trainingsprogramm für den präfrontalen Cortex und damit richtungweisend für das Sozialverhalten (S. 108 f; S. 96).

In **The Fair Society** betont Corning (ähnlich wie Bauer), dass dem Menschen natürliche (in der Evolution begründete

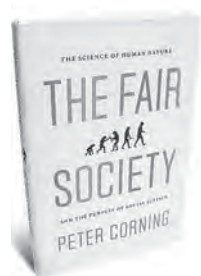


und durch die „science of human nature“⁶ identifizierte) Kräfte innewohnen, die es einzusetzen gälte. Corning wendet sich gegen die (vorherrschende) neoklassische Wirtschaftstheorie, wonach sich die Wirtschaft durch die rationale Verfolgung von Eigeninteresse entwickle. Diese (dem Kapitalismus zugrundeliegende)

de) Theorie (ebenso aber auch das sozialistische Modell) will er in das „Museum für antiquierte Ideologien“ verbannen. Er sieht die moderne Gesellschaft als „a purposeful, biologically based collective survival enterprise“ (S. 149; ein auf biologischer Basis errichtetes Unternehmen zum kollektiven Überleben). Er betont durchweg, dass uns Menschen ein Gefühl von Fairness und sozialer Gerechtigkeit innewohne, das zu einer (neuen) Grundlage des gesellschaftlichen Zusammenlebens aufgewertet werden solle. Er postuliert, dass sich der uns eigene Sinn für Fairness/Gerechtigkeit gegen die herrschende Neigung zu Gier und Demagogie (greed and demagoguery) durchsetzen müsse, eben in der „Fair Society“, mit einer auf Gleichheit basierten (equality) Befriedigung (weitgehend biologisch bedingter) Grundbedürfnisse, Interessenausgleich nach Billigkeit/Gerechtigkeit (equity) (vor allem stakeholder im Gegensatz zu shareholder capitalism) und einer Verpflichtung zu Reziprozität (reciprocity), damit alle ihren fairen Beitrag leisten und keiner nur von den Leistungen anderer profitiert (S. 13; S. 153 ff).

Fazit

Allen drei Büchern gemeinsam ist die (neuro-)biologische Analyse menschlichen Verhaltens in einem übergreifenden gesellschaftlichen Kontext. (Daher spricht Corning sogar von einem „biosozialen Kompakt“ (biosocial contract) zur Regelung gesellschaftlicher Belange.) Als Quintessenz ist festzuhalten, dass es eine **im Menschen natürlich angelegte Neigung zu Empathie und Kooperation** (Mitgefühl und zwischenmenschlicher Zusammenarbeit) sowie ein **Gespür für Fairness und soziale Gerechtigkeit** gibt. Diese „Naturgaben“ werden aufgrund verschiedener Mängel (im familiären und gesellschaftlichen Umfeld einschließlich des Erziehungswesens) leider nicht in vollem Umfang ausgeschöpft. Dies gilt wahr-



scheinlich nicht zuletzt auch für den unserem Verband der Lebertransplantierten besonders am Herzen liegenden Bereich der Organspende, die von Altruismus lebt. Selbstverständlich gibt es keinen individuellen oder gesellschaftlichen Anspruch auf Organspende. Die Einsichten der besprochenen Bücher hinsichtlich besserer Kommunikation und gezielten Ansprechens der Hilfsbereitschaft in einer gesellschaftlichen Notsituation, nämlich der extremen Knappheit von Spenderorganen und dem täglich präsenten Tod auf der Warteliste, müssten aber bewusst und wirkungsvoller bei der Schulung des an der Organspende eingesetzten Krankenhauspersonals (auf allen Ebenen) umgesetzt werden.

Ulrich R. W. Thumm

- 1 Joachim Bauer: *Das kooperative Gen. Abschied vom Darwinismus*, Hoffmann und Campe 2008. Das Buch ist inzwischen in leicht veränderter Paperback-Version 2010 bei Heyne erschienen. Die in dieser Rezension angegebenen Seitenzahlen beziehen sich auf die Hardcover-Version von 2008.
- 2 Derselbe: *Schmerzgrenze. Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt*, Karl Blessing Verlag 2011. Joachim Bauer ist Professor an der Universität Freiburg i. Br.
- 3 Peter Corning: *The Fair Society and the Pursuit of Social Justice*, The University of Chicago Press 2011. Peter Corning ist Professor an der Stanford University in Kalifornien.
- 4 Oxytozin wird auch als Vertrauens- oder Freundschaftshormon bezeichnet, da Vertrauen gegenüber anderen dessen Ausschüttung im Gehirn steigert und den Testosteronspiegel senkt (der Ausdruck des Misstrauens ist). Schmerzgrenze, S. 119.
- 5 Der Rezensent betont diese Aspekte besonders, weil sie vielleicht in den Gesprächen mit Angehörigen zur Motivation der Organspende nicht adäquat berücksichtigt werden. Einschlägige Schulung sollte diese Merkmale der Motivationsstruktur besonders ansprechen.
- 6 Bei „science of human nature“ handelt es sich sowohl um „behavioral economics“ (also den Zweig der Wirtschaftswissenschaft, die menschliches Verhalten experimentell beobachtet und dann in veränderte ökonomische Modelle einbaut) als auch eine „biological perspective of human nature“ (also Humanbiologie, die eng mit der Neurobiologie von Bauer zusammenhängt) sowie auch Anthropologie, Soziologie und politische Wissenschaft. Kooperatives Verhalten und „group selection“ sieht Corning (ebenso wie Bauer) schon beim späten Darwin „The Descent of Man“ angelegt. Siehe insbesondere Corning, S. 38 und 64 ff.



Wintergemüse – die fast vergessene, leckere und gesunde Winterkost



Foto: Wikipedia „Creative Commons: Tamoran“, Illustrationen: Zedtor DeskGallery®

Früher die einzige Möglichkeit, im Winter an Gemüse zu kommen, wird sie heute immer mehr zurückgedrängt durch ganzjähriges Angebot von allen Gemüsesorten, welche es sonst nur im Sommer gab. Wintergemüse wie Grünkohl, Wirsing, Weißkraut, Topinambur und Steckrüben waren früher auch eher das „Arme-Leute-Essen“.

Auch Möhren und Karotten zählen zum Wintergemüse. Ob Rot-, Weiß- und Grünkohl, Rosenkohl oder Rote Beete, sie werden alle regional angebaut, brauchen keine langen Transportwege, sind somit preiswert und umweltfreundlich. Es ist also allemal empfehlenswert, auf Wintergemüse aus deutschen Landen zurückzugreifen, anstatt aus dem Ausland importiertes und mit Schadstoffen übersätes Sommergemüse zu kaufen.

Kalorienarm und doch nährstoffreich haben sie den Vorteil, im Winter die Speckpölsterchen zu verhindern. Wintergemüse

ist sehr reichhaltig an Vitaminen und somit besonders gesund. So sind insbesondere Wirsing und auch Feldsalat sehr reich an Eisen (der Gehalt ist höher als bei Schweinefleisch), Grünkohl enthält mehr Vitamin C als Orangen, Rote Beete liefert reichlich Folsäure, Kalium, Vitamin A, B6 und C und Rotkohl unter anderem Kalium und Vitamin C. Feldsalat hat außerdem einen hohen Gehalt von Vitamin B und Kalium.

Gerade im Winter sind viele Vitamine und eine ausgewogene Ernährung wichtig. Bei regelmäßigem Verzehr von verschiedenen Wintergemüse hält man sich gesund und ist gegen Erkältung geschützt.

Nachfolgend ein paar Rezepte, um den Gaumenfreuden zu frönen. Wenn es draußen so richtig kalt und frostig ist, wärmen Eintöpfe Leib und Seele.

Guten Appetit!



Wirsingintopf mit Rindfleisch

Zutaten (für 4 Personen):

1 kg Wirsing
400g mehlig kochende Kartoffeln, kleingewürfelt
750ml Gemüsebrühe
500g Rindfleisch (Schulter) in Würfeln
2 Zwiebeln (halbieren und dünne Scheiben schneiden)
Schweineschmalz
Petersilie (glatt), gehackt
1 Prise Zucker
Salz, Pfeffer (gemahlener Kümmel nach Geschmack)

So wird's gemacht:

In einem Bratentopf das Schmalz erhitzen und die Fleischwürfel darin unter ständigem Wenden hellbraun anbraten. Erst kurz bevor das Fleisch Farbe nimmt, die Zwiebelscheiben hinzufügen und kurz mitdünsten. Alles mit Zucker, Salz, Pfeffer (und Kümmel) würzen und sofort die heiße Gemüsebrühe zugießen und ablöschen, zum Kochen bringen und ca. 30 Minuten bei mittlerer Hitze kochen. Deckel aufsetzen.

In der Zwischenzeit den Wirsing säubern und die äußeren Blätter entfernen, vierteln und die Blätter unter fließendem Wasser abspülen, abtropfen lassen. Strunk großzügig heraus schneiden und die Blätter in Streifen schneiden. Nach Ablauf der obigen Garzeit die Kartoffelwürfel und die Wirsingstreifen zum Fleisch geben, alles wieder zum Kochen bringen und weitere 20 Minuten (mit Deckel) garen.

Zum Schluss den Eintopf nochmals mit den Gewürzen kräftig abschmecken, in tiefen Tellern anrichten und mit Petersilie bestreuen.

Am nächsten Tag aufgewärmt, schmeckt der Eintopf noch besser!



Wirsing Eintopf mit Lammfleisch

Zutaten (für 6 Personen):

1 kg Lammfleisch (in Würfeln)
1 kg Wirsing (vom Strunk befreit und gehackt)
500 g Kartoffeln
1 l Fleischbrühe
2 Karotten (geschält, in Scheiben geschnitten)
2 Zwiebeln (gehackt)
2 Knoblauchzehen (gehackt)
1 Stange Porree (in Scheiben geschnitten)
Salz, Pfeffer
1 Lorbeerblatt
1/2 Bund Petersilie (glatt)

So wird's gemacht:

Backofen auf 175 °C vorheizen.

Die Zutaten werden wie folgt in einem Schmortopf geschichtet:

Eine Lage Wirsing, darauf etwas Lammfleisch, Zwiebeln, Knoblauch, Salz und Pfeffer. Darauf dann Kartoffeln, Porree, Karotten, Salz und Pfeffer. Und dann wieder eine Lage Wirsing usw., bis alle Zutaten verbraucht sind. Mit Gemüse abschließen.

Petersilie waschen und trocken-schütteln und dann mit dem Lorbeerblatt zum Eintopf geben. Die Brühe dazu gießen und den Wirsing Eintopf ca. 1 1/2 Stunden garen. Danach die Petersilie und das Lorbeerblatt entfernen und den Eintopf weitere 30 Minuten offen garen.

Zum Schluss mit Salz und Pfeffer abschmecken und mit gehackter Petersilie bestreuen.



Bayrisch Kraut

(in nördlicheren Regionen wohl Schmorkohl genannt) – lässt sich gut einfrieren, deshalb lohnt es sich, größere Portionen vorzukochen.

Zutaten:

2 kg Weißkraut (gehobelt oder in feine Streifen geschnitten)
1–2 EL Schweineschmalz zum Anbraten
1 große Zwiebel (fein gewürfelt)
2 EL gestoßener (brauner) Zucker
1/4 l Fleischbrühe + 1/4 l Weißwein + 1–2 EL Weißweinessig
(im Schwabenland: 1/2 l Most + 1 Schuss Weißweinessig)
Salz, Pfeffer, Kümmel (nach Geschmack ganz oder gemahlen)

So wird's gemacht:

Das Fett in einem großen Topf erhitzen, die Zwiebel und den Zucker darin anschwitzen. Die Kohlstreifen hinzufügen und mit schmoren, bis das Kraut zusammenfällt. Dabei das Kraut immer wieder umrühren, damit es nicht anbrennt. Dann die Fleischbrühe mit Weißwein und Essig (bzw. Most + Essig) hinzufügen, den Kümmel zugeben und zugedeckt ca. 60 Minuten köcheln. Dabei immer wieder etwas umrühren. Das Kraut ist fertig, wenn es noch leicht bissfest und die Flüssigkeit eingekocht ist. Anschließend salzen und je nach Geschmack auch Pfeffer hinzufügen.

Wer möchte, kann noch ca. 200 g durchwachsenen Speck (gewürfelt) beimischen, indem man statt der Zwiebel die Speckwürfel im heißen Fett brät, bis sie knusprig braun sind. Dann den Zucker unterrühren und karamellisieren lassen. Danach wie oben weiterkochen.



Rosenkohleintopf mit Rindfleisch und Knoblauch

Zutaten (für 2 Personen):

300 g Rosenkohl
150 g Rindfleisch (grob gewürfelt)
150 g festkochende Kartoffeln (gewürfelt)
1–2 Karotten (geschält, in Scheiben geschnitten)
1 mittelgroße Zwiebel (in Scheiben geschnitten)
1 Knoblauchzehe (fein gewürfelt)
300 ml Fleischbrühe
1 Zweig Thymian
1 EL Öl
1 EL gehackte Petersilie
1/2 EL Tomatenmark
Salz, Pfeffer

So wird's gemacht:

Das Fleisch (gewürzt mit Salz und Pfeffer) in heißem Öl anbraten. Dann Zwiebel und Knoblauch dazugeben und kurz mit braten. Das Tomatenmark zufügen und gut umrühren. Gießen Sie die Hälfte der Brühe dazu und lassen alles zugedeckt 20 Minuten köcheln. Nach Ablauf der Garzeit geben Sie den Rosenkohl, die Kartoffelwürfel und Karotten dazu und garen alles noch 10 Minuten. Dann geben Sie die restliche Brühe dazu und lassen den Eintopf noch eine Viertelstunde köcheln.

Zum Schluss nochmals kräftig abschmecken und mit gehackter Petersilie bestreuen.

Ernst Eberle

Gesundheitswoche 2011

In diesem Jahr trafen wir uns vom 28.5. bis 4.6.2011 zur 12. Gesundheitswoche. Es hieß: „Willkommen in Naumburg“, der fast tausendjährigen Domstadt an der Saale im Zentrum von Sachsen-Anhalts sanftem Süden. Sie liegt an der Straße der Romanik und besticht mit mittelalterlichem Stadtkern, umgeben von einer malerischen und sehenswerten Kulturlandschaft. Das Wahrzeichen der Stadt ist der Dom mit spätromanischen sowie früh- und hochgotischen Bauabschnitten (11. bis 14. Jahrhundert). Berühmt sind die 12 Stifterfiguren des unbekannten Bildhauers, dem „Naumburger Meister“. Uns allen sicher nicht fremd die Stifterfigur Uta, geschaffen um 1230, ca. 200 Jahre nach dem Ableben der Markgräfin Uta von Balenstedt, die sie darstellen soll. Es heißt, und davon konnten wir uns überzeugen: Wer die Statue einmal gesehen hat, vergisst sie nicht mehr. Sie strahlt Anmut und Lebendigkeit einer stolzen und selbstbewussten Frau aus. Nur nebenbei: Uta diente Walt Disney als Vorlage für die böse Königin.

In dieser Stadt, speziell im Hotel „Zur Henne“, wurden wir willkommen geheißen. Viele bekannte Gesichter, herzliche Wiedersehensfreude und die neuen Teilnehmer waren schnell in der Gemeinschaft aufgenommen. Die offizielle Begrüßung fand dieses Mal durch Dieter Bernhardt und Birgit Ketzner statt. Sie hat ab 2011 die Organisation der Gesundheitswoche übernommen und wird dies künftig fortführen. Dieter erinnerte an das Ableben von Kerstin Hucke, und wir gedachten ihrer in aller Stille. Hatte sie uns doch noch voriges Jahr mit kesser Lippe unterhalten ...

Das Gebäude des heutigen Hotels beherbergte bis 1990 eine Brauerei. Die alte Hennebrauerei wurde 1889 vor den Toren der Stadt und an den Weinbergen im Blütengrund bei Naumburg erbaut. Bis Mitte der 1950er Jahre wurde noch edler Gerstensaft gebraut. Später wurden Doppelcaramell-Bier und das Henne-Bräu abgefüllt.

Das Hotel „Zur Henne“ ließ uns eine Woche lang wohlfühlen und genießen.



Für einige von uns gab es nur einen Nachteil: Steile Treppen waren zu erklimmen (es gab keinen Fahrstuhl!) und der Lärmpegel durch Bahn und Straße störte die Nachtruhe. Aber nichtsdestotrotz: Die meisten nahmen es gelassen.

Am Samstagabend konnten wir die Vorstellungsrunde im Biergarten durchführen. Nach Karins Anleitung haben wir einen Koffer gepackt. Jeder musste mit dem ersten Buchstaben seines Vornamens ein Utensil benennen, das er einpacken wollte. Die Gegenstände aller Vorgänger (wir waren 31 Personen) mussten wiederholt werden. Viele meinten: „Das merke ich mir nie!“ Aber wir haben es alle (fast) problemlos geschafft. Es reichte von B wie Büstenhalter über F wie Fahrrad bis zu R wie Rizinusöl u.a.m. Und wir alle hatten mächtig Spaß dabei. Vor allem aber merkten wir, dass unsere grauen Zellen noch gut funktionieren.

Am Sonntag und Montagvormittag entwickelten wir Eigeninitiative, und jeder nach Lust und Laune unternahm eine Kurzwanderung bzw. Radtour entlang der Saale oder einen Besuch der Rudelsburg und Burg Saaleck sowie der Ausflugsgaststätte „Himmelreich“, die sich gegenüber den Burgen über den Weinbergen befindet. Von dort aus hatten wir einen herrlichen Panoramablick über das Saaletal. Die Rudelsburg, 1171 erstmals urkundlich er-

wähnt, ist die bekannteste Burg des Saaletals und diente einstmals dem Schutz desselben sowie der wichtigen Verkehrswege. Franz Kugler schrieb hier 1826 das bekannte Lied „An der Saale hellem Strande“. Während die Rudelsburg heute als beliebtes Ausflugsziel bewirtschaftet wird, sind bei der Burg Saaleck, 1140 erstmals erwähnt, nur noch die beiden Burgfriede erhalten geblieben. Andere machten einen Besuch des Heilbades Bad Kösen, Besichtigung der salinetechnischen Anlage. Die Käthe-Kruse-Puppenausstellung lieben wir links liegen.

Am Montagnachmittag dominierte die Stadtführung durch Naumburg, die uns die Geschichte der Domstadt näher brachte.

Abends fanden wir uns zusammen, um eine CD des Kabarettisten

Bernd-Lutz Lange mit sächsischen Witzen anzuhören. Obwohl er in den alten Bundesländern nicht so bekannt ist, kamen seine Witze gut an. In den Neuen gilt er als sehr beliebt. Es sei erwähnt, dass Sachsen das älteste Bundesland Deutschlands ist – es hat den größten Marktanteil an sächsischen Witzen!

Der Dienstag stand im Zeichen eines Fachvortrags von Dr. med. Thilo Koch, Facharzt für Gastroenterologie und Innere Medizin am Burgenlandkreis-Klinikum Naumburg zum Thema „Das kolorektale Karzinom“.

Dr. Koch vermittelte uns kompetent und deutlich Kenntnisse zu dieser Problematik. Das kolorektale Karzinom ist das am häufigsten auftretende geschlechtsunabhängige Karzinom in der Darmschleimhaut. Nach seinen Ausführungen sind die Ursachen in falscher Ernährung und fehlender Bewegung zu suchen.

Unter dem beeindruckenden Vortrag starteten wir am Nachmittag zur Arche Nebra. Dort erfuhren wir, was die Himmelsscheibe zu einem Jahrhundertfund der Archäologie und zu einer der faszinierendsten Hinterlassenschaften der Menschheitsgeschichte macht. Auf dem Weg von der Arche Nebra zum Mittelberg hinauf durchstreift man eine alte Kulturlandschaft. Am Fundort der Himmelsscheibe erhält man Einblicke in ihre Fundge-

Fotos: privat

schichte und astronomische Bedeutung. Auf dem Turm, den die Teilnehmer bei aufziehendem Gewitter bestiegen hatten, gab es ein Phänomen: Plötzlich standen allen die Haare „zu Berge“. Sie mussten schleunigst den Turm verlassen, denn sie waren in ein elektrisches Spannungsfeld geraten.

Der Mittwoch stand zur freien Verfügung. Neben Radtouren hatten die Ziele vom Sonntag neue Interessenten gefunden.

Donnerstag war Männertag. Und für unsere lieben Männer hatten wir eine kleine Nascherei parat.

Einige verbrachten den Vormittag mit Nordic Walking. Am Nachmittag trafen sich einige zufällig im Schloss Neuburg, Ausflugsziel im Weinland Saale-Unstrut. Die um 1090 erbaute Schwester der Wartburg gehörte in ihrer höchstmittelalterlichen Blütezeit zu den Zentren höfischer Kultur.

In den Abendstunden brachte uns Karin die Wirkungsweise der „Schüssler Salze“ nahe. Ihre Ausführungen gaben uns Anregungen zum Nachdenken, sich diesen Heilmitteln zuzuwenden.

Am Freitagvormittag erlebten wir einen Vortrag zur Feldenkrais-Methode mit praktischen Übungen, die sehr überzeugend wirkten. Dabei gilt das Motto: Mit bewusster Bewegung zu mehr Lebensqualität.

Nach dem Mittagessen starteten etliche Mitglieder zu einer Schifffahrt auf der



Saale von Naumburg nach Freiburg. Wir erlebten den Zusammenfluss von Saale und Unstrut. In Freiburg führte unser Weg zum Markt und zur Stadtkirche St. Martin, einer spätromanischen dreischiffigen Basilika in gebundenem System aus der Zeit um 1225. Per Schiff fuhren wir wieder zurück. Das herrliche Wetter ließ uns auf der Rückfahrt vom Hafen nach Henne in Markröhlitz ins Eiscafé „Venezia“ einkehren. Damit ging unser Ausflug zu Ende.

Am Abend kamen wir zusammen, um den Abschluss der Gesundheitswoche würdevoll zu begehen. Wir gelangten zu der Einschätzung, wieder erlebnisreiche und trotzdem erholsame Tage verbracht

zu haben. Birgit verlieh Karin und Dieter Dankesorden für ihre geleistete Arbeit. Und Birgit erhielt für ihre Mühe ein Buch, das dank Uwe Nagorka und Dieter Bernhardt noch rechtzeitig vorlag. Für kulturelle Beiträge sorgten Dieter und Peter im Wechsel. Von Ursel und Andreas Biedermann gab es wieder feinste Säfte, die allen gut mundeten. Auch dafür unseren besten Dank!

Am Sonnabend ging es wieder nach Hause. Die Verabschiedung erfolgte herzlich, wir wünschten uns alles Gute und ein gesundes Wiedersehen 2012.

Renate Heß

Remscheid: Kontaktgruppentreffen

Am Samstag, 17.9.2011 fand unser Kontaktgruppentreffen in Remscheid statt. Dieses Mal hatten wir als Gastreferenten Herrn Prof. Dr. med. René H. Tolba von der Uniklinik Aachen zu Besuch. Er hielt einen Vortrag rund um das Thema Immunsuppression. Er führte alle zurzeit verfügbaren Medikamente auf und erklärte die Wirkung, aber auch die möglicherweise auftretenden Nebenwirkungen. Auch informierte er über Wechselwirkungen der einzelnen Präparate. Es gibt heute eine Vielzahl verschiedener Immunsuppressiva, und es wird im Einzelfall geschaut, welches für den jeweiligen Patienten das Beste ist. Oft wird heute eine Kombination mehrerer Präparate durchgeführt, um so die Nebenwirkungen möglichst gering zu halten. Es gilt immer die Devise: So viel wie nötig – so wenig wie möglich.



Foto: privat

Nach dem tollen und aufgelockerten Vortrag beantwortete Prof. Tolba noch sämtliche Fragen, die aus den Reihen der 18 Anwesenden kamen. Danach kam der

gemütliche Teil, und man tauschte sich untereinander bei Kaffee und Kuchen aus.

Birgit Schwenke

10 Jahre Kontaktgruppe Essen

Am 17.10.2011 konnte die Kontaktgruppe Essen/Duisburg/Ruhrgebiet 10-jähriges Bestehen feiern. Aufgebaut hat diese Gruppe Moni Kuhlen, zu Anfang noch gemeinsam mit ihrem Mann Dieter. Seit einigen Jahren leitet sie diese allein. Unterstützt wird sie hier von Udo Biemann, Ansprechpartner für Duisburg und Umgebung. Am 17. Oktober waren 46 Gruppenmitglieder zu diesem besonderen Jubiläumsgruppentreffen gekommen. Daran zeigt sich der Erfolg der kontinuierlichen, ehrenamtlichen Arbeit von Moni Kuhlen. Denn es ist nicht so leicht, eine Gruppe über eine lange Zeit zu betreuen, zusammenzuhalten und immer wieder neue Interessierte und Mitglieder zu integrieren.

Gerne bin ich zu diesem besonderen Anlass nach Essen gefahren, um der Gruppenleiterin und der Gruppe im Namen des Vorstands zu danken und zu gratulieren. Moni hatte sich für den Tag auch ein besonderes Programm ausgedacht: Vom Ltx-Zentrum hielt Professor Gerken, Leiter der Gastroenterologie am Uniklinikum Essen, einen Vortrag zum Thema Grunderkrankungen der Leber. Von Herrn Dr. Klein, von der Ltx-Ambulanz, erfuhren wir Wichtiges zur

Organspende. Er appellierte an jeden von uns, die Botschaft der Bedeutung der Organspende nach außen zu tragen. Das Team des Ltx-Zentrums überbrachte die Glückwünsche auf einer separaten Folie. Auch daraus können wir ersehen, dass die Ärzte gute Selbsthilfearbeit schätzen.

Ein weiteres Highlight war der fetzige Auftritt einer Cheerleadergruppe. Alle Mitglieder haben zu einem abwechslungsreichen Buffet beigetragen, sogar ein Kuchen mit Glückwunschtschokolade war dabei. Ein gelungener Abend, bei dem auch wieder neue Interessierte für ihre Anliegen

Zuhörer fanden und Hilfe erfahren durften. Weiter gutes Gedeihen und Wirken der Kontaktgruppe Essen!

Jutta Riemer



Fotos: Rudolf Hildmann

Frankfurt: Kontaktgruppentreffen

Der starke Rückgang von Organspenden in diesem Jahr und neue Medikamente bei Hepatitis C waren die Hauptthemen beim Kontaktgruppentreffen in Frankfurt am 19.10.2011 in der Uniklinik. „Es gab einen drastischen Rückgang der Organspenden für die Region Mitte“, berichtete Dr. Christian Mönch, Transplantationschirurg an der Uniklinik Frankfurt. „Bis jetzt haben wir im Jahr 2011 21 Lebern transplantiert, im Jahr davor waren es 47. Das ist ein Rückgang von mehr als der Hälfte. Insgesamt sind die Organspendezahlen in Hessen nur zwei Prozent zurückgegangen, aber in Rheinland-Pfalz und im Saarland sieht es noch schlechter aus“, meinte er.

Ein Problem ist die hohe Ablehnungsquote von Familienangehörigen, ca. zwei von drei lehnen eine Organspende ab. Dr. Mönch bezweifelt, dass die Änderung des Transplantationsgesetzes viel bringen werde, obwohl er die „Entscheidungslösung“ besser findet als die bislang gelten-

de „Erweiterte Zustimmungslösung“.

In 15 Dienstjahren als Tx-Chirurg hat Dr. Mönch nur einmal einen Organspendeausweis bei einem Spender gesehen. „Es ist sehr selten“, meinte er, „dass ein hirntoter Patient einen Ausweis dabei hat. Man müsste überlegen, ob man so ein System wie in Spanien oder Österreich hier einführt, wo alle automatisch Organspender sind, es sei denn, man hat sich schriftlich dagegen ausgesprochen.“

Es wäre besser und auch notwendig, einen hauptamtlichen Transplantationsbeauftragten einzustellen, der als solcher auch bezahlt wird und nicht nur „nebenbei“ arbeitet, denn dies würde nicht funktionieren, berichtete Dr. Mönch. In Frankfurt gibt es einen Inhouse-Koordinator für die mehr als ein Dutzend Tx-Beauftragten. Ein OS-Koordinator bekommt nur eine sehr geringe Aufwandsentschädigung für diese Tätigkeit.

„Die neuen Medikamente gegen Hepatitis C (HCV), Telaprevir und Bocaprevir,

sind schon in Phase III einer Studie in Frankfurt“, erzählte Internist Dr. Martin Welker. „Seit August 2011 sind die beiden zugelassen und schon sehr effektiv. Für manche HCV-Patienten hat Telaprevir eine 92% Heilungschance, als Nebenwirkung ist bis jetzt nur Hautausschlag aufgetreten“, sagte Dr. Welker (s. a. S.22).

„Ein Problem für schon Transplantierte ist, dass bei Telaprevir sehr starke Wechselwirkungen auftreten mit anderen Medikamenten. Bei Tacrolimus ist die Wechselwirkung 70-fach verstärkt mit Telaprevir zusammen“, berichtete Dr. Welker. „Deshalb werden Ltx-Patienten sehr sorgfältig betreut.“

Es war sehr enttäuschend, dass nur sieben LD e.V.-Mitglieder zu diesem sehr informativen Treffen gekommen sind. Hoffentlich werden die Ärzte unsere Treffen auch in die Zukunft noch unterstützen.

Dennis Phillips

„Stabübergabe“ jetzt auch im Norden Bayerns

Roland Stahl neuer Koordinator in Nordbayern

Unser Verein hat bundesweit über 70 Ansprechpartner für Betroffene. Diese Ansprechpartner werden in der Region von Koordinatoren unterstützt und betreut. Die Koordinatoren sind, neben weiteren Aufgaben, vor allen Dingen „Ansprechpartner für die Ansprechpartner“ in ihrer Region und Bindeglied zum Vorstand. Mit dem neuen Koordinator für Nordbayern sind es nun insgesamt acht Koordinatoren, die für unseren Verband in den verschiedenen Bundesländern bzw. Regionen und die dort tätigen Ansprechpartner zuständig sind.

Nachdem im Frühjahr dieses Jahres die Koordination für Südbayern in neue Hände übergeben werden konnte – wir hatten darüber in „Lebenslinien“ Ausgabe 2/2011 berichtet – ist es mit Roland Stahl jetzt auch gelungen, für Nordbayern eine Entlastung für unsere Bundesvorsitzende Jutta Riemer zu finden. Sie hat seit vielen Jahren neben ihren vielfältigen Aufgaben als Vorsitzende, in der Redaktion „Lebenslinien“ u.a. auch die Funktion der Koordinatorin für Nordbayern wahrgenommen. Bei Übernahme der bundesweiten Aufgaben hatte

sie schon seit längerer Zeit nach dieser Entlastung gesucht.

Zur Koordination Nordbayern gehören die Gruppen Mittelfranken/nördliches Schwaben, Oberfranken/Oberpfalz, Regensburg und Unterfranken.

Roland Stahl ist seit über zwei Jahren Ansprechpartner in Mittelfranken und unterstützt dort seither schon Jürgen Glaser in der regionalen Gruppenbetreuung. Er hat sich nun bereit erklärt, die Aufgaben des Koordinators für Nordbayern zukünftig zusätzlich zu übernehmen.

Roland Stahl ist 54 Jahre alt und seit 2007 selbst lebertransplantiert. Er hat vor seiner Transplantation viele Jahre Erfahrung in der Vereinsarbeit sammeln können und war u.a. seit ca. 20 Jahren Jugendbetreuer in einer Fußballabteilung.

Gemeinsam mit den Ansprechpartnern in Nordbayern haben wir im Juni 2011



die neue Planung für die Region besprochen und wollen – immer mit dem Ziel zur Verbesserung der Patientenbetreuung – das bisher Bewährte fortführen. Unter vielem anderen ist es ein besonderes Anliegen von Roland Stahl, zusammen mit den Ansprechpartnern in seiner Region die Förderung der Organspende in Bayern zu ver-

stärken und die Zusammenarbeit mit den nördlichen bayerischen Transplantationszentren zu intensivieren. Die Zusammenarbeit mit dem Koordinator für Südbayern, Helmut Thaler, und den dortigen Ansprechpartnern ist ihm ebenfalls wichtig.

Wir danken Roland Stahl sehr, dass er sich bereit erklärt hat, die Aufgaben zu übernehmen und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.

Der Vorstand

Foto: privat



Friedrich Meyer

Ich bin 61 Jahre alt und seit 24 Jahren transplantiert. Nach drei vergeblichen Anläufen wurde mir beim vierten Versuch in der MH Hannover erfolgreich eine neue (gute geachtete) Leber eingepflanzt. Mir geht es bis heute dementsprechend gut.

Beim ersten Bundestreffen des Vereins LD e.V. in Hannover im Jahr 2007 wurde ich näher auf den Verein aufmerksam und trat diesem kurze Zeit später bei.

Vor Kurzem brauchte unsere Regionalgruppe Mittelfranken eine Verstärkung in der Ansprechpartnertätigkeit für die Gebiete des **südlichen Bezirks Mittelfranken, dem Altmühltal** wie auch dem **nördlichen Schwaben**. Unsere Gruppe trifft sich regelmäßig alle acht Wochen in einer Gaststätte in Katzwang am Südrand von Nürnberg zu interessanten Gesprächen und Informationsrunden. Des Weiteren auch alle acht Wochen (zeitlich versetzt) am Brombachsee in Absberg zum „Kaffeeeklatsch“.

Regelmäßig drehe ich meine Runden, um Organspendeausweise zu verteilen und so die breite Bevölkerung auf das Thema Organspende aufmerksam zu machen. Ich hoffe, auch als Ansprechpartner für unsere Gruppe noch viele Betroffene zu interessieren und evtl. auch zu aktivieren.

Neue Ansprechpartner



Wolfgang Weber

Ich bin 59 Jahre alt, verheiratet und habe drei Kinder. Nach der Diagnose eines Tumors (HCC) in der Leber bin ich 2006 in Heidelberg transplantiert worden. Während der Wartezeit bis zur Transplantation und auch danach wurden meine Familie und ich von den Ansprechpartnern des Vereins Lebertransplantierte Deutschland e.V. bei vielen offenen Fragen und Ängsten unterstützt und beraten.

Diese positive Erfahrung möchte ich als **Ansprechpartner für die Region Heidelberg/Mannheim** an Betroffene und deren Angehörige weitergeben.

Fotos: privat

Der Schirmherr













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

Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender am Universitätsklinikum Essen

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

Der Vorstand

	Funktion Name	Straße PLZ, Ort	Telefon Fax	E-Mail
	Vorsitzende Jutta Riemer	Maiblumenstr. 12 74626 Bretzfeld	(0 79 46) 94 01-87 (0 79 46) 94 01-86	jutta.riemer@lebertransplantation.de
	Stellvertr. Vorsitzender Dieter Bernhardt	Kampstr. 111 42781 Haan	(0 21 29) 37 74 66 —	dieter.bernhardt@lebertransplantation.de
	Kassenwart + Schriftführer Gerhard Heigoldt	Am Kocherberg 56 74670 Forchtenberg	(0 79 47) 77 59 (0 79 47) 9 42 98 38	gerhard.heigoldt@lebertransplantation.de
	Beisitzer Michael Bessell	Mürtenbacher Weg 50 50997 Köln	(0 22 36) 3 27 80 45 (0 22 36) 3 27 80 46	michaelbessell@t-online.de
	Beisitzerin Jutta Kulbach	Entenpfuhl 6 65604 Elz	(0 64 31) 5 19 79 (0 64 31) 5 34 86	jutta.kulbach@lebertransplantation.de
	Beisitzer Joachim F. Linder	Meyerbeerstr. 85 13088 Berlin	(01 71) 1 23 41 88 (0 32 12) 1 23 41 88	joachim.f.linder@lebertransplantation.de
	Beisitzer Peter Mohr	Moorweg 50 21337 Lüneburg	(0 41 31) 5 32 17 —	mohmolgd@t-online.de peter.mohr@lebertransplantation.de
	Beisitzerin Vera Reeker	Im Oberfeld 46 45259 Essen	(02 01) 45 87 85 43	LTX@gmx.de
	Beisitzerin Susan Stracke	Ardeystr. 287 58453 Witten	(0 23 02) 91 30 73 (0 23 02) 91 30 75	sstracke@strackebau.de
	Beisitzer Egbert Trowe	Alter Postweg 2a 30938 Burgwedel	(0 51 39) 9 82 79 30	eitrowe@t-online.de

Beratende Vorstandsmitglieder: Ulrich Kraus, Dennis Phillips, Josef Theiss

Den Vorstand unterstützend mit Sonderaufgaben: Heidrun vom Baur, Rudi Hildmann, Mariele Höhn,
Birgit Ketzner, Renate Pauli, Birgit Schwenke, Andrea Sebastian, Dr. Ulrich R. W. Thumm

Impressum

Lebenslinien

Informationen für Patient und Arzt
Ausgabe 1/2012

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
BLZ 672 500 20, Konto 6 602 495

Redaktion:

Jutta Riemer (verantwortlich)
Ernst Eberle, Ulrich Kraus, Renate Pauli,
Dennis Phillips, Dr. Ulrich R. W. Thumm

Erscheinungsweise:

halbjährlich, Auflage 6.500 Expl.
© Gezeichnete Beiträge geben nicht
unbedingt die Meinung der Redaktion
wieder. Alle Rechte bleiben nach den
gesetzlichen Bestimmungen bei den
Autoren. Der Zeitschriftentitel und das
Layout sind urheberrechtlich geschützt.
Abdrucke bedürfen der ausdrücklichen
Genehmigung.

Satz und Gestaltung:

Steffen Elsishans, Ed.-Neckarhausen

Koordination + Produktion:

Christiane Möhl Printservice, Brühl

Druck:

Kehler Druck, Kehl

Herzlichen Dank unseren Förderern und Sponsoren

1. Unser Verband wird nach § 20c SGB V gefördert von der **GKV-Gemeinschaftsförderung auf Bundesebene.**

Beteiligte Krankenkassen und KK-Verbände:

AOK Bundesverband, AOK Baden-Württemberg, AOK Hessen, AOK Nordwest,
AOK Rheinland/Hamburg, DAK-Gesundheit, DAK Essen, BKK Essen, GKV Nieder-
sachsen, mhplus Ludwigsburg, Novitas BKK Essen, TK Selbsthilfeförderung, Ver-
band der Ersatzkassen (VdEK)

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

BKK ARGE Nordrhein-Westfalen, AOK Hessen, Techniker Krankenkasse, Hamburg.

3. Darüber hinaus erhielten wir Spenden und Unterstützung durch:

Pharmazeutische Industrie:
Astellas Pharma GmbH
Biotest AG
Dr. Falk Pharma GmbH
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
Novartis Pharma GmbH
Pfizer Deutschland GmbH
Roche Pharma GmbH

Mitglieder und Gönner:
Marika Aumann
Michael Bessel
Christiane Held
Dr. Peter Köhler
Jutta Riemer
Dr. Ulrich Thumm
Egbert Trowe
Nils Ulber
Trauerfall Winnen
Trauerfall Wohlgemuth

Auch allen anderen Spendern danken wir für ihre Unterstützung.

Nehmen Sie Kontakt zu uns auf!

Für alle Fragen, Anregungen und Lesermeinungen
rund um die Zeitschrift „Lebenslinien“ stehen wir Ihnen
unter folgender E-Mail-Adresse zur Verfügung:

redaktion@lebertransplantation.de

Lebertransplantierte Deutschland e.V.

Maiblumenstr. 12

74626 Bretzfeld

Auf den Verein wurde ich aufmerksam gemacht durch:

- ☐ Ärzte/Pflegepersonal
- ☐ Betroffene
- ☐ Krankenkasse
- ☐ Unsere Homepage
- ☐ Unsere Zeitung Lebenslinien
- ☐ Sonstige Presse
- ☐ Sonstiges

Termine 2012

Weitere Veranstaltungen und Angebote sind in Vorbereitung; Änderungen vorbehalten. Zu den Veranstaltungen erfolgen je nach Region Einladungen. Nähere Informationen können beim Vorstand oder Ihrem Ansprechpartner erfragt werden.

12.1.2012	Treffen für Wartepatienten gemeinsam mit dem Ltx-Zentrum Kiel
13.2.2012	Treffen für Wartepatienten gemeinsam mit dem Ltx-Zentrum Heidelberg
10.3.2012	Jahrestagung 2012 mit Mitgliederversammlung und Vortragsveranstaltung in Stuttgart
31.3.2012	Patientenveranstaltung zusammen mit dem Ltx-Zentrum München Rechts der Isar
20.4.2012	Treffen für Wartepatienten zusammen mit dem Ltx-Zentrum Regensburg
5.5.2012	Patientenveranstaltung zusammen mit dem Ltx-Zentrum München Großhadern
12.–19.5.2012	Gesundheitswoche in Bad Alexandersbad
17.–20.5.2012	Offene Deutsche Meisterschaften für Transplantierte in Villingen-Schwenningen*
25.–29.5.2012	4. Tx Kids Camp, Erlebnisfreizeit für 9–13-jährige Betroffene*
30.5.–10.6.2012	Landesgartenschau BW 2012 in Nagold, Aktionswoche Organspende
2.6.2012	Tag der Organspende – Zentrale Veranstaltung in Dresden
19.–26.8.2012	Europäische Spiele der Transplantierten in Zagreb*
5.–7.10.2012	Wochenende der Begegnung in Bad Soden-Allendorf
9.–11.11.2012	Zentrales Seminar für Ansprechpartner in Würzburg
8.12.2012	Arzt-Patienten-Seminar zusammen mit dem Ltx-Zentrum Regensburg

Weitere aktuelle, vor allem regionale Termine zu Veranstaltungen auf unseren Internetseiten unter www.lebertransplantation.de.

* Infos zu den Sportveranstaltungen s. unter www.transdiaev.de



**Lebertransplantierte
Deutschland e.V.**

... wie werde ich Mitglied?

Der Jahresbeitrag

beträgt € 40,- für eine Person (Betroffener).

Für eine Familienmitgliedschaft (Betroffener und ein/e Angehörige(r)) € 55,-.

Weitere Familienmitglieder bezahlen je € 25,-/Person.

Kinder unter 15 Jahren sind beitragsfrei.

Jugendliche unter 18 Jahren, Schüler, Azubis und Studenten € 20,-.

Fördermitglieder bezahlen mind. € 40,-.

Der Beitrag im Eintrittsjahr wird quartalsweise berechnet.

Spenden

zur Finanzierung der vielfältigen Aufgaben sind immer willkommen:

Konto-Nr. 6 602 495, BLZ 672 500 20 bei der Sparkasse Heidelberg

Spendenquittung: Bis € 100,- gilt die Überweisung, darüber Spendenquittung durch den Verein.

Mitglied

kann jede/r Betroffene (Wartepatient/in und Transplantierte(r)) werden, aber auch deren/dessen Angehörige.

Familienmitgliedschaften sind möglich, Fördermitglieder natürlich willkommen.

bitte hier abtrennen oder kopieren

Lebertransplantierte Deutschland e.V. · Maiblumenstr. 12 · 74626 Bretzfeld

Beitrittserklärung

Name/Vorname Geb.Dat. Beruf

Straße PLZ/Wohnort Tel. Fax

Grunderkrankung Transplantiert in am

☐ Einzelmitgliedschaft/Betroffener Jahresbeitrag € 40,-

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

Angehöriger: Name/Vorname Geb.-Dat. Anschrift

☐ Familienangehörige Jahresbeitrag **nur** € 25,-/Person (Name/Anschrift gesondert mitteilen)

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

☐ Fördermitgliedschaft Beitrag/Spende €/Jahr (mindest. € 40,-)

☐ Ich bin/Wir sind mit jährlichem Bankeinzug einverstanden.

Konto-Nr. BLZ Bank

Datum Unterschrift/en

Der Beitrag im Eintrittsjahr wird quartalsweise berechnet.

Ansprechpartner/Kontaktgruppen für Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige

Sie wünschen Kontakt zu Mitbetroffenen in Ihrer Wohnortnähe. Auf den folgenden zwei Seiten 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.

Regionalgruppe	Name	Telefon	Fax	E-Mail
Baden-Württemberg				
Alb-Donau-Kreis	Josef Theiss *(komm.)	0 71 42/5 79 02	0 71 42/77 39 333	josef.theiss@lebertransplantation.de
Bodensee/Oberschwaben	Alfred Schmidt*	07 51/3 52 55 20	07 51/3 52 55 21	alfred.schmidt@lebertransplantation.de
Freiburg/Hochrhein	Georg Hechtfischer	07 61/4 88 27 98		georg.hechtfischer@lebertransplantation.de
Heidelberg/Mannheim	Andrea Sebastian*	0 62 01/50 86 13		andrea.sebastian@lebertransplantation.de
Heidelberg/Mannheim	Wolfgang Weber	0 62 26/62 67		weber-mauer@lebertransplantation.de
Heilbronn/Hohenlohe	Jutta Riemer	0 79 46/94 01 87	0 79 46/94 01 86	jutta.riemer@lebertransplantation.de
Heilbronn/Hohenlohe	Silvia Hübner	07 91/5 99 03		silvia.huebner@lebertransplantation.de
Karlsruhe	Peter Hellriegel *	0 72 57/90 24 99		peter.hellriegel@lebertransplantation.de
Ludwigsburg/Bietigheim	Josef Theiss *	0 71 42/5 79 02	0 71 42/77 39 333	josef.theiss@lebertransplantation.de
Ostalbkreis	Gerhard Kaufmann*	0 73 61/4 23 90	0 73 61/4 94 54	gerhard@kaufmann-aa.de
Rems-Murr-Kreis	Gerhard Bölcke*	0 71 91/8 21 72	0 71 91/8 21 72	ligebke@gmx.de
Stuttgart/Esslingen	Rosemarie Weiß*	07 11/37 27 37		rosi.weiss@arcor.de
Tübingen/Nürtingen	Günther Lehnen*	0 71 57/43 54	0 71 57/98 93 22	guenther.lehnen@lebertransplantation.de
Tübingen/Nürtingen	Irmgard Klein	0 70 21/48 39 56		
Tübingen/Nürtingen	Ernst Eberle	0 70 25/63 66	0 70 25/71 78	eberle-kohlberg@kabelbw.de
Bayern				
Augsburg	Heinrich Dormeier	0 82 34/61 76	0 82 34/90 41 68	dormeier-lebertransplantation@t-online.de
Mittelfranken	Jürgen Glaser*	0 91 71/89 83 58		juergen.glaser@lebertransplantation.de
Mittelfranken	Roland Stahl	0 91 87/41 05 08	0 91 87/41 05 09	roland.stahl@lebertransplantation.de
München	Alfred-Josef Truger*	0 89/48 72 97	0 89/44 49 92 09	alfred-josef.truger@lebertransplantation.de
Niederbayern	Gerhard Mühlberger	0 85 03/12 52	0 85 03/92 21 21	gerhard.muehlberger@web.de
Oberbayern	Irene Kühner *	0 81 31/8 61 78	0 81 31/8 61 25	Huikuetz@aol.com
Oberbayern	Ulrike Eisele	0 81 34/5 53 30 14		privat@ulrikeeisele.de
Oberfranken/Oberpfalz	Peter Schlauderer*(komm.)	0 94 41/ 90 65		p.schlauderer@web.de
Regensburg	Peter Schlauderer*	0 94 41/90 65		p.schlauderer@web.de
südl. Mittelfranken/nördl. Schwaben	Friedrich Meyer*	0 91 45/63 03		
Südostbayern	Annegret Braun	0 80 82/31 20 39		manfbraunanne@aol.com
Unterfranken	Wolfgang Scheuplein*	0 93 83/65 21		wolfgang.scheuplein@lebertransplantation.de
Berlin/Brandenburg				
Berlin/Brandenburg	Wolfram Maaß*	030/83 10 25 25		wolfram.maass@lebertransplantation.de
Berlin/Brandenburg	Renate Negelmann	030/8 01 46 71		
Berlin/Brandenburg	Siegfried Maaß*	0 33 02/22 13 50		siegma40@hotmail.com
Hessen				
Kassel	Maria Dippel*	05 61/88 64 92		mariadippel@gmx.de
Frankfurt/Main	Dennis Phillips	0 69/5 96 38 94	0 32 12/1 17 59 85	dnphil@gmail.com
Frankfurt/Main	Horst Schmidtman	069/39 58 82		
Südhausen	Harry Distelmann	0 61 51/31 80 93		hdistelmann@unitybox.de
Westerwald/Rhein/Lahn	Mariele Höhn	0 26 02/8 12 55		mariele.hohn@lebertransplantation.de
Westerwald/Rhein/Lahn	Jutta Kulbach	0 64 31/5 19 79		jutta@kulbach-elz.de

(komm.) = kommissarisch

Ansprechpartner/Kontaktgruppen für Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige

Regionalgruppe	Name	Telefon	Fax	E-Mail
Mecklenburg-Vorpommern				
Rostock und Umgebung	Bernd + Anke Reiche*	03 81/7 69 81 94		bernd.anke.reiche@lebertransplantation.de
Schwerin	Ilona Freitag	03 87 88/5 02 63	03 87 88/5 02 63	
Schwerin	Christine Berning	0 38 41/70 14 73		
Niedersachsen/Bremen				
Bremen/Unterweser	Udo Schmidt*	04 21/3 96 26 54		udo.schmidt@nord-com.net
Göttingen	Nicola Meyer	0 55 09/9 20 91 57		
Hannover	Egbert Trowe*(komm.)	0 51 39/9 82 79 30		eitrowe@t-online.de
Lüneburg	Peter Mohr	0 41 31/5 32 17		peter.mohr@lebertransplantation.de
Oldenburg	Friedhelm Schulz*	0 44 08/6 02 51		friedschulz@lebertransplantation.de
Osnabrück	Margret Smit*	0 54 01/4 00 03		margret.smit@lebertransplantation.de
Osnabrück	Reinhold Waltermann	0 54 02/42 53		katrin@nuesse-waltermann.de
Nordrhein-Westfalen				
Bielefeld	Birgit Schwenke*(komm.)	0 21 95/6 92 31	0 21 95/93 39 80	birgit.schwenke@lebertransplantation.de
Bonn	Sigrid Müller	0 26 45/23 84	0 26 45/23 84	
Bonn	Stephan Mickan*	0 22 43/70 08	0 22 43/70 08	stephan-mickan@web.de
Ennepe-Ruhr-Kreis	Birgit Schwenke*(komm.)	0 21 95/6 92 31	0 21 95/93 39 80	birgit.schwenke@lebertransplantation.de
Essen/Duisburg	Moni Kuhlen*	02 01/3 65 76 64		monikuhlen@gmx.de
Hochsauerlandkreis	Angelika Grimaldi	0 29 32/3 79 76		Frgr94@yahoo.de
Köln	Michael Bessell	0 22 36/3 27 80 45		michaelbessell@t-online.de
Köln	Gerhard Mann	02 21/6 80 42 02		gerhard-mann@gmx.de
Mönchengladbach/Viersen	Rudolf Hildmann*	0 21 63/42 10	0 32 12/117 59 85	rudolf.hildmann@lebertransplantation.de
Mönchengladbach/Viersen	Hans-Josef Karthaus	0 21 61/55 97 05		hans-josef.karthaus@lebertransplantation.de
Münster	Andreas Wißing	0 59 71/1 74 44		andre.wissing@t-online.de
Münster	Wolfgang Alferts	0 25 81/63 22 43		walferts@t-online.de
Oberbergisches Land/Siegerland	Cigdem Kleinjung	0 22 63/48 16 48		cigdemkleinjung@arcor.de
Remscheid/Solingen	Birgit Schwenke*	0 21 95/6 92 31	0 21 95/93 39 80	birgit.schwenke@lebertransplantation.de
Ruhrgebiet	Udo Biemann	0 23 61/1 64 90		udo.biemann@lebertransplantation.de
Ruhrgebiet	Klaus Trinter	0 23 67/16 45	0 23 67/93 42	klaus.trinter@gmx.de
Düsseldorf/Wuppertal	Karin Ostermann	02 11/2 05 88 76		karin_ostermann@yahoo.de
Rheinland-Pfalz/Saarland				
Frankenthal	Heinz Reiter	0 62 33/63 88 80		golflayer@t-online.de
Kaiserslautern	Anne Herrmann (komm.)	06 31/37 04 80		
Mainz	Mariele Höhn*	0 26 02/8 12 55		mariele.hoehn@lebertransplantation.de
Trier/Eifel/Hunsrück	Dr. Winfried Diehl	0 65 01/1 49 62		winfried.diehl@gmx.de
Westerwald/Rhein/Lahn	Mariele Höhn*	0 26 02/8 12 55		mariele.hoehn@lebertransplantation.de
Westerwald/Rhein/Lahn	Jutta Kulbach	0 64 31/5 19 79		jutta@kulbach-elz.de
Saarland	Anne Herrmann	06 31/3 70 48 07		
Sachsen				
Dresden und Umgebung	Regina Nüßgen	0 35 04/61 37 94		regina.nuessgen@lebertransplantation.de
Görlitz	Jutta + Karl-H. Bertulat	0 35 81/7 83 71		karl-heinz.bertulat@lebertransplantation.de
Leipzig und Umgebung	Roland Schier	03 41/6 51 54 27		
Zwickau/südliches Sachsen	Manuela Korte	0 37 21/8 62 56		

(komm.) = kommissarisch

Ansprechpartner/Kontaktgruppen für Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige

Regionalgruppe	Name	Telefon	Fax	E-Mail
Sachsen-Anhalt				
Magdeburg	Heidrun vom Baur	05 31/61 00 12		h.u.b.v.baur@t-online.de
Schleswig-Holstein/Hamburg				
Hamburg	Peter Mohr* (komm.)	0 41 31/5 32 17		peter.mohr@lebertransplantation.de
Kiel	Siegfried Neumann	04 31/71 20 02		sfw_neumann@web.de
Lübeck	Dr. Heike Wolken			heike.wolken@gmx.de
Nordfriesland	Magdalena Ebsen	0 46 61/23 83		
Thüringen				
Erfurt	Katharina Schöнемann*	03 62 06/2 68 00		katharina.schoenemann@lebertransplantation.de
Jena	Uwe Henning*	0 36 41/42 52 84		uwe.henning@lebertransplantation.de
Rudolfstadt	Hans-Jürgen Frost	0 36 72/41 01 73		hans-juergen-frost@t-online.de

(komm.) = kommissarisch

Weitere Ansprechpartner für ...	Name	Telefon	Fax	E-Mail
junge Transplantierte	Christine Held	0 74 52/81 86 66		christine.held@lebertransplantation.de
Eltern transplant. Kinder + Jugendl.	Joachim F. Linder	01 71/123 41 88	0 32 12/123 41 88	joachim.f.linder@lebertransplantation.de
Eltern transplant. Säugl. + Kleinkinder	Petra Dahm	02 08/30 43 75-1	02 08/30 43 75-3	petra.dahm@lebertransplantation.de
Angehörige von Betroffenen	Jutta Bertulat	0 35 81/7 83 71		karl-heinz.bertulat@lebertransplantation.de
Angehörige von Betroffenen	Gudrun Hildmann	0 21 63/42 10	0 32 12/234 27 79	gudrun.hildmann@lebertransplantation.de
Angehörige von Betroffenen	Renate Pauli	0 87 61/6 01 19		renate.pauli@lebertransplantation.de
Angehörige von Betroffenen	Waltraud Wroblewski	0 52 23/6 87 51 03		waltraud44.peter49@t-online.de
Lebendspende	Henry Kühner	0 81 31/861-78	0 81 31/861-25	henry.kuehner@lebertransplantation.de
Lebendspende	Nicole Köhler	0 71 38/94 58 87		nicole.koehler@lebertransplantation.de
Schwerbehindertenrecht	Stefan Sandor	0 89/41 87 66 27		stefan.sandor@lebertransplantation.de
die verschied. Grunderkrank. d. Leber	Peter Mohr	0 41 31/5 32 17		peter.mohr@lebertransplantation.de
Aktionen/Fragen zu Organspende (Nord)	Egbert Trowe	0 51 39/9 82 79 30	0 51 39/9 84 05 33	eitrowe@t-online.de
Aktionen/Fragen zu Organspende (Süd)	Hermann Fraas	0 74 25/44 36		hermann.organspende@email.de

Koordinatoren

Sie wünschen Kontakt zu Mitbetroffenen in Ihrer Wohnortnähe. Wenn Sie den Ansprechpartner in Ihrer Nähe nicht erreichen, wenden Sie sich an den **Koordinator** der entsprechenden Region:

Region	Name	Telefon	Fax	E-Mail
Nord-Ost	Joachim F. Linder	01 71/123 41 88	0 32 12/123 41 88	joachim.f.linder@lebertransplantation.de
Nord	Peter Mohr	0 41 31/5 32 17		peter.mohr@lebertransplantation.de
Nordrhein-Westfalen	Birgit Schwenke	0 21 95/6 92 31	0 21 95/93 39 80	birgit.schwenke@lebertransplantation.de
Mitte	Mariele Höhn	0 26 02/8 12 55	0 26 02/8 12 55	mariele.hoehn@lebertransplantation.de
Baden-Württemberg Süd	Josef Theiss	0 71 42/5 79 02	0 71 42/77 39 333	josef.theiss@lebertransplantation.de
Baden-Württemberg Nord	Jutta Riemer	0 79 46/94 01 87	0 79 46/94 01 86	jutta.riemer@lebertransplantation.de
Bayern Nord	Helmut Thaler	0 81 31/73 69 59		he.thaler@t-online.de
Bayern Süd	Roland Stahl	0 91 87/4 13 79	0 91 87/41 05 09	roland.stahl@lebertransplantation.de

Fachbeiräte

Name	Transplantationszentrum/Krankenhaus/Institution
------	---

Ärztliche Fachbeiräte an Lebertransplantationszentren

Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein	Klinikum und Fachbereich Medizin Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M., Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Prof. Dr. med. Thomas Becker	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel, Klinik für Allgemeine Chirurgie und Thoraxchirurgie
Prof. Dr. med. Markus Wolfgang Büchler	Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie
Univ.-Prof. Dr. med. Peter Galle	Universitätsmedizin Mainz, I. Medizinische Klinik und Poliklinik
Prof. Dr. med. Michael Geißler	Leberzentrum Klinikum Esslingen, Klinik für Allgemeine Innere Medizin
Prof. Dr. med. Alexander Gerbes	Klinikum der Universität München Campus Großhadern, Medizinische Klinik und Poliklinik II
Prof. Dr. med. Guido Gerken	Universitätsklinikum Essen, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie
Prof. Dr. med. Johann Peter Hauss	Universitätsklinikum Leipzig, Department für Chirurgie
Prof. Dr. med. Sven Jonas	Universitätsklinikum Leipzig Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Prof. Dr. med. Ernst Klar	Universitätsklinikum Rostock Chirurgische Klinik u. Poliklinik, Abt. f. Allgemeine, Thorax-, Gefäß- u. Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Otto Kollmar	Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg, Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Alfred Königsrainer	Universitätsklinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Tübingen
Univ.-Prof. Dr. med. Michael P. Manns	Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie
Prof. Dr. med. Björn Nashan	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Peter Neuhaus	Charité Campus Virchow-Klinikum Berlin, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie
Univ.-Prof. Dr. med. Aimann Obed	Universitätsmedizin Göttingen, Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Gerd Otto	Universitätsmedizin Mainz, Abteilung für Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Hans J. Schlitt	Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Chirurgie
Univ.-Prof. Dr. med. Norbert Senninger	Universitätsklinikum Münster, Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Prof. Dr. med. Utz Settmacher	Universitätsklinikum Jena, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
Prof. Dr. med. Ulrich Spengler	Universitätsklinikum Bonn, Medizinische Klinik und Poliklinik I, Leiter Hepatologie
Prof. Dr. med. Wolfgang Stremmel	Universitätsklinikum Heidelberg, Innere Medizin IV
Prof. Dr. med. Stefan Zeuzem	Klinikum und Fachbereich Medizin Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M., Medizinische Klinik I

weitere ärztliche Fachbeiräte

Prof. Dr. med. Joachim Arnold	Diakoniekrankenhaus Rothenburg (Wümme) gGmbH, II. Medizinischen Klinik, Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen, Diabetes-Zentrum
Prof. Dr. med. Klaus Böker	Facharztpraxis Hepatologie, Hannover
Prof. Dr. med. Karel Caca	Klinikum Ludwigsburg, Klinik für Innere Medizin
Prof. Dr. med. Martin Katschinski	DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus Bremen, Medizinische Klinik I
Prof. Dr. med. Ulrich Leuschner	Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M., Medizinische Klinik II
Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus-Peter Maier	Diakonie-Klinikum Stuttgart, Leberzentrum

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
Dipl. Psych. Sibylle Storkebaum	Klinikum Rechts der Isar, München, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Juristischer Fachbeirat

Dr. jur. Sebastian Rosenberg	M. mel., Berlin
------------------------------	-----------------

Fachbeirat Pflege

Ellen Dalien	Universitätsklinikum Heidelberg, Transplantationszentrum
--------------	--

Geistliche Fachbeiräte

PfarrerIn Barbara Roßner	Pastoralpsychologin, Heidelberg, Tel. 0 62 21/48 46 78
Pfarrer Horst Tritz	Kath. Klinikseelsorge, Heidelberg, Tel. 0 62 21/5 63 65 98

Medizin mit gesundem Menschenverstand

Weder Alkohol noch Tabak ...

Laut Drogen- und Suchtbericht 2011 sind Alkohol und Tabak weiterhin der Deutschen liebste Suchtmittel trotz weitverbreiteter Warnungen und wohlbekannter Folgeerscheinungen wie Leberzirrhose und Leberkrebs bzw. Emphysem und Lungenkrebs. Bei 20 bis 40 Prozent der Alkohol-abhängigen Leberkranken kommt es auch nach Ltx zu Rückfällen in die alten Gewohnheiten. „Der Tabakkonsum ist neben dem Alkoholkonsum das wichtigste vermeidbare Gesundheitsrisiko.“ Und nach Ltx: „Wichtig ist ... eine dauerhafte Alkohol- und Nikotinabstinenz, da sonst die Mortalität bei fortgesetztem Substanzabusus beider Noxen nach Transplantation deutlich ansteigt.“¹ Eigentlich handelt es sich bei diesen Einsichten um Volksweisheiten. Aber dennoch ... (siehe oben)! Natürlich kann man diese Einsichten auch wissenschaftlich gewichtig auf 637 Seiten dokumentieren (zitiertes Werk). Mit größerem Erfolg?

... auch keine Schichtarbeit ...

Wer Schichtarbeit leisten muss, erkrankt häufiger am metabolischen Syndrom (mit allen Folgeerscheinungen bis hin zum Leberkrebs). So wird das zumindest in einer Studie behauptet, die kürzlich in der Zeitschrift „Science“ präsentiert wurde.² Man ist allerdings geneigt anzunehmen, dass dieser Zusammenhang nicht allein ausschlaggebend sein kann, da seit Beginn des Industriezeitalters Schichtarbeit geleistet wurde, nicht zuletzt auch in Kliniken, und die meisten Betroffenen damit umgehen können. Sicherlich gibt es auch andere (ebenso wichtige oder gar wichtigere) Faktoren des Lebensstils, die dieses Syndrom verursachen, z.B. die im ersten Abschnitt erwähnten sowie Bewegungsarmut.

... dafür aber Xylitol (Birkenzucker) ...

Birkenrinde hat einen hohen Gehalt an Xylitol. Es wird in etlichen Ländern seit den 1960er Jahren als Zuckerersatz für Diabetiker verwendet, hat aber auch andere positive Wirkungen wegen seiner alkalischen (nicht sauren) Reaktion im Körper. Es stärkt den Zahnschmelz und wirkt gegen Karies, erleichtert Mineralisierungsprozesse im Körper (z.B. die Calcium-Aufnahme im Knochengewebe) und ist schließlich auch kalorienarm. Xylitol hat bei gleicher Süßkraft wie Zucker 40 Prozent weniger Kalorien und 85 Prozent weniger Kohlehydrate.³ Umstellen scheint sich also zu lohnen, insbesondere auch für Diabetes-anfällige Tx-Patienten.

... (zuckerfreier) Kaugummi ...

Hoher Medikamentenverbrauch (wie er für ältere Menschen und insbesondere für Tx-Patienten typisch ist) beeinträchtigt die Speicheldrüsen und führt zum Austrocknen des Munds. Dies wiederum resultiert in schlechtem Mundgeruch, insbesondere aber zu Schädigung und Infektion von Gewebe im Mund. Dadurch erhöht sich das Risiko einer Erkrankung des Zahnfleisches mit Parodontose und noch schlimmeren Krankheiten wie Diabetes und Herzerkrankungen. Außerdem tritt in verstärktem Maße Zahnverfall (Karies) auf. Leichte Abhilfe schaffen zuckerloser Kaugummi, zuckerlose Bonbons sowie künstliche Speichelmittel.⁴

... mehr Obst und Gemüse ...

In den USA versucht man, wieder einmal gezielt gegen Fettsucht und ihre Folgen vorzugehen. In Zusammenarbeit mit Michelle Obama hat das US Landwirtschaftsministerium eine neue website eingerichtet: MyPlate. Darin wird empfohlen, weniger und besser zu essen: die Hälfte der Mahlzeit sollte aus Obst und Gemüse bestehen; mindestens die Hälfte von Getreideprodukten sollte Vollkorn sein; statt Vollmilch, fettfreie oder Magermilch (1 %); Reduktion von Salz in Suppen, Brot und Tiefkühlkost; Wasser statt zuckerhaltige Getränke, etc.⁵ Mit besserer und natürlicherer Ernährung würde ein wichtiger Schritt zum Schutz gegen chronische Krankheiten (Prävention) unternommen, was angesichts der weiter anwachsenden Kostenlawine im (deutschen) Gesundheitswesen unabdingbar ist und letztlich in jedermanns eigener Kontrolle liegt.⁶

... und natürlich mehr Bewegung

Ende Juni 2011 fanden in Überlingen am Bodensee die Internationalen Kneipp-Aktions-Tage statt. Dabei bildeten die Uralt-Erkenntnisse von Sebastian Kneipp, des Pfarrers aus Bad Wörishofen, den Ausgangspunkt, insbesondere wie man Körper, Geist und Seele in harmonisches Gleichgewicht bringen kann. Krankheits-Prävention war dann das zentrale Thema der Veranstaltungen und wie man mit mehr Bewegung und gezielten Pausen gegen Alltags-Stress, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und (das immer mehr um sich greifende) Burnout-Syndrom vorgehen kann.⁷

Ulrich R.W. Thumm

1) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Hrsg. Manfred Singer et al., Thieme Verlag 2011.

2) Hildegard Kaulen: Fettleber nach Schichtarbeit, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 11. Mai 2011.

3) Xylitol. Birkenzucker – die edle Süße. Vitaljournal, Frühjahr/Sommer 2011, S. 40.

4) Harvard Health Letter, January 2010.

5) www.mypyramid.gov/

6) Gibt es noch Heilung, Rubrik „Dr. Mohr“, reform rundschau 6, Juni 2011.

7) Hpw: Der wichtigste Arzt ist die Bewegung, Südkurier vom 24. Juni 2011.



Falk Foundation
Dr. Falk Pharma



*Eine
bewährte Brücke
zwischen Medizin und Pharmazie*

Innovative Arzneimittel

für Erkrankungen von Darm und Leber

Moderne Formulierungen und maßgeschneiderte Applikationsformen
für gezielte Wirkstoff-Freisetzung

Wissenschaftlicher Dialog

für therapeutischen Fortschritt

Internationale Falk Symposien und Workshops

fast 250 mit mehr als 100.000 Teilnehmern aus über 100 Nationen seit 1967

Falk Fortbildungsveranstaltungen

mehr als 14.000, besucht von über 1 Million Ärzten und Patienten
in den letzten 35 Jahren

Umfangreiches Literaturangebot für Fachkreise und Betroffene
mit über 200 ständig aktualisierten Titeln

www.falkfoundation.de

www.dr.falkpharma.de

Leinenweberstr. 5 79108 Freiburg Tel 0761/1514-0 Fax 0761/1514-321 Mail zentrale@drfalkpharma.de