

LEBENSLINIEN



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

1/2013



Gemeinsam stark
1993 **20** 2013
JAHRE
Patientenselbsthilfe



Liebe Leserinnen und Leser,

Zum Titelbild:

***Ich der Herr, möchte die Menschen erquicken,
die nach Wasser suchen.***

***Auf den kahlen Hügeln lasse ich Ströme her-
vorbrechen und Quellen inmitten der Täler.***

***Ich mache die Wüste zum Teich
und das ausgetrocknete Land zur Oase.
In der Wüste pflanze ich Zedern.***

Jes. 41, 17b–19a



Sigrid Müller

Die Libanonzeder

*als Symbol der Widerstandskraft und des Über-
lebens hat unser Mitglied und langjährige An-
sprechpartnerin Sigrid Müller in die Gestaltung
unserer Einladung für das 5-jährige Jubiläum
einbezogen.*

Die Wurzel

*als Symbol der Quelle wird dargestellt durch
unser Logo LL und zwei überschneidende Köpfe:
ein heller und ein dunkler: einer für den Spender,
einer für den Empfänger.*

Der Stamm

*Er trägt die Krone, aus ihm wachsen die Äste.
Er ist die Gruppe, d.h. die Mitglieder,
die den Baum zum Leben bringt.*

Fünf Äste

*Jeder davon steht für ein Jahr, das Blätterwerk
symbolisiert das Organ Leber.*

Die Sonne

*ist das Symbol der Hoffnung, des neuen Lebens.
Sie spendet Wärme und Geborgenheit, weckt
die Lebensgeister und scheint in der Bewegung
und im Miteinander.*

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

Ein ereignisreiches Jahr mit Neuregelungen und Turbulenzen im Transplantations-
geschehen liegt hinter uns.

Unfassbar waren für uns alle sicher die ersten Meldungen zu Manipulationen
bei der Wartelistenführung. Bei drei Lebertransplantationszentren wurden wohl Un-
regelmäßigkeiten aufgedeckt. Unser Verband hat reagiert und Maßnahmenpakete
gefordert (s. S. 33). Es muss nun geprüft, geahndet werden, es dürfen aber nicht alle
Transplantationsärzte unter Generalverdacht gestellt werden, denn es gibt über 20
Lebertransplantationszentren! Es gilt, Vertrauen zurückzugewinnen. Hier sind sicher
wir als Transplantierte gefragt: Mit unseren persönlichen Überlebens-Geschichten
können wir vermitteln, dass Organspende und Transplantation grundsätzlich et-
was Gutes ist, das Menschenleben rettet und Glück für Familien bedeutet und ein
Abwenden von der Organspende nicht die Täter trifft, sondern die schwerkranken
Menschen.

Das novellierte Transplantationsgesetz ist in Kraft getreten. Manchem werden die
neuen Regelungen (s. S. 37) nicht weit genug gehen. Nicht von der Hand zu weisen
sind aber einige vorteilhafte Neuerungen: Haben wir uns nicht immer flächende-
ckende Aufklärung gewünscht? Jetzt sind die Krankenkassen verpflichtet, Informa-
tionen und Ausweise zu versenden. Immer wieder hat sich unser Verband für die
verpflichtende Einsetzung von Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern
eingesetzt. Nun sind sie gesetzlich etabliert, auch Aufgaben sind beschrieben. Ein
Gesetz ist aber immer nur so gut wie dessen Umsetzung. Wir können gespannt sein.

1993–2013
 **Lebertransplantierte** **20**
Deutschland e.V.

Gemeinsam stark
20 Jahre Patientenselbsthilfe

Im Jahr 2013 wird unser Verband seit 20 Jahren bestehen. Entstanden aus der
„Selbsthilfegruppe Lebertransplantierte Heidelberg e.V.“, gegründet von Jutta Vier-
neusel, hat sich der Verein schon innerhalb der ersten 10 Jahre unter ihrer Leitung
zum bundesweiten Verband entwickelt. Mittlerweile zählt er über 1.350 Mitglieder.
Das Jubiläum möchten wir mit den Mitgliedern und Freunden des Verbands im Jahr
2013 im Rahmen verschiedener Veranstaltungen begehen (s. S. 2). Ich freue mich
auf interessante Begegnungen im Jubiläumsjahr!

Mit besten Grüßen

Ihre

Jubiläumsjahr 2013

Lebertransplantierte Deutschland e.V. wird 20

Unser Verband feiert in diesem Jahr das 20-jährige Bestehen. 20 Jahre lang haben sich viele unserer Mitglieder ehrenamtlich eingesetzt, damit wir den Gedanken der Patientenselbsthilfe zum Wohl der Mitbetroffenen in vielen Aktivitäten umsetzen konnten. In diesen 20 Jahren ist die zunächst kleine Selbsthilfegruppe zum bundesweiten Verband mit derzeit etwa 1.350 Mitgliedern und somit zum größten Selbsthilfeverband für Transplantationspatienten in Deutschland herangewachsen.

Wir, die Ansprechpartner, Koordinatoren und der Vorstand, möchten dieses Jubiläum mit möglichst vielen unserer Mitglieder und Freunde gemeinsam mit den Lebertransplantationszentren feiern.



Das Jubiläumsjahr wird unter dem Motto stehen: Gemeinsam stark – 20 Jahre Patientenselbsthilfe.

Vor dem Hintergrund der bundesweiten Ausrichtung unseres Verbandes soll zum Jubiläum nicht eine einzelne Festveranstaltung durchgeführt, sondern das ganze Jahr als Jubiläumsjahr gefeiert werden, angefüllt mit einer Reihe von Aktivitäten in allen Teilen der Republik.

So haben wir bereits mit der Planung und Vorbereitung von diversen Aktivitäten begonnen:

Neben vier zentralen Veranstaltungen wollen wir möglichst an allen Lebertransplantationszentren präsent sein. Alle öffentlichen Patientenveranstaltungen mit den Lebertransplantationszentren werden in einem „Tourflyer“ aufgeführt.

Offiziell eröffnen werden wir das Jubiläumsjahr auf unserer Jahrestagung in Hannover am 9. März 2013, auch wenn einzelne Regionalveranstaltungen bereits vorher stattfinden werden.

Wir danken heute schon für die Unterstützung, die wir von allen Seiten erfahren und hoffen, dass es uns gelingt, interessante Veranstaltungen insbesondere für Patienten zu organisieren.

Geplante, gemeinsame Veranstaltungen mit den Universitätskliniken

Zentral:

9. März	Med. Hochschule Hannover	Jahrestagung und Auftakt zum Jubiläumsjahr
22. Juni	Uniklinik Heidelberg	Festveranstaltung
12. Oktober	Charité Berlin	3. Deutscher Patiententag Lebertransplantation
16. November	Heidelberg	Dankgottesdienst Stift Neuburg bei Heidelberg

Regional (Patientenveranstaltungen/Arzt-Patienten-Seminare):

16. Februar	Uniklinik Ulm	30. Mai	Uniklinik Kiel
20. Februar	Uniklinik Köln	15. Juni	Uniklinik München-Großhadern
23. Februar	Uniklinik Münster	10. September	Uniklinik Rostock
2. März	Uniklinik Aachen	19. September	Uniklinik Hamburg
16. März	Uniklinik Essen	8. Oktober	Klinik Homburg/Saar
14. April	Uniklinik Tübingen	19. Oktober	Uniklinik Erlangen
27. April	Uniklinik Freiburg	7. Dezember	Uniklinik Göttingen
11. Mai	Uniklinik Mainz	7. Dezember	Uniklinik Regensburg
28. Mai	Uniklinik Frankfurt		

Weitere geplante, aber noch nicht terminierte Veranstaltungen:

Uniklinik Leipzig, Uniklinik Bonn, Uniklinik Jena

Bitte informieren Sie sich auf unserer Homepage www.lebertransplantation.de.

Vor 20 Jahren – Wie alles begann

Die Gründerin unseres Verbandes berichtet über ihre Beweggründe, eine Selbsthilfe-Organisation für Lebertransplantierte zu gründen

Im Juli 1989 erlitt ich eine Thrombose in der Lebervene (das BuddChiari-Syndrom verhindert die Funktion der Leber und führt zu einem erhöhten Ammoniakspiegel im Blut). Eine geistige Auseinandersetzung mit meiner Situation war aufgrund der ausgeprägten hepatischen Enzephalopathie nicht mehr möglich. Ängste verfolgten und quälten mich. So wurde ich in die Uni-Klinik Heidelberg eingewiesen und nach mehreren OP erfolgte Anfang August die Verlegung in die Medizinische Hochschule Hannover (MHH). Meine körperliche und seelische Verfassung verschlechterten sich weiter. Ende August erfolgte eine Not-Transplantation, da die Leber keine Funktion mehr aufwies. Während des 4-wöchigen Aufenthalts auf der Intensivstation hatte ich weiter große Ängste und Albträume. Die anschließende Rehabilitation machte wegen meines allgemein schwachen Zustands nur schleppend Fortschritte. Nach weiteren Rückschlägen, Eingriffen und Behandlungen konnte ich Ende November 1989 endlich zurück nach Hause.

Die Erkrankung hat nicht nur mein Leben verändert, sondern brachte auch gravierende Einschränkungen für die Familie. Unser Sohn befand sich zu dieser Zeit in den Abiturprüfungen, unsere Tochter durchlebte die Pubertätszeit; in diesen wichtigen Phasen wäre die volle Unterstützung der Eltern notwendig gewesen. Familie und Freunde unterstützten und halfen so weit wie möglich den Kindern. Mein Mann hatte neben dem Berufsalltag noch den Haushalt und die Kinder zu versorgen. Zudem fuhr er jedes Wochenende mehr als fünf Stunden nach Hannover. Im Krankenhaus betreute mich die Woche über meine über 70-jährige Mutter – trotz großer eigener gesundheitlicher Probleme.

Nach meiner Heimkehr versuchte ich, die nicht gelösten psychischen Probleme, die offenen Fragen zur Organspende, zur Medikamenteneinnahme etc. zu verdrängen. Im Frühjahr 1990 nahm ich mein Leben in der Familie und im Beruf wieder auf. Im darauf folgenden Sommer bei einem 7-tägigen Kurzurlaub traten erneut massive gesundheitliche Probleme auf, die einen weiteren Aufenthalt in der MHH und im

November eine zweite Ltx notwendig machten. Die körperliche Genesung war nach vier Wochen abgeschlossen, und das Weihnachtsfest verbrachte ich bei meiner Familie zu Hause.

Doch zu Beginn des Jahres 1991 brachen die unverarbeiteten, psychischen Probleme verstärkt auf. Ich suchte Hilfe bei einer Psychotherapeutin, die mir aber aufgrund meiner Krankheitsgeschichte nicht helfen konnte. Zu dieser Zeit waren die oft postoperativ auftretenden seelischen Schwierigkeiten noch nicht bekannt und wurden nicht behandelt.



Im Laufe des Jahres 1991 schrieb ich die Leiter der damals aktiven Lebertransplantationszentren wegen Gründung einer Selbsthilfegruppe an. Es gab viel positive Resonanz. Erste Gespräche mit Prof. Dr. med. Gerd Otto, Oberarzt der Ltx-Abteilung der chirurgischen Klinik Heidelberg, verliefen aufgeschlossen. Er sagte mir seine Unterstützung zu. Bei einem von der Klinik organisierten Ausflug zur Burg Gutenberg konnte ich mit den anwesenden Betroffenen und deren Partnern über meine Idee einer Selbsthilfegruppe sprechen und bekam große Zustimmung zur Gründung. Im Laufe der Jahre 1992 und 1993 fanden in Heidelberg Treffen der Ltx-Patienten mit medizinischen Vorträgen und anschließendem Gedankenaustausch statt.

Am **12.8.1993** erfolgte die Gründungsversammlung der Selbsthilfe Lebertransplantierte Heidelberg e.V. Gemeinsame Ausflüge und weitere Treffen zur Stärkung der Selbstverantwortung der Patienten

(medizinische Vorträge, Vorträge zur Ernährung, Sport usw.) wurden durchgeführt. Bei Info-Ständen und auf Info-Veranstaltungen informierten wir mit anderen Betroffenenverbänden (Herztransplantation Südwest e.V., Dialysepatienten etc.) zu den Themen Organspende und Organtransplantation. Herr Frey (DSO) führte für die Ansprechpartner die notwendigen Schulungen durch.

Ein halbes Jahr später nahm eine Betroffenenengruppe aus Tübingen Kontakt zu uns auf, um mit uns gemeinsam die Interessen der Leberkranken und -transplantierten zu vertreten. So kam es bei der ersten ordentlichen Mitgliederversammlung im Frühjahr 1995 zur Namensänderung des Vereins in „Selbsthilfegruppe Lebertransplantierte Deutschland e.V.“. In diesem Jahr erschienen auf Anregung von Josef Theiss die ersten „Lebenslinien“. Diese Informationsschrift hat sich mit zwei Ausgaben pro Jahr bis heute als wichtige Informationsquelle für Wartepatienten, Transplantierte und Angehörige sowie Ärzte etabliert.

Die finanzielle Unterstützung durch Sponsoren (Pharmaindustrie, Krankenkassen, private Spender etc.) ermöglichten die Auflage von Informationsfaltblättern, die Durchführung von AP-Seminaren, Wochenenden der Begegnung (erstes: 1998), Planungstagen sowie die Teilnahme von Vorstandsmitgliedern an medizinischen Kongressen zur Kontaktaufnahme mit Medizinern und zur Verbesserung der fachlichen Kompetenz.

Bis heute steht die Betreuung der Wartepatienten, der Transplantierten und deren Angehörigen im Mittelpunkt der Arbeit von „Lebertransplantierte Deutschland e.V.“. Dafür möchte ich Mitgliedern, Ansprechpartnern, Kontaktgruppenleitern, Koordinatoren und dem Vorstand danken. Die Unterstützung durch die Fachbeiräte und den Schirmherrn des Verbands, Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel, zeigt, dass „Lebertransplantierte Deutschland e.V.“ als wichtiger Vertreter der Patienten anerkannt ist.

Jutta Vierendeel
Ehrenvorsitzende

Foto: Wilke Vierendeel

Lebertransplantation – eine Entwicklungsgeschichte

Im historischen Rückblick findet man in vielen Kulturkreisen Hinweise auf die außergewöhnliche Faszination, die Austausch und Übertragung von menschlichem Gewebe seit jeher ausgeübt haben. Doch vom Traum einer Organübertragung bis hin zur erfolgreichen Transplantation mussten viele Fragestellungen erforscht und Probleme gelöst werden. Heute ist die Lebertransplantation ein unverzichtbarer Bestandteil des Konzepts der Behandlung unheilbarer Lebererkrankungen.

Zunächst mussten auf der Basis der anatomischen Kenntnisse die technisch-chirurgischen Vorgehensweisen erarbeitet werden. Die operativen Fragestellungen konnten im Tierexperiment, meist Experimente am Hund, erfolgreich gelöst werden. Mit der Konservierung des Transplantats betraten die Pioniere völliges Neuland, denn bei keiner anderen medizinischen Fragestellung war wichtig, mit welcher Konservierungslösung, bei welcher Temperatur und wie lange ein Organ wohl funktionstüchtig bleibt. Weil Ergebnisse im Tierexperiment bekanntlich nicht ohne Weiteres auf den Menschen übertragen werden können, war der Transfer vom Tier zum Menschen eine ethische Herausforderung. Nichtsdestotrotz beginnt am 1. März 1963 die Geschichte der Lebertransplantation: Thomas E. Starzl gelingt in Denver/Colorado die Transplantation einer menschlichen Leber.

Im Anfangsstadium der Transplantationsmedizin spielten vor allem immunologische Probleme eine dominierende Rolle. Das gilt nicht nur für die Lebertransplantation, sondern war auch ein erhebliches Problem bei der Nierentransplantation. Viele der erfolgreich transplantierten Organe gingen durch Abstoßungsreaktionen verloren.

Worauf konnte also Thomas Starzl aufbauen? Noch bis Mitte der 50er Jahre existierten keine geeigneten Medikamente, um das Abwehrsystem ausreichend zu unterdrücken. Zu den ersten Immunsuppressiva gehörten Methotrexat (1958), das Cyclophosphamid und schließlich die Steroidhormone. Die Nebenwirkungen waren enorm. Später kam – mit mäßigem Erfolg – das Azathioprin zum Einsatz. 1969 wurde von Gütgemann in Bonn die erste Lebertransplantation in Deutschland durchgeführt.

Erst die Entdeckung von Cyclosporin durch Jean-Francois Borel bei der Schweizer Firma Sandoz (1976) führte zum Durchbruch. Ursprünglich wurde diese

Substanz getestet, weil man auf der Suche nach einem potenten Rheumamittel war. Schließlich erkannte man die immunsuppressive Wirkung. Als das Medikament im Jahre 1978 in die Klinik eingeführt wurde, kam es zu einer allmählichen Verbesserung der Ergebnisse und gleichsam zu einem Boom in der Transplantationsmedizin. Mehr als eine Dekade später kam das Tacrolimus auf den Markt. Seine Entdeckung nahm einen ähnlichen Verlauf; die Wirkung ist ähnlich und ebenso sind es die Nebenwirkungen. Nierenfunktionsstörungen sind das wichtigste Problem bei Langzeitgabe. Trotzdem kann auf die beiden Calcineurin-Inhibitoren – nach ihrem Angriffspunkt in der Zelle so benannt – in der klinischen Praxis nicht verzichtet werden. Eine individualisierte Immunsuppression, die jedem Empfänger ein Maximum an Sicherheit bei einem Minimum an Nebenwirkungen garantiert, ist bislang nur teilweise Realität. Eine Toleranzentwicklung, d.h. der komplette Verzicht auf Immunsuppressiva, ist zwar Gegenstand der Forschung, aber weiterhin nur in Ausnahmefällen möglich.

Mit zunehmendem Erfolg wurden auch die Indikationen ausgeweitet. Ein Engpass an Spenderorganen war die Folge. Anfänglich war es das Problem der zu großen Leber eines erwachsenen Spenders, wenn man die Lebertransplantation bei einem Kind durchführen wollte. Die Erwachsenenleber wurde einfach Größenreduziert. Der nicht benötigte Teil – meist war es die größere rechte Hälfte – wurde verworfen, bis man erkannte, dass dieser sehr gut für einen erwachsenen Empfänger verwendbar war. Dieses Leber-Splitting wurde etwa zeitgleich zum ersten Mal in Hannover und Paris (1988) durchgeführt. Schließlich wurde die Leber nicht am Ligamentum falciforme geteilt, sondern in der anatomischen Mitte, so dass die linke, etwas kleinere Hälfte einem großen Kind oder kleinen Erwachsenen und die rechte einem Erwachsenen gegeben werden konnte.

Indem man die verschiedenen Möglichkeiten zur chirurgischen Teilung einer Leber kannte, war es nur noch ein Schritt bis zur Leberlebendspende. Sie wurde bei einem Kind (nur die äußeren linken Segmente der Leber) zuerst von Raia in



Dr. med. Daniel Foltys

Brasilien (1988) durchgeführt. Logistische und ethische Aspekte wurden im sog. Chicago-Protokoll (1989) umfassend von Ch. Brölsh bearbeitet. Der Spendermangel in asiatischen Ländern führte zur ersten Leberlebendspende einer linken Leberhälfte in Japan und einer rechten Leberhälfte in Hongkong bei erwachsenen Empfängern (1994).

Die Frage, was ist gerecht bei der Verteilung der knappen Ressource Spenderorgan, war schon immer ein umstrittenes Thema. Gibt man die Leber dem Empfänger, der sie am dringendsten benötigt, um ihn vor dem Tode zu bewahren, gibt man das Transplantat demjenigen, der am längsten damit leben wird oder muss man in der Tat – entsprechend dem deutschen Transplantationsgesetz – beide Aspekte berücksichtigen: Erfolgsaussicht und Dringlichkeit? Die meisten westlichen Länder haben sich für das Vorgehen nach dem erstgenannten Prinzip entschieden.

Mit dem Ziel, die Dringlichkeit zu objektivieren, wurde an der Mayo Clinic das Model of End Stage Liver Disease (MELD) entwickelt. Seit Ende 2006 findet es auch bei Eurotransplant Anwendung. Indikation einer Lebertransplantation und Verteilung der Organe sind seither ein Dauerthema in der Transplantationsmedizin wie auch in wissenschaftlichen Gesellschaften und Verbänden. Vor dem zusätzlichen Hintergrund des Organmangels und der hohen Zentrumsdichte in Deutschland sind Konflikte zu erwarten gewesen. Leberersatzverfahren zur Verbesserung der Ausgangssituation der Empfänger und Perfusionsmaschinen zur Verbesserung der Transplantatqualität wären dabei nicht wirklich die Lösung der Probleme, nicht einmal die Beseitigung des Mangels an Spenderorganen wäre der sichere Ausweg. Eine umfassende Lösung müsste vor allem auch die Zahl der Transplantationszentren und nicht zuletzt deren innere Struktur berücksichtigen, um einen wirklichen Fortschritt zu erreichen.

Dr. med. Daniel Foltys
*Universitätsmedizin Johannes Gutenberg
 Universität Mainz
 Klinik für Transplantationschirurgie*

Foto: privat

Lebertransplantation – ein Situationsbericht

Die Lebertransplantation ist das entscheidende und oft lebensrettende Behandlungsverfahren bei fortgeschrittenen Leberparenchymerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, entzündlichen und Autoimmunerkrankungen der Leber, aber auch im Frühstadium des hepatozellulären Karzinoms. Es ist seit mindestens Anfang der achtziger Jahre etablierter Bestandteil der Behandlung dieser Erkrankungsgruppen. Die Ergebnisse haben sich zum damaligen Zeitpunkt entscheidend verbessert. Cyclosporin war in die Klinik eingeführt worden, das operative Vorgehen war standardisiert und das Wissen um Vor- und Nachbehandlung hatte sich vergrößert. Mit steigender Routine in den Folgejahren wurden ständig höhere Überlebensraten erreicht (Abb.1).

Wirft man einen Blick auf die verschiedenen Bereiche der Thematik Lebertransplantation – Indikationen, Vorbereitung, operatives Vorgehen, postoperativer Verlauf, Immunsuppression, Probleme im Langzeitverlauf und schließlich die Thematik Leberallokation –, so ergeben sich naturgemäß Probleme von ganz unterschiedlichem Gewicht für das Gesamtergebnis. Auf einige dieser Probleme soll im Folgenden eingegangen werden.

Indikation und Allokation

Die prozentualen Anteile der Erkrankungen, die eine Indikation für die Lebertransplantation darstellen, haben sich verändert: Hepatitis-B-Patienten bedürfen seltener der Transplantation, und ebenso hat sich der Anteil der Patienten mit immunologisch bedingten Lebererkrankungen verändert (Abb. 2). Das war zu erwarten und wird sich fortsetzen. So ist der Gipfel des Auftretens hepatozellulärer Karzinome in der westlichen Welt um das Jahr 2020 zu erwarten, wodurch sich dieser Patiententeil vergrößern wird.

Das Vorgehen bei der Leberallokation hat ebenfalls einen ganz entscheidenden Einfluss auf die Art der Patienten, die zur Transplantation kommen. Wurde vor einigen Jahren der Transplantationserfolg zumindest in die Entscheidung der Ärzte stärker einbezogen, so darf seit einigen Jahren davon ausgegangen werden, dass ein wesentlich höheres Risiko toleriert wird. Die Zusammenhänge sind weitgehend klar: Patienten mit hohem MELD-Score erhalten Organangebote, aber deren Risiko, im

postoperativen Verlauf auf Grund der oft schlechten Ausgangslage zu versterben, ist hoch. Diese Entwicklung ist in allen Ländern mit MELD-Allokation zu beobachten. Sie ist jedoch in Deutschland auf Grund der hohen Zentrumsdichte und der geringen Organspenderate besonders ausgeprägt. Dass bestimmte negative Einflüsse, wie Beatmung des Patienten vor der Transplantation, die Notwendigkeit einer Dialysebehandlung usw., auf das Ergebnis einzeln oder in Kombination wirksam werden, liegt auf der Hand.

Leber-Teiltransplantation

Leber-Teiltransplantation ist in Form des Splittings eines Organs von einem hirntoten Spender oder aber der Leber-Lebendspende möglich (Abb. 3). Es gibt Gründe, weshalb in Deutschland beide Verfahren recht selten durchgeführt werden. Für ein Leber-Splitting muss eine Leber von einem idealen Spender stammen. Es handelt sich dabei um junge, vor dem Tod völlig gesunde Spender. Solche Lebern sind in unserem Land – erfreulicherweise – selten. Der zweite Grund ist folgender: Eine Split-Le-

Abb. 1: Ergebnisse nach Lebertransplantation, Transplantationsjahr, Postmortale Organspende, Ersttransplantation

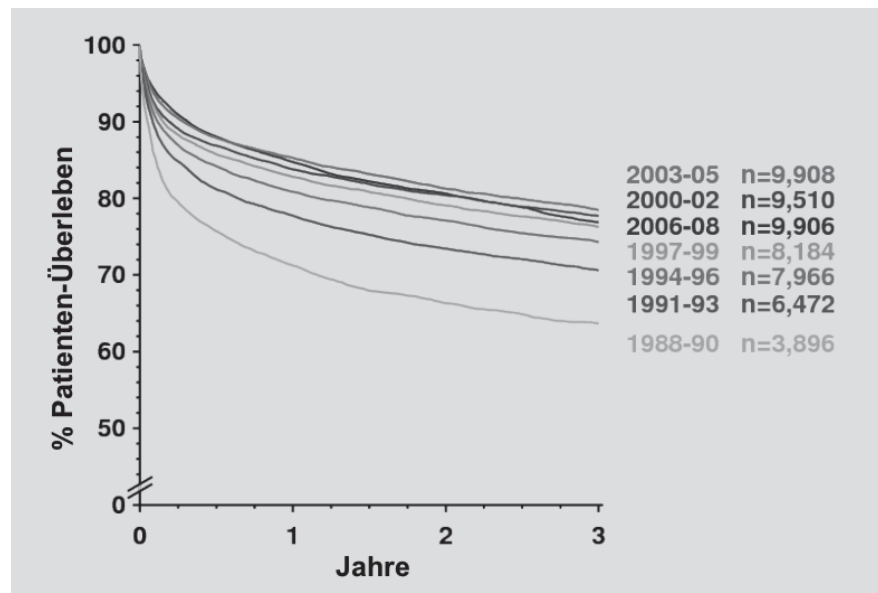


Abb. 2: Anteil der verschiedenen Krankheitsgruppen an der Gesamtzahl der Lebertransplantationen.

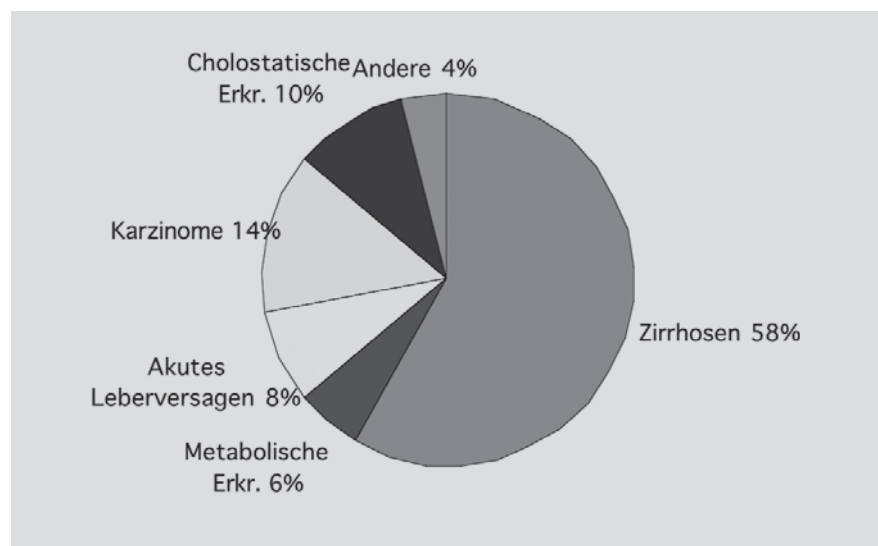
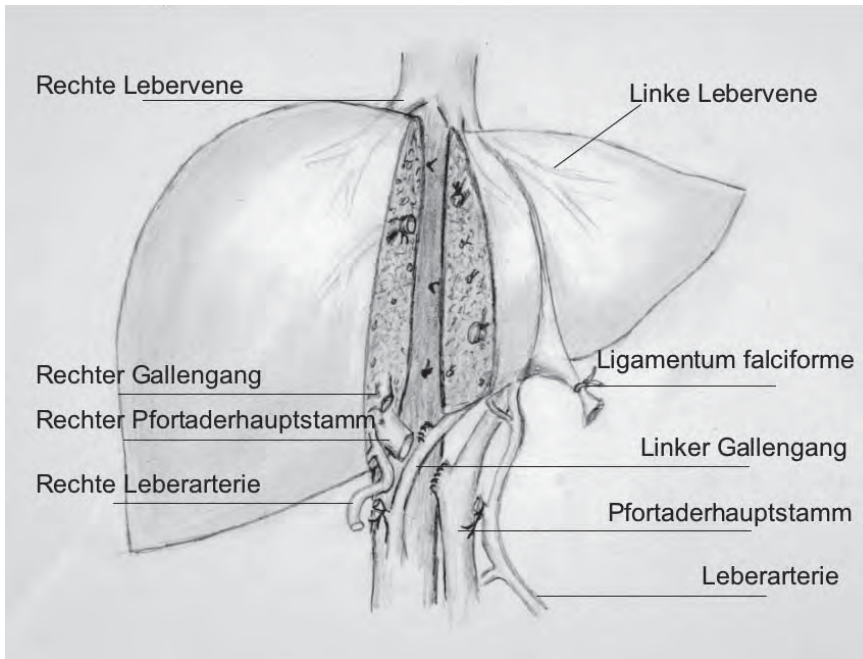


Abb. 3: Prinzipien der Teilung der Leber beim Splitting oder bei Leberlebendspende



ber – auch die eines Lebendspenders – kann nur unter Inkaufnahme eines hohen Risikos einem Patienten mit fortgeschrittener Zirrhose, also hoher MELD-Punkte-Zahl, transplantiert werden. Oder anders gesagt: Nur Patienten, die auch im Falle einer zeitweise reduzierten funktionellen Leistung des Transplantats eine Transplantation überstehen können, sind Kandidaten für eine solche Leber. Wird ein Leber-Teiltransplantat einem Patienten mit guter Ausgangslage verpflanzt, so ist das Ergebnis günstig. Also kommen für diese Form der Transplantation nur Patienten in Frage, die einen niedrigen MELD-Score aufweisen.

Angesichts der immer älter werdenden Spender sind experimentelle und klinische Forschung von Bedeutung, die auf die Verbesserung der Funktion von marginalen Lebern, so zum Beispiel Fettlebern, abzielen und jene Studien, in denen versucht wird, die optimale Kombination einer marginalen Spenderleber und eines Patienten zu finden, der mit diesem Organ sicher transplantiert werden kann.

Postoperativer Verlauf

Der Verlauf nach Transplantation eines kritisch kranken Patienten kann außerordentlich kompliziert und prolongiert sein. Die anfänglich verminderte Leberleistung wird oft zum Problem. Mit verminderter Transplantatleistung sind Störungen der Nierenfunktion, Herz-Kreislauf-Instabilität und Infektionen verbunden. In Verbindung mit chirurgischen, operativ-technischen

Komplikationen – zum Beispiel einem Leck an der Gallengangsanastomose – wird die Situation bedrohlich. Infektionen sind trotz einer breiten Palette an Medikamenten gegen Bakterien, Pilze und Viren oft nicht abwendbar. Wenn die kritische Situation überstanden wird, ist bei solchen Patienten ein schwieriger und langwieriger Rehabilitationsprozess zu erwarten, da solche Patienten „nichts zuzusetzen“ haben. Einfache Maßnahmen, wie das Aufsetzen im Bett oder gar die Mobilisation, können zu einem unlöslichen Problem werden.

Im Mittelpunkt medizinischer Bemühungen um Verbesserungen stehen zur Zeit zwei Patientengruppen: jene mit hepatozellulärem Karzinom und Hepatitis-C-Patienten. Bei Tumorpatienten wird eine intensive Diskussion um die adäquate Indikationsstellung geführt. Es gibt Hinweise, dass weniger Zahl oder Größe der Tumorknoten als vielmehr die biologischen Eigenschaften, also aggressives oder weniger aggressives Wachstum, eine Rolle für die Streuung vor Transplantation und damit für das Rezidiv nach Transplantation spielen. Auf diesem Gebiet werden zahlreiche Marker und genetische Profile untersucht, um die richtigen Tumoren zu identifizieren, was bisher noch nicht gelingt.

Bei der Hepatitis C scheint man jedoch möglicherweise mit der Einführung der neuen Mittel (Protease- und Polymerase-Inhibitoren) der Lösung näher gekommen zu sein. Erste Ergebnisse von HCV-Patienten nach Lebertransplantation liegen für die beiden Medikamente Boce-

previr und Telaprevir vor. Wird ein Hepatitis-C-Patient nach Transplantation virusfrei, so ist nicht mit einer erneuten Zirrhose zu rechnen, wodurch die bislang schlechteren Aussichten dem Ergebnis anderer Patienten angeglichen werden könnten. Die Handhabung dieser Medikamente ist nicht unproblematisch, und Langzeitergebnisse existieren noch nicht.

Immunsuppression

Von unvermindertem Interesse sind die Langzeitwirkungen der Immunsuppressiva. Hierzu ist auch in dieser Zeitschrift viel geschrieben worden. Standard ist noch immer eine Basistherapie mit einem Calcineurin-Inhibitor, also Cyclosporin oder Tacrolimus. Die neueren Medikamente sind bekannt und kommen fast ausnahmslos zusätzlich zu einem der beiden Basis-Medikamente zum Einsatz. Hierzu gehören die Derivate der Mycophenol-Säure (Mycophenol-Mofetil und das Natriumsalz der Mycophenol-Säure) sowie die mTOR-Inhibitoren Rapamycin und Everolimus.

Calcineurin-Inhibitoren führen im Langzeitverlauf zu einer erheblichen Störung der Nierenleistung, die so weit gehen kann, dass eine Dialyse erforderlich ist (Abb. 4). In den USA sind Dialyseraten 10 Jahre nach Transplantation von bis zu 20% aufgetreten. Hierzu ist jedoch anzumerken, dass in früheren Jahren in den USA die Calcineurin-Inhibitoren relativ hoch dosiert wurden, während in den meisten europäischen Ländern schon eine Niedrigdosierung an der Tagesordnung war.

Die Anwendung eines zweiten Immunsuppressivums zusätzlich zu Cyclosporin oder Tacrolimus hat zum Ziel, die Dosierung des Calcineurin-Inhibitors zu reduzieren. Ist erst einmal ein Nierenschaden vorhanden, ist dessen Umkehrbarkeit trotz niedriger Dosis ungewiss. Es werden daher auch Regimes ohne die genannte Basis-Medikation erprobt, die jedoch bislang mit einer erhöhten Abstoßungsgefahr verbunden waren.

Ein Immunsuppressivum mit einer völlig anderen Wirkung, das Belatacept, wurde an der Niere erprobt. Die Wirkung war recht zwiespältig. Während keine Nephrotoxizität auftrat, kam es zu einer Reihe anderer Nebenwirkungen: Auftreten von lymphatischen Erkrankungen, Infektionen, Bluthochdruck, Anämie, Leukozytenabsenkung, Durchfall und Erbrechen. In einer Nierenstudie resultierten vermehrte Abstoßungen, so dass „unter dem Strich“ eine

ähnliche Rate an Transplantatverlusten resultierte wie bei der Verwendung der alt hergebrachten Calcineurin-Inhibitoren. Für die Leber sind die Aussichten dieses Medikamentes nicht besonders gut, da eindeutig höhere Abstoßungsraten beobachtet wurden. Viele Zentren setzen einen Antikörper unmittelbar nach Transplantation als sogenannte Induktionstherapie ein, ein Regime, dessen Überlegenheit nicht nachgewiesen ist.

Zusammenfassend ist es nicht die Immunsuppression, die größeren Anlass zu Diskussionen und Sorgen gibt, sondern

die Auswahl der „richtigen“ Patienten. Transplantieren wir zu kranke Patienten mit schlechten Überlebenseussichten, geht das Transplantat einem Patienten verloren, dem es sehr wohl hätte helfen können. Gibt man das Transplantat dem Patienten mit guten Aussichten, stirbt ein kränkterer Patient. Wie soll das Problem gelöst werden? Bislang gilt: Der dringlichste – kränkste – Patient erhält das Organ.

Die Ergebnisse der Lebertransplantation sind trotz aller Vorbehalte sehr gut. Die eingangs gezeigte Abbildung unter-

streicht das. Ist das erste Jahr nach Lebertransplantation erst einmal geschafft, so ist das Langzeitüberleben ausgezeichnet. Bei welcher anderen kritischen Erkrankung kann man das sagen? Wer als lebertransplantierte Patient diese Zeilen liest, kann optimistisch sein!

Prof. Dr. Gerd Otto

Universitätsmedizin Johannes Gutenberg

Universität Mainz

Klinik für Transplantationschirurgie

Abb. 4: Nebenwirkungen der wichtigsten Immunsuppressiva

	Steroide	Cyclosporin	Tacrolimus	mTOR Inhibitoren	Mycophenol-säure	Azathioprin
Nephrotoxizität		+++	+++			
Neurotoxizität	+	++	+++			
Hypertonus	+++	+++	++			
Hyperlipidämie	++	++	+	+++		
Diabetes	++	+	+++			
Gingivahyperplasie		++				
Hirsutismus	+	++				
Leukopenie				+	+++	+++
Thrombopenie				++	+	+
Diarrhoe		+	+	+	+++	+
Hepatotoxizität	+	+	+	+		+
	+++	stark	++	mäßig	+	mild

Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe

Für chronisch kranke Patienten und deren Angehörige erfüllt die Selbsthilfe schon bisher eine wichtige, nicht hinwegzudenkende Aufgabe. Im Wissen um ihre eigene Krankheit beraten, unterstützen und helfen Patienten anderen Patienten bei der Bewältigung und dem Umgang mit ihrer Erkrankung. Auch die Betreuung von Angehörigen, die natürlich von der Erkrankung eines lieben Menschen in besonderer Weise mitbetroffen sind, ge-

hört schon seit vielen Jahren zu den wichtigen großen Aufgaben der Selbsthilfe.

Informationen zu speziellen Erkrankungen werden gesammelt, ausgewertet, aufbereitet und weitergegeben. Erkrankungsbedingte Probleme werden – auch durch deren Häufung – schneller erkannt und gelöst. Da Patienten sich mit ihrer Erkrankung meist intensiv beschäftigen, sind sie über ihre spezielle Erkrankung und deren besondere Probleme – auch nach

Ansicht von Ärzten – nicht selten besser informiert als Allgemeinmediziner.

Der Informationsaustausch geschieht bisher in Beratungsgesprächen, am Krankenbett oder am Telefon und in Treffen der Selbsthilfegruppen. Das wird in erster Linie auch so bleiben, denn der persönliche Kontakt mit anderen Betroffenen ist ein wichtiger Baustein der Selbsthilfe. Zeitschriften, Faltblätter und andere Veröffentlichungen ergänzen dieses Angebot.

Die Rolle der Selbsthilfe verändert sich

Während früher die Selbsthilfe von manchen Ärzten und einigen anderen Akteuren im Gesundheitswesen nicht oder nur als störend wahrgenommen wurde, befinden sich die Selbsthilfe und ihre Organisationen seit Jahren in einem massiven Rollenwandel, der auch zu einem neuen Selbstverständnis führt und weiter führen wird.

Während in der Vergangenheit „nur“ die Mitglieder und Patienten Anforderungen an die Selbsthilfe gestellt haben und nur diesen Anforderungen nach besten Kräften auch entsprochen werden musste, werden an die Selbsthilfe zunehmend höhere Anforderungen von vielen gesellschaftlichen Gruppen gestellt.

In vorderster Reihe stehen Ärzte und Krankenhäuser, die zunehmend wissen wollen, was ihre Patienten und deren Angehörige denken und fühlen. Trotz des zunehmenden Kostendrucks wird „Patientenorientierung“ immer wichtiger. Dafür sorgt schon der Wettbewerb der medizinischen Akteure untereinander. Dieser hat parallel zur Erhöhung der Transparenz im Gesundheitsmarkt zugenommen, was keineswegs nur positive Folgen hat.

Medizinische Qualität wird nicht mehr nur nach Liegedauer und Komplikationslosigkeit beurteilt. Zur medizinischen Qualität gehört zunehmend auch die Zufriedenheit des Patienten und seiner Angehörigen. Dazu tragen auch Gesetzesänderungen wie das Arzneimittelneuerordnungsgesetz (AMNOG) bei, das bei der Nutzenbewertung von Medikamenten die Bedeutung der Lebensqualität einer Behandlung betont.

Schöne neue medizinische Welt, möchte man denken. So einfach ist es aber nicht. Viele Patienten stehen noch am Anfang eines Weges, an dessen Ende der mündige Patient steht. Und ganz so viel Mündigkeit möchten viele Akteure des Gesundheitswesens eigentlich auch nicht, denn Mündigkeit erfordert mehr Zeit von allen Beteiligten im Gesundheitswesen, auch den Patienten und ihren Angehörigen.

Steigende Anforderungen an die Selbsthilfe

Krankenkassen

Dem entsprechend werden an die Selbsthilfearbeit deutlich höhere Anforderungen gestellt als bisher – von allen Beteiligten. So erwarten die Krankenkassen, die zur Unterstützung der Selbsthil-

fearbeit gesetzlich verpflichtet sind, zunehmend mehr Professionalität bei den Abrechnungen ihrer Zuschüsse an die Selbsthilfeorganisationen. Da müssen nicht nur exakte Zuschussanträge gestellt werden, Mittelkürzungen müssen bewältigt werden, exakte Abrechnungen und Projektberichte müssen fristgerecht geliefert werden. Dies erfordert einen deutlich höheren Verwaltungsaufwand der Selbsthilfeorganisationen als bisher.

Internet und andere neue Medien

Durch die neuen Medien und vor allem das Internet hat sich das Informationsverhalten vieler Betroffener deutlich verändert. Wer von einer Diagnose oder von der Notwendigkeit einer Lebertransplantation oder von anderen Therapieoptionen erfährt, greift zunächst zum Internet, um sich näher zu informieren. Diese Informationen müssen in besonderem Maße verständlich, aber auch aktuell sein. Die Selbsthilfe hat hier eine wichtige Übersetzungsaufgabe, um medizinische Sachverhalte zu erklären und neue Entwicklungen zu erläutern. Gerade für Betroffene, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, aber nicht nur für diese, sind die neuen Medien eine wichtige und häufig unverzichtbare Informationsquelle. Für die Selbsthilfe bedeutet dies die Notwendigkeit, auch auf diesem Gebiet aktiv zu werden, ohne die klassische Selbsthilfearbeit zu vernachlässigen.

Zunehmende Patientenbeteiligung

Patientenverbänden wird zunehmend die Möglichkeit eingeräumt, sich an Entscheidungen im Gesundheitswesen zu beteiligen. So nehmen Patientenvertreter Rechte in den Selbstverwaltungsorganen der gesetzlichen Krankenversicherung aktiv wahr, üben Einfluss auf die Zulassung und das Preisniveau von Medikamenten, auf die Zulassung von neuen Arztpraxen und auf die Konzipierung von medizinischen Studien aus. Zwar haben Patientenvertreter häufig in den entsprechenden Gremien noch kein Stimmrecht, aber die Kompetenz der Patientenvertreter wird umso mehr gefordert. Dies ist gerade für Patientenvertreter mit erheblichem Zeit- und Kraftaufwand verbunden, wenn sie ohne Stimmrecht trotzdem wahrgenommen werden sollen. Der einzelne Patient bemerkt die Patientenbeteiligung zunächst nicht, obwohl sie ihn vielfach in der Bewältigung seiner Krankheit unterstützt. Wenn kompetente medizinische Zentren für die

Behandlung von Patienten vor und nach Ltx entstehen, dann ist dies auch auf die Beteiligung von Patientenvertretern in den Selbstverwaltungsorganen der gesetzlichen Krankenversicherung zurückzuführen. Bei neuen Medikamenten ist ein wesentliches Kriterium für die Nutzenbewertung der sogenannte Patientennutzen, also wie sich ein neues Medikament auf die Lebensqualität des einzelnen betroffenen Patienten auswirkt. Selbsthilfeorganisationen müssen daher die Chance der Patientenbeteiligung ergreifen, ohne sich jedoch zu verzetteln und die klassische Selbsthilfearbeit zu vernachlässigen.

Europäisierung der Selbsthilfearbeit

Auch im Gesundheitswesen werden Entscheidungen über die Qualität medizinischer Leistungen zunehmend auf europäischer Ebene getroffen und von den Nationalstaaten nur noch umgesetzt. So entscheidet die Europäische Union (EU) über Qualitätsstandards in der Organtransplantation ebenso wie die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) über die Zulassung neuer Medikamente zur Immunsuppression. Selbsthilfeorganisationen müssen daher auch dort versuchen, ihren Einfluss geltend zu machen, damit die Interessen der Betroffenen stärker als bisher berücksichtigt werden.

Selbsthilfe muss Herausforderungen mit Augenmaß bewältigen

Die Selbsthilfe steht vor großen Herausforderungen, die sie mit bescheidenen Mitteln und mit Augenmaß bewältigen muss. Selbsthilfeorganisationen werden zunehmend als eine der wichtigen Säulen im Gesundheitswesen wahrgenommen, in einem Gesundheitswesen mit einem Marktvolumen von ca. 300 Mrd. EUR pro Jahr allein in Deutschland. In diesem Gesundheitswesen für mehr Patientenorientierung und mehr Transparenz zu sorgen, ist eine der wichtigen Aufgaben der Selbsthilfe. Aber dennoch muss sie sich weiter vor allem um den betroffenen Patienten und seine mitbetroffenen Angehörigen intensiv kümmern, denn das ist und bleibt auch weiterhin die zentrale Aufgabe der Selbsthilfe.

Joachim F. Linder

Fotos: privat

20 Jahre gelebte Selbsthilfe – Danke!

Viele hundert Aktionen für Lebertransplantationspatienten und Angehörige finden nun schon seit 20 Jahren jährlich bundesweit von Seiten unseres Verbandes statt. Gruppentreffen, Seminare, Aktionen mit den Kliniken, die Webseite, viele Informationschriften, unsere Zeitschriften „Lebenslinien“ und „Lebenslinien aktuell“. Nicht erfassbar sind die unzähligen Telefongespräche und Besuche am Krankenbett. Dazu kommen noch sehr viele Aktionen für die Organspende, politisches Engagement für Patienten und vieles andere mehr – und das alles nur im Ehrenamt! Diese wertvolle Arbeit „von Mensch zu Mensch“ im zunehmend größer werdenden Verband kann nur gelingen, wenn viele ehrenamtlich Tätige engagiert zusammenarbeiten.

Einen besonderen Dank im Namen des Vorstands und der profitierenden Menschen spreche ich den vielen Ansprechpartnern aus, die vor Ort betroffene Patienten und Angehörige betreuen; ebenso allen weiteren Aktiven, z.B. dem Redaktionsteam, den Koordinatoren, dem Webmaster und allen, die sich im Verband engagieren. Nur stellvertretend sind hier einige der Aktiven abgebildet, die uns ihr Bildchen zu diesem Zweck geschickt haben. Der Dank aber gilt allen, auch denjenigen, die in früheren Jahren im Verein aktiv waren. Unsere Gedanken sind immer wieder auch bei den verstorbenen Ansprechpartnern und Aktiven sowie bei deren Familien.

Ehrenamt macht Freude, ist aber nicht selbstverständlich und besonders hoch einzuschätzen. Gesundheit, Erfüllung und Freude bei der wichtigen Tätigkeit wünscht im Namen des Vorstands

Jutta Riemer

24. Internationaler Kongress der Transplantationsgesellschaft Tx-Medizin im Spannungsfeld zwischen Ethik, Effektivität und sozialer Gerechtigkeit

Die Transplantationsgesellschaft, eine internationale Vereinigung von Wissenschaftlern, Tx-Chirurgen und Medizinern anderer Fachrichtungen rund um die Organspende und Organtransplantation, hielt vom 15. bis 19. Juli 2012 in Berlin ihren 24. Kongress ab unter dem Vorsitz der **Professoren Neuhaus** (Berlin) und **Bechstein** (Frankfurt/Main). Pharma- und Medizintechnikfirmen waren auch



Prof. Dr. Neuhaus



Prof. Dr. Bechstein

zahlreich vertreten. Das nächste Treffen ist in zwei Jahren in San Francisco, USA. Unser Verband war mit einem Stand präsent, der Interessierte aus zahlreichen Ländern anlockte (u.a. Ägypten, Argentinien, Belgien, Iran, Japan, Lettland, Polen, Schweiz, Taiwan, Thailand, Vietnam und natürlich Deutschland). Unsere Faltblätter in Englisch, Russisch, Türkisch und Deutsch sowie kleine Werbegeschenke waren hilfreiche Ansatzpunkte für Gespräche. Viele Besucher zeigten sich beeindruckt von der ehrenamtlichen Arbeit und dem von uns abgedeckten Arbeitsgebiet; einige von ihnen möchten gerne ähnliche Selbsthilfe-Organisationen in ihren Heimatländern auf den Weg bringen.

Ein Bericht über einen Kongress mit fast 5.000 Teilnehmern und etwa 120 Veranstaltungen (mit Kurzvorträgen über bis zu zehn Unterthemen) ist ein beinahe unmögliches Unterfangen. Das in der Überschrift abgesteckte Spannungsfeld vermag einen gewissen Eindruck zu geben von der Vielfalt der Themen, wobei naturgemäß die Probleme der Organspende und das weite Gebiet der Transplantationsmedizin (gegliedert nach Organen und Phasen vor, während und nach Trans-

plantation) mit ihren schier unendlichen Herausforderungen im Mittelpunkt standen. Die Vorträge deckten ein riesiges Feld ab – von der wissenschaftlichen Front der Zellforschung und Immunologie bis zu mehr historischen Betrachtungen über den Weg der Tx-Medizin bis zu ihrem heutigen Stand und Berichten über praktische Schritte zur Förderung der Organspende. Ebenso divers war die Armee der Vortragenden – vom Nobelpreisträger bis zum Post-Doc. Die überragende Zielsetzung, nämlich möglichst vielen Menschen zu helfen und abnehmende Morbidität und Mortalität nach Transplantation zu erzielen, durchzog den ganzen Kongress. **Was bleibt, ist das Ringen um höchste ethische Grundsätze und soziale Gerechtigkeit, ohne die es keine verantwortbaren Ergebnisse gibt, seien sie auch noch so eindrucksvoll.¹**

Das Thema **Ethik der Organspende und -transplantation** wurde den Besuchern schon vor dem Kongressgebäude vor Augen geführt durch Demonstranten/Informanten von Falun Gong, die auf die noch immer bedauerlichen Umstände der erzwungenen Organspende in China und den Transplantationstourismus aufmerksam machten. Das Thema wurde



während des Kongresses wiederholt aufgenommen durch die **Declaration of Istanbul Custodian Group**. Die Erklärung von Istanbul stammt aus dem Jahr 2008. Bei der damaligen Initiative verabschiedeten besorgte Mediziner und Ethiker eine Resolution, die verantwortungsvolles Handeln auf dem Gebiet der Organspende und -transplantation forderte und den Organhandel und Transplantationstourismus bannen bzw. zumindest einschränken wollte. Die Erklärung hat keinen Gesetzescharakter und ist somit auf freiwillige Befolgung ethischer Prinzipien angewiesen. Dennoch hatten Delegierte des Kuratoriums erfreuliche Fortschritts geschichten aus den Brennpunktländern Kolumbien, Brasilien, Israel, Sri Lanka, Indien, Pakistan, Ägypten, Saudi Arabien, Singapur und sogar aus China zu berichten. Maßnahmen reichen von Gesetzgebung (Israel, Kolumbien, Brasilien) zu Verhaltenskodizes. Allgemein ist ein deutlicher Rückgang beim Tx-Tourismus zu verzeichnen, wenn auch das Thema weiterhin weit oben auf der Ethikagenda stehen muss. In einem engagierten Appell betonte **Professor Danovitch**, University of California Los Angeles, dass weiterer Fortschritt von vollständiger zentrumsspezifischer Transparenz abhängt, mit klarer Dokumentation des gesamten Vorgangs von der Organspende über die Zuteilung bis zum Operationsergebnis.

Auch das Thema **Gerechtigkeit** durchzieht alle Gebiete: von der Bemühung um eine Steigerung der Organspende zur Versorgung möglichst vieler schwerkranker Menschen bis zur Organzuteilung unter Berücksichtigung von Dringlichkeit und Erfolgsaussicht. In zahlreichen Kurzvorträgen wurde über verschiedene Ansätze zur Erhöhung von Organspenden berichtet, wobei von Australien über Rumänien und Deutschland bis England betont wurde, wie wichtig Aufklärung und Schulung sind, um Mythen und Fehlinformationen über Hirntod/Herztod und Spendevorgang aus dem Weg zu räumen. Unkenntnis im Krankenhaus (von den Ärzten bis zum Pflege-

personal) und in der Bevölkerung (selbst unter Studierenden und sogar Medizinstudenten) wurde in vielen Umfragen als entscheidender Hinderungsgrund zur Organspende erkannt. Darüber hinaus verspricht man sich in England größeren Erfolg dadurch, dass Organspende als normale Leistung auf der Intensivstation betrachtet werde. Ein Diskussionsteilnehmer fügte noch hinzu, dass den für Organentnahme Verantwortlichen unbedingt mitgeteilt werden sollte, was mit den Organen geschehen sei; das wirke motivierend.

Schließlich kann selbst das Bemühen um effektivere Verwendung verfügbarer Organe (in den USA werden bis zu 20 Prozent der Organe weggeworfen, weil sie durch mangelhafte Konservierung nicht mehr geeignet sind für eine erfolgreiche Transplantation) und die bestmögliche Zuteilung der knappen Organe unter dem Gerechtigkeitsgesichtspunkt betrachtet werden. U.a. berichtete **Dr. Feng** aus San Francisco, dass an ihrem Zentrum Patienten mit einem MELD-Score über 30 von der Warteliste genommen werden. Ein MELD-Score von über 30 entspricht einer Überlebensaussicht von nur 50 Prozent in drei Monaten. Die Erfolgsaussichten seien somit zu gering; knappe Spenderlebern sollten eher anderen Patienten zugänglich gemacht werden. Eine ähnliche Praxis besteht im Vereinigten Königreich, wo ein erwartetes 5-Jahres-Überleben nach Ltx Voraussetzung für die Aufnahme auf die Warteliste für Lebertransplantation ist. Dies setze ein wohlüberlegtes Abwägen zwischen Fairness der Organzuteilung und Überlebensaussichten voraus, so **Professor Friend** aus Oxford. Auch **Professor Merion** von der University of Michigan postulierte eine Berücksichtigung der Erfolgsaussichten zusätzlich zum MELD-Score und schloss mit dem Appell, dass man kein Organ von einem Risikospender einem Risikoempfänger zuteilen solle.

Über eine Verbesserung des MELD-Score durch Hinzufügung verschiedener Parameter (insbesondere Natrium) berichtete **Dr. Rahmel**, der Medical Director von Eurotransplant. Darüber hinaus ging er auf die mögliche Ergänzung des MELD durch das Spenderalter ein. Dadurch könnte man ein besseres Gleichgewicht zwischen Dringlichkeit und Erfolgsaussicht und somit auch noch mehr Gerechtigkeit erzielen.

Effektivität und Effizienz waren die bei weitem dominierenden Themen: Techniken zur besseren Konservierung von Organen; Nutzung von Organen von Spen-

Stimmen vom Kongress Es sagte ...²

Professor Freeman, Dartmouth:

Transplantation ist ein Team-Sport. Wir werden in zunehmendem Maße sehen, wie sich multidisziplinäre Teams in komplexen Heilverfahren engagieren, die auf die Lebensqualität des Patienten abzielen in den verschiedensten Dimensionen als Schlüssel für das Langzeitüberleben ...

Professor Friend, Oxford:

Wir müssen das Risiko abwägen zwischen dem Einsatz von Organen von Hochrisiko-Spendern und längerem Verbleib bzw. Tod auf der Warteliste. Hoch-Risiko-Spenderlebern kann man nur Empfängern mit guter Überlebenschance geben. Ein Risiko-Empfänger würde eine Ltx mit Risikoorgan nicht überleben ...

Professor Frei, Charité:

Wir verwenden Nieren von alten Spendern für alte Empfänger. Allerdings entspricht nur etwa die Hälfte dieser Spenderorgane unseren Kriterien für ein gutes Organ ...

Dr. Sabine Wöhlke, Göttingen:

29 Prozent der an einer Umfrage beteiligten Medizinstudenten akzeptieren den Hirntod nicht als Todeskriterium ...

Dr. Thomas Berg, Leipzig:

Silibinin [aus der Mariendistel gewonnen] ist ein vielversprechendes Mittel als Monotherapie zur Verhinderung eines HCV-Rezidivs ...

Professor Merion, University of Michigan:

Man muss MELD-Score (als Ausdruck von equity = Gerechtigkeit/Billigkeit) und Tx-Nutzen (als Ausdruck von benefit = Vorteil/Nutzen) abwägen und die beiden kombinieren. Bei Berücksichtigung des wahrscheinlichen Nutzens kann das Leben des Tx-Patienten um bis zu 24 Prozent verlängert werden ...

dergruppen, die bislang als mit zu großen Risiken behaftet angesehen wurden; Entwicklung besserer Substanzen für die Immunsuppression mit geringeren Nebenwirkungen; Erzielung von Immuntoleranz vor Tx; Zellimplantation. Allgemeine Zielrichtung ist dabei die Verringerung von Langzeit-Morbidität und von Transplantatversagen und Patientensterblichkeit.

Professor Freeman, Dartmouth Medical School in New Hampshire, betonte in sei-

nem Überblick über die Entwicklungsgeschichte der Tx-Medizin, dass in zunehmendem Maße der gesamte Patient in seinen physischen, psychischen und sozialen Funktionen im Mittelpunkt stehe; dies erfordere vermehrt multidisziplinäre Arbeit.

Er betonte insbesondere, dass die Langzeitergebnisse in starkem Maße von Ko-Morbidität und vom Spenderrisiko (Organqualität) abhingen. Dem Umgang mit extremer Organknappheit waren mehrere Vorträge gewidmet. Organknappheit führt in zunehmendem Maße dazu, dass man Extended-Criteria-Spender und Empfänger mit hohem MELD-Score hat. Der Tenor war, dass sich diese Situation in erster Linie in höheren Kosten, nicht unbedingt in höherer Sterblichkeit niederschläge.

Zahlreiche Vorträge waren dem Einsatz neuer Substanzen bei verschiedenen Lebererkrankungen sowie neuen Immunsuppressiva nach Transplantation gewidmet im Hinblick auf bessere Langzeitergebnisse mit weniger Nebenwirkungen. So etwa der Zusatz von Telaprevir und Boceprevir zur Verbesserung der Standardtherapie bei Hepatitis C mit Peginterferon und Ribavirin; dadurch kann die Rezidivrate dramatisch gesenkt werden, so Dr. Berg aus Leipzig. Oder auch der Einsatz verschiedener mTOR-Substanzen (= mammalian target of rapamycin; Ziel des Rapamycins im Säugetier) nach Ltx – Substanzen, die zuvor schon erfolgreich nach Nierentransplantation und in der Krebsbekämpfung eingesetzt wurden. Dazu gehören Sirolimus und Everolimus. Besonders innovativ sind zellbiologische Versuche. Etwa wie man „naive T-Zellen“ therapeutisch so reprogrammiert, dass sie zu regulierenden T-Zellen werden. Oder wie man natürliche Killer-Zellen in der Immuntherapie einsetzt, um eine Wiederkehr des HCC nach Ltx mit postmortaler Organspende zu verhindern.

Dr. Maslowski, Lausanne, berichtete über ein Thema, das eher als traditionell anzusehen ist, aber mit dem Fortschreiten der „westlichen Ernährung“ (mit hohem Fettanteil und Kohlenhydraten) zunehmend an Bedeutung gewinnt: nämlich Ernährung und deren Beeinflussung/Schwächung des Immunsystems, ausgehend vom Darm. Durch falsche Ernährung könnten auch verschiedenste Krankheiten und chronische Entzündungen ausgelöst werden, u.a. Colitis ulcerosa, Diabetes, Asthma, teilweise auch Arthritis.

Höhepunkt der Konferenz war das **Präsidentsymposium** (President's Plenary

Symposium) am 18. Juli mit verschiedenen Preisverleihungen für herausragende Forschungsleistungen sowie den Vorträgen des Nobelpreisträgers **Professor Harald zu Hausen** und des Präsidenten der Transplantationsgesellschaft, **Professor Gerhard Opelz**, beide Universität Heidelberg. Professor zu Hausen sprach über Verursachung von Krebs durch Virus- und Bakterieninfektionen. Professor Opelz berichtete über die Collaborative Transplant Study und den eindrucksvollen Fortschritt im Umfang der Transplantations-Datenbank. Die Datenbank umfasst inzwischen Daten von über 500.000 Transplantationen und wird von über 60 Wissenschaftlern in aller Welt genutzt. Ein neues Software-Paket erlaubt umfassende Analysen von Voraussetzungen und Ergebnissen der Transplantation verschiedener Organe. Die Analysen bilden die Grundlage für entscheidende Qualitätsverbesserungen. Als Beispiel wurde genannt, wie das Tx-Zentrum in Karachi Anschluss an das in Europa übliche Niveau gefunden habe.

Ein abschließender Kommentar sei noch hinzugefügt: Der analytische Goldstandard basiert auf multivariater statistischer Analyse. Beim Testen neuer Substanzen und Vorgehensweisen werden außerdem doppelblinde, randomisierte und Placebo-kontrollierte Prospektivstudien bevorzugt. Etliche Präsentationen auf dem Kongress erfüllten allerdings nicht diesen Standard. Manche stellten allererste Ergebnisse von kleinen Studien vor, teilweise mit statistisch nicht signifikanten Ergebnissen. Dennoch hatten auch diese Projekte ihren Platz auf der Suche nach Innovation und besseren Ergebnissen.

Dennis Phillips

Ulrich R. W. Thumm

(mit einem Beitrag von Michael Bessell)

- 1) Dies gilt insbesondere im Hinblick auf den Skandal mit gefälschten Patientendaten an der Göttinger Universitätsklinik, in dem zum Zeitpunkt des Kongresses die staatsanwaltliche Ermittlung eingeleitet wurde. Inzwischen hat man auch die schon etliche Jahre zurückliegenden Datenfälschungen am Zentrum Regensburg aufgedeckt. Ebenso erwähnenswert ist, dass wissenschaftliche Papiere aus China nicht beim Kongress angenommen wurden, da sie Daten von erzwungenen Organspenden enthielten.
- 2) Es handelt sich nicht um direkte Zitate, vielmehr um Paraphrasierung von Aussagen während der Vorträge.

Ethik der Organzuteilung

Wie in dem vorstehenden Bericht hervorgehoben, spielten ethische Gesichtspunkte bei der Zuteilung knapper Spenderorgane eine wichtige Rolle auf dem internationalen Kongress der Transplantationsgesellschaft. Auch in Deutschland sind diese Fragen hochaktuell nach den Datenmanipulationen zur Besserstellung gewisser Wartepatienten in Göttingen und Regensburg. Zu diesem Fragenkomplex veröffentlichte Scott Biggins von der University of Colorado einen richtungweisenden Artikel¹, dessen wichtigste Überlegungen hier zusammengefasst werden.

Ausgangspunkt ist der Mangel an Spenderorganen, der zunehmende Bedarf an Spenderlebern sowie die immer größer werdende Zahl überlebender Lebertransplantierte, die grundsätzlich das Risiko eines Organversagens haben und daher eventuell eine zweite Transplantation benötigen. Dieses Risiko hat in der jüngsten Vergangenheit noch zugenommen mit der steigenden Zahl von Transplantationen „marginaler“ Organe von zunehmend älteren Spendern (mit höherem Donor Risk-Index). Grundsätzlich werden sowohl in den USA als auch bei Eurotransplant Re-Transplantationskandidaten auf die höchste Dringlichkeitsstufe auf der Warteliste gesetzt, obwohl deren Überleben auf der Warteliste eher besser und das Ergebnis regelmäßig schlechter ist als von Kandidaten für Ersttransplantation. Daher stelle sich die Frage, ob man eine Re-Transplantation uneingeschränkt befürworten solle und sich dadurch die Knappheit von Spenderorganen noch verschärfe oder ob es **ethisch vertretbare Kriterien gäbe, die eine Ablehnung rechtfertigen könnten**. Dabei werden zwei Vorgehensweisen diskutiert: die **medizinische Aussichtslosigkeit (futility)** und eine **Rationierung** im Hinblick auf Spenderorganknappheit. Biggins argumentiert, **Aussichtslosigkeit** sei ein vages Konzept, selbst wenn empirische Daten zu Rate gezogen würden und man in der Regel einen Schwellenwert von 50 Prozent Wahrscheinlichkeit für ein Ein-Jahres-Transplantatüberleben akzeptiere. Da eine derartige **Einschätzung stets für einen individuellen Patienten** erfolge und dazu noch in einer prekären Lage, sei sie wenig befriedigend. **Rationierung** basiere dagegen auf der objektiv feststellbaren Organknappheit für die Gesamtbevölkerung und könne so die **Zuteilungsgerechtigkeit maximieren**. Die Entscheidung, einen Re-Transplantations-Kandidaten auf die Warteliste zu setzen, hänge zwar auch von der Wahrscheinlichkeit des angestrebten Ergebnisses ab, sei jedoch ethisch eher zu vertreten, wenn die Gesamtsituation aller Patienten statt nur die individuelle Lage eines Patienten in Betracht gezogen werde und objektive Schwellenwerte definiert würden. Bei Umfragen im Vereinigten Königreich und in den USA wurden als **Kriterien des Erfolgs des Transplantat- bzw. Patientenüberleben sowie das Alter des Patienten und der Zeitpunkt des Transplantatversagens** (kurz nach² oder lange nach der Erst-Ltx) hervorgehoben. Als konsensfähig schälte sich eine 50-Prozent-Fünfjahres-Überlebenswahrscheinlichkeit sowie PNF heraus; Patienten mit geringerer Erfolgsaussicht sollten nicht auf die Warteliste gesetzt werden und Wartelistenpatienten mit Ein-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit von unter 50 Prozent sollten von der Warteliste genommen werden. **Weitere empirische Arbeit sei aber dringend geboten, um derartige Rationierungsüberlegungen konsensfähig und durch feste Richtlinien operational zu machen.**

Ulrich R. W. Thumm

- 1) Scott W. Biggins: Futility and rationing in liver transplantation: When and how can we say no? *Journal of Hepatology*, vol. 56 (6): 1404–14011 (June 2012).
- 2) Definiert als primary non-function (PNF) = Nicht-Funktionsfähigkeit des Transplantats.

CTS-Studie wird 30

Patienten profitieren weltweit von umfangreicher Heidelberger Datensammlung

Die weltweit größte Studie in der Transplantationsmedizin wird 30 Jahre alt. Seit 1982 haben Professor Dr. Gerhard Opelz und sein Team in der Abteilung Transplantationsimmunologie am Institut für Immunologie des Universitätsklinikums Heidelberg die Daten von mehr als 500.000 Transplantationen in rund 500 Kliniken gesammelt und ausgewertet. Die „Collaborative Transplant Study“ (CTS) hat u.a. gezeigt, wie wichtig immunologische Merkmale – die sogenannten HLA-Antigene – für den Erfolg einer Nierentransplantation sind und wie wirksam, aber auch schädlich Medikamente gegen die Immunabwehr sein können. Die Daten der CTS sind zudem die wissenschaftliche Grundlage für die Verteilung von Organen durch Eurotransplant.

Durch die große Fülle der Daten konnten statistisch zuverlässige Aussagen gemacht werden, die der richtigen Organzuteilung und der wissenschaftlich fundierten Behandlung der Patienten unmittelbar zu Gute kommen. Die Studie wird weltweit

geschätzt. Sie wurde in den renommiertesten Fachjournals vorgestellt. Ausgangspunkt der Studie war die Erkenntnis, dass bestimmte Oberflächen-Proteine auf Spenderorganen die Immunabwehr des Empfängers aktivieren und dadurch eine Abstoßung des Organs in Gang setzen können. Doch welche dieser HLA-Antigene sind entscheidend? Und sollten die Organe entsprechend zugeteilt werden? Die CTS hat herausgefunden, dass die immunologische Passgenauigkeit eine übertragende Rolle für den Erfolg der Nierentransplantation spielt. Deshalb wird sie bei der Zuteilung der Nieren an einen Empfänger berücksichtigt. Für Leber und Pankreas ist dies nicht von großer Bedeutung. Herz- und Lungenpatienten würden profitieren, jedoch hat die Dringlichkeit als Zuteilungskriterium Vorrang.

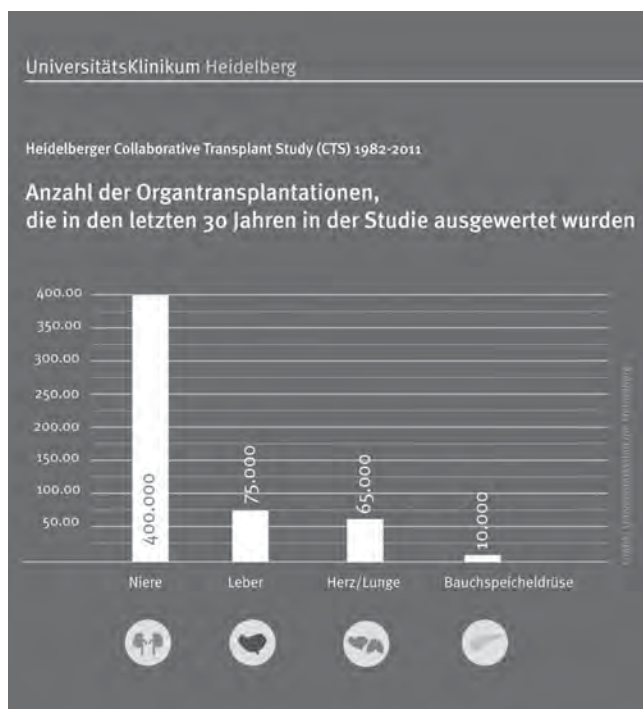
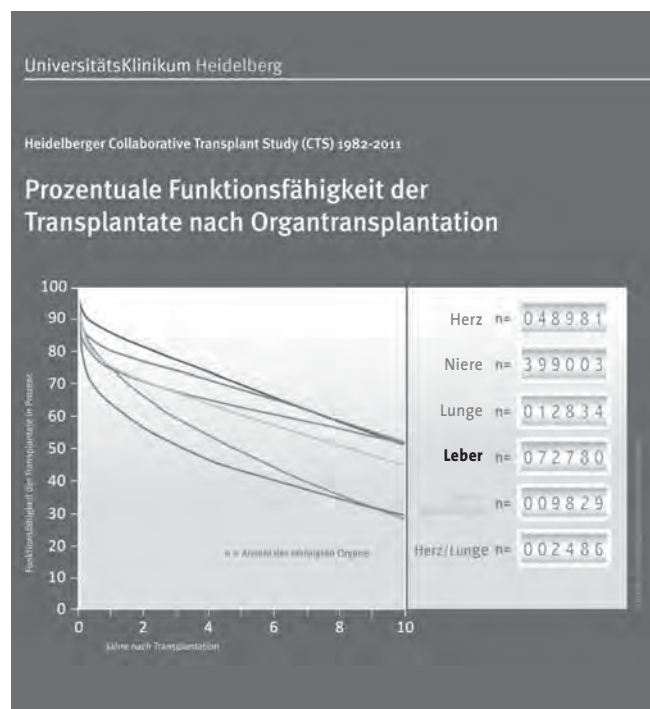
Bestimmte Medikamente, u.a. Cyclosporin und Tacrolimus, können den Erfolg der Transplantation wesentlich verbessern. Je nach Dosis ist allerdings auch die Gefahr einer Krebserkrankung erheblich grö-

ßer. Weil Patienten mit besserer HLA-Gewebeverträglichkeit mit niedriger dosierter Immunsuppression behandelt werden können, hat das HLA-System Auswirkungen nicht nur auf die Transplantat-Erfolgsrate, sondern auch auf Nebenwirkungen der Immunsuppression wie das Auftreten von lebensbedrohlichen Infektionen und Herz-Kreislauf-Komplikationen, die Entstehung von bestimmten Tumoren und das vermehrte Auftreten von Knochenbrüchen nach der Transplantation.

Neue, den Patienten dienliche Erkenntnisse können nur mithilfe aussagekräftiger, umfangreicher Datenerfassung und Auswertung gewonnen werden. Deshalb soll dieses weltweit größte Transplantationsdaten-Register, der „Collaborative Transplant Study“ weitergeführt werden.

Jutta Riemer

Quelle: Pressemitteilung der Universitätsklinik Heidelberg v. 9.7.2012



Rauchen und Lebertransplantation – Lungenkrebs und Hepatitis-Rezidiv

Einen **Lungenkrebs** bekommen Leber- oder herztransplantierte Patienten häufiger als Nierentransplantierte. Diese Erkenntnis wurde schon 2010 auf der zweiten europäischen Lungenkrebs-Konferenz in Genf vorgestellt.

Schon viele Jahre weiß man es: Patienten, die immunschwächende Medikamente einnehmen müssen, sind einem erhöhten Krebsrisiko ausgesetzt.

In einer französischen Studie, mit Daten von fast 3.000 Patienten, haben Wissenschaftler, unter der Leitung von Dr. Julien Mazieres, untersucht, wie hoch das Risiko ist, nach einer Transplantation an Lungenkrebs zu erkranken. Nierentransplantierte erkrankten zu 0,5%, Lebertransplantierte zu 1,3%, am höchsten lag der Wert bei Lungenempfängern. Diese Unterschiede erklären sich die Forscher dadurch, dass gerade Lungen- und Leberempfänger – im Gegensatz zu Nierentransplantierten – oftmals eine lange „Raucherkarriere“ hinter sich haben.

Die Konsequenz muss sein, dass bei entsprechenden Patienten in der Nachsorge dieses erhöhte Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, beachtet wird und vorsorglich auf Lungenkrebs untersucht wird; ebenso, dass transplantierten Patienten, die nach Transplantation weiterhin rauchen oder wieder mit dem Rauchen anfangen, Raucherentwöhnungsprogramme angeboten werden.

Eine **Hepatitis** scheint nach Lebertransplantation bei Patienten, die wegen einer Virushepatitis transplantiert wurden, den Langzeiterfolg der Transplantation zu beeinträchtigen. Mamatha Bhat von der McGill University in Montreal hat die Daten von über 400 Patienten ausgewertet und hat beobachtet, dass das Operationsrisiko und das direkte Überleben nach Ltx keinen Unterschied zu den früheren Nichtrauchern aufwies. Bei früheren oder aktuell noch rauchenden Patienten stellte sich jedoch das Hepatitis-Rezidiv (Wiederauftreten der Erkrankung) nach nur 0,87 Jah-

ren deutlich früher ein als bei den Nichtrauchern (4,1 Jahre).

Neben den nachgewiesenen Risiken, die das Rauchen für jeden Menschen birgt, sollten diese Ergebnisse für jeden Transplantierten eine große Motivation darstellen, alles zu tun, um es zu schaffen: Nichtraucher werden!

Jutta Riemer

Quellen: „Smoking Increases Recurrent Viral Hepatitis After Liver Transplantation“. Mamatha Bhat, Marc Deschenes, Xianming Tan, Myriam Martel, Venkataramana Bhat, Philip Wong, Peter Metrakos, Peter Ghali. Liver Transplantation; Published Online: March 30, 2012 (DOI: 10.1002/lt.23444), www.eurekalert.org/pub_releases/2010-05/esfm-lcr042910.php

Türkisch- und englischsprachige Informationsfaltblätter



Die Faltblätter können gegen Einsendung eines mit 1,45 EUR frankierten DIN A5-Rückumschlags bezogen werden bei:
Gerhard Heigoldt, Am Kocherberg 56, 74670 Forchtenberg.

Erweiterung des Organspenderpools

Trotz aller Anstrengungen von Gesetzgebern und Nichtregierungsorganisationen ist akuter Organmangel noch immer der limitierende Faktor bei der Organtransplantation. In einer italienischen Studie¹ wird über ein begrenztes Experiment zur möglichen Erweiterung des Spenderpools berichtet: zwischen 2005 und 2009 wurden bei zehn Patienten Lebern von Spendern transplantiert, die das **HBsAg Pro-**

tein (= Hepatitis B Surface Antigen) aufwiesen. Alle Patienten waren nach Ltx HBcAb positiv (= Hepatitis Core Antikörper), wurden prophylaktisch mit Antivirumedikamenten behandelt und über einen mittleren Zeitraum von 42 Monaten beobachtet. Patienten, die wegen HBV transplantiert wurden (n=6), waren auch nach Ltx HBsAg positiv; zwei der HBsAg negativen Patienten (n=4) waren auch

nach Ltx nicht HBsAg positiv; die übrigen zwei zeigten Anzeichen von HBsAg, die aber durch spontane Produktion von anti-HBs kontrolliert wurden. **Die Schlussfolgerung dieser Studie ist, dass man mit effektiver anti-HBV-Therapie gefahrlos Organe transplantieren kann, die mit HBsAg behaftet sind.** Allerdings stehen dem eventuell die Beobachtungen des nächsten Abschnitts entgegen.

Hepatitis-B-Reaktivierung und Prävention

Das Hepatitis-B-Virus (HBV) gehört zu den weitest verbreiteten Erregern chronischer Infektionen. Rund 40 Prozent der Weltbevölkerung hatten schon Kontakt mit dem HBV; ca. 350 Millionen Menschen leiden an einer chronischen HBV-Infektion, und ca. 600.000 sterben jährlich an den Spätfolgen dieser Infektion, also an Leberzirrhose und hepatozellulärem Karzinom (HCC). Sehr viele Menschen beherbergen das HBV auch nach einer Behandlung unerkannt in der Leber. Solche okkulten HBV-Infektionen können sich unter Immunsuppression reaktivieren, teilweise mit tödlicher Folge.² Eine Reaktivierung einer alten, klinisch ausgeheilten HBV-Infektion kann durch jedes Medikament ausgelöst werden, das die Funktion des Immunsystems beeinflusst, am häufigsten bei Behandlung mit **Steroiden** und **Rituximab**. Rituximab (alleine

oder auch in Kombination mit Steroiden) wird zur Behandlung des **B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphoms** (NHL), der **Chronischen Lymphatischen Leukämie** (CLL) und der **Rheumatischen Arthritis** (RA) eingesetzt. Rituximab wird aber auch zur Behandlung von **Abstoßungsreaktionen nach Nierentransplantation** oder der **Thrombotisch Thrombozytopenischen Purpura** (TTP) eingesetzt.³ Das Risiko einer HBV-Reaktivierung ist bei Behandlung mit Rituximab signifikant erhöht. Insofern sind die in verschiedenen Leitlinien⁴ enthaltenen **Empfehlungen zur Prophylaxe** sehr ernst zu nehmen: Es wird empfohlen, vor der Einleitung einer immunsuppressiven Behandlung und/oder Chemotherapie ein screening im Hinblick auf HBsAg (= Hepatitis B Surface Antigen) und anti-HBc (= Antikörper gegen das Hepatitis-B-Core-Protein) durchzuführen.

Wird eine HBV-Belastung festgestellt, sollte unabhängig von der tatsächlich festgestellten Viruslast eine **prophylaktische antivirale Therapie** mit Nukleos(t)id-Analog eingeleitet werden. Diese prophylaktische Therapie sollte über einen Zeitraum von mindestens sechs, besser noch: zwölf Monaten nach Beendigung der Immunsuppressions-Therapie für die oben erwähnten Erkrankungen fortgesetzt werden. Umfassendste Erfahrungen liegen bei relativ geringer Viruslast mit der Anwendung von **Lamivudin** vor. Bei höherer Virusbelastung sollten Medikamente mit hoher antiviraler Potenz eingesetzt werden wie etwa **Tenofovir** oder **Entecavir**. Patienten ohne Hinweis auf eine HBV-Infektion sollten vor Beginn der immunsuppressiven Behandlung gegen das HBV geimpft werden.

Nierenfunktionsstörungen als Folge von Lebererkrankungen⁵

Glomerulonephritiden (= Entzündungen der Nierenkörperchen) sind bei Lebererkrankungen sehr häufig, insbesondere bei Hepatitis B und C (wenn auch erst Monate oder gar Jahre nach der Hepatitis-Infektion). Sie sind die häufigsten Ursachen einer **Niereninsuffizienz**. Glomerulonephritiden äußern sich meist als **nephritisches Syndrom** (Hämaturie = pathologische Ausscheidung von roten Blutkörperchen im Urin; Proteinurie = Ausscheiden von Eiweiß im Urin; Nierenfunktionseinschränkung) oder sogar als **nephrotisches Syndrom** (starke Eiweißausscheidung im Urin; Hypalbuminämie = Verminderung des Albumins im Blut; Hyperlipidämie = Erhöhung der Serumlipiden; Thromboseneigung; Ödeme) und **Hypertonie** (= Bluthochdruck). Die häufigste

Form der Entzündung der Nierenkörperchen bei Hepatitis C ist die **membranoproliferative Glomerulonephritis** (MPGN), hinzukommen kann auch noch eine gemischte **Kryoglobulinämie** (tritt häufig bei Autoimmunkrankheiten auf). Die KDIGO Guideline (= Kidney Disease Improving Global Outcomes®) empfiehlt, Patienten präventiv jährlich auf Proteinurie und Hämaturie zu testen sowie die Glomeruläre Filtrationsrate (GFR) zu messen. Eine erfolgreiche HCV Standardtherapie (mit Interferon alpha und Ribavirin) verbessert auch die Prognose für die Nierenkörperchenentzündung. Bei schwerem Verlauf der Kryoglobulinämie sollte die antivirale Standardtherapie durch Immunsuppressiva ergänzt werden. Bei **Leberzirrhose** tritt häufig eine **IgA-Neph-**

ropathie auf (= Morbus Berger; Ablagerung von Immunglobulin A im Zwischengewebe der Nierenkörperchen). Die Verursachung ist unklar und somit auch nicht kausal behandelbar. Häufig werden blutdrucksenkende Mittel (ACE-Hemmer; AT-Rezeptor-Antagonisten) und Immunsuppressiva eingesetzt. Nach Ltx kann sie sich zurückbilden. Eine italienische Studie untersucht den Zusammenhang von **Nierenversagen und Leberzirrhose**.⁶ Dabei wird das Todesrisiko von zirrhotischen Patienten bei gleichzeitigem Auftreten von Nierenversagen auf das siebenfache geschätzt; die Hälfte solcher Patienten muss mit Tod innerhalb von einem Monat nach Auftreten des Nierenversagens rechnen.

Leberzellkrebs: Risiko, Diagnose, Behandlung

Leberzellkrebs (hepatozelluläres Karzinom, HCC) ist weltweit einer der häufigsten bösartigen Tumoren. Er tritt meist als Folge einer Leberzirrhose unterschiedlicher Verursachung auf; häufig nach Virushepatitiden B und C und Alkoholmissbrauch, zunehmend aber auch aufgrund **nicht-alkoholischer Fettleber-Erkrankung (NAFLD), metabolischem Syndrom** (Stoffwechselstörung) und **NASH** (= non alcoholic steatohepatitis; nicht alkoholische Fettleberhepatitis).⁷ Mit der weltweiten Ausbreitung des „westlichen Lebensstils“ nimmt die Inzidenz von Fettleber und somit dieses Leberkrebsrisiko zu. Natürlich erhöht das Auftreten einer Fettleber in Verbindung mit anderen Risikofaktoren wie den Virushepatitiden das HCC-Risiko zusätzlich signifikant.⁸ Genetische Faktoren, die sich in der Familienge-

schichte von Krebspatienten niederschlagen, spielen ebenfalls eine statistisch signifikante Rolle; in Kombination mit Hepatitiden B und C erhöht sich das Risiko auf das 70fache.⁹ Bei **Fettleibigkeit** (gekennzeichnet durch einen hohen **BMI**¹⁰ nimmt die Ansammlung von Fetten in den Leberzellen zu, so dass eine leichte chronische Entzündung der Leber auftritt. Der BMI ist ein statistisch signifikanter Risikofaktor für Zirrhose; das Risiko nimmt mit zunehmendem BMI zu. **Gewichtsabnahme** (durch bessere und kalorienärmere Ernährung sowie Bewegung) reduziert das Zirrhose- und Leberkrebsrisiko.¹¹ **Nahrungsergänzung durch Omega-3 ungesättigte Fettsäuren** hilft ebenfalls, Leberfett zu vermindern.¹² Für den Heilerfolg bei Leberkrebs sind der Zeitpunkt der Diagnose und die Art der Behand-

lung entscheidend. In einer Studie am Krebsforschungszentrum in Rockville, MD wurden über 21.000 zwischen 1998 und 2008 registrierte Fälle von Leberkrebs analysiert.¹³ Über 70 Prozent hatten histologisch nachgewiesene Diagnosen, wobei Diagnosehäufigkeit und Heilerfolg von der Art der Behandlung abhingen (invasive OP vs. minimal-invasive Tumorablation vs. ohne Therapie). Im Zeitverlauf zwischen 1975–77 und 1998–2007 stieg die Fünf-Jahres-Überlebensrate bei HCC von 3 Prozent auf 18 Prozent. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate war mit 84 Prozent am höchsten nach Ltx, gefolgt von 53 Prozent nach Radiofrequenz-Ablation im Frühstadium, 47 Prozent nach operativer Tumorentfernung und 35 Prozent nach lokaler Tumorzerstörung.

Zelltherapien bei Lebererkrankungen

Die akute Knappheit von Spenderlebern (ganze postmortale Organe oder geteilte (split) Lebern; Teilleber-Lebendspende) führt zum häufigen Tod auf der Ltx-Warteliste. Als kurzfristige Übergangstherapien bei akutem Leberversagen wurden nicht-biologische extrakorporale Blutreinigungsverfahren wie MARS entwickelt¹⁴ sowie extrakorporale (ex vivo) biologische Verfahren (bioartificial liver support = Bio-Leber-Unterstützung) und intrakorporale (in vivo therapy) Leberzelltransplantation.¹⁵ Extrakorporale biologische Verfahren dienen zur kurzfristigen Überbrückung bis zu einer Ltx; dagegen ist die Leberzelltransplantation (bis hin zur Transplantation eines ganzen oder geteilten Organs) eine Langfristtherapie. Die **zellbasierten Ansätze** sind sowohl bei akutem Leberversagen als auch bei anderen Lebererkrankungen anwendbar. Obwohl es eine Vielzahl von Quellen zur Gewinnung von Le-

berzellen gibt, besteht insgesamt auch bei Leberzellen eine große Knappheit, so dass auch die zellbasierten Therapien stark eingeschränkt sind. Die Verwendung von **Stammzellen** könnte eine Erweiterung der Zelltherapien bedeuten, doch ist die in-vivo-Funktionalität von aus Stammzellen entwickelten Leberzellen noch weitgehend unbekannt; ebenso die Sicherheit, Verträglichkeit und Effektivität nach deren Transplantation. Über jüngste Fortschritte in der Stammzellforschung zum Einsatz bei Lebererkrankungen und Leberkrebs berichtet C. Bart Rountree in einem Übersichtsartikel, der die Ergebnisse einer Konferenz „Stem Cells in Liver Diseases and Cancer: Discovery and Promise“ (Stammzellen bei Lebererkrankungen und Krebs: Entdeckung und Erwartung) zusammenfasst¹⁶. Stammzellen bieten potenzielle Therapieoptionen von Lebererkrankungen, können aber auch am

Entstehen von Krebs beteiligt sein. Der Fortschritt in der Stammzellforschung besteht in erster Linie in der Isolierung von **primary liver progenitor cells (LPCs)**¹⁷ = Leber-Vorläuferzellen), dem Prozess der **Differenzierung von LPCs und pluripotenten Stammzellen zu Leberzellen**, sowie **krankheitsspezifischen Untersuchungen zur Herstellung therapierelevanter Zellmassen**. Außerdem richtet sich die Forschung auf **tumor-initiating stem-like cells (TISCs** = tumorauslösende stammzellenartige Zellen). Dabei werden gezielte Therapien zur Überwindung von Widerständen und Mechanismen beim Voranschreiten von Leberkrebs entwickelt. Man hofft, dass eine verstärkte Zusammenarbeit der Forschung auf beiden Gebieten zu einer Beschleunigung in der Entwicklung von Therapien für Lebererkrankungen und -krebs führt.

Tumorbestrahlung bei Leberkrebs

Die oben beschriebene Zelltherapie ist bislang eher noch etwas Zukunftsmusik. Dagegen kann **Radioembolisation** (= eine Form der Brachytherapie oder Tumorbestrahlung mit Protonen) als schon etablierte Therapie gelten neben **Chemoembolisation** (TACE = transarterial chemoembolization), medikamentöser Behandlung mit **Sorafenib, Leberresektion** und schließlich **Lebertransplantation**. In einem Übersichtsartikel berichten Bruno

Sangro et al.¹⁸ über das Überleben von HCC-Patienten nach Radioembolisation im Vergleich zu TACE und Sorafenib-Behandlung. Die Ergebnisse sind in etwa vergleichbar mit Überlebenszeiten, je nach Tumorstadium, von 6–15 Monaten (im fortgeschrittenen Stadium), 15–17 Monaten (im intermediären Stadium) und 25–40 Monaten (im Frühstadium). Radioembolisation ist geeignet zur gezielten lokalen/regionalen Behandlung von Tu-

moren, insbesondere als Überbrückungstherapie vor partieller Leberresektion und vor Ltx oder auch als Therapie für Patienten, die nicht resektable Tumoren haben und für die eine Ltx nicht in Frage kommt. Sie eignet sich auch als Anfangsbehandlung vor Übergang zu TACE und Sorafenib bzw. TACE mit gleichzeitiger Behandlung mit Sorafenib.¹⁹

Neue Therapieoptionen gegen Hepatitis C und ihre Nebenwirkungen

In Heft 1/2012 der Lebenslinien berichteten Farnik, Welker und Sarazin über neue Optionen in der Behandlung der chronischen Hepatitis C, jenseits der bisherigen Standardtherapie mit Peg-Interferon-alfa und Ribavirin. Dabei handelt es sich um sog. **direct-acting antiviral agents (DAAs)** (= direkt antivirale Substanzen), die eine Interferon-freie Behandlung ermöglichen und einen Meilenstein in der HepC-Behandlung darstellen. Am weitesten fortgeschritten und bereits in USA und Europa zugelassen sind **Boce-**

previr und **Telaprevir**.²⁰ In dem Artikel wird auch auf bedeutende Nebenwirkungen (u.a. Hautausschlag) hingewiesen, die engmaschiges Management bzw. sogar Therapieabbruch erfordern. In einem Übersichtsartikel einer französischen Forschergruppe werden schwerwiegende **Hauterkrankungen** diskutiert.²¹ Dabei handelt es sich insbesondere um **Schleimhautentzündungen** und **Blutgefäßentzündungen** bis hin zu eher seltenen **SCAR** (= severe cutaneous adverse reaction; schwere Hautreaktionen,

die sogar lebensbedrohend sein können). Leichte bis mäßige Entzündungen können oberflächlich mit **Kortikosteroiden** behandelt werden. In schweren Fällen muss die Telaprevirbehandlung abgebrochen werden. Zusammenfassend wird festgestellt, dass Hauterkrankungen stets zu den Komplikationen der HCV-Behandlung gehört haben, dass aber im beginnenden Zeitalter der Behandlung mit DAAs das Management von Hauterkrankungen zu einem noch wichtigeren Faktor wird.

PSC und Schwangerschaft

Primär sklerosierende Cholangitis (PSC) ist eine chronische und fortschreitende Entzündung der Gallenwege und tritt meist in Verbindung mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (besonders colitis ulcerosa) und überwiegend bei Männern. Daher sind auch Daten über Schwangerschaften etwas lückenhaft. Eine Studie am Klinikum Hamburg-Eppendorf sollte Abhilfe schaffen.²² Insgesamt

wurden 229 PSC-Patientinnen (121 mit Kindern) untersucht im Vergleich zu 569 gesunden Kontrollpatientinnen (303 mit Kindern); 17 Patientinnen (mit insgesamt 25 Schwangerschaften) wurden während der Schwangerschaft untersucht (mittleres Alter bei der Konzeption: 31). Es ergaben sich keine ernsthaften Komplikationen bei den Müttern, und die Kinder entwickelten sich normal (während einer

mittleren Beobachtungszeit von 50 Monaten). Die fortgesetzte Behandlung der Mütter mit Ursodeoxycholsäure (15/21) oder Azathioprin (2/21) hatte auch keine negativen Auswirkungen auf die Schwangerschaften. Die Forscher schließen, dass **PSC kein besonderes Risiko während der Schwangerschaft** darstellt und sich Mütter und Kinder normal entwickeln.

Mortalität von Patienten mit MELD > 40 vs. HU-Wartelistenpatienten

Patienten mit fulminantem Leberversagen werden auf der Ltx-Warteliste von Eurotransplant als HU (= high urgency; höchste Dringlichkeitsstufe)²³ klassifiziert und haben höchste Priorität für die Zuteilung einer Spenderleber. Eine Studie in den USA hinterfragt nun diese „Selbstverständlichkeit“, indem das Sterberisiko von Wartelistenpatienten mit einem MELD-score von über 40 mit dem der Status-1A-Patienten verglichen wird.²⁴ Die Daten von 52.459 Patienten, die zwischen dem 1.9.2001 und dem 31.12.2007 auf

der Ltx-Warteliste registriert waren, wurden im Hinblick auf das Sterberisiko untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass Patienten mit einem MELD-score > 40 ein höheres Sterberisiko aufweisen als 1A-Kandidaten. Für Patienten mit MELD 36–40 war das Risiko gleich. Dagegen hatten Patienten mit MELD < 36 ein deutlich geringeres Sterberisiko. Das Überleben nach Ltx ist ungefähr gleich für 1A-Patienten und Patienten mit MELD > 40. **Die Forscher fordern daher, dass Patienten mit einem MELD-score über**

40 höchste Priorität auf der Warteliste haben sollten. Freeman (Dartmouth Medical School) und Wiesner (Mayo Medical School), zwei Pioniere auf dem „MELD-Feld“ finden diese Forderung etwas verfrüht, da die Datenlage durch zahlreiche Änderungen der Verteilungsregeln und Fortschritte im Management von akutem Leberversagen verzerrt sein könnte. Sie mahnen zur Vorsicht und empfehlen weitere Untersuchungen, bevor man die Verteilungsregeln ändern würde.²⁵

Sind die Extrapunkte für HCC-Wartelistenpatienten gerechtfertigt?

Ähnlich wie in der im vorangegangenen Abschnitt erwähnten Studie wurde in einer anderen Studie in den USA die Begünstigung der HCC-Patienten auf der Ltx-Warteliste hinterfragt.²⁶ Seit Ende Februar 2002 wendet UNOS (= United Network for Organ Sharing, die amerikanische Institution für die Verteilung von Spenderorganen) das MELD (= model for end-stage liver disease) zur Priorisierung der Zuteilung von Spenderlebern an. Im Prinzip zeigt dieses Modell die 90-Tage-Sterbewahrscheinlichkeit von Wartepatienten zuverlässig an. Man hat dann allerdings herausgefunden, dass es Wartepatienten

mit bestimmten Erkrankungen gibt, für die der MELD-score das 90-Tage-Sterberisiko unterschätzt. Dazu gehören u.a. Patienten mit einem HCC. HCC-Patienten mit Tumoren innerhalb der Mailand-Kriterien (= ein Tumor < 5 cm Durchmesser oder drei Tumoren mit je < 3 cm Durchmesser) bekommen standardisierte und – je nach Wartezeit zunehmende – Extrapunkte, um dem höheren Sterberisiko Rechnung zu tragen. Das Risiko sowohl für HCC-Patienten als auch für Patienten ohne HCC ist so definiert, dass der Patient entweder innerhalb von 90 Tagen auf der Warteliste verstirbt oder von der Lis-

te genommen wird, da seine Erkrankung so weit fortgeschritten ist, dass ein Heilungserfolg durch Ltx unwahrscheinlich ist. Die statistische Analyse von UNOS-Daten zwischen dem 1.1.2005 und dem 31.5.2009 hat dann ergeben, dass das Sterberisiko von Nicht-HCC-Patienten im Zeitverlauf schneller steigt als das der HCC-Patienten. Es wird daher empfohlen, dass **die Regelung der Zusatzpunkte für HCC-Patienten überprüft werden sollte, da ihr 90-Tages-Sterberisiko durchaus stabil ist, während das der anderen Wartepatienten schneller ansteigt.**

Spenderorganrisiko und Ltx-Ergebnis

Bei anhaltender oder zunehmender Knappheit von Spenderorganen werden zunehmend Organe von „marginalen Spendern“ transplantiert, insbesondere von älteren Spendern. Für die Priorisierung der Ltx-Kandidaten wird der MELD-score angewendet; dies bedeutet, dass in der Regel der „kränkste Patient“ (mit dem höchsten MELD-score/Sterberisiko) die höchste Priorität für die Zuteilung einer Spenderleber genießt. Der MELD-score ist allerdings kein guter Prädiktor für das Ltx-Ergebnis, also das Überleben des Transplantats und – noch wichtiger – des

Patienten. **Charakteristika des Spenderorgans sind ebenso bedeutend.** Seit einigen Jahren hat man mit Hilfe statistischer Analysen versucht, besondere Risikofaktoren auf der Spenderseite zu identifizieren.²⁷ Die höchsten Risikofaktoren (im Verhältnis zu einem unfalltoten „Vergleichsspende“ unter 40 und kalter Ischämiezeit < 8 Stunden) sind: Spenderalter > 40 (ansteigend mit zunehmendem Alter); Split-Leber; Organspende nach Herztod (in Deutschland nicht erlaubt); und Hirnschlag. Daraus wurde der **LDRI** (= liver donor risk index; Leber-

spender Risikoindex) abgeleitet. Es gibt auch andere Berechnungsansätze. Insgesamt ist jedoch viel zusätzliche analytische Arbeit nötig einschließlich der klinischen Beurteilung von Spenderorgan und Empfänger, um daraus ein operationales Konzept zu entwickeln. **Hauptvorteil der Berücksichtigung des LDRI ist eine größere Transparenz, die ein offenes Gespräch zwischen Arzt und Patient über Risiken und Erfolgsaussichten einer Ltx erlaubt.**

Ulrich R. W. Thumm

Anmerkungen

- 1 Elisabetta Loggi et al.: Liver transplantation from hepatitis B surface antigen positive donors: A safe way to expand the donor pool, *Journal of Hepatology*, vol. 56, issue 3: 579–585 (March 2012).
- 2 Siehe dazu Wolfram H. Gerlich et al.: Infektiosität des Hepatitis-B-Virus, *Hepatitis & more*, Ausgabe 1, Juni 2012: 32–41.
- 3 Karsten Wursthorn: Prävention der Hepatitis B Reaktivierung, *Hepatitis & more*, Ausgabe 1, Juni 2012: 25–29.
Der Artikel gibt eine gute Übersicht über eine Präventionsstrategie und liegt weitestgehend diesem Abschnitt zu Grunde.
- 4 European Society for the Study of the Liver (EASL); Deutsche Gesellschaft für Verdauung und Stoffwechsel (DGVS); Amerikanische Leitlinien zur Behandlung der Hepatitis B. Siehe Karsten Wursthorn, a.a.O.
- 5 Quellen: Heparnews[®] refresher (45, 2/2012) und Wikipedia Glomerulonephritis und IgA-Nephritis.
- 6 Giuseppe Fede et al.: Renal failure and cirrhosis: A systematic review of mortality and prognosis, *Journal of Hepatology*, vol. 56, issue 4: 810–818 (April 2012).
- 7 György Baffy et al.: Hepatocellular carcinoma in non-alcoholic fatty liver disease: An emerging menace, *Journal of Hepatology*, Vol. 56, Issue 6: 1384–1391 (June 2012); Beicheng Sun, Michael Karin: Obesity, inflammation, and liver cancer, *Journal of Hepatology*, Vol. 56: 704–713 (March 2012); Tania M. Welzel et al.: Metabolic Syndrome Increases the Risk of Primary Liver Cancer in the United States: A Study in the SEER-Medicare Database, *Hepatology*, Vol. 54, No. 2: 463–471 (August 2011).
- 8 György Baffy et al.: a.a.O.
- 9 Federica Turati et al.: Family History of Liver Cancer and Hepatocellular Carcinoma, *Hepatology*, Vol. 55, No. 5: 1416–1425 (May 2012).

- 10 BMI = body mass index = Körpergewicht / Körpergröße zum Quadrat.
- 11 Annalisa Berzigotti et al.: Obesity Is an Independent Risk Factor for Clinical Decompensation in Patients with Cirrhosis, *Hepatology*, Vol. 54, No. 2: 555–561 (August 2011); Shira Zelber-Sagi et al.: Predictors for incidence and remission of NAFLD in the general population during a seven-year prospective follow-up, *Journal of Hepatology*, Vol. 56, Issue 5: 1145–1151 (May 2012).
- 12 Helen M. Parker et al.: Omega-3 supplementation and non-alcoholic fatty liver disease: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Hepatology*, vol. 56, no. 4: 944–951 (April 2012).
- 13 Sean F. Altekruse et al.: Hepatocellular Carcinoma Confirmation, Treatment and Survival in Surveillance, Epidemiology, and End Results Registries [SEER, UT], 1992–2008, *Hepatology*, Vol. 55, No. 2: 476–482 (February 2012).
- 14 Siehe Artikel „MARS“ in der Rubrik Hepatologie in diesem Heft.
- 15 Eine sehr gute Übersicht über Zelltherapien bietet der Artikel von Yue Yu et al.: Cell Therapies for Liver Diseases, *Liver Transplantation* 18: 9–21 (January 2012).
- 16 C. Bart Rountree et al.: Stem Cells in Liver Diseases and Cancer: Recent Advances on the Path to New Therapies, *Hepatology*, Vol. 55, No. 1 (January 2012).
- 17 LPCs = Lebervorläuferzellen als Abkömmlinge von pluripotenten adulten Stammzellen, die sich wie Stammzellen zu organspezifischen Zellen differenzieren können.
- 18 Bruno Sangro et al.: Radioembolization for hepatocellular carcinoma, *Journal of Hepatology*, Vol. 56: 464–473 (February 2012).
- 19 Joong Won Park et al.: Phase II study of concurrent transarterial chemoembolization and sorafenib in patients with unresectable

- hepatocellular carcinoma, *Journal of Hepatology*, Vol. 56, issue 6: 1336–1342 (June 2012).
- 20 Siehe dazu auch Douglas Dieterich: The End of the Beginning for Hepatitis C Treatment, *Hepatology*, Vol. 55, No. 3: 664–665 (March 2012); siehe auch Ramona Paul: Rasanter Fortschritt bei Interferon-freier Therapie, Bericht vom International Liver Congress 2012, *Hepatitis & more*, Ausgabe 1, Juni 2012: 4–9.
- 21 Patrice Cacoub et al.: Dermatological side effects of hepatitis C and its treatment: Patient management in the era of direct-acting antivirals, *Journal of Hepatology*, vol. 56: 455–463 (February 2012).
- 22 Björn E. Wellge et al.: Pregnancy in primary sclerosing cholangitis, *Gut* 2011; 60: 1117–1121.
- 23 HU bei Eurotransplant entspricht Status-1A in den USA.
- 24 Pratima Sharma et al.: End-Stage Liver Disease Candidates at the Highest Model for End-Stage Liver Disease Scores Have Higher Waitlist Mortality Than Status-1 A Candidates, *Hepatology*, Vol. 55, No. 1: 192–198 (January 2012).
- 25 Richard B. Freeman, Russell Wiesner: Should we change the priority for liver allocation for patients with the highest MELD score, Editorial, *Hepatology*, Vol. 55, Issue 1: 14–15 (January 2012).
- 26 David Goldberg et al.: Increasing Disparity in Waitlist Mortality Rates With Increased Model for End-Stage Liver Disease Scores for Candidates with Hepatocellular Carcinoma Versus Candidates Without Hepatocellular Carcinoma, *Liver Transplantation* 18: 434–443 (April 2012).
- 27 Sanjeev K. Akkina et al.: Development of Organ-Specific Donor Risk Indices, *Liver Transplantation* 18: 395–404 (April 2012). Der Artikel berichtet sowohl über die Entwicklung eines Leber- als auch eines Nieren-Spender-Risiko-Index.

Vor ungefähr zwanzig Jahren entwickelt und vielfach in Notfällen auf der Intensivstation eingesetzt, ist MARS ein System zur Unterstützung der Leber bei akutem Leberversagen. Der folgende Artikel gibt eine Übersicht über die Wirkungsweise und die Anwendung dieses Verfahrens, seinen Nutzen und seine Grenzen.

Die Redaktion

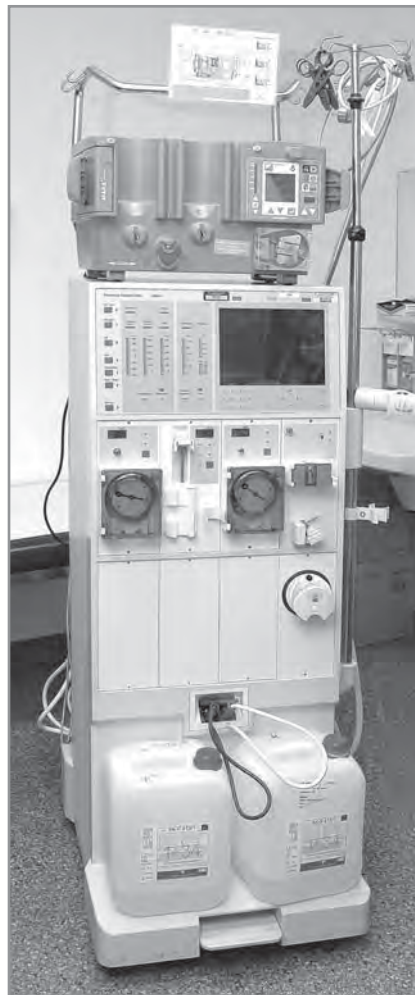
MARS – Blutreinigung als Brücke zur Lebertransplantation

MARS® (= **M**olecular **A**dsorbent **R**ecirculatory **S**ystem; ein spezielles Albumin-basiertes Blutreinigungssystem) wurde Anfang der 1990er Jahre an der Universität Rostock in Zusammenarbeit mit der Firma Teraklin entwickelt. Es stellt ein zweistufiges, **nicht-biologisches Blutreinigungsverfahren** dar zur **Aufrechterhaltung der Leberfunktion**, das man im Falle eines **akuten Leberversagens** einsetzen kann als **Überbrückungstherapie** bis zu einer **Lebertransplantation (Ltx)**.

Anwendung

MARS (und auch andere Verfahren, siehe unten) kann bei Auftreten eines irreversiblen, **akuten oder fulminanten Leberversagens** eingesetzt werden, bis ein Spenderorgan zur Verfügung steht und eine Ltx als Therapie der Wahl durchgeführt werden kann. Gelegentlich kann sich die Leber auch spontan erholen nach einer durchgeführten Entgiftung. Akutes Leberversagen kann bei gesunden Menschen ohne vorherige Lebererkrankung auftreten durch totale Nekrose (= irreversibler Zelltod) infolge einer Vergiftung durch Pilze, Bakterien oder auch Paracetamol, einem Schmerzmittel). Es kann aber auch durch einen nekrotischen Schub bei bestehenden chronischen Lebererkrankungen (z.B. Morbus Wilson; Fettleber; Autoimmunhepatitis; infektiöse Hepatitiden A, B und C) hervorgerufen werden.¹ Bei akutem Leberversagen sind verschiedene Substanzen im Blut erhöht wie Bilirubin, Ammoniak, Fett- und Aminosäuren, Milchsäuresalze. Einige dieser Metaboliten (= im Stoffwechsel enthaltene, durch Enzymreaktionen [Enzyme = Biokatalysatoren] entstandene Verbindungen) lösen akute **hepatische Enzephalopathie** (= neurologische, psychopathologische Gehirnstörung) und **akutes Nierenversagen** aus. Auch **Versagen anderer Organe** (z.B. Lunge) und **schwere Blutgerin-**

nungsstörungen (Koagulopathien) infolge verminderter Synthese von Blutgerinnungsfaktoren können infolge von akutem Leberversagen auftreten. Unbehandelt führt akutes Leberversagen in den meisten Fällen zu raschem Tod.



MARS hat sich als klinisch hoch effizient erwiesen beim Abbau der oben erwähnten Giftstoffe. Bei weniger akuten Fällen von Leberversagen ist die Effizienz von MARS weniger klar.² MARS wird auf der Intensivstation eingesetzt und bietet nur temporäre Abhilfe. Die Anwendung von MARS führt in der Regel zu einer deutli-

chen Reduzierung von Bilirubin und einer Verbesserung bei hepatischer Enzephalopathie. Eine Abnahme der Sterblichkeit ist nicht nachgewiesen.³ Dies bedeutet, dass Ltx weiterhin unerlässliche Therapie der Wahl bei fulminantem Leberversagen bleibt. Da MARS aber gleichzeitig Leber und Nieren entgiftet, leistet dieses Verfahren einen wichtigen Beitrag für das Überleben von Wartelistenpatienten.⁴

Wirkungsweise

MARS ist ein Verfahren zur **extrakorporalen Blutentgiftung**, auch Albumin-Leber-Dialyse genannt.⁵ Viele Giftstoffe binden im Körper an das Eiweiß Albumin. Das Blut des Patienten wird dabei außerhalb des Körpers (extrakorporal) durch ein zweistufiges Filtersystem geleitet zur Entfernung von Albumin-gebundenen Giftstoffen (Abbildung). Der Blutkreislauf des Patienten (1) wird durch die MARS-Membran (2) von einem albuminhaltigen Mittelkreislauf (3, 4, 5, 6) getrennt, der die Albumin-gebundenen Giftstoffe aufnimmt und das Albumin (= in der Leber synthetisiertes Protein) gereinigt ins Blut zurückführt. Bei konventioneller Hämodialyse (= Blutreinigung wie sie bei Nierenerkrankungen angewendet wird) werden nur wasserlösliche, Nieren vergiftende Stoffe entfernt. Dagegen werden durch MARS auch Albumin-gebundene, nicht wasserlösliche Giftstoffe ausgeschwemmt. Die Anwendung von MARS führt in der Regel zu einer signifikanten Abnahme der Giftstoffe und damit von Bilirubin im Blut und hepatischer Enzephalopathie; ebenso hat eine MARS-Behandlung günstige Wirkungen auf das Blutgerinnungssystem bei Patienten mit akutem Leberversagen und hohem Blutungsrisiko.⁶

Grenzen

Dagegen hat sich MARS als **unwirksam** herausgestellt in der Behandlung des **hepatorenenalen Syndroms Typ 1** (= rasch

Foto: Universitätsklinikum Münster

fortschreitende Verschlechterung der Nierenfunktion mit Verdoppelung des Serumkreatinins auf über 2,5 mg/dl innerhalb von zwei Wochen) bei Patienten mit Zirrhose und Aszites, die zuvor schon auf eine Behandlung zur Verengung der Blutgefäße (**Vasokonstriktion**) nicht angesprochen haben.⁷ Es gibt auch gewisse Einschränkungen in der Wirksamkeit von MARS, die durch die Notwendigkeit der Verwendung von blutgerinnungshemmenden Substanzen (**Antikoagulanzen**) bedingt sind. Die Standardsubstanz bei verschiedenen Blutreinigungsverfahren (**Hämodialyse**) ist **Heparin**. Bei Patienten, die zu starken Blutungen neigen, könnte das dadurch erhöhte Risiko von Blutungen allerdings gefährlich sein. Daher könnte man einerseits versuchen, das MARS-Verfahren ohne Verwendung von Antikoagulanzen durchzuführen; dies würde jedoch die Effizienz in starkem Maße mindern wegen der zur Reinigung notwendigen Auszeiten. Gute Erfahrungen wurden jedoch mit der regionalen Anwendung von zitronensaurem Natrium (**Natriumcitrat**) gemacht.⁸

Andere Verfahren

Außer MARS gibt es auch andere extrakorporale Blutentgiftungsverfahren. Zu nennen ist die sog. **charcoal haemodisorption** (mit aktivierter Holzkohle); diese gilt als eine wirksame Behandlung einer hepatischen Enzephalopathie bei akutem Leberversagen, das durch Paracetamol ausgelöst wurde.⁹ Außerdem gibt es das sog. **Prometheus-System zur Leberentgiftung** (oder FPSA = plasma separation, adsorption, and dialysis; aufgeteilter Prozess zur Blutplasma-Separierung und

Anlagerung von Giften); dieses entfernt ebenfalls wasserlösliche und Albumin-gebundene Toxine aus dem Blutkreislauf der Leber. In einer belgischen Studie wurde Prometheus allerdings im Vergleich zu MARS als weniger effizient bewertet, weil gewisse, Gefäß-beeinflussende Substanzen in geringerem Maße ausgeschieden werden.¹⁰ Dagegen wurde in einer anderen (allerdings sehr limitierten) Studie (ebenfalls in Belgien) Prometheus besser beurteilt als MARS im Hinblick auf die Entgiftungswirkung (Eliminierung von Protein-gebundenen Substanzen).¹¹

Schlussfolgerung

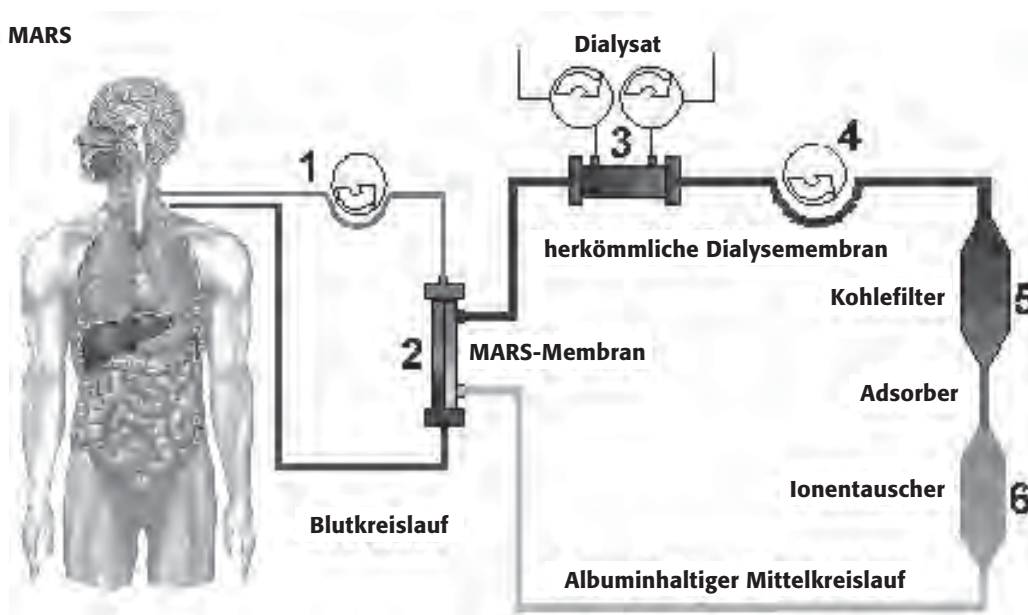
Bei fulminantem Leberversagen muss rasch gehandelt werden. Zur Überbrückung der Zeit, bis eine geeignete Spenderleber für eine Ltx zur Verfügung steht, ist MARS ein effizientes Blutreinigungsverfahren. Bei der Blutreinigung ist entscheidend, dass zusätzlich zu wasserlöslichen Giftstoffen auch Albumin-gebundene Substanzen entfernt werden. Dies gelingt mit MARS in hohem Maße.

Ulrich R.W. Thumm

- 1 Siehe Leberversagen, akutes in Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage; und HK Tan, s. FN 2.
- 2 HK Tan: Molecular Adsorbent Recirculating System (MARS), *Annals Academy of Medicine*, Vol. 33, No. 3 (May 2004).
- 3 Vaid, Arjun et al.: Molecular Adsorbent Recirculating System as Artificial Support Therapy for Liver Failure: A Meta-Analysis, *ASAIO Journal*, 58 (1): 51–59 (January/February 2012).

- 4 Faouzi Saliba: The Molecular Adsorbent Recirculating System (MARS®) in the intensive care unit: a rescue therapy for patients with hepatic failure, *Critical Care* 2006; <http://ccforum.com/content/10/1/118>.
- 5 HK Tan, op. cit.
- 6 Peter Faybik et al.: Molecular adsorbent recirculating system and hemostasis in patients at high risk of bleeding: an observational study, *Critical Care* 2006; <http://ccforum.com/content/10/1/R24/>.
- 7 Florence Wong et al.: Molecular adsorbent recirculating system is ineffective in the management of type 1 hepatorenal syndrome in patients with cirrhosis with ascites who have failed vasoconstrictor treatment, *Gut* 2010; 59: 381–386
- 8 Robert V. Pinnick et al.: Regional Citrate Anticoagulation for Hemodialysis in the Patient at High Risk for Bleeding, *NEnglJMed* 1983, 308: 258–261 (February 3, 1983); Björn Meijers et al.: A prospective randomized open-label crossover trial of regional citrate anticoagulation vs. anticoagulation free liver dialysis by the Molecular Adsorbents Recirculating System, *Critical Care* 2012; <http://ccforum.com/content/16/1/R20/>.
- 9 HK Tak, op. cit.
- 10 Wim Laleman et al.: Effect of the molecular adsorbent recirculating system and Prometheus devices on systemic haemodynamics and vasoactive agent in patients with acute-on-chronic alcoholic liver failure, *Critical Care* 2006; <http://ccforum.com/content/10/4/R108>
- 11 Evenopoeel P. et al.: Prometheus versus molecular adsorbents recirculating system: comparison of efficiency in two different detoxification devices, *ArtifOrgans*, 2006 Apr; 30(4): 276–284.

Prinzipskizze von MARS



Entnommen von: www.leber-dialyse.de/lebertherapien/leberdialyse/mars/prinzip.htm

Interferon-freie Therapien: Wendepunkt in der Hepatitis-C-Therapie?

Gegenwärtiger Stand

Die Zulassung der ersten direkt antiviral wirkenden Proteasehemmer (DAAs, direct acting antivirals) Boceprevir und Telaprevir hat die Heilungsraten für Patienten mit Genotyp-1-Hepatitis-C-Infektion deutlich verbessert. Hierbei handelt es sich um Medikamente, die gezielt Viruseiweiße, welche das Virus zur Vermehrung benötigt, hemmen. Die neuen Medikamente haben jedoch, neben einer komplizierten und belastenden Einnahme, eigene Nebenwirkungen, welche zu den zahlreichen bekannten Begleitscheinungen einer Therapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin hinzukommen. Trotz der verbesserten Ausheilungschancen stellt sich daher für zahlreiche Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Infektion die Frage, ob sie sich einer Dreifachtherapie mit zahlreichen potenziellen Nebenwirkungen unterziehen oder auf weitere, absehbare Neuentwicklungen (z.B. Therapien ohne Einsatz von Interferon) warten sollen.

Neue Entwicklungen

Aktuell werden zahlreiche neue Therapieansätze mit unterschiedlichen DAAs mit und ohne Einsatz von Interferon in klinischen Studien getestet.

Mehrere DAAs (u.a. GS-7977, ABT 450, Asunaprevir, Daclatasvir, Danoprevir, Mericitabine, Simeprevir, BI 201335, BI 207127) werden derzeit noch in Kombination mit pegyliertem Interferon und Ribavirin getestet. Diese Dreifachtherapien zeigen dabei bisher gleichwertige oder höhere Ansprechraten bei vereinfachter Medikamenteneinnahme und z.T. Wirksamkeit gegenüber verschiedenen Genotypen. Für vorbehandelte Patienten (Genotyp 1) mit einem Nichtansprechen unter der Vortherapie (sog. Null-Responder) konnte durch Einsatz einer Vierfachtherapie mit pegyliertem Interferon, Ribavirin, Asunaprevir (Proteasehemmer) und Daclatasvir (Polymerasehemmer) bei 90–95% der Patienten eine Ausheilung der Infektion (vier Wochen nach Therapieende) erreicht werden. Die abschließenden Heilungsraten 24 Wochen nach Therapieende stehen noch aus (Lok et al., ILC 2012, Abstract # 1415). Trotz dieser sehr

vielversprechenden Weiterentwicklungen der Interferon-haltigen Therapiekonzepte ist ein Ersatz dieser Therapieform durch Interferon-freie Therapien bereits abzusehen.

In kleinen Patientengruppen konnte gezeigt werden, dass durch Kombination verschiedener, direkt antiviral wirkender Medikamente Ausheilungsraten bis 100% mit Interferon-freien Therapien erreicht werden können. Insbesondere die Kombination des NS5A-Polymerasehemmer Daclatasvir (Firma BMS) und des NS5B-Polymerasehemmer GS-7977 (Firma Gilead) führten bei allen bislang unbehandelten Patienten mit Genotyp-1-Infektion und über 90% der ebenfalls bisher unbehandelten Patienten mit Genotyp-2- oder -3-Infektion zur Ausheilung vier Wochen nach Therapieende (Sulkowski et al., ILC 2012, Abstract #1422). Die endgültigen Ausheilungsraten 24 Wochen nach Therapieende stehen derzeit noch aus. Da diese Substanzen unterschiedlichen Firmen gehören, sind bisher leider keine weiteren klinischen Studien mit dieser Kombination geplant.

Die bisher untersuchte Alternative, bestehend aus GS-7977 und Ribavirin, ermöglicht zwar ebenfalls eine Interferon-freie Ausheilung, diese Kombination ist dabei jedoch für Patienten mit Genotyp-1-Infektion deutlich weniger effektiv. In der Quantum-Studie erreichten 59% (10 von 17 Patienten), in der Electron-Studie 88% (22 von 25 Patienten) eine Ausheilung. Für Patienten mit Genotyp-2/3-Infektion könnte die Gabe von GS-7977 mit oder ohne Ribavirin ausreichend sein. Sowohl mit der Monotherapie GS-7977 als auch in Kombination mit Ribavirin konnten 100% der Patienten (n=40) ausgeheilt werden (Gane et al., AASLD 2011 Abstract #34; Gane et al., ILC 2012, Abstract # 1113).

Eine weitere Kombination Interferon-freier Therapien wurde auf dem ILC in Barcelona 2012 vorgestellt. Lawitz und Mitarbeiter untersuchten ABT 450/r (Pro-



PD Dr. med. Norbert
Hubert Grüner

teasehemmer), ABT 072 (Polymerasehemmer) und Ribavirin bei 11 therapienainen Patienten mit Genotyp-1-Infektion (IL-28B-CC) ohne Zirrhose und erzielten 82% Ausheilung (Lawitz et al., ILC 2012, Abstract # 1187). Poordad und Mitarbeiter berichteten über die Kombination ABT-450/r und ABT-333 (Polymerasehemmer) bei 50 Patienten mit Genotyp-1-Infektion ohne

Zirrhose. Hier wurde eine Ausheilung bei 93–95% (unvorbehandelt) und 47% (vorbehandelt) der Patienten erreicht. Die Therapiedauer war in beiden Studien mit zwölf Wochen sehr kurz (Poordad et al., ILC 2012, Abstract #1399).

Bei zehn Patienten, welche auf eine vorangegangene Therapie mit Peg-Interferon und Ribavirin nicht angesprochen hatten (sog. Null-Responder, Genotyp 1b), konnte durch eine Kombinationstherapie mit Daclatasvir und dem Proteasehemmer Asunaprevir (beide Firma BMS) bei 90% der Patienten eine Ausheilung erreicht werden (Lok et al., NEJM 2012 366; 3: 216–24).

In der Sound-C2-Studie wurden 362 therapienaine Patienten mit Genotyp-1-Infektion 16–40 Wochen mit dem Proteasehemmer BI 201335 (einmal täglich Gabe) und dem Polymerasehemmer BI 207127 (zwei- bis dreimal tägliche Gabe) und Ribavirin behandelt (Zeuzem et al., ILC 2012, Abstract #101). Nach 28-wöchiger Therapie erreichten 68% aller Patienten eine Ausheilung der Virusinfektion. In der Untergruppe von Patienten mit Genotyp 1b und Genotyp 1a CC erreichten 82% eine virale Heilung.

Neben diesen bereits sehr vielversprechenden Daten werden weitere Therapiekonzepte untersucht, welche u.a. auf eine Blockade von Wirtsstrukturen (z.B. Cyclophilin bzw. leberspezifische Micro-RNA) abzielen. Auch hier konnte gezeigt werden, dass auch durch eine Blockade von Wirtsstrukturen eine Ausheilung der Infektion grundsätzlich möglich ist. Im Vergleich zu DAAs wird die Entwicklung die-

Foto: privat

ser Therapieansätze bis zur Zulassung voraussichtlich noch etwas länger dauern.

Ausblick

Mit diesen Studien konnte erstmalig gezeigt werden, dass eine Ausheilung ohne Interferon grundsätzlich erreicht werden kann und die Verträglichkeit der Therapie durch den Wegfall von Interferon deutlich besser ist. Die Anzahl Interferon-freier Therapieregime, welche in klinischer Testung sind, nimmt rasant zu. Die erfolversprechenden Daten der ersten Interferon-freien Studien markieren sicherlich einen Wendepunkt in der Therapie der chronischen Hepatitis-C-Virusinfektion. Mit der Zulassung der ersten

Interferon-freien Therapie ist voraussichtlich 2015 zu rechnen. Dass hierbei eine Ausheilung auch unabhängig vom Genotyp möglich ist, konnte bereits eindrücklich gezeigt werden. Angesichts der enormen kompetitiven Entwicklung zahlreicher Substanzen von unterschiedlichen Herstellern dürfte es nur eine Frage der Zeit sein, bis sich derartige Kombinationen durchsetzen. Ein Großteil der Patienten wird zukünftig eine Ausheilung auch ohne Interferon erreichen. Interferon-haltige Therapiemöglichkeiten werden dann wohl nur noch als Reserve-Therapien zum Einsatz kommen. Angesichts dieser sehr dynamischen Entwicklungen sollte heute bei der Beratung von Patienten mit chro-

nischer Hepatitis-C-Virusinfektion, im Hinblick auf eine aktuell verfügbare Dreifachtherapie oder ein zunächst noch abwartendes Verhalten, neben der Dringlichkeit der Behandlung auch eine ausführliche Information und Diskussion der aktuellen Studienlage erfolgen.

Anmerkung: In der Entwicklungs- und Studienphase erhalten Medikamente noch keinen endgültigen Produktnamen, sondern werden mit einer Buchstaben- und Ziffernkombination gekennzeichnet. Der endgültige Handelsname wird im Rahmen des Zulassungsverfahrens festgelegt.

*PD Dr. med. Norbert Hubert Grüner
Klinikum der Universität München Großhadern*

Direkt und indirekt – Leberschäden durch Drogen und Infektionen

Früherkennung ist überlebenswichtig

Die Leber entgiftet den menschlichen Körper und ist gleichzeitig Depot für Vitamine, Zucker, Folsäure und Fette. Also ein Multitalent, das Einzigartiges vollbringt. Wird sie durch zum Beispiel eine Virusinfektion oder Alkohol- und Medikamentenmissbrauch krank, kann sie sich chronisch entzünden und schließlich Leberzellkrebs entwickeln. Im Gegensatz zu anderen Organen schmerzt eine kranke Leber nicht, sie leidet still, und nur eine regelmäßige Überprüfung der Leberwerte z.B. durch den Hausarzt gewährleistet eine frühzeitige Diagnose von entstehenden Lebererkrankungen.

Drogen können Leber auf vielfältige Weise schädigen. **Alkohol-, Medikamentenmissbrauch** oder **synthetische Drogen** wie Ecstasy lassen die Leber direkt erkranken. Lebererkrankungen können aber auch indirekt verursacht werden, z.B. durch Übertragung von **Infektionskrankheiten**.

Tauschen Drogenabhängige ihr Spritzbesteck untereinander aus und einer von ihnen ist mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert, wird das Virus über das Blut an der nicht gereinigten Injektionsnadel an den nächsten weitergegeben und sorgt so für weitere Ansteckung, die die Leber grundlegend schädigt. „Häufigste Ursache für eine Hepatitis-C-Virusinfektion ist heu-

te der **intravenöse Drogenmissbrauch**. Früher waren es einmal die Blutkonserven für Transfusionen zum Beispiel bei großen Operationen. Doch die sind heute extrem sicher, da alle Blutkonserven vor der Übertragung mehrfach getestet werden“, sagt Prof. Dr. Michael P. Manns, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Leberstiftung. Ist jemand mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert, so entwickle sich daraus in 50 bis 80 Prozent der Fälle eine chronische Hepatitis, die wiederum zu einer **Leberzirrhose** führen kann. Wird die Leberzirrhose zu spät diagnostiziert, stehen am Ende **Leberzellkrebs** und eventuell eine Lebertransplantation. Es ist deshalb sehr wichtig, dass sich auch Personen, die früher mit Drogen in Kontakt waren, auf eine Infektion testen lassen, um eine eventuell bestehende Infektion erkennen zu können. Erhöhte Blutwerte (vor allem der GPT-Wert) können einen Hinweis auf eine Lebererkrankung geben.

Eine Impfung zum Schutz gegen eine Hepatitis-C-Viruserkrankung ist nicht möglich. Eine **Impfung gegen Hepatitis B** ist aber empfehlenswert, denn sie kann vor einer entsprechenden Infektion mit Hepatitis-B-Viren schützen. Auch eine Hepatitis-B-Infektion kann bis zu einer Zirrhose der Leber und Leberkrebs führen. Insgesamt sterben in Deutschland rund 50.000 Menschen jährlich an den Folgen einer

Leberzirrhose und rund 8.000 an primärem Leberkrebs.

Die Droge **Alkohol** spielt bei den Lebererkrankungen ebenfalls eine Rolle. „Der Alkoholmissbrauch hat einen Anteil von etwa 30 Prozent bei Lebererkrankungen“, sagt Prof. Dr. Michael P. Manns. Es sei deshalb notwendig, schon früh mit der Aufklärung über die Gefahren des Alkohols und anderer Drogen für die Leber hinzuweisen, da schon viele Jugendliche in Deutschland regelmäßig Alkohol konsumieren oder mit Drogen in Kontakt kommen. Das belegen alarmierende Zahlen: In Deutschland gelten ca. 1,3 Millionen Menschen als alkoholabhängig, und es sterben jährlich 73.000 an den Folgen des Alkoholmissbrauchs. 40% der jungen Erwachsenen (18–25 Jahre) trinken regelmäßig Alkohol.

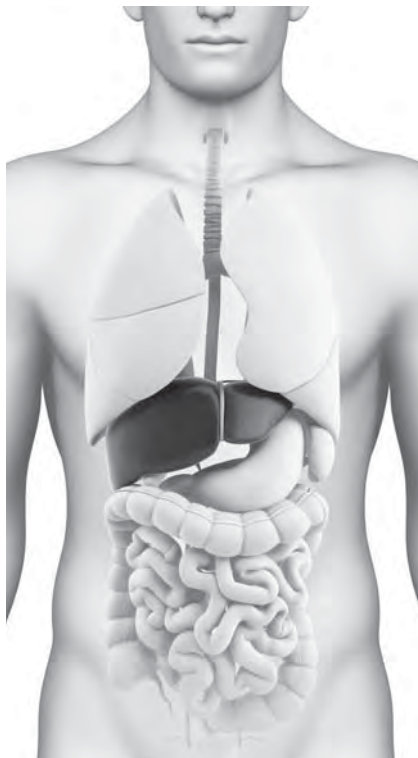
In Deutschland gibt es jedes Jahr mehr als 5.000 neue Fälle von **Leberzellkrebs**. Das kann sich nur ändern, wenn eine Hepatitis-Virusinfektion bzw. eine andere Lebererkrankung rechtzeitig erkannt wird oder erst gar nicht entsteht.

Jutta Riemer

Quellen: Pressemitteilung der Deutschen Leberstiftung vom 26.6.2012, Drogen- und Suchtbericht 2012 der Bundesregierung

Blick in die Zukunft: Medikamente gegen Fettleberhepatitis?

Nicht-alkoholische Fettleberhepatitis (NASH) wird immer häufiger diagnostiziert. Hier besteht im Gegensatz zur Fettleber eine Leberentzündung mit ungünstigerer Prognose. Gefährdet sind vor allen Dingen Patienten mit Zuckerkrankheit, starkem Übergewicht und dem metabolischen Syndrom (Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörung). Die NASH geht in ca. einem Drittel der Fälle in eine Leberfibrose und letztendlich in manchen Fällen dann in eine Zirrhose über. Bei der NASH ist die Leber vergrößert. Während sich GGT und alkalische Phosphatase häufig im Normbereich bewegen, sind Triglyceride und Transaminasen – vor allen Dingen GPT (ALT) mehr als GOT (AST) – erhöht. Eine sichere Unterscheidung zwischen einer reinen Fettleber und NASH sowie der Verlauf und das Ausmaß der Erkrankung sind durch eine Biopsie (Entnahme einer Gewebeprobe aus der Leber) möglich. Moderne, neue diagnostische Methoden zur nicht-invasiven Diagnostik umfassen die transiente Elastographie der **Leber** sowie die **Magnetresonanztomographie**. Künftig könnten zu den neuen Methoden auch noch die Aussage durch bestimmte Biomarker (im Blut bestimmbar) hinzukommen.



Bisher gibt es keine etablierte Therapie gegen Fettleber und NASH. Ausgewogene Ernährung und moderate Gewichtsabnahme sind angesagt. Zu rasche Gewichtsabnahme kann die Leber zusätzlich schädigen.

gen. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass sich Antidiabetika oder auch Ursodesoxycholsäure (UDCA) in Verbindung mit Antioxidantien (Vitamin E) positiv auf den Verlauf der NASH auswirken könnten.

An Mäusen ließ die Anwendung einer neuen Verbindung aus UDCA und einem sogenannten **Phospholipid** (Lysophosphatidylethanolamid/LPE), einem natürlichen Bestandteil der Zellhüllen im Körper, die **Leberverfettung** stoppen und die daraus hervorgehende **Entzündung** ausheilen. Die Leberwerte besserten sich und die Fetteinlagerungen in den Leberzellen gingen zurück. Die Entzündungsreaktionen klangen ab, wodurch eine **Hepatitis** gar nicht erst auftrat bzw. ausheilte. Derzeit arbeitet die Heidelberger Forschergruppe an einer geeigneten Verabreichungsform, damit der Wirkstoff zukünftig – zunächst im Rahmen klinischer Studien – als Tablette eingenommen werden kann.

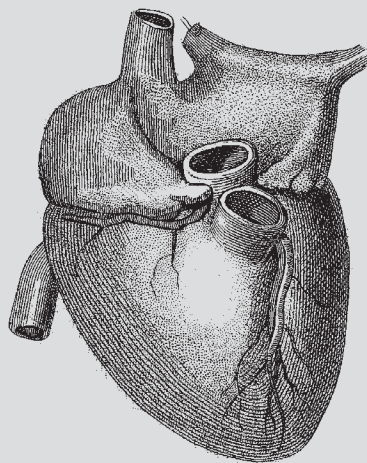
Jutta Riemer

Quellen: Ärztezeitung v. 26.1.2012, Uniklinik Heidelberg, 3.8.2012, <http://www.medfuehrer.de/Innere-Medizin-Viszeralchirurgen-Gastroenterologen/Krankheiten/Nichtalkoholische-Fettleberhepatitis-NASH-Symptome.html>

Bild: pixallog - Fotolia.com

Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Ltx

In dem Maße, wie sich die Überlebenswahrscheinlichkeit nach Ltx verbessert hat, stellen sich Herz-Kreislauf-Erkrankungen als führende Todesursache von Ltx-Patienten ein. In einer Studie in der kardiologischen Abteilung der Case Western Reserve University in Cleveland, OH, wurden 775 Patienten untersucht, die zwischen Oktober 1996 und Juli 2008 an dem dortigen Zentrum eine Ltx erhielten¹. Die Patienten waren im Mittel 53,3 Jahre alt, zu 44 Prozent Frauen und wurden über einen mittleren Zeitraum von 40 Monaten beobachtet. Die Gründe für Ltx waren vorwiegend Hepatitis C (33,2 Prozent), Alkohol (14,5 Prozent) und Zirrhose unbekannter Ursache (12,7 Prozent). Von diesem Kollektiv hatten insgesamt 83 Patienten



(10,7 Prozent) eine oder mehrere Herz-Kreislauf-Episoden. Männer waren stärker betroffen als Frauen sowie ältere Patienten

mit Diabetes und Bluthochdruck. Insgesamt war das Risiko, innerhalb von fünf Jahren nach Ltx eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu bekommen, 13,5 %. **Allerdings muss festgestellt werden, dass die Risikofaktoren (Diabetes, Bluthochdruck) kontrollierbar sind.** Wiederholt haben wir an dieser Stelle darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, durch „vernünftige“ Lebensgewohnheiten diese Risiken einzudämmen.

Ulrich R. W. Thumm

¹) Mazen Albeldawi et al.: Cumulative Risk of Cardiovascular Events After Orthotopic Liver Transplantation, Liver Transplantation, Vol. 18, No. 3: 370–375 (March 2012).

Illustration: Zedcor DeskGallery®

Lebercheck

Immer mehr Menschen in Deutschland leiden an einer Erkrankung der Leber. Bei Männern im mittleren Lebensalter ist dies sogar die dritthäufigste Todesursache. Da die Erkrankungen oft schleichend verlaufen, sind sie meist schwer zu erkennen.

Die Leber ist die größte Drüse im menschlichen Körper und eines der am besten durchbluteten Organe. Als zentrales Stoffwechselorgan ist sie zuständig für die Produktion lebenswichtiger Hormone und Vitamine sowie die Regulation von Blutzucker, Blutgerinnung und Immunsystem. Außerdem baut sie körpereigene Stoffe sowie Medikamente ab. Solche Abbau-Produkte werden mit der Gallenflüssigkeit in den Darm ausgeschieden.

Warnzeichen für Lebererkrankungen

An den Beschwerden lassen sich Lebererkrankungen im Frühstadium kaum erkennen, denn die Betroffenen haben meist keine Schmerzen. Zudem reicht ein Drittel der gesunden Leber aus, um die normale Funktion aufrechtzuerhalten. Daher gibt es im Frühstadium einer Lebererkrankung oft keine oder sehr unspezifische Warnzeichen wie Müdigkeit, Schlafstörungen oder Juckreiz. Erhöhte Leberwerte im Blut sind daher besonders wichtig, um eine Erkrankung rechtzeitig zu erkennen.

Welche Laborwerte sind wichtig?

Man kann unterscheiden in Werte, die auf Zellschäden hindeuten (sogenannte Transaminasen), Werte, die einen Gallenstau anzeigen (Bilirubin) und Anzeichen für eine gestörte Blutgerinnung. Bei einem Routine-Laborcheck werden meistens die Transaminasen GPT oder Gamma-GT gemessen.

Kurzzeitig und geringfügig erhöhte Leberwerte können Zeichen eines Infekts oder von Überanstrengung sein. Wenn die Transaminasen aber über Wochen auf mehr als das Doppelte erhöht sind, sollte man unbedingt klären, was dahintersteckt. Ursachen für erhöhte Leberwerte können Erkrankungen der Leber wie eine durch Viren ausgelöste Hepatitis oder auch seltenere erbliche Erkrankungen sein (siehe Tabelle). Bei manchen Menschen greift das körpereigene Immunsystem die Leber- oder Gallengangszellen an. Dies kann zu einer entzündlichen Lebererkrankung führen. Die häufigsten Ursachen für erhöhte Leberwerte sind aber zu viel Alkohol und zu viel eingelagertes Fett. Eine Unter-

suchung mit Ultraschall kann klären, ob der Patient unter einer Fettleber leidet.

Wie viel Alkohol verträgt die Leber?

Wie viel Alkohol die Leber eines Menschen verträgt, ist sehr unterschiedlich. Generell nimmt man an, dass Männer täglich 60 Gramm Alkohol und Frauen 30 Gramm gut vertragen, wenn sie keine anderen Erkrankungen haben. Ein Schoppen Wein für Frauen und zwei bis drei Halbe Bier für Männer sollten also von der gesunden Leber verkraftet werden. Bei Frauen liegt die Menge niedriger, da ihre Leber weniger Alkohol abbauende Enzyme enthält.

Fettleber ohne Alkohol

Dreiviertel aller Menschen mit deutlichem Übergewicht und Diabetes entwickeln eine Fettleber. Dies führt bei einem Teil der Betroffenen zu Entzündungen in der Leber, zu einer „nicht-alkoholischen Fettleberhepatitis“. Ursache ist höchstwahrscheinlich die Insulinresistenz, die sich bei Übergewicht häufig entwickelt. Leider werden gerade Kinder und Jugendliche immer dicker. Insgesamt ist jeder dritte Deutsche übergewichtig, jeder Zehnte krankhaft dick. Es ist daher zu befürchten, dass die Lebererkrankungen noch deutlich häufiger werden.

Behandlung und Schutz bei Hepatitis B

Das Hepatitis-B-Virus wird durch Blut, andere Körperflüssigkeiten und intensiven Kontakt der Schleimhäute übertragen. Da Blutkonserven heute sorgfältig untersucht werden, ist davon auszugehen, dass ein Großteil der jährlich etwa 10.000 Neuinfektionen in Deutschland durch ungeschützten Sexualverkehr erfolgt. Diese Infektion könnte durch Verwendung von Kondomen vermieden werden.

Am wirksamsten aber ist Vorbeugung: Die Impfung gegen Hepatitis B sollte am besten bereits im frühen Kindesalter erfolgen. Sie wird von den Krankenkassen bezahlt.

Was ist eine Leberzirrhose?

Bei fortgeschrittener Erkrankung kommt es zum Ersatz von Leberzellen durch Bindegewebe (Fibrose, Zirrhose). Dies führt

zu verminderter Leberleistung. Klinische Zeichen einer Zirrhose sind z.B.: Ikterus, dauerhafter starker Juckreiz, Bauchwasser und spinnenförmige Äderchen auf der Haut. Früher ging man davon aus, dass man eine teilweise (Fibrose) oder sehr weitgehende Vernarbung der Leber (Zirrhose) nicht rückgängig machen kann. Doch konnte gezeigt werden, dass sich das Lebergewebe wieder erholen kann, wenn man die zugrunde liegende Lebererkrankung erfolgreich behandelt. Es gibt aber bisher keine Medikamente, die direkt die Vermehrung des Bindegewebes in der Leber rückgängig machen.

Keine Hilfe durch Wundermittel

Häufig werden Heil-Tees, Kräutertextrakte oder Säfte zur Behandlung von Lebererkrankungen angepriesen. Dass die Präparate wirken, ist bisher nicht bewiesen. Häufig sind diese Mittel auch nicht standardisiert, die Inhaltsstoffe können daher unterschiedlich sein. Zudem sind sie meist nicht auf Nebenwirkungen getestet. Immer wieder werden Fälle berichtet, in denen es nach der Einnahme derartiger Präparate zu Leberschädigungen oder sogar zum Leberversagen kommt. Daher muss dringend vor der Einnahme gewarnt werden.

Positive Wirkungen zeigt indes Kaffee: Untersuchungen haben gezeigt, dass bei Patienten, die zwei bis drei Tassen täglich trinken, Erkrankungen der Leber langsamer fortschreiten oder zu weniger Komplikationen führen.

*Prof. Dr. Alexander L. Gerbes
Klinikum Großhadern der LMU, München*

Ursache von Lebererkrankungen

Häufig:

- nicht alkoholische Fettleber bei Adipositas
- alkoholische Zirrhose
- Hepatitis B, Hepatitis C

Selten:

- Cholestatische Erkrankungen (PBC, PSC)
- Autoimmune Hepatitis
- Stoffwechseldefekte
- Hereditäre Hämochromatose, Alpha-1-Antitrypsin-Defizienz, M. Wilson

So gesund ist Ihre Leber

10 Fragen, die Sie über Ihr Risiko einer Lebererkrankung aufklären

Etwa 3 bis 4 Mio. Menschen in Deutschland haben eine Lebererkrankung, mit steigender Häufigkeit. Bei zahlreichen Betroffenen ist die Lebererkrankung nicht bekannt. Viele Lebererkrankungen sind im Frühstadium reversibel bzw. gut therapierbar. Deshalb bietet das Leber Centrum des Klinikums der LMU

zusammen mit dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, mit Ärzte- und Apothekerverbänden und der AOK in Bayern den Lebercheck an.



Prof. Dr. Alexander Gerbes
Klinikum Großhadern der LMU, München

Was ist der Gesundheitscheck Leber?

Mit diesem einfachen Fragebogen können Sie prüfen, ob bei Ihnen ein Risiko für eine Leberkrankheit vorliegt. Die Fragen sollen Ihre Aufmerksamkeit auf Risiken lenken, die die Leber gefährden können. Zugleich stellt dieser Fragebogen einen Appell zur gesunden Lebensführung dar.

Bitte beachten Sie, dass dieser kurze Test keine ärztliche Diagnose ersetzen kann. Auch bei Erzielen einer niedrigen Punktezahl kann eine Lebererkrankung nicht mit völliger Sicherheit ausgeschlossen werden. Im Zweifelsfall, bei ernsthaften Beschwerden oder wenn Sie eine Lebererkrankung befürchten, sollten Sie einen Arzt aufsuchen.

1. Wie alt sind Sie?

- | | | |
|--------------------------|----------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | unter 40 Jahre | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | bis 60 Jahre | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> | über 60 Jahre | 2 Punkte |

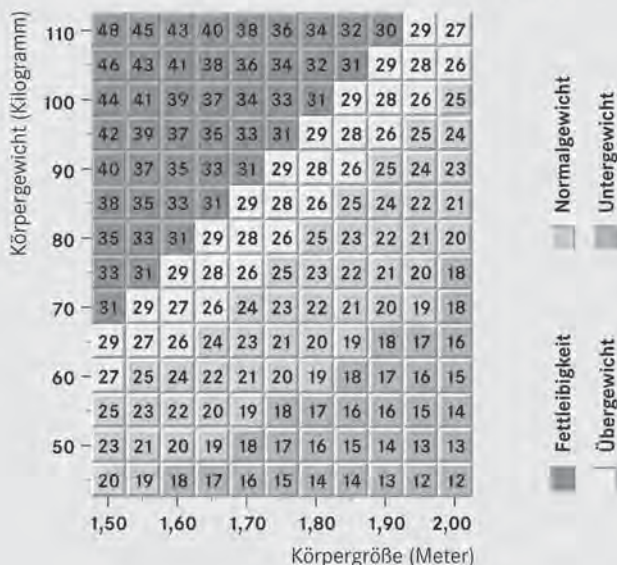
2. Wie ist Ihr Body-Mass-Index (siehe Tabelle)?

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 19–25 | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | bis 30 | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> | 31 bis 40 oder unter 19 | 4 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | über 40 | 6 Punkte |

Ihren Body-Mass-Index errechnen Sie mit dieser Formel:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht in kg}}{\text{Größe in m}^2}$$

(Beispiel: 80 kg bei 180 cm: BMI ist 25)



3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | nein | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | ja, 1 Medikament | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> | ja, mehrere Medikamente | 2 Punkte |

4. Treiben Sie regelmäßig Sport?

- | | | |
|--------------------------|----------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | nein | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | gelegentlich | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> | mehrmals wöchentlich | 0 Punkte |

5. Wie hoch ist Ihr Alkoholkonsum?

- | | | |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | unter 1 Glas Bier/Wein täglich | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | bis 2 Gläser (Frauen) bzw. 3 Gläser (Männer) Bier/Wein täglich | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | mehr bzw. auch hochprozentiger Alkohol | 4 Punkte |

6. Wie hoch ist Ihr Kaffeekonsum?

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | bis zu 2 Tassen täglich | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> | über 2 Tassen täglich | 0 Punkte |

7. Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?

- | | | |
|--------------------------|------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | ja | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> | weiß nicht | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> | nein | 2 Punkte |

weiter auf der nächsten Seite ►

Information

8. Wie riskant ist Ihr Sexualverhalten?

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> nur mit demselben Partner
bzw. immer mit Kondom | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> gelegentlich mit wechselnden
Partnern und ohne Kondom | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> häufig mit wechselnden
Partnern und ohne Kondom | 4 Punkte |

(Achtung: z.B. Hepatitis B kann sexuell übertragen werden!)

9. Haben Sie ein Druckgefühl im rechten Oberbauch?

- | | |
|---------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> nein | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> gelegentlich | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> häufig | 3 Punkte |

10. Haben Sie folgende Symptome schon einmal bemerkt?

- | | |
|--|-----------|
| 1. spinnenförmige Äderchen auf der Haut | |
| 2. Gelbfärbung der Augen oder Haut (Gelbsucht) | |
| 3. glänzende Rötung der Handinnenfläche | |
| 4. dauerhafter und starker Juckreiz | |
| <input type="checkbox"/> nein, keines der Symptome | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 1 Symptom | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 2 Symptome | 6 Punkte |
| <input type="checkbox"/> mehr als 2 Symptome | 12 Punkte |

So senken Sie Ihr Risiko

Wenn Sie Ihre Lebensgewohnheiten ändern, wirkt sich das positiv auf Ihre Leber aus

Durch regelmäßige Bewegung wird die Leberdurchblutung angeregt und das Befinden gebessert. Sport hilft, das Gewicht zu halten. Verzichten Sie auf Nikotin und übermäßigen Konsum von Alkohol, und achten Sie auf eine ausgewogene Ernährung (fettarm; viel Obst und Gemüse). Sie sollten ein Normalgewicht anstreben (Body-Mass-Index 20 bis 25). Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, weiß Ihr Arzt oder Apotheker, ob diese die Leber belasten können. Auf keinen Fall sollten Sie eigenmächtig Medikamente absetzen.

Gesamtpunktezahl:

AUSWERTUNG

0–7 Punkte:

Sie gehören vermutlich nicht zu dem Personenkreis, der durch Lebererkrankungen gefährdet ist.

8–11 Punkte:

Ihr Risiko ist nach Ihren Angaben gering bis mäßig ausgeprägt. Lebererkrankungen verursachen oft keine oder nur undeutliche Beschwerden. Eine Lebererkrankung, z.B. eine virusbedingte Hepatitis (Hepatitis B oder C), kann ohne eindeutige Symptome verlaufen, und Spätfolgen treten oft erst nach mehr als 20 Jahren auf. Deshalb ist es bei einem Risiko – wenn Sie z.B. erhöhte

Leberwerte haben/hatten und/oder eine Blutübertragung vor 1992 bekommen haben – sinnvoll, eine Untersuchung auf eine Virushepatitis vornehmen zu lassen. Auch bei starkem Übergewicht oder regelmäßigem, erheblichem Konsum von Alkohol sollten Sie einen Arzt aufsuchen.

12–16 Punkte:

Sie haben ein Risiko für eine Lebererkrankung. Sie sollten bald einen Arzt aufsuchen. Insbesondere, wenn Sie bereits typische Symptome haben, wie z.B. eine Gelbsucht und/oder dauerhaft erhöhte Leberwerte. Jetzt ist wichtig: Verzichten Sie auf Alkohol.

ab 17 Punkten:

Achtung! Sie haben ein hohes Risiko, eine Lebererkrankung zu erleiden. Sie sollten umgehend einen Arzt aufsuchen.

Generell gilt: Achten Sie auch auf unspezifische Symptome, wie z.B. Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Druckgefühl im rechten Oberbauch. Suchen Sie bei länger dauernden oder deutlichen Beschwerden einen Arzt auf. Bei Bedarf können eine Blut-Untersuchung und eine Ultraschall-Untersuchung sinnvoll sein. Vor den Virusinfektionen Hepatitis A und Hepatitis B schützt eine Impfung.

Dieser Lebercheck ist eine Gemeinschaftsaktion von:



Information

Redaktionelle Betreuung, grafische Gestaltung und Produktion: Wort&Bild Verlag, Baierbrunn Lebercheck: Copyright © Leber Centrum München

LeberCentrum München Großhadern: Ltx-Update und Regionaltreffen

Wie in jedem Frühjahr, wenn das Ltx-Zentrum Großhadern und Lebertransplantierte Deutschland zusammen in den großen Hörsaal einladen, war dieser auch am 5.5.2012 wieder fast bis auf den letzten Platz besetzt.

Prof. Dr. A. Gerbes begrüßte Referenten und Gäste wie immer in besonders herzlicher Form. Helmut Thaler sprach den Dank an die Ärzte und das ganze Team in Großhadern aus und begrüßte seitens unseres Verbandes. **PD Dr. M. Guba** eröffnete die Reihe der Fachvorträge mit dem Thema *Organallokation und Wartezeit*. Er wies darauf hin, dass das wesentliche Problem der Organmangel ist und die Schere zwischen Neuanmeldungen zur Lebertransplantation und den durchgeführten Ltx in Deutschland weit auseinanderklafft und hier auch die Lebendspende keine Abhilfe schaffen könne. Folgen sind weiterhin:

Der Tod auf der Warteliste, Todesfälle kurz nach der Ltx, weil inzwischen sehr kranke Patienten transplantiert werden müssen, die es schwerer haben, die Ltx zu überstehen, und zunehmende Akzeptanz von suboptimalen Organen (1/3!), wobei sich z.B. eine mäßig verfettete Leber im geeigneten Spender gut erholen kann und es für diesen nicht nachteilig ist. Der Organmangel führte dazu, dass sich der durchschnittliche MELD-Wert bei Transplantation im Zentrum GH deutlich erhöht hat: 2009 lag er bei 18, 2011 schon bei 29. Diese Entwicklung ist jedoch nicht nur in Großhadern zu beobachten. Die Ein-Jahres-Überlebenszahlen nach Ltx betragen in Großhadern 83% (im gesamten Eurotransplant-Bereich liegen sie bei 73%), das 2-Jahres-Überleben bei 79% (65%). **PD**

Dr. med. Grüner stellte wichtige Aspekte zur Therapie der Virusinfektionen der Leber vor. Bei Hepatitis-B-Patienten gelingt es heutzutage, durch die Verfügbarkeit verschiedener Medikamente den Patienten mit geringer Viruslast bis zur Transplantation zu therapieren. Auch das Wiederauftreten der Infektion nach Ltx kann meist verhindert werden. Wahrscheinlich kann künftig sogar ca. zwei Jahre nach Ltx die Antikörpertherapie eingestellt werden. Das Langzeitüberleben nach Ltx mit Ursache Hepatitis B ist sehr gut. Schwieriger ist die Therapie der Hepatitis-C-Patienten vor und auch nach der Ltx. Es gibt hier keine Impfung, und der Mensch bildet auch



„Der Patient im Mittelpunkt“ ist ein schon fast traditioneller Programmpunkt bei den Münchner Veranstaltungen. Hier stellt ein Betroffener im Gespräch mit einem der Ärzte seine Geschichte, Erlebnisse und Erfahrungen vor und nach Lebertransplantation dar.

selbst keine Antikörper gegen das Virus. Das Virus tritt zu 100% nach Ltx wieder auf. Bei 70% der Patienten verläuft die Infektion und die Leberbeeinträchtigung aber sehr langsam. Standardtherapie ist immer noch die Ribavirin/Interferontherapie – in neuerer Zeit ergänzt durch Proteasehemmer. Nach der Transplantation ergeben sich bei der Therapie besondere Probleme hinsichtlich der Wirkungsverstärkung der Immunsuppressiva (Cyclosporin und Tacrolimus). Vielversprechende Studien stellte Grüner bzgl. weiterer innovativer Medikamente vor: So hofft man, in 2–3 Jahren durch eine Interferon-freie

Therapie mit Ribavirin und einer Kombination aus PSI und Daclatavir Virusfreiheit in kürzerer Zeit mit hoher Ansprechrate zu erreichen (erste Studien: 4 Wochen 90–100% virusfrei!). Schon Tradition hat der Programmpunkt: **Der Patient im Mittelpunkt**. Hier stellten drei Ärzte im Gespräch mit ihren Patienten Schicksale rund um deren Transplantationen im Klinikum Großhadern vor. Besonders beeindruckend war das Gespräch mit drei Brüdern. Hier hatte einer der drei einen Teil seiner Leber für den Bruder gespendet. Die Runde ließ alle daran teilhaben, welche Gedanken und Maßnahmen bis zur Entscheidung „Ist die Lebendspende überhaupt möglich? Wer wird spenden?“ notwendig waren. Aber auch die Geschichte der Rettung in letzter Minute durch die Transplantation des Familienvaters (s. Foto) berührte uns alle. Danach wurde seitens unseres Verbandes darüber referiert, wie jeder Transplantierte einen anonymen Dankesbrief an die Angehörigen seines Organspenders schreiben kann. Denn die Geste des Dankes zählt. Viele Spenderfamilien würden sich über ein solches Zeichen freuen.

In den Pausen gab es Gelegenheit zu Gesprächen untereinander und mit den Ärzten. Viele Besucher haben sich an unserem Stand bei Irene und Henry Kühner informiert und Broschüren und die Zeitschrift „Lebenslinien“ mitgenommen.

Jutta Riemer

Neue gesetzliche Regelungen im Transplantationsgesetz



Das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes und das Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung enthalten wichtige Neuerungen. Im Flyer werden die wichtigsten Änderungen im Überblick erläutert.

Die Broschüre steht unter folgendem Link als Download zur Verfügung und kann dort auch online bestellt werden: <http://www.organspende-info.de/materialien/bestellliste/>

Sie erhalten sie auch über das kostenlose Infotelefon Organspende der BZgA und DSO: 0800 90 40 400. Zum Thema „neues Transplantationsgesetz“ finden Sie auch einen Beitrag in dieser Ausgabe der „Lebenslinien“ auf Seite 37.

Heidelberg: Patient und Arzt im Gespräch beim Regionaltreffen

Über 150 transplantierte Patienten, Angehörige und Wartelistenpatienten haben sich am 13.10.2012 im Hörsaal der Kopfklinik über verschiedene Themen rund um die Lebertransplantation (Ltx) informiert.

Prof. Dr. Peter Schemmer, Sektionsleiter der Leberchirurgie und Transplantationschirurgie (Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie), stellte sich der Frage, ob die Splitleber-Transplantation ein ungenutztes Potenzial im Kampf gegen den Organmangel sei. Durch die Teilung einer Spenderleber gleich zwei erwachsene Patienten zu versorgen, ist zu Zeiten des eklatanten Organmangels eine verlockende Aussicht. Die Qualität des Organs und die anatomischen Voraussetzungen müssen jedoch optimal sein, um splitten zu können. Im Zuge des zunehmenden Durchschnittsalters der Spender ist das jedoch nicht häufig gegeben. Auch ist nicht für jeden der zunehmend kränker werdenden Wartelistenpatienten ein Teilstück einer Leber ausreichend. Das Risiko von Komplikationen (z.B. Gallelecks) beim Empfänger des rechten oder linken Lebersplits ist außerdem etwas höher als nach Transplantation eines Vollorgans. Aus diesen Gründen ist der Anteil der für zwei Erwachsene gesplitteten Lebern in der Eurotransplant-Region mit derzeit <1% weiterhin rückläufig. Im Gegensatz hierzu wird aus Platzgründen die Ltx bei kleinen Kindern häufig erst nach dem Abtrennen der kleinen, zur Ltx geeigneten Lebersegmente II/III möglich. Da in Heidelberg häufig kleine Kinder transplantiert werden, werden dort über 6% aller Transplantationen mit Split-Lebern durchgeführt.

Von einer besonderen Form des Lebersplittings – der Teilleberlebendspende – haben die Brüder **Timo und Marco Rückauer** profitiert. Sie erzählten in einem zwanglosen Gespräch mit den Ärzten und dem Publikum über ihre Erfahrungen vor und nach der Lebendspendeoperation. Beide waren über alle Abläufe und Risiken ehrlich und genau aufgeklärt worden. Timo als Empfänger versuchte seinen Bruder sogar noch von der Spende abzubringen. Für Marco war es selbstverständlich, dass er seinem Bruder durch die Spende hilft, obwohl sich kurz vor der OP dann doch noch Bedenken und Ängste einstellten, die er aber mit seinem Bruder Timo ausgiebig besprochen hat. Beiden



Foto: privat

geht es heute, über ein Jahr nach den OPs, sehr gut und sie würden sich wieder genau so entscheiden.

PD Dr. Tom Ganten, Sektionsleiter Lebertransplantation (Innere Medizin), erläuterte die Vergabekriterien, die Eurotransplant bei der Vermittlung der Lebern anwendet. Vor allen Dingen die Dringlichkeit spiegelt sich im sogenannten MELD-Score wider. Hier werden drei Laborwerte (Kreatinin, INR und Bilirubin) in einer Formel verrechnet. Das Ergebnis zeigt die Schwere der Erkrankung und somit die Dringlichkeit für eine Ltx. Nicht alle Erkrankungen werden in ihrem Ausmaß über diese drei Laborwerte abgebildet. Deshalb wird für manche Grunderkrankungen (Leberkrebs, PSC und andere) die Dringlichkeit in anderer Form berechnet und dem Patienten ein sogenannter match-MELD zugewiesen. Der match-MELD entspricht einem MELD-Score, wie er sich für vergleichbare Patienten mit anderen Lebererkrankungen berechnet. Kritisch wurde seitens der Teilnehmer die insgesamt als nicht ausreichend erachtete Berücksichtigung der Erfolgsaussicht diskutiert.

Dass es heutzutage keine standardimmunsuppressive Therapie direkt nach der Transplantation mehr gibt und nach welchen Faktoren sich die Strategie in den ersten Wochen nach Ltx richtet, erklärte **PD Dr. Daniel Gotthardt**. Es gilt, immer die Balance zwischen erhöhtem Infektionsrisiko und Abstoßungsreaktionen zu wahren. Da die Patienten sehr unterschiedliche Voraussetzungen bezüglich ihrer Immunkompetenz mitbringen, muss auch die immunsuppressive Strategie individuell gewählt werden. Viele Faktoren

können schon vor, aber auch nach der Ltx die Funktion des Immunsystems unterdrücken – ganz unabhängig von den nach Ltx verabreichten Immunsuppressiva. Das sind z.B. weitere Erkrankungen, der Zustand der Leber, Verletzungen der Keimbarriere Haut, Mangelernährung oder Diabetes und andere Faktoren mehr. Die immunsuppressive Behandlung erfordert Spezialisten. Eine Umstellung der Medikation sollte immer in Absprache mit dem Zentrum erfolgen.

Dass eine Lebererkrankung häufig mit einer Nierenerkrankung einhergeht, referierte **PD Christian Morath** vom Nierenzentrum in Heidelberg. Vor Ltx sollte alles daran gesetzt werden, ein Nierenversagen zu verhindern, da dieses die Prognose der Patienten sehr verschlechtert. Es ist oft schwierig einzuschätzen, ob sich die Niere nach der Ltx wieder erholt. Auch aus diesem Grunde wird meist zunächst nur die Leber und, nur wenn notwendig, die Niere später transplantiert. Erholt sich die Niere nicht und war der Patient schon vor Lebertransplantation zur Nierentransplantation erfolgreich gemeldet, bekommt der Ltx-Patient bis zu einem Jahr nach Transplantation einen hohen Punktwert zuerkannt, der eine zeitnahe Nierentransplantation möglich macht. Für die Patienten nach Ltx gilt, um ihre Nierenfunktion möglichst gut zu schützen: den Spiegel des Calcineurininhibitors (Tacrolimus, Cyclosporin) möglichst vertretbar niedrig zu halten (in Absprache mit dem Zentrum!), den Blutdruck und den Blutzucker im Auge zu behalten und ggf. gut einzustellen, bei neuen Medikamenten und Kontrastmitteluntersuchungen Nutzen und Risiko-

Abwägung für die Niere mit dem Arzt zu besprechen. Die Trinkmenge sollte stimmen und mögliche beginnende Nierenschäden früh diagnostiziert werden.

In einer abschließenden **Diskussionsrunde** wurden die gerechte Organverteilung in Deutschland und die Vorgänge um den Verdacht der Manipulation von Daten beleuchtet. Als Experten standen uns zusätzlich zu den Referenten unsere Ehrenvorsitzende Jutta Vierneusel, Erich Frey, Koordinator der DSO, Nadja Komm, Transplantationsbeauftragte, und Dieter Eipl, zuständig für die interne Koordina-

tion und den Kontakt zu Eurotransplant, zur Verfügung. Standards (z.B. Mehraugenprinzip, interdisziplinäre Transplantationskonferenz), wie sie an der Mehrzahl der Zentren, so auch in Heidelberg, existieren, müssen für alle Zentren festgelegt werden. Verstärkte Transparenz und externe Kontrollen wurden für gut befunden, ohne dass die ärztliche Expertise dabei durch Überreglementierung ins Hintertreffen gerät. Verschiedene, in den Medien missverständlich dargestellte Sachverhalte, z.B. zum sog. beschleunigten Vermittlungsverfahren, wurden erläutert.

Im Foyer war ein Informationsstand unseres Verbands aufgebaut. Andrea Sebastian und Wolfgang Weber, Ansprechpartner für Heidelberg, beantworteten Fragen und gaben Informationsmaterial zu vielen relevanten Themen aus. Ein besonderer Dank gilt allen Referenten und den Mitarbeitern/innen der Klinik, Herrn Dieter Eipl, Frau Ulrike Obenauer und Frau Claudia Petschi, die uns auch schon im Vorfeld der Veranstaltung unterstützt haben.

Jutta Riemer

Unimedizin Mainz: Prof. Gerd Otto verabschiedete sich in den Ruhestand – Prof. Hauke Lang wurde neuer Leiter der Transplantationschirurgie

Ende September 2012 verabschiedete sich **Prof. Dr. Gerd Otto** in seinen wohlverdienten Ruhestand. Seit 1997 leitete er die Mainzer Transplantationschirurgie und hat sie mit großem Enthusiasmus aufgebaut. Seine Patienten haben ihn sehr geschätzt, und wir alle werden ihn sehr vermissen.

Als unser Verband 1993 in Heidelberg von Jutta Vierneusel gegründet wurde, unterstützte Prof. Otto uns mit großem Engagement und mit viel Herzblut. Für seine Patienten hatte er immer ein offenes Ohr. Er hat viel für die Patientenaufklärung getan und sich immer wieder für Organspende eingesetzt. Prof. Otto begeisterte in vielen Veranstaltungen mit seinen informativen und verständlichen Vorträgen.

Für seinen neuen Lebensabschnitt wünschen wir ihm alles Gute und beste Gesundheit und hoffen, dass er uns auch weiterhin gewogen bleibt.

Am 1. Oktober 2012 hat **Prof. Dr. med. Hauke Lang** die Leitung der neuen Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie in Mainz übernommen. Bis dahin war Prof. Lang Direktor der Klinik für Allgemeinchirurgie in der Mainzer Universitätsmedizin.

Dennis Phillips und Mariele Höhn besuchten ihn am 12.9.2012 in seinem Büro und baten ihn, sich uns einmal vorzustellen.

Prof. Lang wurde 1963 in Kirtorf in Hessen geboren. Nach der Grundschule besuchte er das Gymnasium in Alsfeld und machte dort auch sein Abitur. Medizin stu-



Prof. Lang, Prof. Otto, (v.l.)

dierte er in Marburg und Würzburg. Nach dem Staatsexamen in Fulda arbeitete Prof. Lang als Arzt im Praktikum in der Medizinischen Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität in München und in der Medizinischen Hochschule Hannover bei Prof. Rudolf Pichlmayr.

Danach war er dort von 1992–1998 als wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig und auch als Oberarzt in der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie. 1999 wechselte er zum Universitätsklinikum nach Essen.

2007 übernahm Prof. Lang als Direktor die Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie der Universitätsmedizin Mainz. Außerdem belegte er von 2003–2006 ein Fernstudium „Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“ an der Techn. Universität Kaiserslautern und an der Universität Witten-Herdecke und schloss dieses mit dem Master of Arts ab.

Seinen Wehrdienst leistete er in Marburg ab.

Prof. Lang wurde schon mit zahlreichen internationalen Preisen ausgezeichnet.

Er ist mit einer Internistin verheiratet und Vater zweier Kinder.

Auf seinem Bürotisch haben wir eine Tasse mit dem Emblem des Fußballvereins „Schalke 04“ entdeckt, eine kleine Erinnerung an seine Zeit im Ruhrgebiet.

Auf die Frage, was sich für die Mainzer Patienten in nächster Zeit ändert, antwortete Prof. Lang:

„Veränderungen werden zunächst in der Ambulanz vorgenommen werden. Die Lebertransplantationsambulanz soll täglich von Montag bis Donnerstag stattfinden, sie wird gemeinsam von mindestens einem Kollegen aus der Medizin. Klinik I und einem Chirurgen geführt.“

In absehbarer Zeit soll dies dann wirklich zu einer interdisziplinären Ambulanz für die Transplantationspatienten führen.“

Das Ziel sei es, ein überregional anerkanntes Zentrum für Leber- und Gallengangschirurgie inklusive Lebertransplantation als auch für viszerale und endokrine Tumorchirurgie zu werden. Prof. Otto hat dafür den Grundstein gelegt.

Wir bedankten uns für das angenehme Gespräch und wünschten Prof. Lang und seinem gesamten Team alles Gute und viel Erfolg für die neue Aufgabe. Auch Prof. Lang möchte unsere Selbsthilfearbeit am Mainzer Zentrum unterstützen. Wir freuen uns darauf.

Mariele Höhn

Foto: Markus Schmidt, Unimedizin Mainz

Essen: Einladung für lebertransplantierte Kinder, ihre Eltern und Geschwister

Ein tollen Tag verbrachten transplantierte Kinder, ihre Geschwister und Eltern am 4. Oktober 2012 in der Gelsenkirchener Zoom Erlebniswelt. Sie waren der Einladung der Abteilung für Pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie/Kinderlebertransplantation der Klinik für Kinderheilkunde II gefolgt. Während die Kinder die Tiere besuchten, hatten ihre Eltern Gelegenheit, im Rahmen verschiedener Vorträge wertvolle Informationen zu erhalten. Einer der Referenten war Dr. Michael Sachse. Der Leitende Oberarzt arbeitet an der Klinik für Dermatologie am Klinikum Bremerhaven und ist Experte auf dem Gebiet der Prävention und Therapie von Hauterkrankungen bei Organtransplantationen. Unterstützt wurde die Veranstaltung durch RWE und die Stiftung Universitätsmedizin des UK Essen.



Foto: UK Essen

Seit mehr als 20 Jahren werden im Essener Universitätsklinikum Lebertransplantationen bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Viele der Patienten sind mittlerweile erwachsen. Die

häufigste Ursache einer Lebertransplantation im Kindesalter ist die Gallengangsatresie (= Gallengangverschluss).

Pressemitteilung des UK Essen vom 4.10.2012

UK Tübingen: Erste kombinierte Leber- und Darmtransplantation bei einem Säugling

Am Universitätsklinikum Tübingen transplantierte ein interdisziplinäres Expertenteam erstmals im deutschsprachigen Raum einem Säugling gleichzeitig Leber und Darm.

Bereits kurze Zeit nach seiner Geburt im Sommer 2011 verlor Lukas* durch eine Durchblutungsstörung einen Großteil seines Darms. Nur noch knapp 15 cm des ursprünglich drei Meter langen Dünndarms blieben nach der erforderlichen Operation erhalten. An eine normale Nahrungsaufnahme war danach nicht mehr zu denken – Lukas musste künstlich über Infusionen ernährt werden. Diese Ernährung wird von vielen Patienten gut vertragen, bei Lukas jedoch führte sie nach einigen Monaten zu einer schweren Leberfunktionsstörung. Bei der Diagnose Kurzdarmsyndrom und Leberfunktionsstörung war klar, dass nur noch eine kombinierte Leber- und Darmtransplantation Lukas helfen kann.

Am 26. Juni 2012 wurden ihm die Spenderorgane in einer 8-stündigen Operation transplantiert. Diese Operation stellt eine besondere chirurgische Herausforderung dar und wurde bisher im deutschsprachigen Raum noch nie bei einem Kind angewandt.

Lukas musste eine kritische Phase nach der Transplantation durchstehen: Nach der Transplantation hatte sich eine unge-



Foto: UK Tübingen

Transplantationschirurg Dr. Silvio Nadalin (links) und Kindergastroenterologe Dr. Ekkehard Sturm (rechts) und weitere Experten des interdisziplinären Teams behandeln den kleinen Lukas.

wöhnliche Abstoßungsreaktion gezeigt, die aber erfolgreich behandelt werden konnte. Nach der Transplantation führte ein Schlauch in Lukas Bauch, über den er seine Nahrung zugeführt bekam. Einige Wochen später durfte er – zum ersten Mal in seinem Leben – einen Brei essen! Ziel

ist es, dass Lukas bald eine normale Lebensqualität hat, essen und den Kindergarten besuchen kann.

* Name geändert

Pressemitteilung des UK Tübingen vom 6.9.2012

Universitätsklinikum Aachen: 100. Lebertransplantation in Aachen

Prof. Dr. med. Ulf Neumann, Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, hat vor einiger Zeit dem 100. Patienten eine Leber am Universitätsklinikum Aachen transplantiert. In einer mehrstündigen Operation empfing ein Patient das lebensrettende neue Organ. Die OP verlief ohne Komplikationen. Bundesweit warten rund 2.000 Menschen auf eine Spenderleber.

Prof. Neumann, der das Lebertransplantationszentrum am UKA im Jahr 2010 etablierte, war zuvor leitender Oberarzt an der Berliner Charité und leitete dort das renommierte Transplantationsprogramm.

Am UKA werden pro Jahr insgesamt mehr als 80 Organe transplantiert, darunter Nieren, Lebern und Herzen. Allerdings warten weiterhin mehr als doppelt so viele Patienten in der Region auf ein Spenderorgan. Prof. Neumann: „Die Lebertransplantation ist heute das einzige Verfahren



Foto: UKA

zum vollwertigen Ersatz einer Leber, die aufgrund einer krankheitsbedingten Veränderung oder eines angeborenen Defekts keine ausreichende Leistung bringt. Während die Nierenfunktionen weitgehend durch die Dialyse ersetzt werden

können, ist bei der Leber ein künstlicher Ersatz nur über kurze Zeit möglich. Daher ist jede Lebertransplantation eine lebensrettende Maßnahme.“

Pressemitteilung des UKA vom 13.9.2012

Rostock: Gelungene Patientenveranstaltung im Universitätsklinikum

Das 3. Treffen der Rostocker Kontaktgruppe von LD e.V. mit deren Ansprechpartnern Bernd und Anke Reiche fand am 18. September 2012 im Universitätsklinikum Rostock statt. Das Treffen wurde erneut gemeinsam von der Chirurgischen Universitätsklinik und der Kontaktgruppe veranstaltet. Knapp 40 Patienten sowie zahlreiche Angehörige nahmen an der Veranstaltung teil.

Nach Begrüßung durch Herrn **Professor Klar** stellte der neue Leiter der Gastroenterologie, Herr **Professor Lamprecht**, die Struktur und Organisation der hepatologischen Sprechstunde vor. Er betonte dabei die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Internisten und Chirurgen, gerade auf dem Gebiet der Lebertransplantation. Im Anschluss beantwortete Professor Klar zahlreiche Fragen aus dem Auditorium, insbesondere zum Organvergabesystem, dem MELD-Score, und zum aktuellen Stand der Warteliste. Dabei wurden auch einzelne Faktoren, die Einfluss auf die Punktevergabe im MELD-Score haben, mit ihrem Einfluss auf die Dringlichkeit der Transplantation erläutert.

Nach einer Pause, die der Stärkung und intensiven Gesprächen diente, hielt



Foto: Dr. Michael Gock

V.l.n.r.: Dr. Löbermann, Prof. Lamprecht, Joachim Linder, Prof. Klar, Frau Heiden

Herr **Dr. Löbermann** aus der Infektiologischen Abteilung des Klinikums ein Referat zu dem Thema Transplantation und Reisen. Er wies darauf hin, dass der Reiseplanung und der Reisemedizin gerade bei Reisen in ferne Länder eine erhebliche Bedeutung zukomme. Anschließend beantwortete er drängende Fragen zu notwendigen Impfungen und der notwendigen medizinischen Grundversorgung, die ein transplantierte Patient in Reiseländern benötigt. Alle Fragen zur Verfügbarkeit der Medikamente und zu Notwendigkeit und Nutzen von Impfungen nicht nur auf Reisen, sondern auch im Alltag konn-

ten beantwortet werden. Zum Schluss der Veranstaltung waren alle Teilnehmer sich einig, an einer sehr informativen und erfolgreichen Veranstaltung teilgenommen zu haben.

Zusätzlich gibt es aus dem Rostocker Klinikum eine weitere positive Neuerung zu berichten. Am 1. Oktober 2012 nahm Frau **PD Dr. Maria Witte** aus der Tübinger Universitätsklinik ihre Arbeit in Rostock auf, um mit ihrer Expertise das Rostocker Transplantationsteam weiter zu verstärken.

Dr. Michael Gock

Vorfälle bei der Leberzuteilung: Eine Stellungnahme unseres Verbands

Konsequent auf die bekannt gewordenen Vorfälle reagieren!

Eine Reihe von Vorfällen an drei Lebertransplantations-Zentren hat die Organzuteilung nach einer postmortalen Organspende im Sommer 2012 in negative Schlagzeilen gebracht. Diese Vorfälle sind noch nicht bis ins letzte Detail geklärt. Fest steht jedoch schon heute, dass es wohl an mehreren Transplantationszentren im Zusammenhang mit der Lebertransplantation Datenmanipulationen gab, um für Patienten des eigenen Zentrums bessere Einstufungen in der Warteliste zu erreichen. Ein solches Verhalten ist völlig inakzeptabel und muss auf jeden Fall für die Zukunft möglichst unterbunden werden.

Über 100.000 Organtransplantationen wurden bisher in Deutschland durchgeführt. Sowohl die Ärzte als auch die Transplantierten und ihre Angehörigen haben Vertrauen verdient. Aber auch die Organspender und ihre Familien haben einen Anspruch darauf, dass ihr selbstloses Geschenk regelgerecht zugeteilt und transplantiert wird. Zwar bewegt sich die Zahl

der Verstöße im niedrigen Promillebereich, aber auch das ist nicht akzeptabel. Jede Manipulation ist eine zu viel. Absichtliche falsche Veränderungen der Warteliste dürfen nicht sein.

Weder berufsrechtliche Verfahren noch die geltenden Straf- und Bußgeldvorschriften haben anscheinend ausgereicht, um Verfehlungen Einzelner zu verhindern. Das muss sich ändern. Dazu sind nicht nur mehr unabhängige Kontrolle und bessere Daten durch die Errichtung eines Transplantationsregisters erforderlich, auch die Sanktionsmöglichkeiten von Verstößen müssen verbessert werden. Vertrauen in die Organzuteilung kann nicht durch Kontrolle ersetzt werden. Aber mehr Kontrolle und bessere Sanktionen können schwindendes Vertrauen wieder herstellen. Unser Verband veröffentlichte hierzu am 21.7.2012 zeitnah nach Bekanntwerden der Vorfälle eine diesbezügliche, viel beachtete (über 300 Mal veröffentlichte) Pressemitteilung.

Ebenso hat der Vorstand der Leber-

transplantierten Deutschland e.V. in der Folge die notwendigen Maßnahmen diskutiert, am 15.8.2012 den nachfolgend abgedruckten 10-Punkte-Plan verabschiedet und als Anlage mit einer weiteren Pressemitteilung herausgegeben und auch Fachgremien zur Verfügung gestellt. Diesem Plan haben sich andere Selbsthilfeverbände und auch Ärzteverbände inhaltlich angeschlossen.

Leider haben die Politik und die Ministerien bisher nur vereinzelt die Vorschläge aufgegriffen. Wir hoffen und wünschen, dass sich das noch ändert und die Politik endlich handelt. Jetzt ist die Politik gefordert! Allerdings muss auch gefragt werden, inwieweit die Zuteilungsregeln in ihrer Komplexität auch die gesetzlich geforderte Ausgewogenheit zwischen Erfolgsaussicht und Dringlichkeit widerspiegeln und wo es hier Änderungsbedarf geben könnte.

*Joachim F. Linder
Jutta Riemer*

Vertrauen bei Transplantationen neu schaffen!

Notwendige Maßnahmen als 10-Punkte-Plan

In Deutschland besteht seit vielen Jahren ein Mangel an Spenderorganen. Täglich sterben deshalb mehrere Menschen auf der Warteliste oder vor Aufnahme in die Warteliste. Wegen der auf ein Transplantat wartenden, schwerkranken Patienten ist es dem Patientenverband Lebertransplantierte Deutschland e.V. ein besonderes Anliegen, dass die Organspendebereitschaft in Deutschland und somit die Anzahl der rettenden Transplantationen nicht durch Regelverstöße einzelner Ärzte weiter zurückgeht. Der Patientenverband Lebertransplantierte Deutschland e.V. fordert deshalb:

1. Die Kompetenz der im Transplantationswesen tätigen Ärztinnen und Ärzte hat bereits mehr als 100.000 Transplantationspatienten geholfen. Das kriminelle Handeln Einzelner darf nicht dazu führen, dass weniger Transplantationen vorgenommen werden können. Insbesondere dürfen Abläufe nicht so verkompliziert werden, dass rasche Transplantationen unmöglich werden.

Das geltende System der Zuteilung der Spenderorgane muss permanent zeitnah überprüft und gegebenenfalls rasch nachgesteuert werden.

2. Die individuelle Beurteilung eines Transplantats für den einzelnen Empfänger obliegt im Rahmen des Regelwerks weiterhin der Expertise und Verantwortung der Ärzte des jeweiligen Transplantationszentrums.

3. Bis zur Transplantation sind die zeitlichen Abläufe weiterhin kurz zu halten. Die Transplantation darf nicht unter einen Generalverdacht der Unregelmäßigkeit gestellt werden.

4. Patienten sind nicht nur Betroffene, sie sind vielfach als Betroffene auch Experten. Mehr Transparenz bei der Organtransplantation muss daher auch eine deutlich bessere Patientenbeteiligung bedeuten. Dies gilt insbesondere für die Gremien von

Eurotransplant, der DSO sowie der Kontroll- und Überprüfungs-kommissionen. Patientenvertreter sind auch vor dem Erlass von Regelungen zur Transplantation und der Genehmigung von Verträgen und auch bei der Qualitätssicherung zu beteiligen.

5. Die Verbindlichkeit der Regelungen in der Transplantationsmedizin ist zu erhöhen. Bloße Richtlinien allein reichen nicht aus. Ergänzend dazu gehört eine wirksame Strafandrohung bei Verstößen. Verstöße müssen konsequent straf- und bußgeldrechtlich sowie berufsrechtlich geahndet werden. Unzureichende gesetzliche Regelungen müssen entsprechend geändert werden.

6. Hinweisen muss sofort nachgegangen werden. Es ist eine neutrale Eingangsstelle für Hinweise zu schaffen (Hotline, Ombudsmann o.ä.). Erhärten sich Vorwürfe, so müssen zum Schutz der Patienten vorläufige Maßnahmen getroffen werden. Transplantationszentren, in denen wiederholt trotz Abmahnung gegen festgelegte Regeln verstoßen wird, ist die Zulassung zur Transplantation zeitweilig oder auf Dauer zu entziehen. Die Rechte der Patienten sind dabei zu wahren (Fortführung der Warteliste durch ein anderes Zentrum).

7. Überprüfungen der Zentren durch unabhängige transplantationserfahrene medizinische Prüfer müssen regelmäßig – auch unangekündigt – durchgeführt werden. Die Berichte dieser Prüfer sind regelmäßig durch die Aufsichtsbehörden auszuwerten und durch eine Expertenkommission unter Einbeziehung von Patientenvertretern zu evaluieren.

8. Die Aufsichtsrechte durch die bereits vorhandenen staatlichen Aufsichtsbehörden müssen noch wirksamer wahrgenommen werden.

9. Die Spender- und Empfängerdaten müssen unverzüglich einer Zentralstelle unter Wahrung des Datenschutzes anonymisiert, aber rückverfolgbar zur Verfügung gestellt werden. Dies gilt auch für die von Eurotransplant geführten Daten. Das Datengerüst ist vorzugeben. Es ist ein bundesweites Transplantationsregister zu führen, das eine valide Beurteilung der Qualität der Transplantationen für jedes Transplantationszentrum ermöglicht. Abweichungen sind zu kommentieren und von den Kontroll- und Überwachungskommissionen zu überprüfen. Die Auswertungen sind zu veröffentlichen.

10. Alle Beteiligten (Transplantationszentren, Eurotransplant, DSO, Ständige Kommission Organtransplantation, Aufsichtsbehörden) haben eine umfassende fachliche Controllingaufgabe, die weiter zu stärken ist. Auffälligkeiten sind der Kontroll- und Überwachungskommission und den Aufsichtsbehörden sofort mitzuteilen.

15.8.2012

Lebertransplantierte Deutschland e.V.,
Maiblumenstraße 12, 74626 Bretzfeld
Tel: 0 79 46/94 01 87,
Fax: 0 79 46/94 01 86,
Mail: info@lebertransplantation.de
Internet: www.lebertransplantation.de

Vertrauensstelle und Mehraugenprinzip eingeführt

Am 27.8.2012 hatte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr zu einem Spitzengespräch ins Bundesgesundheitsministerium eingeladen. Experten haben notwendige Maßnahmen besprochen, die künftig Unregelmäßigkeiten bei der Wartelistenführung verhindern sollen. Leider waren hier keine Patientenvertreter in der Expertenrunde geladen. Bedauerlich, denn Patienten sind auch Experten in eigener Sache. Das hatten wir im Vorfeld – jedoch ohne Erfolg – angemahnt und so unseren 10-Punkte-Plan mit einer entsprechenden Pressemitteilung vor dem Gespräch veröffentlicht und ihn als Anregung schriftlich eingebracht. Daraus umgesetzt wurde unsere Forderung nach einer „Ombudsstelle“, an die sich jedermann – auch anonym – wenden kann, der Verdacht auf Verstöße gegen das Transplantationsrecht vermutet. Die Prüfungskommission und die Überwachungskommission – in gemeinsamer Trägerschaft von Deutscher Krankenhausge-

sellschaft, GKV-Spitzenverband und Bundesärztekammer – haben diese unabhängige Vertrauensstelle eingerichtet und mit deren Leitung die Vorsitzende Richterin am Bundesgerichtshof i.R. Frau Prof. Dr. jur. Ruth Rissing-van Saan betraut.

Die Vertrauensstelle ist erreichbar unter: Vertrauensstelle Transplantationsmedizin, Bundesärztekammer, Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, per Mail: vertrauensstelle_transplantationsmedizin@baek.de

Eine weitere Forderung aus dem Spitzengespräch betraf die bindende Einführung eines Mehraugenprinzips für die Anmeldung und Betreuung von Patienten der Warteliste und die zeitnahe Einrichtung von interdisziplinären Transplantationskonferenzen. Künftig trifft in jedem Transplantationszentrum eine ständige, interdisziplinäre und organspezifische Transplantationskonferenz die Entscheidung über

die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste, ihre Führung sowie über die Abmeldung eines Patienten. In dieser Transplantationskonferenz muss neben den direkt beteiligten, operativen und konservativen Disziplinen mindestens eine weitere von der ärztlichen Leitung des Klinikums benannte medizinische Disziplin vertreten sein, die nicht unmittelbar in das Transplantationsgeschehen eingebunden ist. Diese Richtlinienänderung wurde am 9.11.2012 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht und trat einen Monat später in Kraft.

Jutta Riemer

Quellen: Gemeinsame Pressemitteilung der Bundesärztekammer der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbands vom 5.11.2012 und PM der Bundesärztekammer vom 9.11.2012

Schlaglichter vom DSO-Kongress 2012

Im Zeichen des kommenden Neuanfangs

Der Kongress der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) am 22. und 23.11.2012 in Berlin war in hohem Maße geprägt durch die in diesem Jahr in Kraft getretenen Änderungen des Transplantationsgesetzes (TPG). Aber auch die bevorstehende Neuausrichtung der DSO wirft ihre Schatten voraus.



Bundesgesundheitsminister Bahr dankt Prof. Dr. Kirste

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr dankte Prof. Dr. Günter Kirste herzlich und sehr persönlich für die von ihm geleistete Arbeit, die die DSO über beinahe ein Jahrzehnt geprägt hat. Prof. Kirste war seit 2004 medizinischer Vorstand der DSO und geht am 31.1.2013 in den wohlverdienten Ruhestand. Bundesminister Bahr beendete damit Spekulationen über eine mögliche Verlängerung der Amtszeit des Stiftungsvorstands. Gleichzeitig kündigte Daniel Bahr die stärker auf die Bundesländer orientierte Neuorganisation der DSO an. Klar sprach er sich gegen eine stärkere Staatsorientierung der DSO und für eine Beibehaltung der bisherigen Ausrichtung als Stiftung sowie für eine Beibehaltung der gegenwärtigen Zuständigkeitsverteilung in der Organspende- und Transplantationsmedizin aus.

Daniel Bahr forderte alle Beteiligten auf, die Änderungen des Transplantationsgesetzes zügig umzusetzen und sich nicht zeitraubend in Diskussionsdebatten zu verlieren. Dies gelte auch für die Transplantationsbeauftragten, deren Einsetzung der Gesetzgeber sehr ernst gemeint habe. Auch die berufs- und strafrechtliche Aufarbeitung der Geschehnisse an den Uni-



versitätskliniken in Göttingen und Regensburg sowie am Klinikum Rechts der Isar müsse zügig erfolgen. Weitere Änderungen am Transplantationsgesetz aufgrund der bekannt gewordenen Vorfälle schloss Daniel Bahr gegenwärtig aus. Der Gesetzgeber habe durch die in Kraft getretenen Änderungen alles getan, was getan werden könne, insbesondere seien jetzt verbindliche Kontrollrechte für die Prüf- und Überwachungskommission durch die jetzigen Änderungen des TPG eingeführt worden.

Ärzttekammerpräsident: Ärztliche Selbstverwaltung funktioniert weiterhin gut

Der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery wies in seinem Statement besonders darauf hin, dass die Organspende- und Transplantationsmedizin eine Gemeinschaftsaufgabe aller Beteiligten sei, bei der das besondere Arzt-Patienten-Verhältnis eine der wesentlichen Säulen der Transplantationsmedizin sei. Dieses Vertrauen dürfe nicht erschüttert werden. Gerade die Vorgänge in Göttingen und Regensburg hätte bewiesen, dass die ärztliche Selbstverwaltung funktionieren würde. Letztlich seien die Vorfälle durch die Prüfungs- und Überwachungskommission der Bundesärztekammer aufgedeckt worden.

GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft: Chancen des TPG nutzen

Einig waren sich der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV Spitzenverbandes Johann-Magnus von Stackelberg als Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen und der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft Georg Baum darin, dass die Änderungen

des Transplantationsgesetzes Chancen zu einer Erhöhung der Organspenden bieten können. Aber das geänderte Transplantationsgesetz werde auch in Zukunft noch Probleme in der Umsetzung haben. Ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Verbandsvertretern trat beim Umfang der finanziellen Erstattung für den Transplantationsbeauftragten auf.

Frank-Walter Steinmeier:

„Die Transplantationsmedizin muss ihre Verantwortung wahrnehmen.“

In seinem Festvortrag erinnerte der Vorsitzende der SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag Frank-Walter Steinmeier an das wieder neu zu erwerbende Vertrauen bei den Menschen. Für selbstzufriedenes Schulterklopfen der Transplantationsmedizin gebe es gegenwärtig keinen Grund mehr. Die zurückgehende Zahl der Organspender lasse alle Wartepatienten und ihre Angehörigen verzweifelter werden. Skandale dürften nicht unter den Teppich gekehrt werden. Neben der konsequenten Ahndung von Fehlverhalten müsse aber auch die Fehleranfälligkeit des Transplantationssystems selbst überprüft werden. Das sei in erster Linie Aufgabe der Transplantationsmedizin selbst. Diese müsse sich ernsthaft die Frage stellen lassen, ob 49 Transplantationszentren in Deutschland nicht zu viel seien. Die Einführung des Sechs-Augen-Prinzips und eine Verstärkung der Kontrollen sei der richtige Weg, um verloren gegangenes Vertrauen wieder zurückzugewinnen.



Auch die Erneuerung der DSO dürfe sich nicht in personellem Wechsel und kosmetischen Änderungen erschöpfen. Die DSO müsse aus den zutage getrete-

Fotos: privat

nen Schwächen lernen, es müsse auch mehr auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der DSO gehört werden.

Zum Schluss wünschte er den Kongressteilnehmern die Kraft für eine glaubwürdige Erneuerung, damit sich die Transplantationsmedizin wieder auf ihre Aufgaben konzentrieren könne.

Themenvielfalt der Transplantationsmedizin als Herausforderung

Der Kongress zeigte eindrucksvoll den Umfang und die Vielfalt der Transplantationsmedizin, bei der Konflikte an der Tagesordnung sind. So lässt sich die Vorgabe des Transplantationsgesetzes, die Zuteilung der Organe nach Dringlichkeit und Erfolgsaussicht vorzunehmen, nicht spannungsfrei umsetzen.

Eines der zentralen Themen des Kongresses und der nächsten Zeit wird die Diskussion um die Rolle des Transplantationsbeauftragten sein, dem zunächst wohl nur ein geringes Zeitbudget zur Verfügung stehen soll. Dabei ist fraglich, ob diese Aufgabe neben den anderen ärztlichen Pflichten z.B. in nur vier Wochenstunden bei 10 Intensivbetten tatsächlich zu bewältigen sein wird. Deutlich wurde während des Kongresses auch, dass nicht nur Patientenverfügungen, sondern auch Therapie-limitierungen stärker betrachtet werden müssen. Wahrscheinlich wird der Transplantationsbeauftragte in Zukunft auch besondere Kompetenz in der Auslegung



von Patientenverfügungen beweisen müssen. Alle Beteiligten waren sich einig, dass rasch die Transplantationsbeauftragten eingesetzt werden müssen, dass aber die Aufgabenvielfalt der Transplantationsbeauftragten noch nicht zu Ende diskutiert sei.

Frühzeitige Biopsie sichert Qualität des Lebertransplantats

Privatdozent Dr. Silvio Nadalin, Leiter der Transplantationschirurgie der Universitätsklinik Tübingen, zeigte anhand mehrerer Studien den klaren Vorteil einer frühzeitigen Biopsie des Lebertransplantats. Die Biopsie wird ultraschallgesteuert durchgeführt und bedeutet mehr Sicherheit bei der Beurteilung der Qualität des Transplantats.

Weitere herausragende Kongressbeiträge

Aus der Fülle der Themen besonders erwähnenswert waren natürlich viele weitere Vorträge, insbesondere die „Kritische Sicht auf die Zuteilungsmodelle bei Eurotransplant“ von Dr. Axel Rahmel, dem medizinischen Direktor von Eurotransplant, der Vortrag des DSO-Stiftungsratsvorsitzenden Prof. Dr. Wolf Bechstein zu „Öffentlichkeitsarbeit und Krisenmanagement“ sowie die Vorstellung der Ergebnisse der Inhousekoordinationsstudie durch Dr. Karl Blum und Dr. Detlev Bösebeck. Insbesondere bei dieser Präsentation wurde deutlich, wo die krankenhausinternen Potenziale für eine Förderung der Organspende liegen und worauf das Augenmerk in Zukunft zu legen sein wird.

Kongress ermöglicht tiefe Einblicke, zeigt aber auch Veränderungspotenzial

Der DSO-Kongress bot auch in diesem Jahr wieder einen hervorragenden Überblick über die Themen der Transplantationsmedizin, auch wenn die aktuellen Themen die wichtigen Themen zeitweise eher in den Hintergrund treten ließen. Die Spannung über beginnende Veränderungen in vielen Bereichen wird noch einige Zeit andauern.

Egbert Trowe



Jetzt erst recht: Gemeinsam für die Organspende

Vor allem in den Monaten Juli und August gab es zahlreiche Berichterstattungen zu den Manipulationsvorwürfen an verschiedenen Unikliniken. Hinzu kamen Veröffentlichungen, in denen das „beschleunigte Vermittlungsverfahren“ von Eurotransplant fälschlicherweise mit einer Umgehung der Warteliste gleichgesetzt wurde. In der Tat sind die Regelungen sehr komplex, aber sie haben das Ziel, immer die bestmögliche Umsetzung des Gesetzes und der dort gemachten Vorgaben zu gewährleisten: Entscheidung unter Erfolgsaussicht und Dringlichkeit.

Die Verunsicherung in der Bevölkerung zeigte sich auch in zahlreichen Briefen an die DSO sowie Anrufern beim Infotelefon Organspende. Damit einher ging die Befürchtung, dass die Spendebereitschaft abgenommen hat und die Organspendezahlen sinken werden.

In der Tat gab es einzelne Ablehnungen von Angehörigen, die sich konkret auf die Manipulationsvorwürfe bezogen haben. Dennoch lässt sich anhand der bundesweiten Organspendezahlen für das dritte Quartal 2012 zwar ein Rückgang, aber noch kein dramatischer Einbruch erkennen. Erfahrungsgemäß gibt es immer wieder Schwankungen in der Entwicklung der Zahlen, die auch Monat für Monat unterschiedlich ausfallen können. Bei der Betrachtung eines sehr kurzen Zeitraums und der damit verbundenen, relativ kleinen Vergleichszahlen, ist eine statistisch signifikante Aussage schwierig. Erst bei der Betrachtung der Organspendezahlen über einen längeren Zeitraum hinweg, wird sich zeigen, welche Auswirkungen der Transplantationsskandal auf die Entwicklung der Organspendezahlen auf längere Sicht haben wird.

Damit auch künftig so vielen Patienten wie möglich mit einer Organspende geholfen werden kann, müssen wir alles daran setzen, das Vertrauen in das System der Organspende und Transplantation wieder herzustellen. Dazu müssen zum einen die Vorwürfe lückenlos aufgeklärt und Konsequenzen gezogen werden. Das ist entscheidend! Der Ruf nach Kontrolle und Aufsicht hilft nicht, wenn keine Verbesserung der Organisation und Strukturen an mehreren Transplantationszentren stattfindet. Damit die Patienten auf der Warteliste nicht die Leidtragenden sind, dürfen wir in den Bemühungen um die Organspende gerade jetzt nicht nachlassen. Organspende und Transplantation helfen schwerkranken Menschen und schenken ihnen ein neues Leben. Das ist der Kern unserer gemeinsamen Aufgabe und dafür sollten wir uns alle einsetzen.

Es gibt aber auch noch weitere Bereiche, an denen wir anknüpfen können, um einem Rückgang der Organspendezahlen entgegen zu wirken. Wichtig ist in diesem Zusammenhang vor allem die Aufklärung über das Thema Patientenverfügung. Immer häufiger scheinen Patientenverfügungen eine Organspende auszuschließen, wenn der Patient sich nicht explizit dazu geäußert hat und gleichzeitig intensivmedizinische Maßnahmen ablehnt. Wer seine Organe nach seinem Tod spenden möchte, um anderen Patienten zu helfen, sollte demzufolge in seiner Patientenverfügung deutlich machen, dass er eine Organspende wünscht, vor dem Abbruch der intensivmedizinischen Maßnahmen.

Dazu kommt die Verunsicherung der Angehörigen, am Ende eines Lebens vielleicht die falsche Entscheidung zu treffen. Wer sich nicht sicher ist, wie der Verstorbene zu dem Thema stand, entscheidet sich eher dagegen. Aus diesem Grund ist es so wichtig, dass jeder Einzelne sich bereits zu Lebzeiten mit dem Thema auseinandersetzt, einen Organspendeausweis ausfüllt und mit seinen Angehörigen über seine Entscheidung spricht. Einen wichtigen Beitrag dazu wird sicher die so genannte Entscheidungslösung leisten, die am 1. November in Kraft trat. Hierzu soll sich jeder Bürger regelmäßig mit der Frage der eigenen Spendebereitschaft ernsthaft befassen und gegebenenfalls eine Erklärung auch dokumentieren.

Organspende ist und bleibt eine der höchsten Formen der Verwirklichung von Nächstenliebe unter Menschen. Kritische Diskussion zu diesem Thema wird es immer geben – die Fakten ändern sich aber nicht. Das sollte auch in Deutschland verstanden werden. Nur wenn sich der Gedanke des Gemeinsinns durchsetzt, können wir auch weiterhin den Patienten auf der Warteliste helfen. Organspende ist und bleibt ein lebenswichtiges Thema – sie ist gelebtes Miteinander!

Prof. Dr. Günter Kirste
Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation

Geändertes Transplantationsgesetz (TPG) in der Umsetzung

In Kraft getretene Gesetze wirken meist nicht von selbst, sondern bedürfen der Umsetzung. Auch das in 2012 geänderte TPG muss nach dem Inkrafttreten der neuen Regelungen umgesetzt werden. Ein Großteil der Regelungen ist bereits seit dem 1.8.2012 in Kraft. Nur die Entscheidungslösung und die damit verbundenen Regelungen sind erst am 1.11.2012 in Kraft getreten.

Die geänderten Regelungen und ihre Auswirkungen

Die eigentlich wichtigste Änderung des TPG ist weithin unbeachtet geblieben: In das TPG wurde neu das gesetzgeberische Ziel aufgenommen, die **Bereitschaft zur Organspende in Deutschland zu fördern**. In Zukunft sind die im TPG vorgesehenen Regelungen so auszulegen, dass die Organspende wirklich gefördert wird.

Kernstück des geänderten TPG ist die **Entscheidungslösung**. Das ist die bisher geltende erweiterte Zustimmungslösung, ergänzt durch verschiedene von den gesetzlichen und den privaten Krankenkassen umzusetzende Maßnahmen. So haben nach dem Inkrafttreten der Entscheidungslösung die Krankenkassen jeden Versicherten ab Vollendung des 16. Lebensjahres zunächst alle zwei Jahre über die Organspende und die Organtransplantation anzuschreiben und geeignete Aufklärungsunterlagen sowie einen Organspendeausweis beizufügen. Nach Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte verlängert sich die Pflicht zur regelmäßigen Information von zwei auf fünf Jahre. Auch nach Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte mit Speichermöglichkeit für die Organspendebereitschaft bleibt der Organspendeausweis neben der Gesundheitskarte weiter als Erklärungsmöglichkeit bestehen. Neben diesem Schreiben müssen die gesetzlichen und privaten Krankenkassen auch besondere fachlich qualifizierte Ansprechpartner benennen.

Für die Krankenkassen ergibt sich durch die Versendung der Briefe und der beigefügten Aufklärungsunterlagen ein erheblicher Aufwand, der durch den Schulungsbedarf der qualifizierten Ansprechpartner

weiter erhöht wird. Eine ganze Reihe von Krankenkassen hat schon diese Maßnahmen eingeleitet.

Mit der Entscheidungslösung neu eingefügt wurde auch die Verpflichtung der zuständigen Stellen des Bundes und der Länder, bei der Ausgabe von Ausweisdokumenten **Organspendeausweise und entsprechendes Aufklärungsmaterial auszulegen und mit dem Ausweis auszuhändigen**. Das gilt natürlich auch für die Kommunen, von denen die Ausweisdokumente, wie z.B. Führerschein, Personalausweis, Reisepass, tatsächlich ausgegeben werden. Erste Erfahrungen seit dem Inkrafttreten dieser Regelung zeigen, dass die Auslage und Aushändigung von Organspendeunterlagen nicht immer reibungslos erfolgt.

Es fällt in Zukunft viel schwerer, sich dem Thema und der Entscheidung über die Organspende ganz zu entziehen.

Alle Aufklärungsmaßnahmen im Rahmen des TPG haben **ergebnisoffen** zu erfolgen; auch dies wurde nun ausdrücklich bestimmt. Neu aufgenommen wurde auch, dass über den Zusammenhang zwischen einer möglichen Patientenverfügung und der Entscheidung zur Organspende ebenso aufzuklären ist wie über die Folgen für die Angehörigen, wenn beim Hirntod keine Erklärung über die Organspendebereitschaft vorliegt.

Bei einer konsequenten Umsetzung der neuen Regelungen wird das Thema Organspende deutlich stärker als bisher in der Gesellschaft verankert. Es fällt in Zukunft viel schwerer, sich dem Thema und der Entscheidung über die Organspende ganz zu entziehen. Zwar muss auch in Zukunft niemand einen Organspendeausweis ausfüllen, aber jeder wird immer wieder mit der Notwendigkeit und der Sinnhaftigkeit einer Erklärung zur Organspende konfrontiert.

Der Umsetzung durch die Länder bedürfen die neu eingeführten Regelungen zum **Transplantationsbeauftragten**. Jedes Krankenhaus mit einer Intensivstation (Entnahmekrankenhaus) muss mindestens einen Transplantationsbeauftragten bestellen; die Einzelheiten dazu haben die Bundesländer zu regeln. Dazu werden die einzelnen Länderausführungsgesetze zum TPG bzw. die Krankenhausgesetze geändert werden müssen, ein Vorgang der Zeit kostet. Es bleibt zu hoffen, dass die Krankenhäuser, die noch keine Transplantationsbeauftragten haben, nicht die landesgesetzliche Umsetzung abwarten, sondern schon jetzt jeweils Transplantationsbeauftragte ernennen.

Sofort und ohne weitere Umsetzung ist die Verbesserung der **finanziellen und sozialen Sicherung der Lebendspender** wirksam. So erhalten Lebendspender ab sofort einen Anspruch auf Vergütungsfortzahlung und Krankengeld sowie auf Heil- und Rehabilitationsmaßnahmen. Grundsätzlich übernimmt die Empfängerkrankenkasse darüber hinaus wie bisher schon sämtliche Kosten des Lebendspenders. Lebendspender sind nun auch gegen gesundheitliche Spätfolgen ihrer Lebendspende abgesichert, die Spenderkrankenkassen veranlassen die notwendige ärztliche Behandlung. Die gesetzliche Unfallversicherung übernimmt den finanziellen Ausgleich von Spätschäden. Dies gilt auch für Lebendspenden, die früher erfolgt sind, soweit Spätfolgen nach dem 1.8.2012 auftreten.

Neu ist auch die Befugnis der **Koordinierungsstelle**, Richtlinien für die Organentnahme zu erlassen. Die Aufgabe der Koordinierungsstelle wird aufgrund eines Vertrags zwischen den Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft weiterhin von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) wahrgenommen. Die Bundesärztekammer erhält ebenfalls weitergehende Befugnisse zum Erlass von Richtlinien z.B. auch für die Qualitätssicherung der Organtransplantation.

Joachim F. Linder

Deutscher Transplantationsskandal überschattet Eurotransplant-Treffen



Der deutsche Skandal um Lebertransplantationen war das wichtigste Thema der Herbsttagung aller sieben Eurotransplant-Mitgliedsländer im Oktober 2012 in Leiden.

Das deutsche System, dem hauptsächlich der MELD-Score (Model of End Stage Liver Disease) zu Grunde liegt, wurde scharf angegriffen. Nach dieser Wertung hat die Dringlichkeit der Lebertransplantation Priorität, nicht so sehr die Erfolgsaussichten, d.h. wie lange der Ltx-Patient die Transplantation überleben kann. Die Mehrheit der mehr als 500 Delegierten ist der Ansicht, man sollte die Möglichkeit, die Operation fünf Jahre zu überleben (Survival Rate), stärker berücksichtigen.

„Wenn Sie nur verdorbene Äpfel transplantieren, dann haben Sie verdorbene Resultate!“, sagte Prof. Dr. Ferdinand Mühlbacher, Leiter der Universitätsklinik für Chirurgie und Transplantation der Medizinischen Universität Wien. „Die Allokation (Zuweisung) der vorhandenen Organe muss am Patienten ausgerichtet sein, so wie in Österreich, der Slowakei und Kroatien“, schlägt er vor. Das MELD-System allein sei nicht gut genug. In seiner Rede („What can be learned from the German incidences – a perspective from a neighbouring ET country“ – Was können wir aus den deutschen Vorfällen lernen – ein Blick aus einem benachbarten Eurotransplant-Land) hat er mit dem deutschen Tx-System abgerechnet.

„Der MELD plus Anreiz für die Zahl (der Transplantationen) ist bösartig. Deutschland muss dieses System abschaffen!“, sagte Prof. Dr. Mühlbacher sehr nachdrücklich. „Durch eine zentrumsorientierte Zuweisung der Organe wie in Österreich haben die Ärzte mehr Möglichkeiten zur ‚Feinabstimmung‘ (fine tuning) als in Deutschland“, betonte er. „Entweder brauchen Sie das MELD-System und den voraussichtlichen Ausgang (Überlebensrate) oder die Zentrum-Zuweisung wie vorher“, schlägt er vor. Das MELD-System lässt sich zu einfach manipulieren. Ein Arzt kann Diuretika (harntreibende Mittel) geben, Natrium reduzieren, damit das Kalium steigt oder einfach die Dialyse einstellen, damit der Patient sehr schnell mehr MELD-Punkte

bekommt. „Irgend eine dynamische Änderung im MELD wirkt schon als negativer Indikator für das Resultat (der Ltx)“, resümiert Prof. Dr. Mühlbacher. „In den USA“, sagte er, „werden Patienten mit mehr als 24 MELD-Punkten von der Warteliste gestrichen, weil ihre Überlebenschancen immer geringer werden. Der MELD-Score“, erinnerte er, „wurde geschaffen, um die verbleibende Zeit vor dem Tod einzuschätzen und nicht als Kriterium für eine Lebertransplantation. Man braucht ein qualitätsorientiertes MELD-System, das die Überlebenschancen berücksichtigt. Ein MELD +40 bedeutet kein langes Leben danach“, meinte Prof. Dr. Mühlbacher. „Die ‚Survival Rate‘ (Überlebensrate) nach der Ltx beträgt in Österreich für alle Patienten nach einem Jahr 85–87%“, sagte er.

Die meisten Ärzte bei der ET-Herbsttagung zeigten sich noch sichtlich geschockt von den Tx-Problemen in Deutschland. Auch Prof. Dr. Hans Lilie, Vorsitzender der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer, sagte: „Ich habe nie gedacht, dass so etwas innerhalb des deutschen Transplantationssystems passieren könnte!“ Obwohl die Bundesärztekammer schon im Spätjahr 2011 einen telefonischen Hinweis über Unregelmäßigkeiten in Göttingen bekommen hat – „Da kann man Organe kaufen!“ – und darauf hin eine Untersuchung einleitete, hat es Monate gedauert. Der untersuchte „Prof. Dr. O.“ aus Göttingen mit „seinem aggressiven Rechtsanwalt“ haben vor der BÄK im November 2011 und auch im Dezember ausgesagt. „Nur, was sie gesagt haben, dass einer der fraglichen Patienten Dialysebehandlungen hatte, entsprach nicht der Wahrheit“, sagte Prof. Dr. Lilie. Die Untersuchung zeigte, dass die Blutwerte von 26 Patienten in Göttingen manipuliert waren. „Positiv daran war die perfekte und enge Kooperation mit Eurotransplant in der ganzen Zeit“, betonte Prof. Dr. Lilie.

„Vielleicht könnte aus diesem Schock auch etwas Positives für das Transplantationssystem entstehen“, hoffte Eurotransplant-Generaldirektor Arie Oosterlee. „Schocks haben sich als wichtig gezeigt. Die deutschen Ärzte haben etwas

bewirkt, sie haben die Initiative ergriffen und das wird die Lage verbessern“, sagte Herr Oosterlee zu „Lebenslinien“ (LL). Er prognostiziert: „Danach wird das System robuster und ausgewogener, als es vorher war.“

Nicht alle waren so optimistisch. Ein Koordinator der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) sagte LL, dass die Organspendezahlen schon jetzt im Jahr 2012 in Deutschland einen Rückgang von 10% im Vergleich zum Vorjahr zeigen und diese waren auch schon 10% niedriger als 2010. „Also haben wir jetzt –20% im Vergleich zu 2010! Das ist eine Katastrophe“, meinte der unglücklich erscheinende DSO-Mitarbeiter. „Und im Jahr 2013 geht das auch noch zurück, davon bin ich überzeugt.“

Jetzt ist vor allem klar, dass sich das Transplantations-System in Deutschland positiv verändern muss. Der Chef-Transplantations-Chirurg an der Frankfurter Goethe-Universitätsklinik, Prof. Dr. Wolf Beckstein, sagte: „Das Deutsche Transplantationsgesetz (DTG) sieht Dringlichkeit und Erfolgsaussichten vor. Für Lebertransplantierte ist der erste Aspekt sehr gut berücksichtigt. In den Transplantationsregelungen sollten die Erfolgsaussichten stärker berücksichtigt werden.“

Es gab auch andere positive Aspekte aus der Transplantations-Gemeinschaft in Leiden. Prof. Dr. Bruno Meiser, Präsident des Eurotransplant International Board (und auch Herzchirurg an der Klinik Großhadern in München), überreichte an Kroatien, ET-Mitglied seit 2005, eine Sonder-Auszeichnung. Damals hatte Kroatien nur 7–8 Organspender pro Million Einwohner (per million inhabitants – pmi). „Aber jetzt steht Kroatien mit 32–33 Organspenden pmi als bestes Eurotransplant-Land da“, sagte Prof. Dr. Meiser. „Die Auszeichnung ist für alle Menschen in Kroatien!“ (Im Vergleich dazu liegt Deutschland mit 14,7 Organspendern pmi sehr weit zurück.

Prof. Dr. Axel Rahmel, ET-Medical Director, betonte, dass alle zusammen das Vertrauen in das Transplantationsgesetz wieder herstellen müssten. Vielleicht kann das neueste ET-Mitglied – ab Mitte 2013 wird Ungarn als volles ET-Mitglied beitreten – dabei helfen. In den ersten neun

Monaten 2012 hat Ungarn schon 53 Organe an andere ET-Länder gespendet, aber nur 13 Organe bekommen. Genau sechs Lebern hat Ungarn weitergegeben, aber nur zwei Lebern von anderen ET-Mitgliedern bekommen, was eine Hilfe war, den Organmangel hier zu vermindern. Die Ltx-Statistiken aus Deutschland zeigen, dass die Warteliste immer länger wird. Für jeden Patienten, der hier transplantiert wurde, kommen 1,8 neue Patienten auf die Warteliste.

Die Transplant-Koordinatoren des ET-Koordinations-Gruppen-Seminars stellten am ersten Tag des ET-Treffens fest, dass ihre verschiedenen Daten-Systeme nicht im Einklang sind. Das bedeutet, dass manche medizinischen Daten, also Informationen, zwischen den einzelnen Ländern verloren gehen können, „... da die Computerprogramme nicht koordiniert sind“, sagte eine ET-Mitarbeiterin. „Es wäre die beste Lösung, dass Empfänger- und Spenderchirurg bei Fragen telefonisch Kontakt aufnehmen.“ Eurotransplant plant jetzt, ei-

ne Arbeitsgruppe einzurichten, mit deren Hilfe das Kommunikationsproblem hoffentlich gelöst werden kann. Viele der Ärzte waren schockiert, als sie hörten, dass solche Probleme immer noch auftreten.

Immerhin gibt es auch etwas Positives zu berichten. „Nach den Problemen mit Transplantationen in Göttingen und Regensburg werden ab 2013 multidisziplinäre Transplantationsgremien für alle Tx-Zentren in Deutschland verpflichtend sein“, berichtet Prof. Dr. Lilie. „Diesen Gremien muss auch ein Mitglied angehören, das nicht zur Tx-Branche gehört, außerdem werden auch alle Organvermittlungen öffentlich bekannt gemacht“, sagte Prof. Dr. Lilie. Die gesamte Verantwortung liegt jetzt direkt beim Chef der Verwaltung des Krankenhauses, auch für alle Transplantationen, welche dort stattfinden. „In Zukunft werden wir darum kämpfen, diese (Tx)Programme zu schließen, wenn es zu solchen Problemfällen kommen sollte“, betonte Prof. Dr. Lilie für alle deutschen Krankenhäuser.

Seit Mitte Oktober 2012 wurden bereits zwei Tx-Zentren in Deutschland überprüft, bis jetzt gab es keine Beanstandungen. Aber schon ab November 2012 wird es bundesweit ein Meldesystem geben, eine sog. Hotline, über die man seine Tx-Beobachtungen anonym weitergeben kann. Die BÄK wird auch Modell-Verträge für Tx-Ärzte anbieten, damit die Anzahl der Transplantationen keine Rolle mehr spielt. Aber er sieht auch keinen Sinn in einer Kriminalisierung der Transplantationsmedizin. „Die jetzigen Kontrollen sind schon gut genug“, betonte Prof. Dr. Lilie. Der Bundesgesundheitsminister in Berlin will nun alle Daten zusammenbringen und erwartet durch den Bericht der BÄK ein schnelles Ergebnis. Das nächste Jahr wird zeigen, wie diese Vorgaben umgesetzt werden.

Dennis Phillips

Übersetzung von Andrea Royl

Roland Kaiser setzt mit Baumpflanzung ein Zeichen für Organspende

Festveranstaltung im Park des Hoffens, des Erinnerns und des Dankens in Halle

„Mein zweites Leben ist wie ein Baum, der neu gesetzt wurde, ein Zeichen des Lebens. Als Botschafter für die Organspende will ich das Bewusstsein der Menschen für die Organspende schärfen und einen Beitrag zu einer ‚mitmenschlicheren‘ Gesellschaft leisten“, erklärte der bekannte Sänger Roland Kaiser im Rahmen einer Festveranstaltung am 5. September 2012 in Halle. Dort pflanzte er im Park des Hoffens einen neuen Baum.

Der Park des Hoffens, des Erinnerns und des Dankens wurde im Oktober 2008 auf Initiative des Vereins zur Förderung der Organspende e.V. und dank des Angebots der Stadt Halle, diese Brachfläche dafür nutzen zu können, ins Leben gerufen. Der Park soll Raum für Erinnerung an die Menschen bieten, die bereit waren, nach ihrem Tod ihre Organe an schwer kranke Menschen weiterzugeben – anonym und altruistisch! Der Park steht ganzjährig nicht nur Betroffenen, sondern allen Bürgern und Besuchern der Stadt Halle zur Verfügung. Seit Beginn der Initiative



Foto: DSO

findet jährlich in Zusammenarbeit mit der Stadt Halle, dem Nierentransplantationszentrum des Universitätsklinikums Halle, dem Projekte-Verlag, dem Verein zur Förderung der Organspende e.V. und der DSO eine Festveranstaltung statt.

Lebertransplantierte Deutschland e.V. empfindet dieses Projekt als eine großartige Möglichkeit, die Gesellschaft auf das Thema Organspende aufmerksam zu ma-

chen und den Spendern und deren Angehörigen anonym zu danken. Unser Verband hat dem Bundesgesundheitsminister vorgeschlagen, ein ähnliches Projekt mit bundesweiter Intention in Berlin zu realisieren.

Jutta Riemer

Quelle: DSO

DSO-Jahrestagung der Transplantationsbeauftragten in Baden-Württemberg

Information, Diskussion und Anerkennung – Prominenz und Patienten würdigen die Arbeit in den Spenderkrankenhäusern

Die geschäftsführende Ärztin der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) **PD Dr. Christina Schleicher** hatte zusammen mit ihrem Team zur Jahrestagung am 24.9.2012 nach Stuttgart eingeladen. Sie betonte die Bedeutung der engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern im Sinne der Wartepatienten, denen sie sich verpflichtet fühlt.

Für besonderes Engagement für die Organspende wurden die Kreiskliniken Esslingen, die Oberschwabenklinik in Ravensburg und das Klinikum Stuttgart ausgezeichnet. **Katrin Altpeter**, Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, überreichte die Ehrung nicht primär für die Anzahl der realisierten Spenden, sondern auch z.B. für die Benennung und Unterstützung eines Transplantationsbeauftragten durch die Klinikleitung, die kontinuierliche Fortbildung des Klinikpersonals sowie die Erarbeitung von Leitlinien und Verfahrensschritten für den Fall einer Organspende.

Dr. Christina Schleicher erläuterte die Situation in Baden-Württemberg. Seit 2006 ist ein kontinuierlicher Rückgang der Organspenden zu verzeichnen. Das Land lag 2011 im Bundesländervergleich mit 10,7 Organspendern pro Million Einwohner am Schluss. Organspende sei von vielen Faktoren abhängig wie z.B. Anzahl der Intensivbetten, Anzahl der Behandlungsfälle pro Intensivbett, die Altersstruktur, die Todesursachen etc. Um dies zu ändern, wolle man sich künftig auf neue Wege zur Verbesserung der Situation konzentrieren. Das gelte sowohl für die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern wie für die Öffentlichkeitsarbeit.

PD Dr. Stefanie Förderreuther (Universität München) nahm Stellung zur aktuellen Kontroverse in der Hirntoddiagnostik. Wichtig für Ärzte und Spenderangehörige ist es zu wissen, dass der Hirntod als vollständiger, irreversibler Ausfall der Gesamtfunktion des Gehirns definiert ist und ein eindeutiges Todeskriterium darstellt. Die Referentin ging auf mögliche Schwierigkeiten der Hirntoddiagnostik in speziellen Fällen (Vergiftungen, besondere



Foto: privat

Verletzungsmuster etc.) ein und wies darauf hin, dass Hirntoddiagnostik stets auf der Basis der Richtlinien der Bundesärztekammer stattfinde. Der Hirntod ist ein besonders gutes Todeskriterium; fehlender Herzschlag eher nicht, denn u.U. kann reanimiert werden und das Herz fängt wieder an zu schlagen. Obwohl der Hirntod als medizinisches Todeskriterium nicht anzuzweifeln ist, sollten die Einstellungen der Menschen akzeptiert werden, die individuell davon abweichend für sich persönlich eine andere Todesdefinition finden. Durch korrekte Aufklärung muss den Angehörigen verständlich sein, dass nach dem Eintreten des Hirntods die Organfunktionen nur künstlich durch Geräte aufrechterhalten werden und keine Chance für ein „Aufwachen“ und Weiterleben bestehe.

Dr. Bernd Gorißen, vom Ortenau-Klinikum Offenburg-Gengenbach ist als Transplantationsbeauftragter (TxB) tätig und dort für die Entdeckung und Realisierung von Organspenden zuständig. Er erläuterte die Schwierigkeiten seiner Aufgabe: Terminierung von Organspenden, zusätzliche „Dienstaufgabe“ ohne Freistellung/Entschädigung, u.U. fehlende Akzeptanz der Organspende beim Personal des Klinikums, Vertrauensverlust durch aktuelle Vorfälle etc. Gorißen sieht aber auch die positiven Seiten: einige transplantierte Patienten als Motivation für die Arbeit, gute Unterstützung seitens der DSO, Lern- und Motivationskurve bei jeder weiteren Organentnahme. Er führte auch notwendige Verbesserungsvorschläge an: Eine gute Auswahl fähiger Mitarbeiter als TxB, ein

Ausbilder zusätzlich zur DSO, Gesprächstraining (Angehörigengespräche) und ausreichende Freistellung für diese Aufgabe gehörten u.a. dazu. Allein die Benennung eines TxB bewirke nichts.

Der **Dank der Transplantierten** stand als Abschluss der Veranstaltung auf dem Programm. Unser Verband lieferte dazu die Idee und setzte sie gemeinsam mit der DSO um: Transplantierte formierten sich auf der Bühne mit einem Karton, auf dem sie ihre geschenkten Lebensjahre notiert hatten. Angehörige erhielten ein rotes Herz, als Symbol dafür, dass ihr Familienmitglied durch eine Organspende gerettet wurde. Es waren 273 Lebensjahre. Unsere Mitglieder Heinz Suhling (seit zwei Jahren Lebertransplantiert) und Alfred Schieferdecker (Ehemann seiner seit 24 Jahren lebertransplantierten Ehefrau Gerda) bedankten sich mit kurzen Statements bei den Ärzten für den lebensrettenden, wertvollen Einsatz für die Organspende in ihren Krankenhäusern.

Diese Veranstaltung ließ es wieder sehr deutlich werden: Organspende und erfolgreiche Transplantation sind eine facettenreiche Gemeinschaftsaufgabe vieler Beteiligter. Hier müssen Kompetenz, Vertrauen, Motivation, optimale Strukturen und die entsprechende finanzielle Abdeckung im Sinne der Patienten zusammenkommen, damit möglichst vielen, im Optimum allen, Wartelistenpatienten die Chance auf die notwendige Therapie – die Transplantation – zur Verfügung stehen kann.

Jutta Riemer

„Organspende und Transplantation – eine Zeitreise“

Die DSO-Jahrestagung, Bereich Mitte, am 12. September 2012 im Landesmuseum in Mainz, wurde von der Gruppe „Capella Moguntina e.V.“ musikalisch eröffnet. Das Motto dieser Veranstaltung lautete: „Organspende und Transplantation – eine Zeitreise.“ Die Referenten erinnerten an die Anfänge der Transplantation und versuchten, einen Ausblick in die Zukunft zu geben.

Frau **Dr. Undine Samuel**, geschäftsführende Ärztin der DSO-Mitte, begrüßte alle Anwesenden und dankte ihnen für ihr Engagement in Sachen Organspende. Sie berichtete auch über die „Horormeldungen“ der letzten Wochen aus Regensburg und Göttingen. Diese Vorkommnisse sollten lückenlos aufgeklärt werden.

Malu Dreyer, rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin, sagte dazu: „Wir müssen unbedingt wieder Vertrauen aufbauen.“ Glücklich sei sie, dass durch die Gesetzesänderung die Lage der Lebendspender verbessert wurde. Sie wünsche sich aber, dass der Bund sich mehr daran beteilige. Außerdem setze sie sich für mehr Transparenz ein. Unangekündigte Kontrollen in den Transplantationszentren, auch bei der DSO, seien wichtig. Aufklärungsarbeit sei weiterhin sehr wichtig und sie dankte allen, die daran beteiligt sind. Ihr Dank galt auch den Transplantationsbeauftragten und dem Pflegepersonal in den Kliniken.

Der diesjährige Sonderpreis ging an die „Carl-Zuckmayer-Realschule plus“ in Nierstein. Seit über 15 Jahren behandelt hier Pfarrer Wolfgang Bernhard im Fach „Ethisches Handeln“ das Thema Organspende. Immer wieder konnte er seine Schüler dafür begeistern. Medizinischen Beistand holte er sich von einer Koordinatorin der DSO.

Professor Dr. Eberhard Schockenhoff, Mitglied des nationalen Ethikrates, nahm sich des schwierigen, aber aktuellen Themas „Hirntod und Organspende – eine moralisch-ethische Zeitreise“ an. Zurzeit würde der Hirntod wieder kontrovers debattiert, besonders in den USA. Der „President’s Council on Bioethics“, der dem deutschen Ethikrat entspricht, stelle den Hirntod infrage. Dort wird gesagt: „Wir wissen nicht, ob ein Organspender tot ist. Er ist unwiderruflich sterbend oder er



Die Carl-Zuckmayer-Realschule plus wurde ausgezeichnet.

befindet sich in einem Zwischenzustand. Er sieht aus wie tot, wirkt aber lebendig.“

Viele Angehörige hätten Probleme beim Anblick des Hirntoten. Sie sehen einen durchbluteten Körper, der aber künstlich am Leben gehalten wird. Früher konnte man nur den Herztod, deshalb hätten so viele Menschen Vorbehalte gegenüber dem Hirntod. Aber auf dieser Ebene sei kein Leben mehr da. Das müssten auch immer zwei voneinander unabhängige Ärzte feststellen.

Philosophen stellten sich die Frage: „Wann können wir von Leben sprechen?“ Das hänge davon ab, ob ein Mensch, der künstlich beatmet wird, noch lebt. Lebendigkeit sei eine Fähigkeit.

Angehörige würden bei einem Hirntoten von ihren Sinnen getäuscht. Der Mensch, der dort liege, sei kein lebendiger Mensch mehr. Trotzdem sollten wir die Ängste der Bevölkerung und die Kritik am Hirntod ernst nehmen. Es müsse noch einiges aufgearbeitet werden.

Dass der Hirntod ein aktuelles Thema ist und die Leute sich damit beschäftigen, beweisen auch die Anrufe beim DSO-Infotelefon. 2010 wurden von Januar bis Juni 58 Anrufe gezählt, 2011 waren es 95 und dieses Jahr im gleichen Zeitraum 412.

Dr. Christian Mönch, Vorsitzender des Fachbeirates DSO-Mitte, erinnerte an die 1. Lebertransplantation 1963. Damals war die Überlebensrate sehr gering. Heute ist das anders. Trotzdem stünden wir vor großen Herausforderungen. Die Warteliste steige immer mehr an. Wenige Organe

müssten auf schwerstkranke Patienten verteilt werden. Deshalb bräuchten wir eine gerechtere Organallokation.

Die Überlebenschancen mit einem niedrigen Meld-Score sind besser. Aber durch den Organmangel würden immer mehr Organe mit Mängeln transplantiert. Deshalb stelle sich die Frage: „Wo ist die Transplantation überhaupt noch sinnvoll?“ Die Zentren bräuchten auch einen Spielraum, um die Organe gerecht einzusetzen.

Dr. Mönchs Forderungen für die Zukunft sind:

- medizinisch sinnvolle Indikation und Kontraindikation
- eine gerechtere Allokation
- Krankenhäuser als medizinische Heilanstalt (kein wirtschaftliches Unternehmen, das nur auf Gewinn zielt)
- Unterstützung von Politikern und Bevölkerung
- Kontrollinstanzen
- Limitierung der Transplantationszentren

Den Abschluss der Veranstaltung bildete eine Diskussion über „Organspende – Ethische Verpflichtung im Krankenhaus“. Aufklärung, speziell in der Hirntoddiagnostik, sei sehr wichtig. Dr. Mönch berichtete, dass sie sich bei Kindern sehr schwer tun, und er habe großen Respekt vor Eltern, die ihre Kinder zur Organspende freigeben, um anderen ein Weiterleben zu ermöglichen.

Mariele Höhn

Foto: DSO

Neue Pumpe für Bauchwasser (Aszites)

Frankfurt – Eine neu entwickelte „Alpha-Pumpe“ wurde am Klinikum der Goethe-Universität in Frankfurt getestet. Das Leberzentrum des Uniklinikums war Teil einer europaweiten Studie, um die Wirksamkeit für dieses neue, automatisierte Pumpensystem zu testen. Es ermöglicht das Entfernen der Flüssigkeit aus der Bauchhöhle über die Harnblase.

Bei manchen Patienten mit Leberzirrhose können sich bis zu 20 Liter Wasser in der Bauchhöhle sammeln. Das Pumpensystem wurde vom Schweizer Unternehmen „Sequana Medical“ entwickelt und seit 2011 getestet. „Die Effektivität des Verfahrens ist belegt“, sagte Prof. Dr. Stefan Zeuzem, Direktor der Medizinischen Klinik I in Frankfurt. „Diese neue Technologie kann die Lebensqualität außergewöhnlich verbessern“. Frankfurts Leberzentrum sei eines der ersten Krankenhäuser weltweit, welches das neue Verfahren anbieten könnte.

Die Pumpe ist eine Alternative zu der bisherigen Behandlungsmethode, der wiederholten Parazentese, um Bauchwasser zu entfernen.

Quelle: Frankfurter Neue Presse, 21.7.2012

„Wir spenden unsere Organe, jetzt erst Recht!“ – Schlagzeile in der BILD-Zeitung

Stuttgart – „Organspende-Skandal in Deutschland! Immer weniger Menschen sind bereit, nach ihrem Tod mit einer Transplantation ein anderes Leben zu retten. ... BILD-Mitarbeiter stellen sich demonstrativ als Organspender zu Verfügung.“ Danach folgen 18 Fotos von BILD-Mitarbeitern (Anm.: 10 Frauen, 8 Männer) mit ihren Organspende-Ausweisen in der Hand und Zitate, warum sie mitmachen.

Einige Auszüge:

Eine Mitarbeiterin aus Stuttgart: „Weil ich nach meinem Tod auch anderen Menschen helfen möchte, habe ich meinen Organspende-Ausweis immer in meiner Tasche.“

Weiter eine Frau aus München: „Ich stelle alle Organe zur Verfügung. Als Kranke wäre ich auch froh, wenn es ein Spenderorgan für mich gäbe.“

Ein Mann in Essen: „Unter der Erde nützen meine Organe niemandem. Dann rette ich mit meinem Organspende-Ausweis doch lieber Leben!“

Ein Mann in Berlin: „Tot brauche ich meine Organe nicht mehr. Genug Menschen aber hoffen auf ein Leben mit meiner Leber, meinem Herz.“

Danach, auf zwei vollen Seiten, waren noch 37 (!) Fotos von BILD-Mitarbeitern mit ihrem Organspende-Ausweis abgebildet, mit den Hinweis „Ausweis ausfüllen und ausschneiden“ oder sonst per Computer auf „on.bild.de/spenderausweis.“

Danach folgte noch eine Interview mit DSO-Chef Prof. Dr. Günter Kirste und ein Artikel über Formel-1-Legende Niki Lauda, der 2005 gerettet wurde, als er eine neue Niere von seiner damaligen Freundin Brigit bekommen hatte. Drei Jahre danach haben die beiden geheiratet. Niki Lauda: „Die wahren Helden in solchen Geschichten sind die Spender.“ Recht hat er.

Für diese große Kampagne können alle Transplantierten der BILD-Zeitung danken. Hoffentlich werden so viel mehr Leute erreicht.

Quelle: BILD-Zeitung, S. 1, 10-11, vom 10.8.2012

Organhandel

Hamburg – Auf dem Höhepunkt des Göttinger Skandals um gefälschte Blutwerte hat „Der Spiegel“ eine Titelgeschichte plus Sonder-Report über den Handel mit Organen veröffentlicht. Er zeigte, dass jemand aus Deutschland 2008 eine Niere im Kosovo gekauft hat. Der Fabrikant soll mehr als 80.000,- EUR an die Zwischenhändler in Israel überwiesen haben. Die Spenderin, eine russische Emigrantin in Israel, bekam 8.100,- EUR für ihre linke Niere. Laut eines UNO-Berichts hat diese illegale Tx-Klinik im Kosovo mehr als 2.000 Nieren transplantiert. Aber keinen Arzt haben die Ermittler je vor Gericht gebracht. Die Vereinten Nationen berichten, dass jedes Jahr ca. 10.000 Nieren illegal verpflanzt würden.

In den folgenden Artikeln schreibt „Der Spiegel“ über Göttingen und wie Blutproben manipuliert wurden, um Patienten zu einer neuen Leber zu verhelfen. Der Tx-Chirurg Aiman O., 45, soll „... mindestens 23 Patienten zu neuen Organen verholfen haben, obwohl die noch nicht an der Reihe gewesen wären.“ Der Haupttäter O. ist ein gebürtiger Palästinenser. Der Gastroenterologe Giuliano R., 60, wurde ebenfalls beurlaubt wegen potenzieller Beihilfe.

„Der Spiegel“ weist darauf hin, dass die Vorfälle das Vertrauen in das System der Organvergabe zerstört habe. Aber bis jetzt fehlt genügend Beweismaterial, um bei den Ärzten einen Gesetzesverstoß festzustellen.

Quelle: Der Spiegel, Nr. 31, 30.7.12, S. 22–32

Eine Nierenlebendspende und zwei Empfänger

Eine kuriose Transplantationsgeschichte, die einmal mehr den drastischen Organmangel verdeutlicht, erregte in den USA Aufmerksamkeit: Ein Bruder (27) erhielt von seiner Schwester (21) eine Spenderniere. Nach zwei Wochen stand fest, dass die Erkrankung des Mannes auch diese Niere in kurzer Zeit wieder zerstören würde. Der junge Mann und seine Schwester waren einverstanden, dass diese Niere an einen anderen Patienten weitergegeben wurde. In einem 67-Jährigen, dessen Nierenfunktion durch Diabetes verloren gegangen war, funktioniert die Niere seit 2011.

Quelle: Der Kurier v. 27.5.2012, <http://kurier.at/nachrichten/gesundheit/4496098-eine-niere-auf-wanderschaft.php>

Organspende braucht mehr Vertrauen und Information

Frankfurt – In seinem Leitartikel im wöchentlichen „Extra Tipp“ plädiert dieser Redakteur für mehr Transparenz, um mehr Menschen zu Organspende zu bewegen. Sonst meinten zu viele Deutsche, dass nach ihrem Tod „... die Götter in Weiß nach ihrem Gutdünken entscheiden, was mit den eigenen Organen passiert.“ In der Transplantationsmedizin müsse man sehr konsequent sein: „Daher muss solchen schwarzen Schafen im weißen Medizinerkittel das Handwerk gelegt werden“, schreibt Axel Grysczyk. Nur mit mehr Information und flächendeckender Ansprache (z.B. Briefe der Krankenkassen mit Organspende-Ausweise) wird es gelingen, mehr Organspender zu finden, meint er. Er resümiert: „Schließlich ist das neue Gesetz ein Schritt in die richtige Richtung.“

Quelle: Frankfurts „Extra Tipp“, 11.11.2012

Göttingens „Soko Leber“

Frankfurt – Laut „Der Spiegel“ (45/2012) ist die Zahl der Organspender im Oktober 2012 „dramatisch“ gefallen, d.h. nur 60 Spender im Vergleich zu etwa 100 pro Monat im Vorjahr. Die kommenden Monate, so „Der Spiegel“, sind entscheidend für die Zukunft der Organspende. Jetzt sind die Krankenkassen dabei, ihre Mitglieder zu befragen, ob sie Organe spenden wollen, und verschicken Spenderausweise.

Im Fall Göttingen hat die Uni-Klinik dort selbst die Staatsanwaltschaft eingeschaltet. Deshalb haben 16 Kriminalbeamte die „Soko Leber“ gebildet, um die Ermittlungen aufzunehmen. Die zwei betroffenen Mediziner haben sich bei der Polizei noch nicht zu den Vorwürfen (Laborwerte gefälscht zu haben) geäußert. Ob es noch Mittäter gibt, sollten die Ermittlungen zeigen, schreibt „Der Spiegel“: Bei der Verteilung lebensrettender Organe sei es offenbar sehr einfach gewesen zu betrügen, sagt ein Beamter. Jetzt ist offensichtlich mehr Kontrolle bei der Organspende gefragt.

Quelle: Der Spiegel, 45/2012

DSO Abschlussbericht zur Inhousekoordination der Organspende

Grundlage zur Tätigkeit und Fortbildung von Transplantationsbeauftragten

Frankfurt – Der Abschlussbericht des Deutschen Krankenhausinstituts über das von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) seit 2010 durchgeführte Projekt „Inhousekoordination“ hat eine flächendeckende Analyse und Datenerhebung zur Organspende vorgenommen. Von den 155 großen Kliniken haben sich 112 am Pilotprojekt Inhousekoordination beteiligt. Damit konnten wertvolle Grundlagen für die Tätigkeitsbeschreibung und die Fortbildung der Transplantationsbeauftragten nach dem Transplantationsgesetz geschaffen werden, um so eine maßgebliche Verbesserung der Organspende-Situation in Deutschland zu erreichen. Durchschnittlich hat jedes Projektkrankenhaus sechs Verbesserungsmaßnahmen im Projektzeitraum geplant oder durchgeführt. Im Fokus standen die Mitarbeiter-Sensibilisierung und Mitarbeiter-Ausbildung sowie die Verbesserung der für eine Organspende notwendigen Abläufe.

In den 112 Projektkrankenhäusern waren die Spenderzahlen im Vergleich etwas höher als in den 43 vergleichbaren Nicht-Projekt-Krankenhäusern. Von insgesamt rund 23.000 betrachteten Todesfällen mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung in den Projektkrankenhäusern wurden 8.906 Fälle im Rahmen der strukturierten Dialoge eingehender auf ein mögliches Spenderpotenzial analysiert. Bei 411 Fällen (4,6 % der 8.906 gemeinsam von der Inhousekoordination und den DSO-Koordinatoren beratenen Fälle) stimmten Inhousekoordination und DSO-Koordinatoren überein, dass die Durchführung der Hirntoddiagnostik bzw. die Klärung einer möglichen Organspende sinnvoll gewesen wäre, aber nicht stattgefunden hat. Dennoch können diese möglichen Spender nicht mit tatsächlichen Spendern gleichgesetzt werden, da bei diesen Patienten weder feststeht, dass der Hirntod festgestellt worden wäre, noch dass die medizinischen und rechtlichen Voraussetzungen zur Organspende vorgelegen hätten. Allerdings reichen diese zusätzlichen Spender nicht aus, um die Spenderzahlen in Deutschland dem europäischen Durchschnitt oder gar dem europäischen Spitzenniveau anzugleichen. Als Gründe für die in Deutschland geringere Zahl von Organspenden identifiziert das Deutsche Krankenhausinstitut als wissenschaftlicher Begleiter des Projekts vor allem die fehlende Zustimmung zu den für eine Organspende erforderlichen diagnostischen Maßnahmen – u.a. auch bewirkt durch Patientenverfügungen – sowie im Vorfeld vereinbarte Therapiebegrenzungen bei schicksalhaften Krankheitsverläufen.

Für DSO-Vorstand Prof. Dr. Günter Kirste und DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum ergeben sich aus der Studie außerdem maßgebliche Ansatzpunkte für eine verbesserte Aufklärung der Bevölkerung. „Zum einen gibt es immer noch viel zu viele Wissensdefizite, was die Organspende selbst betrifft, und zum anderen müssen wir uns intensiv mit der Frage auseinandersetzen, auf welcher Basis Entscheidungen am Ende des Lebens getroffen werden“, so Kirste. Wichtig sei hier insbesondere die Aufklärung über eine Vereinbarkeit von Patientenverfügung und Organspende. Laut DSO sind es in den meisten Fällen die

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

Organspendeausweis ausschneiden und ausgefüllt
bei den Personalpapieren tragen

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.



Organspende
schenkt Leben.

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

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.



Organspende
schenkt Leben.

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

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.



Organspende
schenkt Leben.

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

Infotelefon

Organspende

0800/90 40 400

Montag bis Freitag · 9 bis 18 Uhr · Gebührenfrei

BZgA Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung

DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung DSO

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

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

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

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

Name, Vorname Telefon

Straße PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum Unterschrift

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

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

Name, Vorname Telefon

Straße PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum Unterschrift

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

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

Name, Vorname Telefon

Straße PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum Unterschrift

Infotelefon

Organspende

0800/90 40 400

Montag bis Freitag · 9 bis 18 Uhr · Gebührenfrei

Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung

DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung

DSO

Angehörigen, die im Falle einer möglichen Organspende um eine Zustimmung oder Ablehnung im Sinne des Verstorbenen gebeten werden. „Eine schriftliche Entscheidung des Verstorbenen bedeutet eine Erleichterung für die Angehörigen, die diese Entscheidung dann nicht mehr in einer emotional sehr belasteten Situation und möglicherweise unter Zeitdruck treffen müssten“, so Baum.

Gute Chancen für eine Verbesserung sehen DSO und DKG daher mit der Umsetzung der Entscheidungslösung. Beide Organisationen appellieren daher an alle Bundesbürger, sich über das Thema Organspende zu informieren und eine selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen eine Organspende zu dokumentieren.

Die Studie „Inhousekoordination bei Organspenden“ ist als kostenloser Download verfügbar unter www.dso.de und www.dki.de.

Quelle: DSO Pressemitteilung, 15.11.2012

DSO-Statement: Entwicklung der Organspende im dritten Quartal 2012

Die Organspende-Zahlen in 2012 liegen deutlich unter denen des Vorjahrs

Die Monate des dritten Quartals 2012 waren stark geprägt von den anhaltenden Manipulationsvorwürfen gegenüber einzelnen Transplantationszentren. Hinzu kamen weitere irreführende Darstellungen, die zu Verunsicherungen in der Bevölkerung beigetragen haben: der Verdacht einer Bevorzugung von Privatpatienten bei der Organvergabe sowie teilweise falsche Aussagen zur Gewebe-, Organ- und Körperspende.

Vor allem die schwerwiegenden Vorwürfe der Datenmanipulation bei Wartelistenpatienten erschüttern das Vertrauen massiv. Zwar können wir bislang noch nicht von einem starken Einbruch bei den realisierten Organspenden in genau diesem Zeitraum sprechen, dennoch liegt das Gesamtergebnis der ersten drei Quartale 2012 deutlich unter den Vergleichswerten der Vorjahre. Auch wenn es erfahrungsgemäß immer wieder Schwankungen in der Entwicklung der Zahlen gibt und das Jahresergebnis noch abzuwarten ist, ist die Verunsicherung der Menschen spürbar vorhanden und sehr ernst zu nehmen.

Es muss aus Sicht der DSO nun alles dafür getan werden, um jegliche Verdachtsfälle in Transplantationszentren lückenlos aufzuklären und weiterem Missbrauch sicher vorzubeugen. In diesem Zusammenhang sind direkte Konsequenzen von Seiten der aufsichtsführenden Institutionen erforderlich. Dies würde zeigen, dass man bereit ist, ernsthaft Schritte einzuleiten, die solches Vorgehen in Zukunft vermeiden.

Im September sind flächendeckende Kontrollen aller 47 Transplantationszentren angelaufen. Es ist vorgesehen, alle 140 organspezifischen Transplantationsprogramme mindestens einmal in einem Zeitraum von 36 Monaten vor Ort zu prüfen. Im ersten Schritt werden sämtliche Lebertransplantationsprogramme geprüft, deren Erstvisitationen bis Mitte 2013 abgeschlossen sein sollen.

Für die Organspende und Transplantation sind Transparenz und Vertrauen wichtige Parameter. Wenn Zweifel an der Transparenz des Verfahrens der Transplantation aufkommen, sind die eigentlichen Leidtragenden die Patienten auf der Warteliste. Sie müssen nun befürchten, noch länger – vielleicht sogar vergeblich – auf die rettende Transplantation zu warten.

Daher darf die Bereitschaft zur Organspende – so schwierig es auch ist – nicht in Frage gestellt werden. Wir appellieren gerade jetzt umso dringlicher an alle: Jedes einzelne Spenderorgan kann das Leben eines schwerkranken Menschen retten.

Quelle: DSO-Pressestelle, Frankfurt, 11.10.2012

Rückgang der Organspendezahlen in Deutschland

Ein Blick auf die Quartale I bis III/2012

Die Gesamtzahl der Organspender bundesweit für die ersten neun Monate des Jahres 2012 war mit 829 die niedrigste seit 2005. Das bedeutet einen Rückgang im Vergleich zum Vergleichszeitraum 2011 um 7,9%. Der stärkste Rückgang aller DSO-Regionen war für die Region Nord mit –16%, gefolgt von den Regionen Ost (–15%) und Mitte (–14%) zu verzeichnen. Nur DSO Baden-Württemberg zeigte ein Plus von 9% in dem Zeitraum. Das ist für Baden-Württemberg eine wichtige Entwicklung, denn hier gab es im Jahr 2011 die wenigsten Organspender.

Entsprechend dieser rückläufigen Spenderzahlen wurden auch weniger Lebern in Deutschland gespendet. Von Januar bis September waren dies hier 728. Dagegen konnten in diesem Zeitraum 802 Lebern (ohne Lebendspende und Domino-transplantation) an Patienten in Deutschland transplantiert werden. An diesem Vergleich sieht man auch, dass wir nach wie vor mehr Organe aus anderen Euro-transplantländern erhalten, als wir in den Transplantverbund abgeben.

In 2011 waren es im vergleichbaren Zeitraum 775 gespendete und 830 transplantierte Lebern. Schauen wir noch weiter bis zu den Dreivierteljahres-Zahlen 2010 mit 829 bzw. 876 Lebern zurück, erkennt man es deutlich: In jedem Jahr werden es weniger Organspender – eine schlechte Nachrichten für alle Wartepatienten.

Schon im ersten Halbjahr des Jahres 2012 waren die Organspenden zurückgegangen. Ende Juni konnten wir mit 562 Organspendern in Deutschland das schlechteste Halbjahresergebnis seit 2005 registrieren. Im 3. Quartal sanken die Zahlen weiter. Ab Juli gab es viele Berichte über den „Transplantationsskandal“. Das mag das Organspendeaufkommen zusätzlich beeinflusst haben. Wer für den Rückgang der Organspenden ausschließlich den „Transplantationskandal“ 2012 verantwortlich macht, macht es sich aber sicher zu einfach.

Es bleibt abzuwarten, ob die bundesweiten Medienberichte über die Ärzte in Göttingen, Regensburg und zuletzt auch in München, die wohl Labor-Daten gefälscht hatten, um ihre Patienten weiter nach

oben auf der Warteliste zu platzieren, die Menschen soweit von der Organspende abhalten, dass die Zahlen bis Jahresende noch weiter sinken. Die eigentlichen Leidtragenden sind die Wartepatienten, die jetzt dringend auf ein Organ warten.

Ob das novellierte Transplantationsgesetz hier Verbesserungen bringt? Die neuen Regelungen zur Entscheidungslösung sind zum 1. November 2012 in Kraft getreten. Die Krankenkassen sind verpflichtet, regelmäßig Organspendeausweise und Informationen zu versenden mit der Aufforderung, sich zu entscheiden.

In – wahrscheinlich noch etwas weiterer – Zukunft soll auch die elektronische Gesundheitskarte zur Speicherung von Angaben zur Organspendebereitschaft genutzt werden können. Die Gesundheitskarte ermöglicht rechtlich und technisch einen sehr hohen Schutz der sensiblen Daten. Die Speicherung der Angaben wird wohl auch dann für die Versicherten freiwillig sein. Bis zur möglichen Realisierung müssen aber noch einige z.B. datenschutzrechtliche Hürden genommen werden.

Dennis Phillips

I. Organspender*

DSO-Region	1995–2005**	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nord	148	141	157	139	145	150	149	125
Nord-Ost	101	113	109	116	105	117	94	92
Ost	96	142	129	125	131	111	118	100
Bayern	131	135	167	142	151	142	140	128
Baden-Württemberg	92	120	121	102	95	100	87	95
Mitte	100	95	129	84	105	156	122	105
Nordrhein-Westfalen	145	155	180	194	203	185	190	184
Deutschland	813	904	992	902	935	961	900	859

* ohne Lebendspender; vorläufige Zahlen für 2012, Quartale 1–3

** Durchschnitt im betrachteten Zeitraum

II. Postmortale Organspenden*

	2010	2011	2012
Niere	1.671	1.526	1.415
Herz	293	265	254
Leber	829	775	728
Lunge	217	221	265
Pankreas	116	120	110
Dünndarm	9	5	5
	3.135	2.912	2.777

Organe in Deutschland entnommen und in Deutschland sowie im Ausland transplantiert; ohne Lebendspenden. Vorläufige Zahlen für 2012, Quartale 1–3

III. Transplantierte Organe*

	2010	2011	2012
Niere	1.685	1.554	1.441
Herz	298	267	266
Leber	876	830	802
Lunge	221	240	271
Pankreas	124	131	126
Inselzellen	2	–	–
Dünndarm	9	7	6
	3.216	3.029	2.912

* ohne Transplantationen nach Lebendspende, ohne Domino-transplantationen.

Bis 2010 inkl. Pankreas-Inseln. Vorläufige Zahlen für 2012, Quartale 1–3. (Quelle: DSO)

TK-Städte Wettbewerb Organspende 2012

Unter dem Motto „Von Mensch zu Mensch“ ging die Techniker Krankenkasse (TK) mit ihrem landesweiten Städtewettbewerb zum dritten Mal auf Tour. Schirmherrin der Aktion war wie im Vorjahr Sozialministerin Katrin Altpeter.

In Baden-Württemberg war die TK in zehn Städten vom 11. bis 26. September 2012 vertreten.

Passanten konnten sich direkt am Aktionszelt über das Thema Organspende informieren. Für Fragen standen außer den TK-Mitarbeitern auch Experten der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) sowie Betroffene zur Verfügung. An jedem Standort waren Mitglieder und Ansprechpartner von Lebertransplantierte Deutschland e.V. vertreten.

Hierzu noch einen herzlichen Dank an die Techniker Krankenkasse für die Finanzierung der Rollups für unseren Verein, speziell für Baden-Württemberg. Diese kamen dann auch auf der Städtetour gleich zum Einsatz.

Die Einwohner der entsprechenden Städte waren dazu aufgerufen, für ihre Stadt zu punkten, indem sie sich über Organspende informierten, ihren Organspendeausweis vorzeigten oder diesen am Stand ausfüllten. Egal, ob in diesem zugestimmt oder widersprochen wurde.

Ich durfte dabei sein, als dann am 14. September um 17.00 Uhr feststand: Friedrichshafen hat mit 187 Punkten den



Foto: Alfred Schmidt

2. Platz belegt! Den Städtewettbewerb 2012 in Baden-Württemberg konnte letztlich Tübingen mit 295 Punkten für sich entscheiden. Tübingen erhält damit als dritte Stadt nach Heilbronn im Jahr 2010 und Aalen (2011) die Urkunde „Gewinner im Städtewettbewerb Organspende“. Viele Menschen haben sich an diesem Tag am Aktionszelt umfassend informiert und waren dadurch in der Lage, in Ruhe eine persönliche Entscheidung zu treffen – ob für oder gegen die Organspende. Nie fehlte der Hinweis seitens der Berater, dass diese Entscheidung möglichst in einem Organspendeausweis dokumentiert werden und jeder auch seine Angehörigen informieren sollte. Allen wurde bewusst:

Die Organspende ist ein Geschenk von Mensch zu Mensch! Überwiegend standen die Leute der Organspende positiv gegenüber und waren sehr interessiert an dem Thema. Es ging nicht darum, nur möglichst viele Ausweise zu verteilen. Wir wollten, dass die Menschen gut informiert sind, wenn sie ihre persönliche Entscheidung treffen.

Erstmalig 2012 rief die Techniker Krankenkasse auch in Sachsen-Anhalt in diesem Jahr zu einem Städtewettbewerb zur Organspende auf. Vom 5. bis 14. Juni 2012 besuchte die TK mit einem Aktionszelt fünf Städte in diesem Bundesland.

Alfred Schmidt

Aktionsbündnis Organspende Baden-Württemberg

Das von Patienten initiierte Bündnis findet zunehmend Beachtung.

Es hatte seit dem Jahr 2000 zahlreicher Vorstöße bei den verschiedenen Sozialministern im „Ländle“ bedurft, um die wichtige Forderung nach der Einrichtung einer Initiative Organspende Baden-Württemberg – so hatten wir drei Patientenorganisationen das damals genannt – zu realisieren. Zuletzt schrieben Niere BW, Herztransplantation Südwest und Lebertransplantierte Deutschland e.V. im Februar 2006 an die damalige Sozialministerin Dr. Monika Stolz:

„... Wir hatten bereits in Briefen an Ihren Vorgänger, Herrn Sozialminister Renner, vorgeschlagen, Institutionen und Organisationen im Bereich der Gesundheitsvorsorge und Aufklärung (Vertreter des Sozialministeriums, der Krankenkassen, der DSO, der Patientenorganisationen, der Transplantationsbeauftragten) zu einer „Initiative Organspende Baden-Württemberg“ zu bündeln. ...“

Frau Dr. Stolz beschied im Mai 2006, dass diese Initiative als „Aktionsbündnis

Organspende Baden-Württemberg“ an das Gesundheitsforum des Landes angebunden werde. So konnte dieses Aktionsbündnis im Herbst 2006 gegründet werden und nahm seine Arbeit – aufgeteilt in verschiedenen Arbeitsgruppen – auf.

In dem Aktionsbündnis Organspende haben sich seither die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, die Transplantationszentren, die Deutsche Stiftung Organtransplantation, die Kirchen, die Krankenkassen, die Rentenversicherung,

AKTIONSBÜNDNIS BADEN-WÜRTTEMBERG **: ORGANSPENDE**

die Ärzte- und Apothekerschaft, die kommunalen Landesverbände sowie die Patientenorganisationen zusammengeschlossen, um gemeinsam die Organspende und Organtransplantation in Baden-Württemberg zu unterstützen. Es ist sehr positiv, dass eine koordinierende Geschäftsstelle eingerichtet werden konnte.

Auch Gesundheitsministerin Karin Altpeter misst dem Aktionsbündnis große Bedeutung zu: „Im Aktionsbündnis treffen all diejenigen aufeinander, die bei Organspende und Organtransplantation in Baden-Württemberg Verantwortung tragen. Empfehlungen, die von diesem Gremium ausgesprochen werden, decken alle Blickwinkel ab und haben dadurch großes Gewicht. Maßnahmen zur Stärkung der Organspende erreichen mehr Menschen, wenn sie gemeinsam beschlossen und durchgeführt werden.“

Am 10. Oktober 2012 trafen sich die Vertreter der Mitglieder des Aktionsbündnisses zum Resümee und Planung der künftigen Aktivitäten.

Die Leiter der bestehenden Arbeitskreise gaben einen Überblick über die Fülle der im letzten Jahr geleisteten Arbeit: Für den AK Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit war dies Dr. Peter Petersen vom Universitätsklinikum Tübingen, für den AK Fortbildung PD Dr. Christina Schleicher und AK Schule Jutta Riemer, Lebertransplantierte Deutschland e.V.

Künftig will das Gremium noch stärker als bisher vernetzen und noch mehr Teilnehmer in die aktive Arbeit einbinden. Es wird einen neu gestalteten Internetauftritt geben. Der Multiplikatorenschulung (z.B. Lehrerfortbildungen) wurde eine wichtige Bedeutung beigemessen. Auch Transplan-

tationsbeauftragte, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Betriebsärzte, Krankenkassen, Kirchen und Schulen sollen bei der Information zur Organspende und Organtransplantation verstärkt unterstützt werden. Angedacht ist zudem eine verbesserte Betreuung von Angehörigen nach der Zustimmung zur Organspende. Berichtet wurde vom „Runden Tisch Organtransplantation“, der am 13. September 2012 im Sozialministerium stattfand. Dabei hatten sich die fünf Transplantationszentren im Land u.a. zur Einrichtung von interdisziplinären Transplantationskonferenzen und dem damit verbundenen Sechsen-Augen-Prinzip bei allen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Organtransplantation verpflichtet.

Jutta Riemer

Organspende als Christenpflicht?

Diskussion und Film in Bietigheim-Bissingen

Das Thema Organspende ist auch ein wichtiges Thema unter dem Gesichtspunkt der christlichen Ethik. Die Erwachsenenbildung der evangelischen und die katholischen Gesamtkirchengemeinden der Stadt Bietigheim-Bissingen hatten dazu am 16. Oktober 2012 eingeladen. Pfarrer Ritter begrüßte sowohl die Redner wie die zahlreichen Anwesenden. Am Podium stand kein Geringerer als Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff, Moraltheologie in Freiburg und Mitglied des Ethikrates sowie der Akademischen Gesellschaft Heidelberg, und mit dem Thema bestens vertraut. Er ging sehr verständlich und plausibel auf die Grundlagen der Einstellung der Kirche zur Organspende ein: Geben und nehmen, richtig verstanden als Maxime ethischen Handelns. Er gab hilfreiche Hinweise für die eigene, bewusste Entscheidung.

Als weitere, sehr kompetente Referentin konnte Nadja Komm gewonnen werden, Transplantationsbeauftragte und Tx-Koordinatorin aus Heidelberg. Sie konnte auf alle Fragen im Zusammenhang mit



(v.l.n.r.) Christian Turrey, Nadja Komm, Josef Theiss

dem Ablauf einer Organspendeabklärung, dem Hirntod und der Organentnahme und die Organvermittlung sachkundig antworten. Der Dritte am Podium war Josef Theiss, auch ein „Heidelberger“, denn er erhielt dort selbst vor 18 Jahren eine gespendete Leber. Die Anregung zu dieser Veranstaltung kam von ihm.

Moderiert wurde die Diskussion von Christian Turrey, Journalist von KiP – Kirche in der Presse. Die ca. 70 Teilnehmer überraschten nicht nur durch ihre Zahl,

sondern auch durch ihre zahlreichen Fragen. So manche Bedenken und Unsicherheiten konnten im Verlaufe des Abends ausgeräumt werden. Der Appell, sich selbst zu erklären, nicht erst zu warten, bis jeder von der Krankenkasse dazu brieflich aufgefordert wird und damit seinen Angehörigen eine große Last im Ernstfall zu nehmen, ist verstanden worden.

Dem Vortragsabend folgte zur Vertiefung eine Kinoführung des Films „Das Herz von Jenin“ im Olympiokino mit einer Einführung durch Christian Turrey und Statement von Josef Theiss, der auch Fragen

der Teilnehmer beantwortete.

Bereits am Vormittag hatten sich 70 Schüler der Realschule Bissingen mit ihren Lehrern dem Film gestellt. Die Einführung hatte Dr. Uschi Traub vom Gesundheitsdezernat Ludwigsburg übernommen, für Fragen der Schüler stand auch dabei Josef Theiss sowie der auf eine Herzspende wartende ehemalige VfB-Spieler Reinhold Zech zur Verfügung.

Josef Theiss

Foto: privat

Förderung der Organspende – Was können wir tun?

Unter diesem Motto organisierte Lebertransplantierte Deutschland e.V. am 28.7.2012 einen Workshop zur Förderung der Organspende für unsere bayerischen Mitglieder. Dieser sollte dazu dienen, Mitgliedern, die sich bisher noch nicht so gut über das Thema informiert hatten, Sicherheit in der Argumentation bei der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Organspende zu geben. Ebenso galt es, neue aktive Mitarbeiter für die Öffentlichkeitsarbeit zu gewinnen. 25 Teilnehmer waren nach Regensburg gekommen. Die Organisation lag in den Händen des Vorstands und der bayerischen Koordinatoren unseres Verbands. Dem Universitätsklinikum in Regensburg danken wir für die Bereitstellung der Räumlichkeiten.

Es lag vielfältiges Material aus. Auf dem Programm standen Fachvorträge zum novellierten Transplantationsgesetz (Bernhard Seidenath, MdL) und zum Thema Ohnmacht, Koma, Hirntod – was versteht man darunter? (Jutta Riemer, LD e.V.). Aber auch Antworten auf die wichtigsten Fragen der Bürger wurden erarbeitet. Überraschend für mich war es, dass wohl immer häufiger auch nach dem Zusammenhang Organspende und Patientenverfügung gefragt wird. So könnte der Verfügung z.B. ein zweiter Organspendeausweis beigelegt werden. Noch wichtiger ist es, in der Verfügung eine deutliche Formulierung niederzuschreiben, damit eine Organspende nicht durch eine allgemei-

ne Formulierung gegen die Intensivtherapie ausgeschlossen wird und die Chance auf eine Organspende vertan wäre.

Der erste Referent, Herr MdL Bernhard Seidenath, Sprecher für bioethische Fragen der CSU-Fraktion im Bayerischen Landtag, gab uns in seinem hervorragenden Referat einen Einblick in die Entstehungsgeschichte des Transplantationsgesetzes bzw. dessen Novellierung.

Es war faszinierend, das Problem einmal aus einer anderen Sicht betrachten zu können. Mir persönlich hat das engagierte Referat sehr gut gefallen. Herr Seidenath war in seinem Anliegen sehr fachkundig und authentisch. Ich glaube ihm, dass er voll hinter der Sache steht.

Der aktuell diskutierte Skandal um Manipulationen der Daten von Wartelistenpatienten in Göttingen hat uns den ganzen Tag immer wieder eingeholt und nahm einen breiten Raum ein. Eine Fälschung der Befunde muss künftig unbedingt verhindert werden. Alle Anwesenden haben entsetzt und enttäuscht auf die Vorwürfe reagiert. Sollten sich die ungeheuerlichen Anschuldigen bestätigen, ist es unerlässlich, die Täter auf das Schärfste zu bestrafen und Konsequenzen zu ziehen: So sollte z.B. Eurotransplant in Zukunft unbedingt in jedem Fall eine Plausibilitätsprüfung durchführen. Ebenso sind hier die DSO und die Ärzteverbände gefordert. Es ist ungeheuer wichtig, das verlorene Vertrauen wieder zurückzugewinnen.

Bereits jetzt haben Angehörige aufgrund der Unregelmäßigkeiten die Zustimmung zur Transplantation verweigert. Wir müssen angesichts des verlorenen Vertrauens die Devise ausgeben: „Jetzt erst recht!“ Nur so können wir verhindern, dass die Chancen, Leben retten zu können, immer schlechter werden. Schon jetzt verstirbt jeder dritte Betroffene auf der Warteliste. Durch eine Organspende kann bis zu sieben schwerkranken Menschen geholfen werden. Bei der Ablehnung einer Spende ist die Chance vertan, einem sonst sinnlosen Tod doch noch einen Funken Hoffnung zu verleihen.

Die Aktionen zur Aufklärung der Bevölkerung müssen verstärkt werden. Als Möglichkeiten für die Aufklärungsarbeit sind Kontakte mit den Transplantationsbeauftragten der örtlichen Kliniken, Selbsthilfegruppen, Rettungsorganisationen, Krankenkassen usw. anzustreben. Das Auslegen von Organspendeausweisen bei KFZ-Zulassungsstellen, Fahrschulen und mehr wäre gut. Die Aufklärungsarbeit an den Schulen könnte intensiviert werden usw. Bei Gesundheitstagen besteht ebenfalls die Möglichkeit der Aufklärung.

Nach einem sehr intensiven Gedankenaustausch führen wir am Spätnachmittag wieder Richtung Heimat. Ich bedanke mich bei den Veranstaltern für die Organisation und die fundierten Ausführungen.

Annemarie Abeltshauser



Foto: privat

Gefahren im Krankenhaus – Multiresistente Keime

Ein mulmiges Gefühl beschleicht den einen oder anderen transplantierten Patienten, der stationär im Krankenhaus aufgenommen wird und immer wieder einmal an Patientenzimmern das entsprechende Warnschild und die Utensilien für die speziellen hygienischen Maßnahmen entdeckt.

Müssen gerade wir als immunsupprimierte Patienten besondere Bedenken haben? Was passiert, wenn wir positiv auf MRSA getestet werden? Was können wir selbst tun, um uns zu schützen? Diese und viele andere Fragen hat Jutta Riemer an den ausgewiesenen Experten zu diesem Thema Prof. Dr. Alex W. Friedrich gestellt.

1. MRSA – Was ist das eigentlich?

MRSA sind eine Untergruppe des Erregers *Staphylococcus aureus*. Das sind Bakterien, die natürlicherweise auf der Schleimhaut des Nasenvorhofs und seltener auch auf der Haut von jedem dritten, z.T. jedem zweiten Menschen leben. Normalerweise verursachen diese Bakterien keine Infektionen. Bei Verletzung der Haut oder auch durch medizinische Maßnahmen wie z.B. eine Operation kann *S. aureus* Wundinfektionen verursachen. Solche Infektionen können harmlos ablaufen (Abszess, Eiterbildung etc.), bei geschwächtem Immunsystem kann es aber auch zu schweren Infektionen wie einer Blutvergiftung und Lungenentzündung kommen. Im Fall einer Infektion helfen Antibiotika, die Bakterien zu eliminieren. Manche *Staphylococcus aureus* sind unempfindlich (resistent) gegenüber dem Antibiotikum „Methicillin“ und den meisten anderen Antibiotika geworden. Solche Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* nennt man abgekürzt MRSA.

2. Wie stellt man die Keime fest?

Um die Träger- und Überträgerschaft festzustellen, muss eine mikrobiologische Untersuchung in einem Labor erfolgen. Hierfür wird ein Abstrich mit einem Watte- oder Polyurethantupfer von der Haut/Schleimhaut (meist Nasenvorhof, Rachen, ggf. Wunden, seltener Achseln, Leiste) durchgeführt. Ein Labor bestimmt das Vorhandensein von MRSA durch einen Kulturachweis. Werden keine MRSA nachgewiesen, gilt der Untersuchte als MRSA-negativ. Muss das Ergebnis rasch vorlie-

gen (anstehende OP etc.) kann ein Schnelltest (molekulare Methode) durchgeführt werden.

3. Bin ich bei positivem Testergebnis krank?

Krank ist man im Bezug auf MRSA nur, wenn man eine echte MRSA-Infektion hat. Hierfür müssen Krankheitssymptome vorliegen. In den meisten Fällen werden aber MRSA nachgewiesen (Testergebnis ist positiv), ohne dass Krankheitssymptome vorliegen. In einem solchen Fall spricht man von einer asymptomatischen Besiedlung (Kolonisation). Das bedeutet, dass MRSA-Bakterien auf der (Schleim)Haut des Menschen siedeln und sich vermehren, ohne dass eine Erkrankung verursacht wird. Solche Patienten nennt man auch MRSA-Träger. Infektion bedeutet, dass die MRSA über die (Schleim)Haut eindringen und den betroffenen Menschen zusätzlich krank machen. In beiden Fällen müssen dieselben Hygienemaßnahmen durchgeführt werden. Der Unterschied besteht darin, dass Patienten mit Besiedlung vorbeugend saniert werden können, d.h. durch Waschungen und Nasensalbe wird versucht, den MRSA von der Haut zu bekommen, bevor er eine Infektion auslösen kann – Patienten mit einer Infektion bekommen zusätzlich eine Antibiotikatherapie in Tablettenform oder als Infusion. Patienten, die lediglich besiedelt sind, erhalten in der Regel keine orale Antibiose. Eine Besiedlung ist daher lediglich ein erhöhtes Risiko zur Weitergabe von MRSA auf andere kranke Menschen und ein Risiko, selbst am MRSA zu erkranken. Die Besiedlung mit MRSA reicht aber in der Regel nicht aus, um eine MRSA-Infektion zu bekommen. Hinzukommen müssen noch weitere Risikofaktoren (siehe Frage 4).

4. Sind transplantierte Patienten besonders gefährdet?

Zu den wichtigsten Risikofaktoren für die Besiedlung durch MRSA gehören die Dauer des stationären Aufenthalts und die Behandlung mit Antibiotika. Zu den wichtigsten Risikofaktoren für den Beginn einer noch begrenzten MRSA-Infektion gehören Operationswunden, Katheter-



Prof. Dr. Alex W. Friedrich

einstichstellen, Fremdkörper aller Art. Der wichtigste Faktor für die Ausbreitung der Infektion im Körper ist eine echte Immunsuppression. Transplantierte Patienten erfüllen früher oder später alle genannten Risikofaktoren für Besiedlung und Infektion. Da eine Behandlung einer MRSA-Infektion zwar möglich, aber lediglich unter Einsatz von „Panzerschrank-Antibiotika“

erfolgen kann, sind alle Maßnahmen zur Vermeidung einer Besiedlung und damit der Vermeidung einer MRSA-Infektion zu bevorzugen.

5. Kann eine Infektion mit MRSA geheilt werden oder ist sie eventuell sogar lebensgefährlich?

Eindeutig ja, eine MRSA-Infektion kann geheilt werden. Hierfür darf man aber keine Zeit verlieren und muss mittels mikrobiologischer Diagnostik so schnell wie möglich erkennen, dass die Infektion durch einen MRSA verursacht wird und damit Standardtherapien nicht ausreichend wirksam sind. Wird blind antibiotisch behandelt, wirkt die Therapie bei MRSA häufig nicht ausreichend, dann kann die Infektion fortschreiten. Dann kann – abhängig von der vorliegenden Infektion – die Situation schnell lebensgefährlich werden (z.B. Sepsis, Pneumonie) oder im Fall von Fremdkörper- und Wundinfektionen sich zu chronisch behandlungsbedürftigen Infektionen entwickeln.

6. Im Krankenhaus werden MRSA-positive Patienten isoliert. Was geschieht nach der Entlassung?

Im Krankenhaus werden MRSA-Patienten isoliert, um eine Übertragung auf andere Patienten zu verhindern. Die Übertragung erfolgt dort, wo Antibiotika eingesetzt werden, Menschen zusammen treffen, die Risikofaktoren zur Besiedlung und Infektion haben und Menschen aufgrund pflegerischer Maßnahmen häufig und intensiv berührt werden. Alle diese drei Punkte treffen im Krankenhaus zusammen. Zu Hause, bei der Arbeit, beim Sport, kommen diese drei Faktoren selten zusammen. Eine Übertragungsgefahr von MRSA besteht dann nur noch, wenn be-

sondere mikrobiologische Faktoren bestehen, so das Vorliegen eines community-acquired MRSA, der unabhängig von Antibiotikaselektionsdruck und Risikofaktoren beim Patienten eine Infektion auslösen kann. In der Rehaklinik oder im Pflegeheim, aber auch in Psychiatrischen Abteilungen oder der Arztpraxis, ist das Vorliegen der genannten Risikofaktoren ebenfalls begrenzt. Vor allem die zeitgleiche Einnahme von Antibiotika fehlt, sodass Schutzmaßnahmen situationsgerichtet eingesetzt werden können.

7. Tritt MRSA nur in Krankenhäusern auf?

Nein, MRSA folgt seinen Trägern. Das bedeutet, dass es überall dort, wo Menschen sind, die sich einmal mit MRSA besiedelt haben, es auch MRSA gibt. Praktisch überall. Die Frage ist aber nicht, wo MRSA vorkommen, sondern wo sie die Bedingungen finden, sich auch zu verbreiten und ggf. Infektionen auszulösen. Wie unter Punkt 6 beschrieben, spielen hier die Krankenhäuser, die miteinander Patienten in einer Region versorgen, eine besondere Rolle, da jedes Mal, wenn ein MRSA-Patient aufgenommen wird, ohne dass dies durch mikrobiologische Diagnostik bekannt wird, einer oder zwei weitere Patienten mit MRSA besiedelt werden. Diese Spirale dreht sich, bis alle Krankenhäuser in einer Versorgungsregion gemeinsam die erforderlichen Maßnahmen zur Prävention von MRSA umgesetzt haben.

8. Worauf müssen Ärzte und Krankenschwestern besonders achten, damit keine Verteilung der Keime von Bett zu Bett stattfindet?

Wichtig ist zunächst festzustellen, dass gesundes Personal die Schutzkleidung primär trägt, um andere Patienten vor MRSA zu schützen, nicht um sich selbst vor MRSA zu schützen. Gesunde tragen den MRSA auf ihren Händen von Patient zu Patient. Besiedeln sich aber selbst eher selten. Dennoch kann auch Personal aus Sicht des MRSA zum Patienten werden. Durch das Vorhandensein von Risikofaktoren (Neurodermitis, Atopie, Rhinitis, chronische Akne) oder die Einnahme von Antibiotika kann Personal zum Patienten werden und sich daher dauerhaft mit MRSA besiedeln. Dann kann Personal sogar zum MRSA-Streuer werden. Daher ist es aus arbeitsmedizinischer Sicht dringend erforderlich, Personal mit Risikofaktoren für eine MRSA-Besiedlung und Infektion gesondert über ihr Risiko und mögliche

Schutzmaßnahmen aufzuklären. Dieses ist bereits seit Jahren auch in der TR-BA250, Punkt 7.1 festgelegt. In den Niederlanden darf zu MRSA-Patienten lediglich Personal ohne Risikofaktor. Vor allem die Einnahme von Antibiotika beim Personal gilt hier als der größte Risikofaktor. Wer Antibiotika einnimmt, hat eine Infektion und sollte deswegen während dieser Zeit auch nicht im Krankenhaus arbeiten.

9. Kann ich selbst im Krankenhaus dazu beitragen, dass ich keine Infektion bekomme?

Ja, zunächst mal ein Gespräch mit dem zuständigen Arzt für Krankenhaushygiene führen und sich beraten lassen, was getan wird, um Patienten vor einer MRSA-Besiedlung und -Infektion zu schützen. Selber die Hände desinfizieren und sich an die Vorgaben des Personals zur Hygiene halten. In manchen Krankenhäusern sprechen Pflegekräfte und Ärzte mit den Patienten ab, dass Patienten das Personal daran erinnern dürfen, dass diese ihre Hände desinfizieren sollen. Die Händedesinfektion wird zu einem positiv besetzten Thema bei der Oberarzt- und Chefarztvisite. Die Vorbilder machen es richtig vor und zeigen damit die Bedeutung der Händedesinfektion zum Schutz der Patienten.

10. Ist das MRSA-Problem in Deutschland im Vergleich zu unseren Nachbarländern (Niederlande, Dänemark) besonders groß? Gibt es Vergleichszahlen? Haben andere Länder andere Standards/Strategien zur Bekämpfung dieser Keime?

Die Veröffentlichungen im Rahmen der Meldepflichten der verschiedenen Länder und des europäischen Surveillancesystems EARS-Net am ECDC in Stockholm zeigen, dass in Deutschland bis zu 34 Mal häufiger schwerwiegende MRSA-Infektionen vorkommen als in den Niederlanden. Auch in Skandinavien sind MRSA-Infektionen eher eine Seltenheit. In diesen Ländern gibt es Richtlinien und Empfehlungen, die zum Teil schon vor vielen Jahren eingeführt wurden. In den Niederlanden wurde die MRSA-Empfehlung im Jahre 1986 veröffentlicht und binnen weniger Jahre flächendeckend umgesetzt. Die erste bundesweit gültige Empfehlung wurde im Jahr 1999 veröffentlicht. Erst im Jahr 2012 wurde die Umsetzung dieser Empfehlung de facto zur Pflicht.

11. Wenn ja, wo liegt der Grund? Was müsste sich in Deutschland ändern?

Die Unterschiede haben vor allem mit der flächendeckenden Umsetzung der bekannten MRSA-Empfehlungen zu tun, der präventiven Durchführung von mikrobiologischer Diagnostik und einem kontrollierten Einsatz von Antibiotika. Alle drei Punkte sind davon abhängig, wie viel Fachpersonal vorhanden ist. In den Niederlanden arbeiten in fast jedem Krankenhaus mindestens ein Arzt für Mikrobiologie und Krankenhaushygiene und Hygienefachkräfte. Diese Situation ist auch für Deutschland anzustreben. Kleine Krankenhäuser können sich gemeinsam mit anderen kleinen Häusern der gleichen Region einen Facharzt teilen und selber einen hygienebeauftragten Arzt beschäftigen. Die momentan praktizierte „Tele-Hygiene“, bei der Mikrobiologen und Krankenhaushygieniker von weit weg Patienten mitversorgen, ist eindeutig nicht mehr ausreichend für die Herausforderungen der Krankenhaushygiene heutzutage.

12. Weshalb wird in Deutschland nicht jeder Patient (und medizinisches Personal) auf MRSA getestet?

Weil das nicht generell erforderlich ist. Bei Personal schon gar nicht, da man nicht die zufälligen Kurzzeiträger finden möchte, sondern Langzeiträger. Daher gibt es für Personal eindeutige Empfehlung, die davon abhängen, ob Patienten einer Station den gleichen (!) MRSA haben, ohne miteinander direkt in Kontakt gewesen zu sein. Dann wird Personal selektiv gescreent.

Patienten können für einen Zeitraum (z.B. 1 bis 4 Wochen) flächendeckend gescreent und zu ihren Risikofaktoren befragt werden. Hiermit kann die Screeningempfehlung für das eigene Haus validiert und ggf. angepasst werden. Meist kann man danach das Screening auf die eigentlichen Risikopatienten eingrenzen. In manchen Häusern (z.B. Unikliniken) haben so viele Patienten bei Aufnahme mindestens einen Risikofaktoren, dass sowieso die Mehrzahl der Patienten gescreent werden muss. Dann ist es aus pragmatischen Gründen einfacher, auf die zeitraubende Befragung nach den Risikofaktoren zu verzichten und jeden zu screenen.

*Prof. Dr. Alex W. Friedrich, MD
Chair of Medical Microbiology and Infection Control; Head of Department for Medical Microbiology and Infection Control
University Hospital Groningen, Nederland*

Reha und Erwerbsminderungsrente

Manchmal hört man von Transplantierten: „Ich musste Erwerbsminderungsrente beantragen, ohne es zu wollen.“ Wie verhält es sich damit?

Befindet sich ein Kranker in einer Reha-Maßnahme und es wird deutlich, dass durch diese Maßnahme keine Besserung der Krankheit zu erreichen ist, kann der Reha-Antrag in einen Rentenanspruch umgedeutet werden. Dies kann durch die Krankenkasse oder durch die Rentenversicherung geschehen. Wichtig ist es in diesem Fall, sofort Kontakt mit der Rentenversicherung und der Krankenkasse aufzunehmen, damit keine Finanzlücken zwischen Krankengeld und Rentenbezug auftreten.

Grundsätzlich kann gegen die Umdeu-

tung Widerspruch eingelegt werden, aber: Haben Arbeitsamt oder Krankenkasse zur Reha aufgefordert und wird in diesem Fall der Reha-Antrag in einen Rentenanspruch umgedeutet, gibt es bei Ablehnung der Umdeutung keine weiteren Zahlungen von Arbeitsamt oder Krankenkasse mehr.

Ist jemand nicht arbeitsfähig, ist auch der Bezug von Arbeitslosengeld 2 („Hartz IV“) ausgeschlossen. Man muss sich in diesem Fall wegen finanzieller Unterstützung an das Sozialamt wenden. Unterstützung vom Sozialamt gibt es aber erst, wenn das eigene Vermögen aufgebraucht ist.

Übrigens: Der Bezug von Erwerbsminderungsrente ist gewöhnlich auf zwei Jahre befristet, sie kann bei Vorliegen ausreichender Gründe auf Antrag verlängert werden.

Wird Erwerbsminderungsrente vor Erreichen der gesetzlich festgelegten Grenze für den Bezug von Altersrente gewährt, erfolgt ein Abzug von 0,3 % pro Monat des früheren Renteneintritts. Der Höchstabzug liegt bei 10,8 %.

Peter Mohr

Lebertransplantierte – die teureren Patienten?

Immmer wieder kommen Anfragen von Patienten, deren Arzt sich weigert, sie weiter zu behandeln oder die nach der Transplantation von keinem neuen Arzt angenommen werden. Deshalb hier nochmals Auszüge aus einem früheren Artikel:

Ein Arzt nimmt einen lebertransplantierten Patienten an und verschreibt ihm dann die notwendigen Medikamente (z.B. Immunsuppressiva). Diese sind allerdings so teuer, dass sie das Budget des Arztes für Medikamente gewöhnlich bei Weitem überschreiten. Die Praxis liegt in ihren Ausgaben also über dem Durchschnitt, was bei der Abrechnung durch die KV auffällt. Diese fragt beim Arzt dann nach den Gründen für diese Kosten und der Arzt

muss nachweisen, dass er einen „Praxissonderfall“ (nämlich einen lebertransplantierten Patienten) behandelt. Dies ist ein ziemlicher bürokratischer Aufwand, den manche Ärzte gern vermeiden möchten.

Bleibt die Frage: Darf der Arzt einen Patienten überhaupt ablehnen? Im Prinzip gilt: Kassenpatienten dürfen von Kassenärzten nicht abgelehnt werden. Diese haben sich bei ihrer Kassenzulassung dazu verpflichtet, an der kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen (natürlich gibt es auch hier Ausnahmen, z.B. mangelnde Mitarbeit des Patienten). Sollte ein Kassenarzt die Betreuung eines lebertransplantierten Patienten ablehnen, empfiehlt sich eine Information an die Krankenkasse.

Anders bei Privatpatienten: Hier kann sich der Arzt seine Patienten aussuchen (Ausnahme: Notfälle und Stammkunden; diese müssen bis zum Ende der Therapie behandelt werden).

Natürlich ist die Behandlung durch einen Arzt, den man zur Behandlung praktisch gezwungen hat, in der Regel wenig angenehm und die meisten Patienten suchen sich dann doch einen anderen Arzt.

Eine Beschwerde bei der örtlichen kassenärztlichen Vereinigung oder der Ärztekammer (Privatpatienten) ist ein solches unethisches Verhalten dann aber doch wert.

Peter Mohr

Erwerbsminderungsrente und Arbeitsplatz

Nach einer Lebertransplantation erhalten Patienten meist die Möglichkeit, eine auf zwei Jahre befristete Rente wegen Erwerbsunfähigkeit anzutreten. Hier stellt sich für viele die Frage: Bleibt der Arbeitsplatz erhalten oder kann es sein, dass er nach zwei Jahren für die Betroffenen nicht mehr existiert?

Die Frage ist nicht eindeutig zu beantworten. Für einen 2-Mann-Betrieb wird es häufig kaum möglich sein, den Arbeitsplatz freizuhalten; in einem Weltkonzern oder einer Behörde sieht es anders aus.

Wie im Einzelfall verfahren wird, hängt neben der Betriebsgröße von den betriebsinternen Regelungen (z.B. Tarifverträge) ab. Wer also auf der Warteliste steht, sollte über die Zeit nach der Transplantation mit seinem Vorgesetzten, aber auch mit dem Betriebsrat und, soweit vorhanden, der Vertrauensfrau/dem Vertrauensmann für Schwerbehinderte sprechen.

Die Rente muss natürlich nicht in Anspruch genommen werden; wer sich fit fühlt, kann nach der Transplantation auch zu einem von ihm gewählten Zeitpunkt wieder mit der Arbeit beginnen. Sinnvoll

ist es, darüber neben Arzt und Arbeitgeber auch mit der Krankenkasse zu sprechen.

Liegt eine Krankheitsdauer von mehr als sechs Wochen vor, ist der Arbeitgeber verpflichtet, ein „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ (BEM) in Gang zu setzen. Hier sind die oben Genannten, aber eventuell auch der Betriebsarzt oder Fachleute von außerhalb des Betriebs (z.B. Integrationsamt) beteiligt. Thema ist die optimale Eingliederung der Betroffenen in den Arbeitsprozess.

Peter Mohr

Zwischen Bangen und Hoffen ...

An vielen Krankenbetten, in den Klinikfluren, in durchwachten Nächten ist es Programm: das Bangen um den geliebten Menschen und der Versuch, die Hoffnung nicht aufzugeben. Das gilt für alle Familien, in denen sich Schicksalsschläge durch Krankheit oder Unfälle ereignen.

Oft sind es viele Tage, die Angehörige um das Leben ihres hirntot verletzten Familienmitglieds bangen und hoffen. Manches Mal gibt es eine Genesung. In anderen Fällen muss die Diagnose „Hirntod“ von den Ärzten gestellt und besprochen werden, und es schließt sich dann noch die Frage nach der Organspende an.

Bei vielen chronisch organkranken Patienten verschlimmert sich der Zustand von Woche zu Woche und die ganze Familie weiß es: Wenn nicht rechtzeitig ein Spenderorgan zur Verfügung steht, gibt es keine Rettung mehr. Auch hier das Hoffen und Bangen. Bei meiner ersten Begegnung bei einer Veranstaltung für Spenderangehörige der DSO – es waren natürlich nicht die meines Organspenders dabei – war ich mir sehr unsicher, wie ich mich in dieser Situation verhalten sollte. Ich de-

monstrierte ja geradezu die glückliche Lebensrettung durch ein Spenderorgan von einem Menschen, der es nicht geschafft hat. Wird hierdurch das tragische Schicksal meines Gegenübers nicht noch bitterer empfunden?

Nein, meine bisherigen Begegnungen mit den Angehörigen von Organspendern waren durchweg positiv. Sie haben mir immer wieder zu verstehen gegeben, dass Sie es als Bereicherung empfinden, endlich jemanden kennenzulernen, der mit einem Spenderorgan lebt. „Leben retten durch Organspende – das war immer sehr abstrakt für mich. Nun steht jemand vor mir, der nur durch eine Organspende überlebt hat. Nun weiß ich einmal mehr, dass meine Entscheidung damals richtig war“, erklärte mir eine Frau, die der Organentnahme bei ihrem Mann nach der Feststellung des Hirntods zugestimmt hatte. Er hatte einen Schlaganfall erlitten und hatte keine Chance mehr auf Rettung. Manche Familienangehörige von Spendern engagieren sich sogar in der Öffentlichkeit für die Organspende. Das empfinde ich als besonders bemerkenswert, da diese

Menschen in vollem Umfang uneigennützig handeln.

Auch Gudrun Zippler gehört dazu. Seit über zehn Jahren kenne ich sie nun, Gudrun, die ihren Sohn vor über zwölf Jahren, damals 16-jährig, verloren hat. Seine Organe wurden erfolgreich transplantiert. Seit vielen Jahren stehen wir in Kontakt, schreiben uns und treffen uns manchmal.

In Dresden wurde anlässlich des Tages der Organspende 2012 ein Foto von vielen Transplantierten aufgenommen, die alle ein Plakat mit der Anzahl der geschenkten Lebensjahre vor sich hielten und ihren Dank an die Spender aussprachen. Es waren bei 45 Transplantierten 436 Jahre zusammengekommen. (s. „Lebenslinien“ 2/2012).

Am PC sitzend hatte ich nun vor, dieses Foto an Gudrun zu mailen – und wieder, nach den vielen Jahren, die Zweifel: Verkräftet sie das? Ist das angemessen? Wir freuen uns über das geschenkte Leben und ihr Sohn Philipp musste sterben? ... Ich habe das Foto geschickt und ein wenig die „Luft angehalten“.

Die Antwortmail ließ nicht lange auf sich warten:

Hallo und guten Morgen!

mit solchen wunderbaren Informationen darf der Tag gern beginnen! DANKE! Es ist einfach immer wieder gut für mich zu wissen, dass es solche Augenblicke geben kann, sich Menschen so mit- und füreinander freuen können. Das sind Botschaften, die einfach Mut machen können und müssen. Als Angehörige und Mutter eines Organspenders ist es sehr, sehr wichtig zu wissen, wie viele Lebensjahre durch so ein Geschenk zusätzlich möglich waren und weiter sein werden.

Bei Philipp zähle ich die durch seine Spenden verschenkten Lebensjahre nämlich dazu. So habe ich für mich das innere, wohltuende Gefühl, meinen Sohn viel länger gehabt zu haben:

Philipp war am Sterbetag 16 Jahre alt – und ich zähle die von Philipp durch die Organspende verschenkten Jahre dazu: Bei der DSO erkundige ich mich immer wieder, ob die Empfänger noch leben und erhalte dort auch anonyme Auskunft. So kann ich meine kleine Rechnung aufstellen:

Philipp wurde	16 Jahre
2 × 1 Jahr =	2 Jahre
3 × 12 Jahre =	36 Jahre
Das sind insgesamt	54 Jahre

Die Empfänger, das weiß ich auch von der DSO, können einen anonymen Dankesbrief schreiben, den die Familien der Spender dann erhalten. Über einen solchen Brief hätte ich mich natürlich gefreut. Aber es ist auch in Ordnung zu schenken, ohne den Dank zu erwarten oder gar einzufordern. Darin liegt doch auch das Wesen des Schenkens.

Viele, liebe Grüße
Gudrun

Jutta Riemer

25 Jahre geschenktes Leben

Friedrich Meyer erzählt die Geschichte seiner Lebertransplantation



Eigentlich – das möchte ich gleich voranstellen – bin ich mit Leib und Seele Landwirt und kein Redner oder Schreiber. Doch als mich bei einem unserer letzten Patientenseminare im Uniklinikum Regensburg Herr Bonkowski, Pflegerische Leitung, ansprach, ob ich denn nicht einen Vortrag über meine Lebertransplantation halten könne, war das selbstverständlich für mich. Beim nächsten Patiententreffen im Jahr darauf berichtete ich über 23 Jahre geschenktes Leben.

Es begann eigentlich ganz harmlos – damals, im Jahre 1986. Mir tat nichts weh. Als ich mich eines Tages mit meinen Arbeitskollegen über Krankheiten unterhielt und diese erklärten, einmal im Jahr zum Arzt zum sogenannten Durchchecken zu gehen, dachte ich mir, das mache ich auch. Ich ging also zu meinem Hausarzt, erklärte ihm den Grund meines Besuches und sagte ihm, dass ich abends geschwollene Beine hätte und seit längerer Zeit an vermehrter Müdigkeit leide. Aufgrund meiner körperlich anstrengenden Arbeit im eigenen landwirtschaftlichen Betrieb und im örtlichen Natursteinbetrieb erschien mir das normal. Mein Arzt schaute mir in die Augen und sagte, ich hätte „etwas mit der Leber“ und solle mich am besten gleich im Krankenhaus genauer untersuchen lassen. So ging ich in die Klinik. Nach den ersten Untersuchungen wurde die Diagnose bestätigt: Leberzirrhose!

Es war Sonntag, ein schöner sonniger Julitag. Ich ging mit meiner Frau im Krankenhausgarten spazieren. Am Abend fuhr sie wieder nach Hause, und ich begab mich auf mein Zimmer. Plötzlich bekam ich Schüttelfrost und gleichzeitig wurde mir ganz heiß. Ich klingelte sofort nach einer Schwester, die erhöhte Temperatur feststellte. Das Fieber stieg weiter an bis auf 41,5 Grad, und ich fiel in ein sogenanntes Wachkoma. Ich hatte eine schwere doppelseitige Lungenentzündung.

Als ich nach einer Woche – „Gott sei Dank!“ – wieder aufwachte, erklärte mir der Chefarzt, dass meine Leber durch die starken Medikamente gegen die Lungenentzündung noch mehr geschädigt sei und sich wohl nie mehr erholen würde. Nach seiner Ansicht käme nur eine Lebertransplantation in Frage.



Nach dem ersten Schock viele Fragen. Unterdessen hatte der Chefarzt Kontakt mit Prof. Pichlmayr von der Medizinischen Hochschule Hannover aufgenommen, den er persönlich kannte. Ich fuhr nach Hannover, wo nach eingehenden Untersuchungen eine Leberzirrhose im Endstadium bestätigt wurde. Meine Leberwerte besserten sich nicht, und so kam ich auf die Warteliste für eine Transplantation.

Nach drei gescheiterten Anläufen klappte es dann – „Gott sei Dank!“ – beim vierten Mal. Vom 6. auf den 7. Dezember 1987 wurde ich in der MH Hannover erfolgreich transplantiert. Meine neue Leber funktionierte von Anfang an sehr gut, und es ging täglich aufwärts mit mir.

Meine Genesung verlief sehr gut und so konnte ich am 12. Januar 1988 von meiner Frau und meinen beiden Kindern nach Hause begleitet werden.

Mit der Bahn fuhr ich mit meiner Familie nach Hause, überglücklich! Mein erster Weg führte mich gleich in den Kuhstall zu meinen geliebten Tieren. Alles war noch beim Alten – dank meiner Frau Martha, die mit Unterstützung meiner Eltern und eines Betriebs Helfers alles bestens versorgt hatte. Langsam begann ich, wieder meiner gewohnten Arbeit nachzugehen und immer nur nach vorne zu schauen.

Bei einer Kontrolluntersuchung in Hannover fragte mich Prof. Pichlmayr, ob ich für ein Interview mit einem TV-Team bei

mir zu Hause bereit sei. Ich stimmte natürlich gleich zu. So besuchte mich am 3. März 1988 ein TV-Team vom WDR aus Köln. Wir machten auch Aufnahmen bei der Stallarbeit und beim Kälberfüttern.

Mir ging es auch weiterhin gesundheitlich ganz gut, so dass ich bereits die Frühjahrspflanzung auf unseren Feldern selbstständig erledigen konnte. Meine Arbeit im Natursteinbetrieb allerdings konnte ich nicht mehr ausüben. So bewarb ich mich bei der Gemeinde für eine Halbtagsstelle als Platzwart im neu errichteten Sportgelände. Ab Juni mähte ich nun auch den Rasen für die Fußballer.

Im Großen und Ganzen ging alles ganz gut, bis im Frühjahr 1989 nach einer Unkrautspritzung meine Leberwerte plötzlich sehr stark anstiegen. Nach Rücksprache mit der MHH fuhr ich sofort nach Hannover. Die Untersuchungen dort brachten kein klärendes Ergebnis. Auch der mögliche Zusammenhang mit dem Spritzmittel brachte keine Klarheit. Die Leberwerte normalisierten sich und ich konnte nach zwei Wochen wieder nach Hause und meiner Arbeit wie gewohnt nachgehen.

So blieb es bis zum Frühjahr 1990, als ich wieder gegen Unkraut spritzte und meine Leberwerte (wie im Vorjahr) abermals anstiegen. Wieder wurde ich nach Hannover beordert, wieder die gleichen Untersuchungen, wieder Rücksprache mit der Spritzmittelfirma und wieder keine Klarheit. Meine Leberwerte gingen zurück, und ich fuhr wieder nach Hause. Da ich aber auch andere Spritzmittel eingesetzt hatte und damit keine Probleme auftraten, kam nur dieses Spritzmittel zur Flughäferbekämpfung in Frage, das meiner Leber anscheinend arg zusetzte. Ich ersetzte es durch ein anderes Mittel, das mir keine Probleme bereitete.

Dank meiner stabilen Gesundheit und meines Leitworts „immer nach vorne schauen“ konnten meine Frau und ich unseren Landwirtschaftsbetrieb noch etwas vergrößern. Nach reichlicher Überlegung entschieden wir uns allerdings im Herbst 1999, wegen einer größeren anstehenden Investition und aus Platzgründen den Betrieb aufzugeben. Auch bei der Gemeinde gab ich meine Arbeit auf. Von nun an ging meine Frau zur Arbeit und ich kümmere mich seither um Haus- und Gartenarbei-

Foto: Jürgen Pauli - Illustrationen: Zedcor DeskGallery®

ten. Als Ausgleich habe ich mir das Korbflechten angeeignet – ein Hobby, das mir viel Freude bereitet (siehe Bericht in „Lebenslinien“, 2/2010).

„Gott sei Dank!“ geht es mir mit meinem geschenkten zweiten Leben bis heute ganz gut. Auf diesem Wege möchte ich

mich bei meinem Spender und dessen Familie recht herzlich bedanken. Ebenfalls danke sagen möchte ich allen Ärztinnen, Ärzten und Krankenschwestern, die mir zu meinem zweiten Leben verholfen haben. Und ganz besonders möchte ich mich bedanken bei meiner Familie – bei

meiner Frau Martha und meinen beiden Kindern.

Ich hoffe, nun noch viele Jahre bei bester Gesundheit bei meinen Lieben verbringen zu dürfen. „Gott sei Dank!“

Friedrich Meyer

Das Gespräch mit den Angehörigen – ohne Druck, mit Sensibilität und Kompetenz!

Wie und wann sollen Ärzte und Pflegekräfte in Kliniken Angehörige eines unmittelbar Verstorbenen zum Thema Organspende ansprechen, wenn der Patient selbst keinen eindeutigen Willen hierzu hinterlassen hat? „In einer solchen Situation muss man natürlich primär den Bedürfnissen der trauernden Angehörigen gerecht werden, gleichzeitig aber auch die Patienten im Blick haben, deren Leben von einer Organspende abhängt. Beide Aspekte sind als ethisch gleichwertig zu betrachten und gezielte Trainingsangebote für Ärzte und Pflegekräfte von immenser Bedeutung, erklärt Prof. Dr. Dr. Fritz Muthny, Leiter des Instituts für Medizinische Psychologie an der Medizinischen Fakultät Münster.

Über zehn Jahre lang hat er (bis 2006) rund 100 Moderatoren (meist erfahrene Psychotherapeuten) trainiert, die nach einem speziellen Programm („EDHEP-Programm“), organisiert durch die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), solche eintägigen Fortbildungen in den Kliniken durchgeführt haben. Dabei wurden in über 900 Seminaren fast 10.000 Ärzte und Pflegekräfte für solche Gespräche mit Angehörigen in der Klinik geschult. Muthny betont, dass die oft schockartigen Belastungen, Bedürfnisse und Fragen der Angehörigen im Mittelpunkt stehen müssen. Alle konkreten Fragen zum Tode ihres Angehörigen und zum Ablauf und Vorgehen bei einer eventuellen Organspende müssen geduldig und einfühlsam beantwortet werden. Das ist wichtig für das „Begreifen des eigentlich Unbegreiflichen“ und hilft beim weiteren Trauer- und Bewältigungsprozess. Angehörige brauchen nicht nur Informationen, sondern ganz wesentlich auch Trost, Verständnis und Hilfe. Nach einem Unfall z.B. sind es häufig Fragen zum Unfallhergang, zu den Verletzungen und zu der Behandlung, die eine wichtige Rolle für die Bewältigung spielen. Solche In-

formationen sollte der Gesprächsführende besitzen bzw. von Kollegen einholen, um möglichst überzeugend aufklären zu können. Das schafft wichtiges Vertrauen. Daher sollte im Idealfall der Arzt das Gespräch führen, der den Patienten behandelt hat – nicht nur wegen der Informationen, sondern auch, weil diese Person für die Angehörigen eine besondere Bedeutung hat, weil sie nah bei dem Verstorbenen war, so Muthny.

Prof. Muthny hat die früheren Seminare umfassend evaluiert, ein Ergebnis ist: „Das Wichtigste war für viele Teilnehmer das Erkennen des richtigen Zeitpunkts, um die Frage nach der Organspende zu stellen. Dabei spielt die Akzeptanz des Todes und die Bereitschaft und die Möglichkeiten Abschied zu nehmen, eine wichtige Rolle. Gegenseitige Unterstützung verschiedener Familienangehöriger kann hier sehr hilfreich sein. Bei der Behandlung des Themas Organspende ist ganz wichtig, dass zunächst der (mutmaßliche) Wille des Verstorbenen eruiert wird, der ja nach ethischen und juristischen Grundsätzen oberste Richtschnur für alles weitere Handeln ist. Erst wenn dieser nicht feststellbar ist (leider in über 70 Prozent der Fälle), treffen die Angehörigen die Entscheidung im Hinblick auf eine Organspende.“ Bei solchen Gesprächen sei auch, vor allem bei geäußerten Bedenken, ein frühes Signal an die Angehörigen wichtig, dass ihre letztendliche Entscheidung (für Organspende, Organspende mit Einschränkungen oder gegen Organspende) in jedem Fall akzeptiert werden wird.

Muthny: „Geduldige und bedarfsgerechte Aufklärung sollte im Vordergrund stehen, dabei darf allerdings kein Druck ausgeübt werden und einseitig die Per-



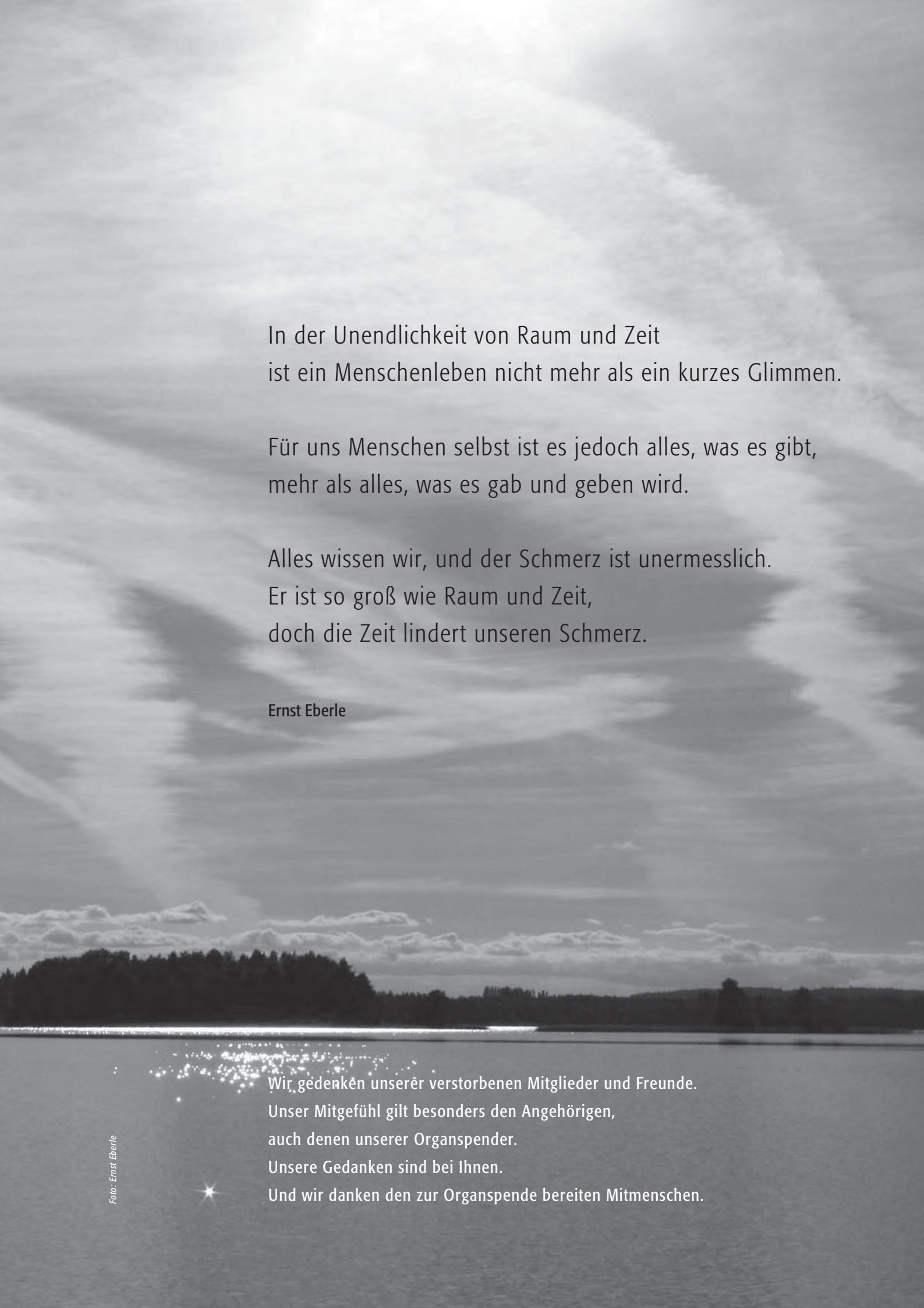
Prof. Dr. Dr. Fritz Muthny

spektive der potenziellen Empfänger im Vordergrund stehen. Wichtig ist, dass diese manchmal schwierigen Gespräche einfühlsam, aber auch mit Selbstverständnis geführt werden. Dass diese Gespräche über eine mögliche Organspende früher mitunter einfach vermieden wurden, ist einerseits menschlich verständlich, kann aber kaum als ethisch begründet gesehen werden.“

Auch die Rahmenbedingungen vor Ort sind nicht unwichtig. Dazu zähle etwa ein ungestörter Raum, in dem solche intimen Gespräche geführt werden können bzw. wo Angehörige sich austauschen und zur Ruhe kommen können. Neben dem gezielten Training der Ärzte und Pflegekräfte zur Gesprächsführung mit den Angehörigen sei es auch wichtig, dieses Thema schon früh in die ärztliche Ausbildung mit aufzunehmen. Hier ist Münster Vorreiter: Im Jahr 2008 setzte die Medizinische Fakultät Münster das Thema als einwöchiges Modul auf den Lehrplan. Dort wird den Studierenden nicht nur das nötige Fachwissen vermittelt: Im Studienhospital werden unter Anleitung Angehörigengespräche mit Schauspielern zum Thema Organspende simuliert. Prof. Muthny: „Dieser Ansatz einer frühen Sensibilisierung für die Thematik und auch der Erwerb konkreter Gesprächskompetenzen ist sehr wichtig, denn im klinischen Alltag werden die angehenden Ärzte häufig vor dieser und ähnlichen Situationen stehen. Dann können sie auf dieses Wissen zurückgreifen und es auch später in ihre Kliniken tragen.“

Quelle: PM UK Münster v. 8.2.2012

Foto: privat



In der Unendlichkeit von Raum und Zeit
ist ein Menschenleben nicht mehr als ein kurzes Glimmen.

Für uns Menschen selbst ist es jedoch alles, was es gibt,
mehr als alles, was es gab und geben wird.

Alles wissen wir, und der Schmerz ist unermesslich.
Er ist so groß wie Raum und Zeit,
doch die Zeit lindert unseren Schmerz.

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.



Power aus der See: Fisch macht fit

Fitness und Kraft bedeuteten zu fast jeder Zeit unserer Geschichte etwas anderes. Früher, als man noch die Felder pflügte und schwere körperliche Arbeit verrichten musste, brauchte man viel körperliche Kraft. Deswegen aß man reichlich, gut und fett. Fett lieferte die nötige Energie, die während starker körperlicher Beanspruchung wieder verbrannt wurde. Doch wer muss heute noch ein Feld pflügen? Ein zweispänniges Fuhrwerk über den Acker ziehen? Oder schnell mal eben mit den eigenen Händen ein Haus bauen? Die Berufe, die wir heute überwiegend ausüben, vieles, was an Arbeit auf uns zukommt, braucht eine ganz andere Kraft, nämlich die Kraft des Kopfes. Für unsere geistige Fitness benötigen wir ein völlig anderes Essen, z.B. die Power aus der See.

Eiweiß ist nicht gleich Eiweiß. Nicht jede Kraftquelle, aus der wir mit dem Essen schöpfen, hat die gleiche Wirkung in unserem Körper. Das ist heute selbstverständlicher Kenntnisstand der Ernährungswissenschaften. Doch oft essen wir noch immer so, als wären wir starker körperlicher Beanspruchung ausgesetzt. Da werden große Berge kalorienreichen Essens verteilt, als hätten wir heute ein Feld gepflügt und müssten morgen Bäume fällen. Dabei kommt es heute darauf an, dass wir beweglich bleiben, geistig präsent sind und uns lang anhaltend konzentrieren können. Dafür braucht man völlig andere Ernährungsweisen.

Immer mehr Menschen entdecken die See und das Wasser als eine der besten Quellen hochwertiger Proteine, Vitamine und Mineralien, die auch für lang anhaltende, geistige Leistungsfähigkeit verantwortlich sind. Ein guter Fisch macht einfach fit. Die wertvollen Inhaltsstoffe von Fisch und Meeresfrüchten werden vom Körper schnell und leicht aufgenommen. Deswegen ist Fisch nicht so belastend. Und er enthält einige Vitamine und Spurenelemente, die in kaum einem anderen Lebensmittel vorkommen.

Selbst das Fett, das sich im Fisch befindet, ist „besser“ als das, was wir aus anderen Nahrungsmitteln normalerweise beziehen. Denn es ist reich an den mehrfach ungesättigten Omega-3-Fettsäuren,



Linsensuppe

die Herz und Kreislauf in Schwung halten. Fisch, Gemüse und Kohlenhydrate zusammen sind einfach ein unschlagbarer Powergenuss, der heute nicht schwer wiegt. Selbst viele Vegetarier mögen heute nicht auf Fisch als Ergänzung ihrer pflanzlichen Ernährung verzichten, weil sie wissen, dass Fisch ihnen die Fitness-Bausteine gibt, die sie neben ihrer Gemüsekost benötigen. Schöner Nebeneffekt dieser Art der Ernährung ist, dass man dabei schlank und beweglich bleibt. Empfohlen wird, den Fisch- und Gemüseanteil je Mahlzeit gleich zu halten und Gemüse- und Obstsaft zu trinken.

Ein ganz besonderer Tipp kommt aus Japan: Ab und zu einmal einen leicht marinierten Fisch zu essen, ist ein ganz besonderer Genuss. Dazu eignen sich Thunfisch oder auch der Lachs, der heute fast überall zu günstigen Preisen zu bekommen ist. Fischküche war früher die Fitness-Küche der Könige. Heute kann es sich jeder leisten, aus dieser Küche zu genießen, und sie passt besser denn je zu unserem leichten, modernen, mobilen Lebensstil.

Dieser Artikel und die Rezepte – aufgenommen Graved Lachs – wurden uns dankenswerterweise vom Fischinformationszentrum Hamburg zur Verfügung gestellt. Weitere Infos unter www.fischinfo.de.

Ernst Eberle

Linsensuppe mit Balsamico und Stremellachs

Zutaten für 4 Personen:

200 g Stremellachs
250 g Sellerie
250 g Karotten
150 g Lauch
2 Schalotten
2 EL Olivenöl
50 g Speck, in Würfeln
1 Lorbeerblatt
1 Zweig Thymian
300 g Puy-Linsen
Balsamico-Essig
100 ml Weißwein
2 l Brühe
200 ml Sahne
Salz, Pfeffer
4 Stiele Kerbel

Zubereitung:

Sellerie und Karotten schälen. Lauch waschen, Schalotten abziehen und alles fein würfeln.

Öl in einem Topf erhitzen und die Schalotten, Speck, Lorbeer und Thymian darin anbraten. Die Hälfte der Sellerie- und Karottenwürfel und 250 g Linsen dazugeben und kurz mitdünsten. Mit einem Schuss Balsamico ablöschen, den Weißwein angießen. Mit Brühe auffüllen und ca. 40 Minuten bei mittlerer Hitze kochen lassen, bis die Linsen gar sind. Mit einem „Zauberstab“ pürieren und durch ein feines Sieb streichen. Erneut aufkochen, Sahne einmischen und mit Salz, Pfeffer und Balsamico abschmecken.

In der Zwischenzeit die restlichen Linsen, Sellerie-, Karotten- und Lauchwürfel einzeln in Wasser gar kochen und mit kaltem Wasser abschrecken.

Die Suppe aufschäumen, Linsen und Gemüsewürfel in der Suppe erwärmen und mit dem Stremellachs auf 4 Schalen verteilen. Mit Kerbel garniert sofort servieren.

Tipp: Die Linsen erst nach dem Garen würzen, da sich die Kochzeit durch die Zugabe von Salz verlängert!

Zubereitungszeit: 50 Minuten

Nährwerte pro Portion ca.

Kalorien: 409, Joule: 1715
Protein: 21,8 g, Fett: 26,4 g
Kohlenhydrate: 21 g

Gebratenes Kabeljaufilet mit Safranreis auf Basilikum-Tomatenstückchen

Zutaten für 4 Personen:

1 Packung TK-Kabeljaufilets (4 Filets à 200 g oder 8 Filets à 100 g)
600 ml Instant-Gemüsebrühe
2 Tütchen Safrantpulver
200 g Langkorn-Reis
2 Zwiebeln
1 Knoblauchzehe (nach Wunsch)
4 EL Olivenöl
1 Paket grobgestückelte Tomaten (à 0,5 l)
1 Bund Basilikum
1 EL kalte Butterwürfel
Salz, Pfeffer
Mehl

Zubereitung:

Kabeljaufilets nach Packungsanweisung auftauen lassen und den Backofen auf 180 °C/Gas: Stufe 2 vorheizen.

Gemüsebrühe in einer feuerfesten Form mit Safran und etwas Salz aufkochen, Reis hineinrühren, nochmals aufkochen und zugedeckt 20 Minuten im Ofen garen.

Für die Soße Zwiebeln und Knoblauch pellen, fein würfeln und in 2 EL Olivenöl anschwitzen. Tomatenstücke zufügen und unter Rühren 3 Minuten bei geringer Temperatur köcheln. Basilikum klein schneiden und mit 1/2 EL Butterwürfeln einrühren. Mit Salz und Pfeffer abschmecken und zugedeckt warm halten.

Kabeljaufilets kalt abspülen und trocken tupfen. Salzen, in Mehl wenden, leicht abschütteln (Foto) und in 2 EL erhitztem Olivenöl von beiden Seiten 2 1/2 Minuten goldbraun braten.

Den Reis mit Salz abschmecken und mit einer Gabel die restlichen Butterwürfel unterrühren.

Nährwerte pro Portion ca.

Kalorien: 494, Joule: 2066
Protein: 45,6 g, Fett: 14,3 g
Kohlenhydrate: 45 g

Matjesfilets „Hausfrauen Art“ auf Rösti

Zutaten für 4 Personen:

1 Salatgurke
4 rotbackige Äpfel
200 g Mayonnaise
200 g Joghurt
Salz, Pfeffer
1 Bund Schnittlauch
4 Matjes-Doppelfilets
1 Packung TK-Rösti für 8 Portionen

Zubereitung:

Gurke schälen, längs halbieren und mit einem Esslöffel entkernen. Äpfel waschen, vierteln und ebenfalls entkernen und beides quer in dünne Scheiben schneiden.

Mayonnaise und Joghurt verrühren, mit Salz und Pfeffer abschmecken und mit den vorbereiteten Zutaten vermengen.

Schnittlauch in Röllchen schneiden und über den Salat geben. Mit Matjesfilets anrichten. Die Rösti nach Packungsanweisung zubereiten und dazu servieren.

Zubereitungszeit: ca. 30 Minuten

Nährwerte pro Portion ca.

Kalorien: 883, Joule: 3702
Protein: 24,9 g, Fett: 68,3 g
Kohlenhydrate: 43 g

Graved Lachs selbstgemacht:

Sicher ist Ihnen schon oft aufgefallen, dass der Preisunterschied zwischen Rohlachs und Graved Lachs sehr hoch ist. Wenn Sie Rohlachs kaufen, am besten eine Filetseite oder ein größeres Teil davon, dann können Sie auf sehr einfache Weise ihren Graved Lachs selbst herstellen und sparen eine Menge Geld.

Nehmen Sie einfach eine stabile Plastiktüte und geben Sie den Lachs hinein. Dazu ein Pfund Salz und ein Pfund Zucker. Nun kann man je nach Geschmacksrichtung noch Kräuter oder Gewürze dazugeben. Am besten ist ein Bündel frischer Dill. Schütteln Sie alles kräftig durcheinander, verschließen die Tüte fest und geben das Ganze für zwei Tage in den Kühlschrank. In dieser Zeit sollte man die Tüte immer wieder wenden.

Nach zwei Tagen nehmen Sie den Lachs heraus, spülen ihn kräftig ab und schon ist Ihr Graved Lachs fertig.

In feine Scheiben schneiden, etwas frischen Dill darauf und das Schlemmen, mit einem Weißbrot dazu, kann losgehen.

Ernst Eberle

Anmerkung der Redaktion:
Transplantierte Patienten sind immunsupprimiert und sollten zum Bereich Ernährung – unabhängig von unseren Hinweisen und Rezepten – immer die Anweisungen ihres Transplantationszentrums und ihrer Ärzte beachten.



Kabeljaufilet



Matjesfilet

Gesundheitswoche 2012 in Bad Alexandersbad – oder: Die Transplantierten rockten das Fichtelgebirge

Schon zum 13. Mal hieß es: Auf zur Gesundheitswoche! In diesem Jahr ging es nach Bad Alexandersbad im Fichtelgebirge. Es ist ein Mittelgebirge in einer einmaligen Natur- und Kulturregion Bayerns. Das Fichtelgebirge ist ein hüfenförmig gelagerter Gebirgsstock.

Am 12. Mai 2012 reisten wir aus allen Ecken der Republik ins Hotel Alexandersbad. Hier erwarteten uns schöne, großzügige Zimmer mit Balkon. Auch ein Schwimmbad, eine Sauna und ein Wellnessbereich standen zur Verfügung.

Beim ersten gemeinsamen Abendessen in unserem separaten Raum sahen wir viele bekannte, aber auch neue Gesichter. Es begann ein fröhliches Wiedersehen und ein interessiertes Kennenlernen der „Neuen“. Leider konnten Christine, Friedrich, Renate, Peter, Gabi und Siggie aus gesundheitlichen bzw. familiären Gründen nicht bei uns sein. Schade! Wir hoffen auf das nächste Jahr. Birgit, unsere neue Organisatorin, begrüßte uns mit herzlichen Worten und freute sich auf eine schöne gemeinsame Zeit.

Bei einem tollen Abendessen verging die Zeit sehr schnell und erschöpft verschwanden wir in unseren Zimmern. Nach der weiten Anreise der meisten Teilnehmer tat die Ruhe gut, denn am nächsten Tag ging es nach einem ausgiebigen Frühstück auf den Stadtrundgang mit Herrn Manfred Lang. Gleich zu Beginn der Führung verriet er, dass wir uns in dem Teil des Fichtelgebirges befinden, der auch „Bayerisches Sibirien“ genannt wird. Das bekamen wir nicht nur an diesem Tag zu spüren.

Schon im Jahr 1734 wurden hier Heilquellen entdeckt, die 1751 von Markgraf Friedrich erworben wurden. Später gingen sie auf den Markgrafen Alexander von Brandenburg über. Herr Lang erzählte uns viel Wissenswertes aus der Blütezeit von Alexandersbad, das durch den Wendenbach mit Trinkwasserqualität und seinen Sauerbrunnen bekannt ist. Auch das älteste Schweizerhaus befindet sich hier. Der Geheimrat von Goethe verweilte auf seinen Reisen nach Italien in Alexandersbad. Wo war er eigentlich nicht? Heute hat Bad Alexandersbad nicht mehr die große Bedeutung wie vor vielen Jahren. Das macht



Fotos: privat

aber die wunderschöne Umgebung wett. Und die galt es in den nächsten Tagen zu erkunden. Nach zwei Stunden ging dann eine im wahrsten Sinne des Wortes „erfrischende“ Stadtführung zu Ende. Ein sehr schönes Mittagessen und die Nachricht, dass es abends ein Muttertags-Menü geben wird, erwärmten uns wieder.

Nachmittags ging es zu Europas größtem Granitsteinmeer, dem Felsenlabyrinth Luisenburg. Es gab drei Gruppen: Für ganz Sportliche ging es durchs Labyrinth mit vielen schmalen Gängen, vielen Abgründen und engen Felsenschluchten, durch die Frieders Kopf nur knapp passte. Für weniger Sportliche gab es eine geführte Wanderung, und die Spaziergänger unter uns fuhren mit dem Auto zur Luisenburg.

Abends erwartete uns dann das versprochene Menü. Es war hervorragend! Mit buntem Frühlingsalat mit Mousse vom Norwegerlachs über Kraftbrühe vom Spargel mit Hummerschaum und Landschweinfilet mit Spargel bis zum Dessert, es hat uns allen sehr gemundet. Damit die Kalorien nicht auf den Hüften landeten, konnten wir tanzen. Karin und Dieter eröffneten den Tanzabend mit einer Rumba. Weitere Tänze wie Tango, Walzer und Jive folgten. Es war eine Augenweide, ihnen dabei zuzuschauen. Aber auch andere Pärchen aus unserer Gruppe trauten sich aufs Parkett. Später gingen wir dann gemeinsam auf die Tanzfläche und rockten den Saal! Ein toller Muttertag! Dank an das Hotel.

Montag hieß es dann: „Auf zur Nordic-Walking-Tour mit Herrn Hoffmann!“ Es ging

über Stock und Stein, bergauf und bergab. Vielen blieb die Puste weg. Nur unsere Sportskanonen Karin, Regina mit Dieter und Frieder waren immer vorneweg. Abends gab es die obligatorische Kennenlernrunde. Dieses Mal erst so spät, weil alle angereist waren. Anfangs bat Dieter uns, an Werner Kleditz und Herbert Schreurs zu denken. Beide waren im vergangenen Jahr verstorben. In diesem Jahr erwartete uns eine etwas andere Runde, die Karin und Lioba betreuten. So wurde nach der weitesten Anreise (hier hatten die „Nordlichter“ die Nase vorn), den Transplantationszentren und den Jahren nach der vergangenen Transplantation gefragt. Sehr interessant: Marion, unsere Jüngste ist mit 24 Jahren am längsten, dicht gefolgt von Gerda mit über 23 Jahren; Toni war mit 1 Jahr und 8 Monaten am kürzesten transplantiert. Wir stellten uns alle nacheinander auf, und beim Zusammenzählen kam die stolze Summe von 257 Jahren geschenkten Lebens zusammen. Wir trugen wie immer unsere Namensschilder und durch die Runden stellten einige fest, dass sie im selben Zentrum operiert wurden. So kamen wir uns auf spielerische Weise näher und hatten viel zu erzählen.

Am Dienstag erwartete uns ein Vortrag von Frau Dr. Charlotte Pfitzner über den Säure-Basen-Haushalt des Körpers. Hier ging es um basisch verstoffwechselte Kost wie z.B. Gemüse, Fette, Öle, Obst und ausreichend Wasser. Also nur gute Dinge für den Körper. Bewegung an der frischen Luft, die uns empfohlen wurde, hatten wir ja reichlich! Ein interessanter



Vortrag, der einigen gezeigt hat, dass mit zu wenig basisch verstoffwechselter Nahrung unsere Körper übersäuert werden.

In den nächsten Tagen hatten wir viele Aktivitäten. Unter unserem bewährten Motto „Jeder kann, keiner muss“ starteten wir nach Wunsiedel, Marktredwitz und in die Porzellanstadt Selb. Hier konnten wir auf einem roten Strich durch die Innenstadt gehen. Dabei sahen wir Sehenswürdigkeiten wie Porzellanbrunnen, Mosaikgässchen, Glockenspiel und das Hundertwasserhaus. Oder man ließ die Stadt links liegen und jagte von einem Outletcenter namhafter Anbieter zum nächsten. Birgit und Sabine waren jedenfalls voll in ihrem Element. Für einige ging es mit der Seilbahn auf den Ochsenkopf, nach Fichtelberg oder in den Greifvogelpark Wunsiedel. Bei allen Unternehmungen haben sich wieder die Fahrgemeinschaften bewährt.

Am Mittwoch hieß es dann: „Auf nach Karlsbad“! Mit dem Busunternehmen Biersack und dem Reiseleiter Thorsten Grönland ging es in Tschechiens größtes und bekanntestes Kurbad. Herr Grönland erzählte uns auf der Fahrt dorthin schon einiges Interessantes. Karlsbad wurde im 14. Jahrhundert von Karel IV. gegründet. Er ließ die Stadt nach der Entdeckung der Thermalquellen errichten. Als wir in Karlsbad angekommen waren, hieß es umsteigen in einen Shuttlebus, denn die Innenstadt ist für Reisebusse gesperrt. Nun begann eine Besichtigung der Unter- und der Oberstadt. Karlsbad strotzt vor architektonischen Sehenswürdigkeiten. Viele stammen aus dem 18. und 19. Jahrhundert, wo die Stadt ihren größten Aufschwung hatte. Es verwundert nicht, dass sich Jugendstilgebäude aneinander reihen. Prachtvolle Hotels, schöne Kurhäuser und verspielte Kolonnaden erfreuten unsere Augen. Auch die russische Botschaft und die Basilika sind wunderschön. Bei einer Kaffeepause zog es viele von uns in das Hotel Elephant. Auch hier war Herr von Goethe zu seiner Zeit eingekehrt. Es gab hervorragenden Kuchen und einen sehr guten Kaffee. Andere gingen ins Café vom Grand-Hotel Pupp. Es ist das „Beste Haus am Platz“ und blickt auf eine 300-jährige

Geschichte zurück. Danach bummelten wir noch durch die Stadt. Es wurden die verschiedenen Quellen probiert, Karlsbader Oblaten gekauft und vieles mehr.

Nach 15 Uhr sollten wir uns an der Shuttlebusstation einfinden. Wer nicht kam waren Moni, Lioba und Jürgen! Sie hatten den Bus verpasst und fuhren uns vornehm und teuer mit dem Taxi hinterher.

Am Vatertag erwartete uns eine Überraschung. Giesela und Otto Henke kamen, um mit uns die restlichen Tage zu verbringen. Auch an diesem Tag sollte es noch einige Höhepunkte geben, unter anderem ein tolles Vatertagsmenü am Abend.

Einige zog es über die Grenze nach Marienbad, das nicht mit Karlsbad zu vergleichen ist. Es gibt großzügige Parkanlagen und wunderschöne Bäderarchitektur. Auch Goethe war, wen wundert's, regelmäßiger Gast. Er lernte im späten Alter von 70 Jahren hier seine letzte Liebe, die 17-jährige Ulrika von Levetzow kennen.

Es gab noch die verschiedensten Aktivitäten: Besuch des Porzellanmuseums in Selb, Fahrt zum Ochsenkopf, den Versuch, den Berg Kösseine mit dem Auto zu erreichen, der an vielen Baustellen scheiterte. Auf die Spitze desselben hatte es Karin, Regina, Dieter, Frieder und Uwe getrieben. Sie marschierten 17 km auf die 939 m hohe Kösseine und zurück. Gratulation zu dieser Leistung!

Eine Kaffeepause im Furtwänglerhaus in Alexandersbad wurde Andreas zum Verhängnis. Es war volles Haus, die Chefin gestresst, und so landete ein „Schälchen Heeßen“ nicht auf dem Tisch, sondern auf seiner Schulter. Eine dicke Strickjacke schützte ihn jedoch vor Verbrennungen.

Am letzten Tag ging es nochmals mit dem Bus auf eine Reise durch das Fichtelgebirge, mit einigen Fotostopps und einer Besichtigung der Klosterstadt Waldsassen. Eine sehr schöne und geschichtsträchtige Stadt, die durch Basilika und Zisterzienserinnenabtei geprägt ist.

Die Woche neigte sich dem Ende zu. In diesem Jahr waren wir mit 39 Personen die größte Gruppe seit Anbeginn. Selbst ein Hund war mit von der Partie. Egbert hatte seine vierbeinige Begleiterin Lara

dabei, die alles ohne Knurren und Bellen mitmachte. Eine wohlherzogene Dame! Birgit hatte ein tolles Programm vorbereitet, das Hotel bot für uns die vielfältigsten Aktivitäten an, ob Schwimmen, Saunieren oder im Wellnessbereich Massage und Kosmetik. Es war für jeden etwas dabei. Wir hatten viele interessante Erlebnisse und wurden mit wohlschmeckendem Essen verwöhnt. Ein großes Lob an die Küche und die Servicekräfte, die bei unserem „Bienenschwarm“ immer den Überblick behielten.

Der Abschlussabend krönte wieder die gesamte Woche! Hier hatten Lioba und Uwe den Hut auf. Nach einem Kanon mit Dirigentin Lioba gab es einen Sketch mit ihr und Uwe. Lioba ist Sekretärin einer Reitschule, und Uwe denkt, er befindet sich in einer Partnervermittlung. Nun kam es, wie es kommen musste. Ein Missverständnis jagte das nächste, und Lachsalven erschütterten den Raum. Eine tolle Darbietung von beiden. Uwe hatte, wie immer, das letzte Wort und dankte Birgit für die Woche, die eine einzige „Ketz(n)erei“ war. Er überreichte ihr ein kleines Geschenk von uns, eine Teekanne mit Stövchen. Vielen Dank, Birgit, für die umfangreiche Vorbereitung und Organisation einer ereignisreichen Gesundheitswoche im kalten Fichtelgebirge! Du hattest alles voll im Griff, nur die Eisheiligen nicht.

Sehr gespannt sind wir auf die Gesundheitswoche 2013! Mal sehen, wohin es uns verschlägt. An der Deutschlandkarte – hier konnten wir rote Punkte für unsere Favoriten verteilen – haben sich ja einige Ballungszentren abgezeichnet. Zu nennen wären der Spreewald, der Schwarzwald, Friesland und die Ostsee.

Bei den verschiedensten wohlschmeckenden Säften, wie jedes Jahr von Ursel und Andreas gespendet, ging der letzte Abend heiter und ausgelassen zu Ende. Allen hat es wieder sehr gefallen. Es ist ein bisschen wie nach Hause kommen, wenn man zur Gesundheitswoche fährt. Wir freuen uns schon auf das nächste Jahr! Dann vielleicht an der Ostseeküste?!

Christine Berning

Kontaktgruppe Rhein-Neckar: 2. Treffen 2012

Zum zweiten Mal 2012 traf sich unser Kontaktgruppe, dieses Mal in der Benediktinerabtei Kloster Stift Neuburg bei Heidelberg. Unsere Ansprechpartner Andrea Sebastian und Wolfgang Weber konnten 28 Betroffene (mit zusammen 120 geschenkten Lebensjahren!) und deren Angehörige im Klostergarten begrüßen. Bruder Bruno von der Abtei führte uns durch das Kloster. Humorvoll und spannend erzählte er über das heutige Klosterleben und die Arbeit und Tätigkeit der noch 14 im Kloster lebenden Mönche.

Über einen Videofilm haben wir vieles über die wechselvolle Geschichte des Klosters erfahren. Unser Mittagessen konnten wir in der Klosterschänke, bei guter und reichhaltiger Küche, einnehmen. Unser Vereinsmitglied Bernhard Stadler führte uns dann auf einem wunderschönen Rundweg, mit Blick auf das Neckartal und Heidelberg, um die Klostergärten des Klosters. Auch er konnte uns vieles über das Kloster und dessen Geschichte berichten. Eine kleinere Gruppe besuchte auch die Tierställe sowie die eigene Klosterbrau-

rei. Die lockere Atmosphäre bei Kaffee und Kuchen in der Klosterschänke nutzten wir für Gespräche und Gedankenaustausch.

Bei anfangs kühlem, dann aber sonnigem und warmem Wetter haben wir einen wunderschönen Tag verbracht. Er wird uns allen sicherlich in guter Erinnerung bleiben. Für das Frühjahr 2013 ist ein neues Treffen geplant.

Wolfgang Weber

Kontaktgruppe Westerwald/Rhein/Lahn: Treffen in Montabaur

Am 29. September 2012 traf sich die Kontaktgruppe Westerwald/Rhein/Lahn, um einen gemütlichen, aber trotzdem informativen Nachmittag zu verbringen. Es war auch das erste Treffen ohne Jutta Kulbach, die im Juni leider verstorben ist. Mariele Höhn zündete für sie eine Kerze an, auch um an alle anderen Verstorbenen der Gruppe zu erinnern.

Erstmals waren auch wieder zwei neue Wartepatienten dabei, die wertvolle Informationen von den schon Transplantierten mit nach Hause nahmen. Auch ein Betroffener, der seit ca. einem Jahr mit einer neuen Lunge lebt, berichtete von seinen Erfahrungen.

Es wurde auch lebhaft über die Ereignisse in Göttingen und Regensburg diskutiert. Alle waren sich einig, dass wir mehr



Wir trauern um unsere Ansprechpartnerin und Vorstandsmitglied Jutta Kulbach. Am 28.6.2012 ist sie nach großen Anstrengungen verstorben. Mit Jutta haben wir eine engagierte und liebenswerte Mitstreiterin verloren. In unseren Herzen wird sie weiterleben. Unsere Gedanken sind bei ihrer Familie.

Transparenz in unserem Gesundheitswesen brauchen.

Insgesamt war es ein schöner Nachmittag mit guten Gesprächen. Zum Schluss beschloss man noch, dass sich die Gruppe das nächste Mal im Advent zum Bummel über den Limburger Weihnachtsmarkt trifft und anschließend das Jahr mit einer kleinen Weihnachtsfeier ausklingen lässt.

Normalerweise hätten wir in diesem Jahr unser 15-jähriges Jubiläum gefeiert. Durch die traurigen Ereignisse blieb das aus. Irgendwann im neuen Jahr werden wir das nachholen. Das wäre bestimmt auch im Sinne von Jutta gewesen.

Mariele Höhn

Kontaktgruppe Unterfranken: Der eigene Wille zählt

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung waren die Themen eines Vortrags, den unser Mitglied Rechtsanwalt Ulrich Kraus bei dem Treffen der Kontaktgruppe Unterfranken am 20. Oktober 2012 in Würzburg hielt.

In der gemütlichen Atmosphäre des Gasthofs Russ im Zentrum der Stadt wurde zunächst über die Presseberichte der letzten Monate zum Organspendeskandal diskutiert. Denn auch in unserer Gruppe stehen Patienten auf der Warteliste, für die ein Rückgang der Organspendebereitschaft längere Wartezeiten und ein höheres Risiko bedeutet. Es ist wichtig, dass dies im öffentlichen Bewusstsein verankert wird.



Ulrich Kraus erläuterte dann in seinem Vortrag, wie jeder Vorsorge betreiben kann, damit er auch dann nach seinen eigenen Wünschen medizinisch behandelt wird, wenn er sich nicht mehr äußern kann. In einer Patientenverfügung ist es z.B. möglich, ganz konkrete Bestimmungen für besondere Behandlungssituationen festzuhalten. Dabei sollte man nicht ungeprüft

irgendwelche Mustertexte übernehmen. Denn es kommt ja darauf an, wirklich den eigenen Willen zu erforschen und niederzuschreiben, damit dieser befolgt wird. Die Anwesenden konnten jederzeit Fragen an den Referenten stellen, wovon sie eifrig Gebrauch machten.

Die Mitglieder unseres Vereins konnten eine schriftliche Fassung des Vortrags (1. Teil) bereits in „Lebenslinien aktuell“ 2/2012 lesen. Der zweite Teil folgt in der nächsten Ausgabe dieser Mitgliederzeitschrift.

Im Anschluss an den Vortrag gab es noch genügend Zeit für einen regen Austausch und gute Gespräche untereinander.

Ulrich Kraus

Foto: privat

Kontaktgruppe Bremen: Aktiv auf der Messe HanseLife in Bremen

Wie in den Jahren zuvor, haben sich die drei Bremer Kontaktgruppen des BDO, der IG Dialyse und von Lebertransplantierte Deutschland e.V. wieder in den Messetrubel gewagt und vom 8.–16. September 2012 einen Organspende-Infostand bewältigt.

Bereits am ersten Tag hatten wir einen starken Ansturm zu verkraften. Kontroverse Diskussionen gab es kaum. Besonders an den Seniorentagen waren die Älteren doch überrascht, dass die Bereitschaft zur Organspende keiner Altersbegrenzung unterliegt. Gespräche zu führen und dabei mit dem Heft „Wie ein zweites Le-



ben“ zu arbeiten und zu kommentieren, kam sehr gut an. Dementsprechend sind die Hefte auch gut mitgenommen worden. Gegenüber den Vorjahren haben wir insgesamt ein deutliches Plus an Interesse wahrgenommen.

Obwohl die Besucherzahlen leicht rückgängig waren, sind aber mehr Ausweise verteilt, ausgefüllt und eingeschweißt worden. Allein die Hefte „Wie ein zweites Leben“ wurden ca. 600 Mal mitgenommen. Die kleinen Ausweise wurden ca. 800 Mal laminiert, insgesamt über ca. 1.400 mitgenommen.

An dieser Stelle möchte ich mich sehr herzlich bei den Standdienst-Mitwirkenden bedanken, auch bei der DSO (Frau Walter und Frau Diehl), die uns immer prompt unterstützten.

Udo Schmidt

Foto: Sabine Oertel

Neue Ansprechpartner



Hallo, mein Name ist **Christina Herrmann**. Ich bin 30 Jahre alt und seit sechs Jahren lebertransplantiert. „Jung und lebertransplantiert?“ – Wenn ihr diese Frage ebenso mit Ja beantworten könnt oder noch auf der Warteliste steht, Fragen habt oder euch mit anderen jungen Betroffenen über unsere speziellen Probleme austauschen wollt, würde ich mich freuen, wenn ihr euch bei mir meldet. Zusammen mit Christine Held, die den jungen Transplantierten schon seit längerer Zeit als Ansprechpartnerin zur Verfügung steht, habe ich ab sofort auch ein offenes Ohr für eure Fragen und möchte mich für eure Belange stark machen. Auch Vernetzung und Kontakt untereinander finde ich wichtig. Vielleicht werden von euch ja auch gemeinsame Veranstaltungen gewünscht. Lasst mal hören!

Heinz Suhling

Der 20. Juli 2012: mein zweiter Geburtstag, aber auch gleichzeitig der Todestag meines anonymen Spenders. So dicht liegen zwei Schicksale beieinander.

Meine Geschichte beginnt 1989: Erhöhte Leberwerte bei einer Kontrolluntersuchung in Hamburg, nach ein paar Tagen die Diagnose „PBC“. Es gab keine Erkenntnisse über die Ursache der Erkrankung. Bei Männern ist sie sehr selten. Männer sind nur im Verhältnis 1:9 davon betroffen! – und warum jetzt ich? Keine konkrete Antwort auf die Fragen. Die Familie ging dann von Hamburg nach München, wo ich im Klinikum Rechts der Isar zunächst mit Interferon und dann mit Ursafalk behandelt wurde. Zunächst stellte die Erkrankung kein Problem für mein weiteres aktives geschäftliches und privates Leben dar, was mich 1992 in den Raum Esslingen führte. Ich war dann die nächsten 18 Jahre in guter Obhut bei Prof. Maier. Nachdem sich Ende 2009 die typischen Symptome wie Juckreiz, Gliederschmerzen, Krämpfe, Müdigkeit einstellten, riet er mir, mich zur Voruntersuchung für eine Transplantation in der Uni-Klinik Tübingen anzumelden. Im April 2010 begannen die Untersuchungen. Sehr unerwartet und plötzlich verschlechterte sich mein Zustand mit vielen dramatischen Komplikationen, ich war sehr bald bei einem MELD-Score von 40 und erhielt am 20. Juli 2012 dann ein neues Organ.

Zum Thema Organspende hatte ich bis zum Jahr 1989 keinen Bezug. Das hat sich natürlich und selbstverständlich zum Positiven verändert. Ich versuche, einen kleinen Beitrag im Verein Lebertransplantierte Deutschland e.V. zu leisten, um somit etwas zurückzugeben, aufzuklären, wie wichtig weiter der Organspendeausweis für jeden Bürger ist. Auch möchte ich die Arbeit in der Kontaktgruppe Stuttgart/Esslingen unterstützen und Leberkranken auf der Warteliste und Transplantierten ein persönlicher Ansprechpartner sein und auf die hilfreichen Angebote des Vereins aufmerksam machen.

* Primär biliäre Zirrhose, eine chronische Entzündung der Gallengänge, wahrscheinlich mit autoimmuner Ursache.

Heidemarie Prast / Volker Leich

Volker Leich (61) wurde im Januar 2006 nach 5-monatiger Wartezeit lebertransplantiert, weil eine Leberzirrhose im Endstadium vorlag. Bei Frau Prast (63) wurde 2009 eine PSC (Primär Sklerosierende Cholangitis) diagnostiziert, sie wurde im Mai 2011 im Transplantationszentrum Jena transplantiert.

Nach erfolgreicher Transplantation, schneller Erholung und neuer Lebensqualität gründeten Herr Leich und ein weiterer Patient 2006 in Jena eine Selbsthilfegruppe. Seit Herbst 2009 führte Herr Leich die Gruppe zunächst allein weiter, da der andere Patient aus familiären Gründen die Arbeit nicht fortsetzen konnte. An seine Stelle rückte noch lange vor der eigenen Transplantation Heidemarie Prast als gleichberechtigte Leiterin der SHG in Jena.

Aus unendlicher Dankbarkeit für ein geschenktes neues Leben haben wir uns beide zur Aufgabe gemacht, uns ehrenamtlich zu engagieren, in Suchtkliniken, Schulen und bei Patientenbesuchen über die Möglichkeit einer Lebertransplantation und ihre Folgen aufzuklären. Des Weiteren ist es uns ein großes Anliegen, zu thematischen Veranstaltungen wie Selbsthilfetagen, Deutschlandtour von „Organpaten“ usw. mit einer Vielzahl von Bürgern ins Gespräch zu kommen und sie dafür zu motivieren, sich mit der Thematik Organspende auseinanderzusetzen.

Fotos: privat

Der Schirmherr

Foto: Uniklinik Essen



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	michael.bessell@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 —	peter.mohr@lebertransplantation.de
	Beisitzerin Vera Reeker	Im Oberfeld 46 45259 Essen	(02 01) 45 87 85 43	vera.reeker@lebertransplantation.de
	Beisitzerin Susan Stracke	Ardeystr. 287 58453 Witten	(0 23 02) 91 30 73 (0 23 02) 91 30 75	susan.stracke@lebertransplantation.de
	Beisitzer Egbert Trowe	Alter Postweg 2a 30938 Burgwedel	(0 51 39) 9 82 79 30	egbert.trowe@lebertransplantation.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 1/2013

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

Satz und Gestaltung:

Steffen Elsishans, Ed.-Neckarhausen

Koordination + Produktion:

Christiane Möhl Printservice, Brühl

Druck:

Kehler Druck, Kehl

Herzlichen Dank unseren Förderern und Sponsoren

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

Beteiligte Krankenkassen und KK-Verbände:

AOK Bundesverband GbR, Berlin; BKK-Bundesverband GbR, Essen;
IKK e.V., Berlin; Knappschaft, Bochum; Spitzenverband der landwirtschaftlichen
Sozialversicherung, Kassel; Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

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

Reg. Fördergem. der KK Essen; Paritätischer Wohlfahrtsverband Oberpfalz; AOK Baden-
Württemberg; Barmer GEK; BKK Bassell; IKK, Essen; IKK, Südwest; Knappschaft Essen;
DAK, Hamburg; TK Baden-Württemberg

3. Darüber hinaus erhielten wir Spenden und Unterstützung durch:

Pharmazeutische Industrie:
Astellas Pharma GmbH
Biotest Pharma GmbH
Dr. Falk Pharma GmbH
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
Novartis GmbH

Mitglieder und Gönner:
Anlassspende Anke Brandt
CDU Altlußheim
Martin Güll MdL, Bayern
Dr. Mohammad Osama Kahf
Jutta Riemer
Thomas Schneider
Stadtwerke Jena
Trauerfall Prof. Frank Tönsmann
Dr. Ulrich Thumm
Egbert Trowe
Nils Ulber

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie, Rheinland-Pfalz

Auch allen anderen Spendern danken wir für ihre Unterstützung.



Foto: privat

Jutta Riemer dankt Herrn Klaus Ehrmann von der DAK für die großzügige Spende, die es unserem Verband ermöglichte, mehrere Sätze der Rollups für die bundesweite Öffentlichkeitsarbeit anzuschaffen.

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 2013

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.

16.2.2013	Ulm, Arzt-Patienten-Seminar	28.5.2013	Frankfurt a.M., Arzt-Patienten-Seminar
18.2.2013	Heidelberg, Treffen für Wartepatienten gemeinsam mit dem Ltx-Zentrum	30.5.2013	Kiel, Arzt-Patienten-Seminar
20.2.2013	Köln, 6. Rheinisches Symposium Organtransplantation	1.6.2013	Tag der Organspende – Zentrale Veranstaltung in Essen
23.2.2013	Münster, Arzt-Patienten-Seminar	15.6.2013	München Großhadern, Arzt-Patienten-Seminar
2.3.2013	Aachen, Arzt-Patienten-Seminar	22.6.2013	Heidelberg, Festveranstaltung und Regionaltreffen
9.3.2013	Hannover, Jahrestagung mit Mitgliederversammlung	28.7.-4.8.2013	Sport: 19th World Transplant Games Durban/Südafrika (www.wtg2013.com)
16.3.2013	Essen, Arzt-Patienten-Seminar	22.8.2013	Mainz, Patientencafé
4.4.2013	Mainz, Patientencafé	10.9.2013	Rostock, Arzt-Patienten-Seminar
14.4.2013	Tübingen, Tag der offenen Tür mit Vorträgen und Ausstellung	19.9.2013	Hamburg, Arzt-Patienten-Seminar
19.4.2013	Regensburg, Treffen für Wartepatienten gemeinsam mit dem Ltx-Zentrum	11.–13.10.2013	Berlin, 3. Deutscher Patiententag Lebertransplantation
27.4.2013	Freiburg, Arzt-Patienten-Seminar	19.10.2013	Essen, Wartepatiententreffen
5.–12.5.2013	Gesundheitswoche 2013 in Bad Breisig	19.10.2013	Erlangen, Arzt-Patienten-Seminar
9.–12.5.2013	Sport: 34. Offene Deutsche Meisterschaften für Transplantierte und Dialysepatienten in Osterburg und Stendal (www.transdiaev.de)	16.11.2013	Heidelberg – Dankgottesdienst
11.5.2013	Mainz, Arzt-Patienten-Seminar	7.12.2013	Göttingen, Arzt-Patienten-Seminar
		7.12.2013	Regensburg, Arzt-Patienten-Seminar
		12.12.2013	Mainz, Patientencafé

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



**Lebertransplantierte
Deutschland e.V.**

Hier können Sie Mitglied werden.

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 € 200,- gilt die Überweisung, darüber Spendenquittung durch den Verein.

bitte hier abtrennen oder kopieren

Mitglied

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

Familienmitgliedschaften sind möglich, Fördermitglieder natürlich willkommen.

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.

Kontaktgruppe	Name	Telefon	Fax	E-Mail
---------------	------	---------	-----	--------

Baden-Württemberg

Heidelberg/Mannheim	Andrea Sebastian*	0 62 01/50 86 13		andrea.sebastian@lebertransplantation.de
Heidelberg/Mannheim	Wolfgang Weber	0 62 26/62 67		wolfgang.weber@lebertransplantation.de
Karlsruhe	Peter Hellriegel*	0 72 57/90 24 99		peter.hellriegel@lebertransplantation.de
Heilbronn/Hohenlohe	Jutta Riemer*(komm.)	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
Ludwigsburg/Bietigheim	Josef Theiss*	0 71 42/5 79 02	0 71 42/77 39 333	josef.theiss@lebertransplantation.de
Rems-Murr-Kreis	Gerhard Bölcke*	0 71 91/8 21 72	0 71 91/8 21 72	gerhard.boelcke@lebertransplantation.de
Ostalbkreis	Gerhard Kaufmann*	0 73 61/4 23 90	0 73 61/4 94 54	gerhard.kaufmann@lebertransplantation.de
Stuttgart/Tübingen	Günther Lehnen*	0 71 57/43 54	0 71 57/98 93 22	guenther.lehnen@lebertransplantation.de
Stuttgart/Esslingen	Rosemarie Weiß	07 11/37 27 37		rosemarie.weiss@lebertransplantation.de
Stuttgart/Esslingen	Heinz Suhling*	07 11/300 23 23		heinz.suhling@lebertransplantation.de
Kirchheim/Teck	Ernst Eberle	0 70 25/63 66	0 70 25/71 78	ernst.eberle@lebertransplantation.de
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

Bayern

Unterfranken	Wolfgang Scheuplein*	0 93 83/65 21		wolfgang.scheuplein@lebertransplantation.de
Oberfranken/Oberpfalz	Peter Schlauderer*(komm.)	0 94 41/1 74 49 49		peter.schlauderer@lebertransplantation.de
Mittelfranken	Roland Stahl	0 91 87/41 05 08	0 91 87/41 05 09	roland.stahl@lebertransplantation.de
Mittelfranken	Elke Hammes	09 81/1 42 16		elke.hammes@lebertransplantation.de
Mittelfranken	Jürgen Glaser*	0 91 71/89 83 58		juergen.glaser@lebertransplantation.de
südl. Mittelfranken/nörtl. Schwaben	Friedrich Meyer*	0 91 45/63 03		
Regensburg	Peter Schlauderer*	0 94 41/1 74 49 49		peter.schlauderer@lebertransplantation.de
Niederbayern	Gerhard Mühlberger	0 85 03/12 52	0 85 03/92 21 21	gerhard.muehlberger@lebertransplantation.de
Augsburg	Helmut Thaler (komm.)	0 81 31/73 69 59		helmut.thaler@lebertransplantation.de
Oberbayern	Irene Kühner*	0 81 31/8 61 78	0 81 31/8 61 25	irene.kuehner@lebertransplantation.de
München	Alfred-Josef Truger*	0 89/48 72 97	0 89/44 49 92 09	alfred-josef.truger@lebertransplantation.de
Südostbayern	Annegret Braun	0 80 82/31 20 39		annegret.braun@lebertransplantation.de

Berlin/Brandenburg

Berlin	Joachim F. Linder*(komm.)	01 71/1 23 41 88		joachim.f.linder@lebertransplantation.de
Berlin	Uwe Henning	01 70/2 82 52 04		uwe.henning@lebertransplantation.de
Berlin/Brandenburg	Siegfried Maaß	0 33 02/22 13 50		siegfried.maass@lebertransplantation.de
Berlin	Wolfram Maaß	030/83 10 25 25		wolfram.maass@lebertransplantation.de
Berlin	Renate Negelmann	030/8 01 46 71		

Hessen

Kassel	Maria Dippel*	05 61/88 64 92		maria.dippel@lebertransplantation.de
Westerwald/Rhein/Lahn	Mariele Höhn	0 26 02/8 12 55		mariele.hohn@lebertransplantation.de
Frankfurt/Main	Dennis Phillips	0 69/5 96 38 94	0 32 12/117 59 85	dennis.phillips@lebertransplantation.de
Frankfurt/Main	Horst Schmidtman	069/39 58 82		
Südhessen	Harry Distelmann	0 61 51/31 80 93		harry.distelmann@lebertransplantation.de

(komm.) = kommissarisch

Ansprechpartner/Kontaktgruppen für Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige

Kontaktgruppe	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	
Wismar	Christine Berning	0 38 41/70 14 73		
Niedersachsen/Bremen				
Lüneburg	Peter Mohr	0 41 31/5 32 17		peter.mohr@lebertransplantation.de
Oldenburg	Friedhelm Schulz*	0 44 08/6 02 51		fried.schulz@lebertransplantation.de
Bremen/Unterweser	Udo Schmidt*	04 21/3 96 26 54		udo.schmidt@lebertransplantation.de
Hannover	Egbert Trowe* (komm.)	0 51 39/9 82 79 30		egbert.trowe@lebertransplantation.de
Osnabrück	Margret Smit*	0 54 01/4 00 03		margret.smit@lebertransplantation.de
Osnabrück	Reinhold Waltermann	0 54 02/42 53		reinhold.waltermann@lebertransplantation.de
Göttingen	Nicola Meyer	0 55 09/9 20 91 57		
Nordrhein-Westfalen				
Bielefeld	Birgit Schwenke* (komm.)	0 21 95/6 92 31	0 21 95/93 39 80	birgit.schwenke@lebertransplantation.de
Münster	Wolfgang Alferts	0 25 81/63 22 43		wolfgang.alferts@lebertransplantation.de
Münster	Andreas Wißing	0 59 71/1 74 44		andre.wissing@lebertransplantation.de
Essen/Duisburg	Moni Kuhlen*	02 01/3 65 76 64		moni.kuhlen@lebertransplantation.de
Ruhrgebiet	Udo Biemann	0 23 61/1 64 90		udo.biemann@lebertransplantation.de
Düsseldorf	Hans-Josef Karthaus	0 21 61/55 97 05		hans-josef.karthaus@lebertransplantation.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
Remscheid/Solingen	Birgit Schwenke*	0 21 95/6 92 31	0 21 95/93 39 80	birgit.schwenke@lebertransplantation.de
Oberbergisches Land/Siegerland	Cigdem Kleinjung	0 22 63/48 16 48		cigdem.kleinjung@lebertransplantation.de
Ennepe-Ruhr-Kreis	Birgit Schwenke* (komm.)	0 21 95/6 92 31	0 21 95/93 39 80	birgit.schwenke@lebertransplantation.de
Hochsauerlandkreis	Angelika Grimaldi	0 29 32/3 79 76		angelika.grimaldi@lebertransplantation.de
Köln	Michael Bessell	0 22 36/3 27 80 45		michael.bessell@lebertransplantation.de
Köln	Gerhard Mann	02 21/6 80 42 02		gerhard.mann@lebertransplantation.de
Aachen	Rudolf Hildmann*	0 21 63/42 10	0 32 12/117 59 85	rudolf.hildmann@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@lebertransplantation.de
Rheinland-Pfalz/Saarland				
Westerwald/Rhein/Lahn	Mariele Höhn*	0 26 02/8 12 55		mariele.hoehn@lebertransplantation.de
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@lebertransplantation.de
Frankenthal	Heinz Reiter	0 62 33/63 88 80		heinz.reiter@lebertransplantation.de
Kaiserslautern	Anne Herrmann (komm.)	06 31/3 70 48 07		
Saarland	Anne Herrmann	06 31/3 70 48 07		
Sachsen				
Leipzig und Umgebung	Roland Schier	03 41/6 51 54 27		
Görlitz	Jutta + Karl-H. Bertulat	0 35 81/7 83 71		karl-heinz.bertulat@lebertransplantation.de
Dresden und Umgebung	Regina Nüßgen	0 35 04/61 37 94		regina.nuessgen@lebertransplantation.de
Zwickau/südliches Sachsen	Manuela Korte	0 37 21/8 62 56		

(komm.) = kommissarisch

Ansprechpartner/Kontaktgruppen für Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige

Kontaktgruppe	Name	Telefon	Fax	E-Mail
Sachsen-Anhalt				
Magdeburg	Heidrun vom Baur	05 31/61 00 12		heidrun.vom.baur@lebertransplantation.de
Schleswig-Holstein/Hamburg				
Kiel	Siegfried Neumann	04 31/71 20 02		siegfried.neumann@lebertransplantation.de
Lübeck	Peter Mohr (komm.)	0 41 31/5 32 17		peter.mohr@lebertransplantation.de
Hamburg	Silke Lilienthal	0 49/49 29 22 63		silke.lilienthal@lebertransplantation.de
Thüringen				
Erfurt	Katharina Schönemann*	03 62 06/2 68 00		katharina.schoenemann@lebertransplantation.de
Jena	Heidemarie Prast*	0 36 41/39 23 88		heidemarie.prast@lebertransplantation.de
Jena	Volker Leich*	03 64 25/5 04 01		volker.leich@lebertransplantation.de
Rudolstadt	Hans-Jürgen Frost	0 36 72/41 01 73		hans-juergen.frost@lebertransplantation.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
junge Transplantierte	Christina Herrmann	01 77/2 78 10 56		christina.herrmann@lebertransplantation.de
Eltern lebertransplant. Kinder + Jugendl.	Joachim F. Linder	01 71/123 41 88	0 32 12/123 41 88	joachim.f.linder@lebertransplantation.de
Eltern lebertransplant. 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		waltraud.wroblewski@lebertransplantation.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
Grunderkrankungen der 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	egbert.trowe@lebertransplantation.de
Aktionen/Fragen zu Organspende (Süd)	Hermann Fraas	0 74 25/44 36		hermann.fraas@lebertransplantation.de

Koordinatoren

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

Region	Name	Telefon	Fax	E-Mail
Nord-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	Roland Stahl	0 91 87/41 05 08	0 91 87/41 05 09	roland.stahl@lebertransplantation.de
Bayern Süd	Helmut Thaler	0 81 31/73 69 59		helmut.thaler@lebertransplantation.de

Fachbeiräte

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

Ärztliche Fachbeiräte an Lebertransplantationszentren

Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein	Klinikum und Fachbereich Medizin Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M., Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Prof. Dr. med. Thomas Becker	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel, Klinik für Allgemeine Chirurgie und Thoraxchirurgie
Prof. Dr. med. Markus Wolfgang Büchler	Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie
Univ.-Prof. Dr. med. Peter Galle	Universitätsmedizin Mainz, I. Medizinische Klinik und Poliklinik
Prof. Dr. med. Michael Geißler	Leberzentrum Klinikum Esslingen, Klinik für Allgemeine und Innere Medizin
Prof. Dr. med. Alexander Gerbes	Klinikum der Universität München Campus Großhadern, Medizinische Klinik und Poliklinik II
Prof. Dr. med. Guido Gerken	Universitätsklinikum Essen, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie
Prof. Dr. med. Johann Peter Hauss	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 Göttingen, Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Alfred Königsrainer	Universitätsklinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Tübingen
Prof. Dr. med. Ulrich Leuschner	Fachärztliche Praxis Innere Medizin/Hepatologie, Frankfurt a.M.
Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus-Peter Maier	Diakonie-Klinikum Stuttgart, Expertenzentrum Hepatologie
Univ.-Prof. Dr. med. Michael P. Manns	Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie
Prof. Dr. med. Björn Nashan	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Peter Neuhaus	Charité Campus Virchow-Klinikum Berlin, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie
Prof. Dr. med. Gerd Otto	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, Stoffwechsel-erkrankungen, 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

Fachbeiräte Psychologie/Psychosomatik

Dr. med. Gertrud Greif-Higer	Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dr. med. Dipl. Psych. Brigitte Schlehofer	Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Prof. Dr. med. Dr. phil. Karl-Heinz Schulz	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie, Transplantationspsychologie

Fachbeirat Pflege

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

Juristische Fachbeiräte

Prof. Dr. jur. Hans Lilie	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Dr. jur. Sebastian Rosenberg M. mel.	Berlin

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

Trinke ausreichend, aber nicht zu viel ...

Die Trinkempfehlungen variieren sehr stark zwischen 4 und 2 Liter pro Tag. Oft hat man den Eindruck, dass es sich in starkem Maße um eine Modeerscheinung handelt. Der Anblick von Menschen mit Plastikflasche auf der Straße oder gar im Konzertsaal ist allemal wenig erfreulich. Aber eine Minimumzufuhr ist natürlich unerlässlich. Da mit der Nahrung (ebenso wie mit Kaffee, Tee, Suppen etc.) ebenfalls gebundenes Wasser eingenommen wird, reduziert sich die Trinkmenge auf vielleicht 1 bis 2 Liter pro Tag. Für die Nierenfunktion ist wichtig, dass die Urinmenge ca. 2 Liter pro Tag ausmacht. Überwässerung kann zu Ödemen, Bewusstseinsstörungen und auch Muskelkrämpfen führen.¹ Daher wird auch Sportlern empfohlen, nicht zu viel zu trinken. Zu große Trinkmengen lassen den Natriumgehalt im Blut zu stark absinken und womöglich Flüssigkeit ins Gewebe austreten. Natriummangel (Hyponatriämie) kann zu lebensbedrohenden Ödemen in der Lunge oder im Gehirn führen. Mehr Sportler sterben an zu viel als zu geringer Flüssigkeitseinnahme.²

... und kontrolliere den Zuckerkonsum und anderen „junk“.

Rachel Johnson von der American Heart Association sagt, Zucker sei nicht die Wurzel allen diätetischen Übels, aber wir hätten Mäßigung aus unserem Blickfeld verloren. Daher ist Ziel der Ernährungspolitik in den USA, den Zuckerverzehr zu vermindern. (Ähnliches gilt natürlich auch für Deutschland.) Besonders verführerisch (und damit gefährlich) ist der in Getränken (wie Cola und Fruchtsäften) enthaltene Zucker, da man sich dabei nicht so gesättigt fühlt wie bei entsprechender Kalorienaufnahme durch feste Nahrung. Wiewohl für Übergewicht und Fettleibigkeit die Gesamtkalorienzufuhr entscheidend ist, sollten wir besonders auch auf den Zuckerkonsum achten.³ Sogar Disney macht sich das gesundheitspolitische Ziel zu eigen und lässt Anzeigenkampagnen zugunsten gesünder Ernährung (mit weniger Zucker und Fett und mehr Gemüse und Obst), insbesondere für Kinder, über TV und Radio-Stationen ausstrahlen.⁴ Trennkost, wenig Fett und Kohlenhydrate, Heilfasten, Entschlacken sowie Säure-Basen-Fasten – lauter Diätansätze gegen den Überkonsum der Wohlstandsgesellschaft und der Stress-Esser. All diese Ansätze bringen dauerhaft jedoch nur etwas, wenn man sein Verhalten ändert und nur isst, wenn man wirklich hungrig ist und sich gleichzeitig auch ausreichend bewegt.⁵ Eine so geänderte Lebensführung ist auch eine gute Vorsorge gegen Krebs.⁶

Sei nicht faul und bewege dich ...

„Faulheit tötet“ ist ein Artikel in der Berliner Morgenpost (vom 19.7.2012) überschrieben. Als die Menschheit noch vom Sammeln und Jagen lebte, war Bewegung unerlässlich. Heute dominiert allenthalben Bewegungsmangel – sei es im Auto auf dem Weg zur Arbeit oder vor dem TV zur Unterhaltung. Fünf Millionen Menschen sterben weltweit an Bewegungsarmut, etwa gleich viele wie durch Rauchen. Bewegungsmangel führt zu Übergewicht und Fettleibigkeit sowie häufig zu Diabetes und auch Krebs. Dies beginnt in westlichen Gesellschaften bereits im Kindesalter und resultiert in zunehmendem Hüftumfang und schwindender Muskelkraft.⁷ Nach einer Studie des Robert-Koch-Instituts sind 53 Prozent der Frauen in Deutschland und 67 Prozent der Männer übergewichtig; 23 Prozent sind sogar fettleibig. Der Kampf gegen diese krankhafte Entwicklung wird durch eine „transdisziplinäre“ und „transformative“ Strategie aufgenommen, die weniger und gesündere Nahrungsaufnahme durch weniger fettreiche Fertigprodukte mit mehr Obst und Gemüse vorsieht sowie mehr Sport (nach WHO-Empfehlung: 2,5 Stunden körperliche Aktivität pro Woche). Als Ergänzung wird „Biomonitoring“ (Überwachung von Körpergewicht, Ernährung und Bewegung) erwogen. Aber durch wen und wie?⁸ Selbstdisziplin, eventuell unterstützt durch eine Gruppe Gleichgesinnter wie Weight Watchers, scheint der Königsweg zu sein.

... und sieh nicht so viel TV (und schon gar nicht im Hotel) ...

Bewegungsarmut kann bekämpft werden, wenn man weniger TV sieht und mehr Sport treibt. Noch gefährlicher kann es allerdings werden, wenn man bei häufigen Hotelaufenthalten intensiv TV sieht und dabei viel mit der Fernsteuerung von Kanal zu Kanal springt. Die remote control-Konsole sowie die Nachttischlampe sind die am stärksten mit Fäkalbakterien verseuchten Gegenstände in Hotelzimmern. Bei der üblichen Hygiene in den meisten Hotels kann ein gesundes Immunsystem allerdings mit diesen Risikofaktoren fertig werden.⁹

... aber gönne dir durchaus etwas dunkle Schokolade

Schokolade ist nicht nur ein Genussmittel, sondern kann tatsächlich die Gesundheit fördern. Herz- und Kreislauferkrankungen sind weltweit die häufigste Todesursache. Besonders gefährdet sind Menschen mit metabolischem Syndrom, also mit hohem Blutdruck, Übergewicht, gestörtem Zuckerstoffwechsel und erhöhtem Diabetesrisiko sowie Anfälligkeit für Herzinfarkt und Schlaganfall. Dunkle Schokolade ist reich an Flavonoiden, die als Antioxidantien wirken und zellschädigende Sauerstoffradikale auffangen. Mäßiger, regelmäßiger Konsum dunkler Schokolade wirkt sich – trotz hohen Fettgehalts – günstig auf den Gesamtcholesterinwert und auf den Blutdruck aus. Voraussetzung für die schützende Wirkung ist ein Kakaogehalt von mindestens 60 Prozent.¹⁰

Ulrich R.W. Thumm

1) Wie viel trinken ist gesund? Reformrundschaue, Juli 2012; siehe auch Südkurier Gesundheit, Juni 2012: Titelthema Durst.

2) N.v.L.: Eine Olympiade für Über-Menschen, Frankfurter Allgemeine, 25.7.2012.

3) Nanci Hellmich: Nutrition advocates turning sour on sugar, USA Today, 12.6.2012.

4) Dieselbe: Disney cuts junk from its ad diet, USA Today, 5.6.2012.

5) SWR 2 Wissen „Gesund durch Diät?“, 25.6.2012.

6) Siehe auch Jung Eun Lee et al.: Fruit, Vegetables, and Folate: Cultivating the Evidence for Cancer Prevention, Gastroenterology 2011; 141: 16–19; Krebs: Schädlicher Lebensstil, Apotheken-Umschau, 15.3.2012.

7) dpa: Dicker und weniger sportlich. Viel Fernsehen schadet Kindern langfristig, Der Tagesspiegel, 17.7.2012.

8) Gies: Pro forma, Frankfurter Allgemeine, 27.6.2012.

9) Hotel hygiene. Mind the remote, The Economist, 23.6.2012.

10) Das Ergebnis einer australischen Studie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) ins Internet gesetzt unter dem Titel „Zartbitter gegen Herzinfarkt und Schlaganfall“ (28.6.2012). Siehe auch jom: Leckere Arznei, Frankfurter Allgemeine, 28.3.2012.

Inhalt

Editorial	1
Jubiläumsjahr 2013	
Lebertransplantierte Deutschland e.V. wird 20	2
Vor 20 Jahren – Wie alles begann	3
Lebertransplantation – eine Entwicklungsgeschichte	4
Lebertransplantation – ein Situationsbericht	5
Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe	7
20 Jahre gelebte Selbsthilfe – Danke!	9

TRANSPLANTATIONS-MEDIZIN

Tx-Medizin im Spannungsfeld zwischen Ethik, Effektivität und sozialer Gerechtigkeit	10
Ethik der Organzuteilung	12
CTS-Studie wird 30	13
Rauchen und Lebertransplantation – Lungenkrebs und Hepatitis-Rezidiv	14
Türkisch- und englischsprachige Informationsfaltblätter	14

AUS WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

Erweiterung des Organspenderpools · Hepatitis-B-Reaktivierung und Prävention · Nierenfunktionsstörungen als Folge von Lebererkrankungen	15
Leberzellkrebs: Risiko, Diagnose, Behandlung · Zelltherapien bei Lebererkrankungen · Tumorbestrahlung bei Leberkrebs	16
Neue Therapieoptionen gegen Hepatitis C und ihre Nebenwirkungen · PSC und Schwangerschaft · Mortalität von Patienten mit MELD > 40 vs. HU-Wartelistenpatienten · Sind die Extrapunkte für HCC-Wartelistenpatienten gerechtfertigt?	17
Spenderorganrisiko und Ltx-Ergebnis	18

HEPATOLOGIE

MARS – Blutreinigung als Brücke zur Lebertransplantation	19
Interferon-freie Therapien: Wendepunkt in der Hepatitis-C-Therapie?	21
Direkt und indirekt – Leberschäden durch Drogen und Infektionen	22
Blick in die Zukunft: Medikamente gegen Fettleberhepatitis? ...	23
Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Ltx	23
Lebercheck	24

AUS DEN ZENTREN

LeberCentrum München Großhadern: Ltx-Update und Regionaltreffen	27
Heidelberg: Patient und Arzt im Gespräch beim Regionaltreffen	28
Unimedizin Mainz: Prof. Gerd Otto verabschiedete sich in den Ruhestand – Prof. Hauke Lang wurde neuer Leiter der Transplantationschirurgie	29
Essen: Einladung für lebertransplantierte Kinder, ihre Eltern und Geschwister.....	30
UK Tübingen: Erste kombinierte Leber- und Darmtransplantation bei einem Säugling	30
Universitätsklinikum Aachen: 100. Lebertransplantation	31
Rostock: Gelungene Patientenveranstaltung im Universitätsklinikum	31

TRANSPLANTATIONSGESETZ · ORGANSPENDE

Leberzuteilung: Eine Stellungnahme	32
Vertrauen bei Transplantationen neu schaffen! Notwendige Maßnahmen als 10-Punkte-Plan	32
Vertrauensstelle und Mehraugenprinzip eingeführt	33
Schlaglichter vom DSO-Kongress 2012	34
Jetzt erst recht: Gemeinsam für die Organspende	36
Geändertes Transplantationsgesetz (TPG) in der Umsetzung	37
Deutscher Transplantationsskandal überschattet Eurotransplant-Treffen	38
Roland Kaiser setzt mit Baumpflanzung ein Zeichen für Organspende	39
DSO-Jahrestagung der Transplantationsbeauftragten in Baden-Württemberg	40
„Organspende und Transplantation – eine Zeitreise“	41
Pressespiegel	42
Organspendeausweis	43
DSO Statement: Entwicklung der Organspende im dritten Quartal 2012	44
Rückgang der Organspendezahlen in Deutschland	45
TK-Städteettbewerb Organspende 2012	46
Das von Patienten initiierte Aktionsbündnis Organspende Baden-Württemberg findet zunehmend Beachtung	46
Organspende als Christenpflicht?	47
Förderung der Organspende – Was können wir tun?	48

GESUNDHEIT

Gefahren im Krankenhaus – Multiresistente Keime	49
---	----

RECHT · SOZIALES

Reha und Erwerbsminderungsrente	51
Lebertransplantierte – die teureren Patienten?	51
Erwerbsminderungsrente und Arbeitsplatz	51

GEIST · KÖRPER · SEELE

Zwischen Bangen und Hoffen	52
25 Jahre geschenktes Leben	53
Das Gespräch mit den Angehörigen – ohne Druck, mit Sensibilität und Kompetenz!	54

Gedenken	55
-----------------------	----

ERNÄHRUNG

Power aus der See: Fisch macht fit	56
--	----

VEREINSGESCHEHEN

Gesundheitswoche 2012 in Bad Alexandersbad	58
Kontaktgruppe Rhein-Neckar: 2. Treffen 2012	60
KG Westerwald/Rhein/Lahn: Treffen in Montabaur	60
Kontaktgruppe Unterfranken: Der eigene Wille zählt	60
Kontaktgruppe Bremen: Aktiv auf der Messe HanseLife	61
Neue Ansprechpartner	61

VERMISCHTES

Adresse Verein – Vorstand	62
Dank an unsere Sponsoren – Impressum	63
Termine – Beitrittserklärung	64
Ansprechpartner/Kontaktgruppen – Koordinatoren	65
Fachbeiräte	68
Medizin mit dem gesunden Menschenverstand	U3