

# REZEPTFREI – Die UKJ-Erklärsprechstunde

## Folge 15 – Organspende – richtig, wichtig, lebenswichtig

*Vorspann mit Hintergrundmusik*

DR. ALBRECHT GÜNTHER: Es gibt Befragungen in Deutschland, wo über 80 Prozent der Bevölkerung positiv einer Organspende gegenüberstehen. Aber ich glaube, nur maximal 20 Prozent haben überhaupt einen Organspendeausweis.

DR. CHRISTINA MALESSA: Ich glaube, es ist sehr wichtig, dass Menschen sich klar zur Organspende positionieren, um einfach auch die Last von den Angehörigen zu nehmen.

DR. ALBRECHT GÜNTHER: Unser Anliegen ist es, die Bevölkerung da mitzunehmen, zu informieren.

MODERATORIN: Hallo und herzlich willkommen zu unserem UKJ-Podcast. Heute beschäftigen wir uns mit dem Thema Organspende. Ein wichtiges Thema, aber auch ein sehr sensibles Thema. Auf der einen Seite ist Organspende für Betroffene oft die letzte Chance zu überleben. Auf der anderen Seite gibt es wesentlich mehr Menschen, die auf ein Organ warten, als es Spender gibt. In der Regel muss ein Mensch gestorben sein, aber zu Lebzeiten aktiv bestimmt haben, dass er Organe spenden möchte. Und nicht immer ist dieser Wille so klar geäußert. Organspende bewegt sich also immer irgendwo zwischen Leben und Tod. Heute wollen wir mit unseren Experten darüber sprechen, was Organspende bedeutet, welche Ängste und vielleicht Vorurteile es gibt und warum Organspende wichtig ist. Unsere Experten, das sind heute Dr. Christina Malessa von der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie. Hallo.

DR. CHRISTINA MALESSA: Hallo.

MODERATORIN: Und Dr. Albrecht Günther von der Klinik für Neurologie. Hallo.

DR. ALBRECHT GÜNTHER: Hallo.

MODERATORIN: Da stellen Sie sich zum Anfang einfach mal im Kontext der Organspende im UKJ vor. Herr Dr. Günther, Sie sind hier Transplantationsbeauftragter. Was ist denn da Ihre Aufgabe?

DR. ALBRECHT GÜNTHER: Ja, ich bin sozusagen ein Teil eines großen Teams von Kolleginnen und Kollegen, die sich auf den Intensivstationen hauptsächlich damit beschäftigen, Patienten mit schweren Hirnschädigungen, also schweren Schlaganfällen zum Beispiel, dahingehend zu beurteilen, wie schwer die Hirnschädigung ist und ob die Hirnschädigung eventuell dazu führt, dass die Patienten im Hirntod versterben. Und damit wären sie mögliche, wie wir sagen, potenzielle Organspender. Und das ist eine der Hauptaufgaben der Transplantationsbeauftragten, nämlich diese möglichen Organspender zu identifizieren, herauszufinden auf allen Intensivstationen, von der Kinderintensivstation über die Erwachsenenintensivstation, zum Teil auch in der Notaufnahme, um hier sicherzugehen, dass kein potenzieller Organspender übersehen wird. Wir machen auch viel Weiterbildung für unsere Mitarbeiter aus der Pflege, auch für unsere ärztlichen Kolleginnen und Kollegen und versuchen auch in der Öffentlichkeit, das Thema zu bedienen und Informationen auch für die Bevölkerung zu dem Thema zu geben.

MODERATORIN: Und Frau Dr. Malessa, Sie gehören ja quasi zur anderen Seite der Organspende. Sie betreuen Betroffene, die eine Leber gespendet bekommen haben oder noch darauf warten, eine zu bekommen. Was genau machen Sie?

DR. CHRISTINA MALESSA: Genau. Ich bin Oberärztin in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Und wir als Team betreuen Patienten vor der Transplantation, transplantieren sie

hier am UKJ und nach der Transplantation. In Deutschland warten im Moment 8.269 Patienten auf ein Organ. Ich habe vorhin mal auf unsere Warteliste geschaut und habe gesehen, dass 243 Menschen auf eine Leber warten und 23 auf eine Bauchspeicheldrüse und eine Niere. Insofern ist uns natürlich die Organspende sehr wichtig.

MODERATORIN: Jetzt sind wir hier in Thüringen das einzige Transplantationszentrum. Welche Organe transplantieren wir denn hier am UKJ überhaupt? Und was wird am häufigsten transplantiert?

DR. CHRISTINA MALESSA: Hier am Zentrum, am UKJ, können wir alle Transplantationen anbieten. Wir haben einmal die thorakalen Organe. Da gehört das Herz und die Lunge dazu und dann die abdominellen Organe. Da können die Leber, die Nieren, Bauchspeicheldrüse und der Dünndarm transplantiert werden. Und des Weiteren werden natürlich auch noch Gefäße transplantiert im Rahmen dieser großen Transplantation. Haben wir auch Haut und Hornhaut gehört auch noch mit dazu. Wird betreut hier am Zentrum über die Klinik für Augenheilkunde.

DR. ALBRECHT GÜNTHER: Vielleicht ergänzend noch dazu, dass dann die sogenannte Gewebespende, die auch im Kontext von Organ und Gewebespende immer zusammen zu sehen ist. Das ist ein bisschen ein anderes Thema, aber es ist auch ganz wichtig, dass auch die Gewebespende mit thematisiert wird.

MODERATORIN: Können Sie das noch ein bisschen konkreter erläutern?

DR. ALBRECHT GÜNTHER: Wir sind ja hier zusammengekommen, um über das Thema Organspende zu sprechen. Und da kommen die Organe in Frage, die von Frau Malessa gerade genannt wurden. Aber es geht auch darum, dass es viele Patienten gibt, die zum Beispiel eine Hornhauttransplantation brauchen. Das unterliegt wiederum anderen Gesetzmäßigkeiten. Und ich denke, dass es jetzt vielleicht auch ein bisschen Thema, was zu weit führt oder über unseren Fokus heute hinausgeht. Aber es ist trotzdem ein wichtiges Thema, weil auch dafür großer Bedarf herrscht.

MODERATORIN: Manche Organe können ja auch lebend gespendet werden. Was ist denn da der Unterschied? Oder welche Organe können lebend gespendet werden? Und was ist der Unterschied zu einer Spende nach dem Tod?

DR. CHRISTINA MALESSA: Lebend gespendet werden können ein Teil der Leber und eine Niere. Diese beiden Lebendspendetransplantationen werden auch beide hier am UKJ durchgeführt. Der Unterschied ist, dass eine Lebendspende eine geplante Operation ist, wo wir hier am Zentrum Spender und Empfänger evaluieren. Das heißt, genau untersuchen, ob irgendwelche Erkrankungen außer die bekannten, die zur Transplantation führen, vorliegen. Und wir können vor allen Dingen auch den Spender ganz genau untersuchen, beraten, begleiten. Sodass wir dann, wenn die Untersuchungen beim Spender unauffällig waren und die psychologische Evaluierung auch dasselbe Ergebnis gebracht hat, dass der Spender sich eignet für eine Transplantation und auch die Lebendspendekommission der Landesärztekammer ihr OK gegeben hat nach der Sitzung, dass wir dann die Spende gezielt zu einem festgelegten Datum hier durchführen können. Die Patienten empfinden eine Lebendspende durch die genaue Planung als sehr beruhigend, sehr viel Hoffnung. Sie brauchen nicht auf den Anruf in der Nacht zu warten, dass es ein Organangebot gibt, dass sie mitten in der Nacht abgeholt werden. Sie sind nicht in dieser permanenten Bereitschaft und müssen nicht, wie es im Moment leider der Fall ist, jahrelang oder monatelang oder auch quälende Tage auf ein erlösendes Organangebot warten.

MODERATORIN: Gibt es besondere Anforderungen für die Lebendspende? Also muss man verwandt sein oder kann das ein ganz Fremder machen?

DR. CHRISTINA MALESSA: Ja, es gibt ganz festgelegte Algorithmen, also festgelegte Dinge, die zutreffen müssen. Das ist einmal der Patient muss volljährig sein, der Patient muss gesund sein und die Spende muss freiwillig sein. Und der Empfänger und Spender oder Empfänger und Spenderinnen müssen in einer festen emotionalen Beziehung stehen. Das heißt, es ist immer ein Schenken und ein Geschenk annehmen zwischen zwei Menschen, die eine enge emotionale Verbindung haben. Gefordert ist nicht unbedingt die familiäre Verbindung, dass man, es muss nicht

der Bruder, Mutter, Schwester oder Cousine sein. Es kann auch die engste Freundin, die man seit 20 Jahren kennt, man hat gemeinsam eine Schule besucht oder ist die Patentante des Kindes oder, oder. Die Menschen müssen nur freiwillig das tun und für uns und für die Mitglieder der Ethikkommission, also der Lebendspende der Ethikkommission, muss klar sein, warum derjenige das macht. Also die Freiwilligkeit muss überprüfbar sein und nachvollziehbar sein und dann können die Menschen spenden.

MODERATORIN: Und hat es auch einen medizinischen Vorteil, eine Lebendspende?

DR. CHRISTINA MALESSA: Ja, auf jeden Fall, weil wir einen geplanten Zeitpunkt haben. Das heißt, der Empfänger kommt meistens von zu Hause, hat keine akuten Infektionen, liegt nicht auf einer Station, schon lange mit Therapien und natürlich die Transportdauer des Organs. Es ist ein Unterschied, ob man in zwei Sälen parallel operiert und das Organ, was entnommen wurde, nur in den anderen OP-Saal trägt oder dass das Organ, wenn es eine postmortale Spende ist, quer durch Deutschland, quer durch Europa transportiert. Und das ist natürlich ein riesengroßer Unterschied, der Transport, wie lange der Transport dauert. Und bei der Lebendspende ist die Organqualität des Spenders, die können wir vorher genau untersuchen, alle untersuchen, alle Tests machen. Wir nehmen nur gesunde, möglichst junge Menschen, die spenden. Und bei der postmortalen Spende haben wir eben auch in der Regel schon mal ältere Organe mit guter Organqualität. Aber da ist eben auch ein Unterschied in der Qualität des Spenderorgans.

MODERATORIN: Jetzt geht es aber nun mal bei den meisten Organen eben nicht, dass man sie lebend spenden kann. Das heißt, es muss der Hirntod vorher festgestellt werden, bevor man ein Organ spenden kann. Wie kann man den Hirntod denn überhaupt feststellen?

DR. ALBRECHT GÜNTHER: Ja, der Hirntod oder wie wir sagen, der unwiederbringliche Verlust sämtlicher Hirnfunktionen, der wird ganz klar definiert und auch nach ganz klaren Abläufen diagnostiziert oder festgestellt. Das heißt, es gibt immer ein dreistufiges Verfahren. Die erste Voraussetzung, um überhaupt diesen Hirnfunktionsausfall festzustellen, ist, dass entsprechend ausgebildete und qualifizierte UntersucherInnen da sind. Das heißt, es muss immer ein Spezialist oder eine Spezialistin aus der neurologischen Intensivmedizin oder neurochirurgischen Intensivmedizin sein. Und darüber hinaus auch noch ein zusätzlicher fachärztlicher Kollege oder Kollegin, die zu zweit die Untersuchung durchführen. Die Voraussetzung ist ebenfalls, dass die beiden Untersucher auch gänzlich unabhängig vom Transplantationsteam sind. Also dort darf es keine Interessenskonflikte geben. Das ist ganz, ganz wichtig, dass es dort keine Verbindung gibt. Deshalb ist für uns auch, wenn wir uns Transplantationsbeauftragte nennen, ist das so ein bisschen ein irreführender Begriff, weil wir im Prinzip wirklich zwei unterschiedliche Teams sind. Es gibt keine Verbindung zwischen dem Transplant-Team und dem, ich sage jetzt mal in Führungsstrichen, Hirntod-Diagnostik-Team. Das heißt, wir treten als völlig unabhängige UntersucherInnen zu zweit ans Krankenbett und untersuchen den Patienten. Und bei dieser Untersuchung müssen wir Richtlinien einhalten. Das heißt, wir untersuchen tatsächlich den Patienten nach gesetzlichen Vorgaben. Das ist im Transplantationsgesetz geregelt, wie die Untersuchung abläuft. Und die Regelungen in Deutschland sind da sehr, sehr strikt und sehr, sehr kleinteilig. Und deshalb braucht es eben UntersucherInnen, die wirklich Erfahrung haben in dieser Untersuchung. Und wenn ich es noch weiter erläutern darf, geht es also, nachdem wir als Untersucherteam am Bett sind, darum, erst nochmal zu überprüfen, welche Form von Hirnschädigung liegt vor. Da unterscheiden wir verschiedene Formen. Das geht jetzt vielleicht zu weit ins Detail, aber meistens handelt es sich um Schlaganfälle, Hirnblutungen, auch mal Hirntumor oder Patienten nach einem schweren Verkehrsanfall mit Schädel-Hirntrauma. Eine andere große Gruppe sind Patienten, die nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand wiederbelebt wurden und dadurch einen Sauerstoffmangel im Gehirn erlitten haben und dieser Sauerstoffmangel dann zu einem schwersten Hirnschaden geführt hat. Das sind die zwei großen Gruppen, wir nennen das primären und sekundären Hirnschaden. Und das muss definiert sein und dann muss geklärt sein, dass keine beeinflussenden Faktoren vorliegen, die sozusagen den Hirntod in Führungsstrichen vortäuschen können. Diese ganzen Voraussetzungen müssen erfüllt sein und ganz strikt abgeprüft werden und dann kommt eine klinische Untersuchung und darin stellen wir zunächst den Zustand des Komas fest, also der Bewusstseinsverlust des Patienten und stellen dann im Weiteren den Ausfall der Hirnstammreflexe fest. Und das ist auch ein ganz klar

vorgegebenes Untersuchungsverfahren bis hin dazu, dass wir dann als letzte Hirnfunktion den Ausfall der Atemfunktion feststellen. Damit haben wir die klinische Untersuchung abgeschlossen, das ist sozusagen der zweite Teil. Und im dritten Teil geht es darum nachzuweisen, dass dieser Zustand sich nicht wieder erholen kann. Das ist ein unwiederbringlicher Ausfall dieser Hirnfunktion. Und dafür gibt es zwei große Wege. Einerseits geht das entweder, indem wir nach einem bestimmten Zeitablauf, 12, 24 oder 72 Stunden, je nachdem welcher Hirnschaden vorliegt und welches Alter des Patienten vorliegt, die gleiche klinische Untersuchung nochmal wiederholen, auch wieder zwei Untersucher mit denselben Untersuchungsmethoden oder eben eine Zusatzdiagnostik verwenden, also ein apparatives Verfahren zum Beispiel mit bildgebenden Methoden, mit Ultraschall oder CT-Angiografie, also verschiedene bildgebende Untersuchungen oder eben auch, wie wir sagen, elektrische Funktionsuntersuchungen wie das EEG, die Hirnstrommessung. Das sind die Untersuchungen, mit denen wir auch die Hirnfunktionsausfälle dann definieren können und festlegen können, dass hier keine Funktion oder keine Durchblutung mehr im Gehirn ist. Und wenn diese Untersuchungen abgeschlossen sind, dann stellen die beiden Kolleginnen und Kollegen, die die Untersuchung gemacht haben, den Hirnfunktionsausfall, den kompletten Hirnfunktionsausfall fest. Und das ist dann auch der Todeszeitpunkt, den wir dann auch festhalten. So läuft die Untersuchung zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall, also zum unwiederbringlichen, nicht erholbaren Gesamthirnfunktionsausfall ab.

MODERATORIN: Was sagen Sie den Menschen, die das anzweifeln, dass man den Hirntod so sicher feststellen kann?

DR. ALBRECHT GÜNTHER: Also Leute, die das anzweifeln, kann ich nur versuchen zu überzeugen, indem ich ihnen, ähnlich wie ich es jetzt gerade dargestellt habe, auch nochmal beschreibe. Ich biete den Patienten oder den Angehörigen, unseren Patienten auch durchaus an, auch bei der Untersuchung mit dabei zu sein. Und ich weiß auch, dass es für die Angehörigen extrem schwer ist, sich das vorzustellen, weil der Angehörige liegt sozusagen rosig mit Herzschlag und Blutdruck und guter Sauerstoffsättigung vor einem. Ja, man sieht den Patienten und kann sich gar nicht vorstellen, dass der wirklich tot sein soll. Und das kann man nur versuchen, durch viele Gespräche, auch schon im Vorfeld der Diagnostik, auch mit Unterstützung unserer Psychologinnen auf Intensivstationen, die Angehörigen mitzunehmen und denen das zu erklären. Und was ich auch immer sage, es gibt keinen einzigen Patienten, der, wenn wir die Diagnostik nach unseren Richtlinien korrekt durchgeführt haben, der sich davon erholt hat. Es ist nie, ein Patient hat das überlebt. Das heißt, die korrekte Durchführung dieser Diagnostik führt entweder zu dem Befund, dass der Patient nicht hirntod ist und dann wird auch nicht weiter über Organspende zu dem Zeitpunkt gesprochen. Oder sie führt dazu, dass der Patient tatsächlich einen Hirnfunktionsausfall hat. Und das ist auch nach allen Erkenntnissen der Wissenschaft ein Todeskriterium, ein sicheres Todeskriterium. Vor 70, 80 Jahren gab es dieses Todeskriterium noch nicht, aber seit der Einführung von Beatmung, künstlicher Lunge und so weiter, gibt es eben diese Erkenntnis, dass es auch den sogenannten Hirntod gibt, als sicheres Todeskriterium.

MODERATORIN: Und da ist ja auch die Grundvorsetzung, dass Organe dann gespendet werden dürfen.

DR. ALBRECHT GÜNTHER: Genau. Also in Deutschland, neben der Thematik der Lebendspende, ist in Deutschland nur die sogenannte postmortale Spende, also die Spende nach Feststellung des Hirntodes, erlaubt. Vielleicht kann man an der Stelle ergänzen, dass es in nahezu allen Ländern um Deutschland herum, in Europa und auch in Amerika und in ganz vielen Ländern mittlerweile auch Organspenden nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand gibt. Und dort wird im Prinzip auch der Tod festgestellt. Nur der Tod mit sichtbarem, also das heißt an dem Monitor ist eine Nulllinie im EKG und auch sichtbar für die Angehörigen. Und es ist eine Methode, die in sehr vielen Ländern der Welt tatsächlich auch dazu geführt hat, dass mehr Organspenden möglich wurden. Darüber wird in Deutschland noch nicht so viel gesprochen. Die FDP hat das letztes Jahr, glaube ich, im November mal angebracht. Aber ich glaube, darüber muss noch viel diskutiert werden, auch in der Ärzteschaft, in den Fachgesellschaften. Aber ich glaube, es ist ein sehr wichtiges Thema, dem wir uns auch als Neurologinnen und Neurologen und neurologische Intensivmediziner unbedingt widmen sollen und müssen.

MODERATORIN: Jetzt haben Sie ja die Regeln schon angesprochen, die in Deutschland ein

bisschen anders sind als in vielen anderen Ländern. Wie läuft denn Organspende in Deutschland ab? Was sind so die Regelungen?

DR. ALBRECHT GÜNTHER: Ich kann als Neurologe natürlich zur Organspende nicht viel sagen. Ich kann nur so viel sagen, dass ich als Diagnostiker an das Krankenbett trete und nach den eben schon beschriebenen Richtlinien den Hirnfunktionsausfall feststelle. Das geschieht meistens mittlerweile, ich würde sagen in 90 Prozent der Fälle mindestens, immer irgendwie im Kontext einer möglichen, sich daran anschließenden Organspende. Und das wird immer begleitet, aktiv begleitet von den Kollegen, von den Koordinatoren der Deutschen Stiftung Organtransplantation, die in dem Prozess aktiv eingebunden sind und alles, was dann nach der Feststellung des Hirntodes kommt, organisieren. Und dazu kann Frau Malessa sicher dann mehr sagen.

DR. CHRISTINA MALESSA: Wenn der Hirntod festgestellt wurde und die Deutsche Stiftung Organtransplantation aktiv geworden ist, werden an dem hirntoten Patienten sehr viele Untersuchungen durchgeführt, sodass man versucht, über die einzelnen Organe sich ein genaues Bild zu machen. Das wird dann alles sehr genau protokolliert. Also es werden Herzkatheteruntersuchungen, dann können Lungenuntersuchungen durchgeführt werden, sehr viele Laboruntersuchungen. Die ganze Krankengeschichte wird nochmal aufgeschrieben, sodass man dann eigentlich am Ende dieses Prozesses ein sehr umfangreiches Bild von dem Patienten oder der Patientin hat. Und diese Daten werden dann weitergegeben an Eurotransplant in Leiden. Das ist eine Stiftung, wo Deutschland auch mitmacht in dem Organvergabeprozess. Das sind europäische Länder, die sich zusammengeschlossen haben seit 1967. Und dort werden die eingehenden Daten mit den gelisteten Patienten abgeglichen. Und dann bekommen wir für unseren Patienten ein Organangebot von Eurotransplant übermittelt, wo alle Daten zu diesem Patienten exakt drin stehen. Und wir haben dann als Zentrum 30 Minuten Zeit, uns ein genaues Bild von der spendenden Person zu machen. Und dann zu sagen, akzeptieren wir das für unseren Patienten auf der Warteliste, für den wir das angeboten bekommen haben. Lehnen wir das Organ ab und sagen, unser Patient liegt auf der Intensivstation, ist in einem sehr kritischen Zustand. Wir würden im Moment von einer Organtransplantation Abstand nehmen. Solche Organe, die dann zurückgegeben werden, werden dann an das nächste Zentrum weitergegeben, an den nächsten Patienten, der nach den Allokations-, nach den Vergaberichtlinien der Bundesärztekammer dran ist. Und so finden dann diese Organe den Weg zu einem passenden Empfänger, der jetzt als nächstes das Organ bekommt.

MODERATORIN: Können Sie die Vergaberichtlinien ein bisschen erläutern? Kommt es darauf an, wie schlecht es dem Patienten geht?

DR. CHRISTINA MALESSA: Die Vergaberichtlinien richten sich immer nach dem Organ. Ich kann das zum Beispiel kurz für die Leber sagen. Wir transplantieren die Leber nach Dringlichkeit, nicht nach Wartezeit. Und die Dringlichkeit drückt sich aus in einem Score, der berechnet wird. In diesem Score gehen mit ein einmal der Wert für die Nierenfunktion, der gelbe Farbstoffwert, ein Wert für die Gerinnung und der Natriumwert. Diese Ergebnisse werden eingefügt in eine logarithmische Formel und dann kommt ein Punktwert raus zwischen 1 und 37 Punkten. Der Patient, der die besten Werte hat, hat den Punktwert 1. Der, der die schlechtesten Werte hat, hat den Punktwert 37. Und dann erfolgt die Vergabe rückwärts. Also die Patienten mit 37 Punkten sind zuerst dran, entsprechend der Blutgruppe. Wir transplantieren Blutgruppen verträglich und entsprechend Körpergröße, Körpergewicht. Es gibt noch ein paar Sonderregeln. Kinder haben zum Beispiel Sonderregeln, dass die bevorzugt behandelt werden. Und es gibt noch ein paar Hochdringlichkeitskriterien. Wenn ein Mensch, der vorher keine Lebererkrankung hatte, in ein akutes Leberversagen kommt, kann man einen Hochdringlichkeitsantrag stellen, weil die Überlebenschancen dieser Patienten in den nächsten Stunden, Tagen und Wochen einfach deutlich minimiert ist.

MODERATORIN: Es hat ja eingangs schon gesagt, dass wir wesentlich mehr Menschen haben, die auf ein Organ warten, als es Spender gibt. Wie kann man denn die Zeit überbrücken?

DR. CHRISTINA MALESSA: Wir betreuen unsere Patienten in dieser Zeit, versuchen alle möglichen Therapien durchzuführen. Bei den Tumoren besonders versuchen wir natürlich sogenannte Bridging, also Überbrückungskonzepte zu realisieren. Wir versuchen, die Tumore in

der Leber zu behandeln mit vielen verschiedenen Möglichkeiten. Man kann Systemtherapien machen, also das heißt Medikamente geben, die den Tumor behandeln. Man kann aber auch lokal veröden oder bestrahlen. Dort gibt es verschiedenste Ansätze. Und so versuchen wir, diese Tumorpatienten möglichst während der Wartezeit auf ein Organ zu begleiten und die Situation zu vermeiden, dass Metastasen auftreten oder dass dieser Tumor in ein Gefäß in der Leber einbricht, weil dann dürfen wir nach dem deutschen Gesetz nicht mehr transplantieren. Die Patienten, die keine Tumorerkrankung haben, versuchen wir möglichst konservativ, auch mit unseren Kollegen aus der Klinik für Innere Medizin, Hepatologie, gemeinsam sehr sorgfältig zu betreuen, optimal einzustellen. Versuchen ambulant, stationär für jeden Patienten eine individualisierte Therapie zu suchen, um möglichst diese Zeit mit einem stabilen Gesundheitszustand zu schaffen. Man muss dazu sagen, wir haben eine Rate bei den Tumorerkrankungen, dass 40 Prozent der Tumorpatienten, die mit einem bösartigen Tumor gelistet sind, die Transplantation nicht erreichen. Auf diesem Weg verlieren wir die Patienten einmal durch den Tod oder auch durch Metastasen oder Gefäßeinbrüche, die in dieser Zeit auftreten.

MODERATORIN: Das heißt, manchmal haben die Patienten wirklich gar nicht lange Zeit, auf ein neues Organ zu warten?

DR. CHRISTINA MALESSA: Ja, die Zeit drängt oft und wir warten oft gemeinsam mit dem Patienten, mit den Angehörigen, auf einen potenziellen Organspender. Und wir warten manchmal sehr dringlich auf diesen erlösenden Anruf, dass es ein Organangebot gibt, um diesem Menschen seine Chance zu geben.

MODERATORIN: Und wenn jemand das Glück hatte, ein Organ zu bekommen, wie geht denn so ein Leben nach einer Transplantation weiter?

DR. CHRISTINA MALESSA: Wenn die Transplantation abgeschlossen ist im Operationsaal, werden die Patienten abhängig von den Vorerkrankungen und vom Gesundheitszustand auf unserer interdisziplinären Intensivstation betreut. Anschließend gehen sie auf die Normalstation. Dort versuchen wir sie wieder zu reintegrieren in ein normales Leben. Sie werden mobilisiert, sie bekommen einen Kostenaufbau, Essen und Trinken. Sie werden psychologisch begleitet. Das haben wir vielleicht an dieser Stelle noch gar nicht erwähnt. Das ist auch ein ganz, ganz wichtiger Baustein unserer Therapie vor und nach Transplantation, die psychologische Betreuung auf der Intensivstation und natürlich auch auf der Normalstation. Und anschließend besuchen sehr viele Patienten eine Rehabilitationsklinik, um wieder das normale Leben zu lernen, um dann wieder zurückzukehren in die Familie, an ihren Arbeitsplatz, um dort wieder ein normales Leben zu führen.

MODERATORIN: Aber auf Medikamente ist man dann trotzdem ein Leben lang angewiesen?

DR. CHRISTINA MALESSA: Medikamente müssen ein Leben lang genommen werden, um eine Abstoßung zu verhindern. Der Körper erkennt natürlich jedes transplantierte Organ als etwas Fremdes an, sodass man am Anfang eine akute Abstoßung und dann die chronische Abstoßung verhindern muss. Es gibt inzwischen viele verschiedene Medikamente, sodass wir nicht nur die Höhe des Präparates anpassen können, sondern auch wir können wechseln in den verschiedenen Präparaten, abhängig von Nebenwirkungen und der Grunderkrankung.

MODERATORIN: Sind Sie beide Organspender? Haben Sie einen Organspendeausweis?

DR. ALBRECHT GÜNTHER: Ja. Also vielleicht kann man wirklich noch mal sagen, dass wir aus dem Team der Transplantbeauftragten wirklich eine große Gruppe sind. Also da sind Anästhesisten dabei, Intensivmediziner anderer Spezialität und Pflege, Psychologinnen, auch zum Teil Kollegen aus dem Diagnostikteam, aus der Nuklearmedizin. Und wir versuchen alle, alles zu tun, um wirklich auch im Sinne der Patienten, nämlich des Patientenwillens herauszufinden, ob der Patient vielleicht wirklich auch selber diesen Wunsch gehabt hätte, für den Fall, dass ein schwerster Hirnschaden eintritt, seine Organe zu spenden. Häufig steht das nämlich nicht so klar in Patientenverfügung oder sowas drin.

MODERATORIN: Was machen Sie dann, wenn Sie das einfach faktisch nicht wissen?

DR. ALBRECHT GÜNTHER: Ja, wir haben zum Beispiel vor ein paar Jahren, fünf, sechs Jahre ist

das her, mal eine Untersuchung gemacht und haben geschaut, wie viele Patienten werden auf den Intensivstationen sozusagen Therapie limitiert. Also dort wird die Therapie aufgrund einer schweren Erkrankung, auch einer schweren Hirnerkrankung zurückgefahren und man wird sozusagen den Patienten begleiten in den Tod. Aber man hat nicht vorher die Frage gestellt, ob der Patient oder die Patientin gern die Organe gespendet hätte. Und dort haben wir eben eine ganze Reihe von Patienten gefunden, wo das, sagen wir mal, übersehen wurde. Patienten, wo schon anhand der klinischen Merkmale, die ich Ihnen vorhin erläutert habe, eigentlich klar war, dass der Patient schon im Hirntod war oder die Hirnfunktionen erlöschen sind, dort wurde immer noch nicht die Frage gestellt. Und da Sorge zu tragen als großes Team von Transplantbeauftragten im Zusammenspiel mit unseren intensivmedizinischen Kolleginnen und Kollegen, auch mit der Pflege und auch mit den Angehörigen, Sorge zu tragen, dass diese Frage wirklich gestellt wird, dass dieses Thema angesprochen wird, so schlimm wie das ist. Aber es könnte der letzte Wunsch unseres Patienten gewesen sein. Und den nicht zu erfüllen, wäre schlimm.

MODERATORIN: Vielleicht noch zum Abschluss, wie wichtig ist Organspende oder wie wichtig ist es, diesen Willen klar zu äußern?

DR. CHRISTINA MALESSA: Also ich glaube, es ist sehr wichtig und ist sehr wichtig, dass Menschen sich klar zur Organspende positionieren, um einfach auch die Last von den Angehörigen zu nehmen. Oft hört man, wir haben da nie drüber gesprochen, gerade bei älteren Menschen auch. Oder ich weiß gar nicht, wie mein Vater, meine Mutter darüber denkt, weil das war ein Tabuthema bei uns zu Hause. Und viele Menschen haben große Unsicherheiten, ob sie richtig entschieden haben und ob sie die richtige Entscheidung getroffen haben. Und deswegen finde ich persönlich sehr wichtig, ein klares Ja, ein klares Nein nimmt einfach sehr viel Last, auch von den Angehörigen in dieser schweren Sterbesituation, bei dem Verlust des geliebten Angehörigen, einfach dann noch die Entscheidung treffen zu müssen, kommt eine Organspende in Frage, Ja oder Nein.

DR. ALBRECHT GÜNTHER: Es gibt Befragungen in Deutschland, wo über 80 Prozent der Bevölkerung positiv einer Organspende gegenüberstehen. Aber ich glaube, nur maximal 20 Prozent oder sowas haben überhaupt einen Organspendeausweis, vielleicht sogar viel weniger. Das heißt, da gibt es eine große Lücke dazwischen. Unser Anliegen ist es, die Bevölkerung da mitzunehmen, zu informieren. Und das geht nicht nur über irgendwelche großen Plakate in der Stadt, sondern es geht vor allem auch über das Gespräch und über Informationen und nicht nur über das Internet, sondern auch persönliche Kontakte und so eine Sache wie diesen Podcast hier. Vielen Dank.

DR. CHRISTINA MALESSA: Und wir versuchen auch immer mit unseren Organempfängern, die Menschen, die ein Organ bekommen haben, die auf der anderen Seite angekommen sind, die das große Glück hatten, dieses Organ und Lebenszeit zu bekommen. Da versuchen wir auch immer, gehen Sie in das Gespräch, sprechen Sie das Thema Organspende an, verteilen Sie Organspendeausweise, sprechen Sie in Ihrer nahen Umgebung, an Ihrem Arbeitsplatz, in Ihrer Familie darüber. Sie sind das beste Beispiel, wie sinnvoll Organspende sein kann.

MODERATORIN: Dann danke ich Ihnen für das interessante Gespräch. Vielleicht hat es ja ein paar Menschen inspiriert, zumindest einen Organspendeausweis sich zuzulegen und einfach eine Entscheidung zu treffen für sich selber. Wir hören uns wieder.