

Von Mittwoch, 18. Oktober bis Freitag, 20. Oktober 2023 rückte Eisenstadt in den Fokus der Transplantationsforschung in Österreich. Zur „Austrotransplant 2023“ hatte die Österreichische Gesellschaft für Transplantation, Transfusion und Genetik geladen. Die 36. Tagung fand im Kultur- und Kongresszentrum von Eisenstadt statt.

Zum Thema „Innovation und Zusammenarbeit: Grenzen überwinden, Leben verändern“ waren Ärztinnen, Forscherinnen, Klinikerinnen, Pflegerinnen und alle, die am Fortschritt der Organspende und Transplantation interessiert sind, geladen.

Ungemein wertvoll ist die Tatsache, dass Vertreterinnen von Patientenorganisationen teilnehmen: eine Teilnehmerin der Selbsthilfegruppe „Hepatitishilfe Österreich – Plattform Gesunde Leber“ (die Autorin) sowie vier Teilnehmerinnen aus der Selbsthilfegruppe „Niere“. Patientenvertreterinnen benötigen Zugang zu wissenschaftlichen Informationen – über Zutritt zu Fachkongressen, durch Zugriff auf Fachliteratur und verstärkten Wissensaustausch mit der Pharmaindustrie. Dies wurde in Eisenstadt durch wissenschaftliche Vorträge, Fachreferate des Bereiches „Pflege“ sowie durch informelle Gespräche und Zeit zur Vernetzung ermöglicht.

Die Vorträge geben meine persönliche Auswahl als Betroffene und Transplantierte wieder.



Den Eröffnungsvortrag gab **Thomas Soliman, Klinische Abteilung für Transplantation, AKH Wien**, den ich von meinen regelmäßigen Nachsorge-Checks auf der AKH-Transplantambulanz für Leber, kannte.

Sein Thema war die Reduktion der Abstoßungsrate, eine Verringerung des Abstoßungsgrades und des Organverlusts zu erreichen. Mittels Induktionstherapie wird die akute Abstoßung gesenkt.

In mehreren Studien, die Soliman präsentierte, geht es um die Immunsuppression, die lebenslang eingenommen werden muss, und um deren optimale Dosierung.

Nach welchen Kriterien, welchen immunologischen Risiken, werden Patientinnen in Gruppen eingeteilt? Bei 60 Lebertransplantationen in Österreich etwa könnten zwölf Patientengruppen unterschieden werden, die Gruppen mit kardialen Problemen, mit renalen ...

Einen Ausblick in die Zukunft der Induktionstherapie ermöglicht die extracorporale Fotosynthese, ECP, die die Abstoßungsrate senkt. Das Ziel – so Soliman – wäre die Induktion bereits im Spenderorgan.

Als ehemalige Patientin schrieb ich mich in die erste Pflegesitzung ein.

**Mathias Parzer-Lenz vom AKH Wien** referierte über „Atemtherapie auf der Intensivstation“. Bedingt durch zu schwache Bauchmuskeln, Schmerzen nach der Operation müssen Patientinnen beim Atmen

und Aushusten unterstützt werden. Mittels Lippenbremse, unterstütztem Aus- und Einatmen, und Training mit dem Y-Trainer oder mit der „Huffingmethode“, bei der ein Spiegel angehaucht werden soll, können Patientinnen beim Aushusten und in der Stärkung des Zwerchfells trainiert werden.

In **Eva Gratzers Vortrag, Ergotherapeutin am AKH**, ging es um die Rolle der Ergotherapie auf der Intensivstation.

Ergotherapeutinnen – es gibt noch zu wenige – arbeiten in Absprache mit der Pflege, sie sind eine zusätzliche Begleitung für die Patientinnen in deren Alltag auf der Intensivstation. Neugierig wurde ich, als es um psychosoziale Faktoren und um die im Spital langsam schwimmende Körpergrenze ging. Die Studienlage ist noch nicht optimal.

Das Referatsthema von **Gabriela Berlakovich, Leitung Transplant AKH Wien**, war „Innovations in organ allocation“.

Wie immer nur eine persönliche Auswahl meiner Mitschrift.

Dass der Child-Pugh-Score vom MELD-Score (MELD = Model of End Stage Liver Disease) vor etwa 20 Jahren abgelöst wurde, war mir neu. Mit der Verwendung des MELD-Score soll die Allokation (Zuweisung) von Organen und damit das Überleben von Patientinnen optimiert werden.

Gesteigerte Erwartungshaltung brachte der von Berlakovich vorgebrachte Hinweis auf die Tatsache, dass Frauen systematisch auf der Warteliste benachteiligt seien. Leider war mein medizinisches Wissen dafür zu gering, um die Ursache dieser Tatsache wiedergeben zu können. Jedenfalls soll ein neuer MELD 3.0 egalisieren und damit die Mortalität von Frauen auf der aktiven Liste verbessern.

Der Großteil der Transplantationen betrifft Alkohollebern sowie Fettlebern.

Berlakovich präsentierte verschiedene Kriterien der Allokation in United Kingdom und in Spanien. Darüber hinaus zitierte sie Risikofaktoren in der Allokation wie zum Beispiel den „Frailty Index“.

Ein großartiger Kongressbeitrag!

Beim Referat von **Angela Buchholz, Transplantpsychologie**, Sucht- und Rehabilitationsforschung, Wien, „Zwischen Selektion, Stigmatisierung und Versorgung: aktuelle Standards zur Versorgung von Patientinnen mit alkoholassoziierter Leberzirrhose und Indikation zur Transplantation in Deutschland“, wurde anhand einige Fragen aus der Praxis erklärt.

Gilt eine Patientin, die vor dem Ablauf der Sechs-Monats-Abstinenz Alkohol konsumiert als nicht transplantabel?

Wenn eine Patientin auf der aktiven Liste heimlich weiter trinkt, wie wird im Zentrum entschieden?

Wenn beim Drei-Jahres-Nachsorge-Check wieder aufgenommener Alkoholkonsum festgestellt wird, was entscheiden die Zentren?



Ausgestellt Maschine  
für Aufbereitung der Leber vor der Transplantation

Im „Integrated Care Model“ geht es um die Unterstützung der Patientinnen, die zusätzlich mit psychischen Erkrankungen diagnostiziert sind. **Jolana Wagner-Skacel, Psychiaterin, und Lukas Repnik, Phd-Student, Graz**, bieten für diese Patientengruppe psychologische Assessments, eine Lebersprechstunde sowie das Führen eines Trinkkalenders an. Im Rahmen des „Integrated Care Models“ soll ein „Craving -Protocol“ geführt werden.

Wagner-Skacel wünscht sich mehr psychosoziale Aspekte in die Ausbildung.

Bei **Katharina Ebenberger, klinische Psychologie, AKH Wien**, ging es um die „Adherence – it takes more than a pillbox“. Etwa ein Drittel (wenn ich richtig mitgeschrieben habe) der Transplantierten halten sich nach einiger Zeit nicht mehr an die Medikation der Immunsuppressiva.

Diese Information hat mich sehr verwundert: das Geschenk eines neuen Organs, eines neuen Lebens durch Non-Adherence zu gefährden?

Als Gründe werden von befragten Patientinnen angeführt: Vergessen, Stopp der Einnahme, inkorrektes Timing. Zudem hat die Größe und der Geschmack der Medikamente Einfluss, ebenso wie die Länge der Einnahme, die Komplexität des Einnahmeschemas und die Barriere des Tagesablaufs.

Ärztinnen sollten „outside the box“ denken: Patientinnenattitüde, Organisation des Gesundheitsdienstleisters, Gesundheitswesen und Gesundheits-Politik – alles hat Bedeutung und ist beim Steigern der Adherence der Transplantierten zu bedenken.

Im Fokus des Beitrags von **Sandra Ecker und Barbara Nepp, ÖBIG, Wien**, standen „Interkulturelle Herausforderungen in der Kommunikation im Organspende-Prozess und die ÖBIG -Transplant Kommunikationsseminare“.

In den ÖBIG-Transplant-Kommunikationsseminaren werden Erstgespräche mit den Angehörigen der potentiellen Spenderin durchgenommen: wer ist Ansprechpartnerin der Familie? Welcher

Glaubensgemeinschaft gehört die Spenderin an? Wie sind Besucherströme und Kondolenzbesuche zu lenken? Wie wird würdevolle Verabschiedung ermöglicht? Auf die Vorbereitung auf Angehörigengesprächen wird Wert gelegt.

Sterbende sollen es „warm und trocken“ haben, erhalten Sedierung und hochdosierte Schmerzmittel. Beim Ablauf ist immer eine Ärztin und eine Krankenschwester, die ausschließlich für die Angehörigen zuständig ist, da. Die Familie verfolgt das Pumpen des Herzens am Monitor bis zum Ende und wird danach hinausbegleitet. Es wird noch fünf bis zehn Minuten gewartet, alles dokumentiert, dann erfolgt noch eine neurologische Kontrolle durch eine zweite Ärztin, erst jetzt kann das Entnahmeteam beginnen. Die Würde der Sterbenden hat Priorität, ebenso das „Immer-freundlich-sein“ zu Angehörigen.

Bei Tausend bis 1.200 Verstorbenen pro Jahr sind 15% bis 18% Organspender, etwa 90% der Organspenden finden in Krankenanstalten statt.

Es besteht Nachholbedarf bei potentiellen Spenderinnen über 60 Jahren, an einer Ausweitung wird aktuell gearbeitet.

**Daniela Kulnig, Transplantkoordinatorin, AKH Wien**, erklärte ihre Aufgabe und schilderte ihren Alltag.

Dieser Vortrag interessierte mich persönlich sehr, war doch eine der Koordinatorinnen mein erster Kontakt nach dem Vorstellungsgespräch auf der Transplant-Ambulanz.

Die Transplantkoordinatorin muss Kontakt zu Ärztinnen, Patientinnen, Angehörigen sowie zu EURO-Transplant halten. Pro Transplantation sind 200 bis 300 Telefonate nötig. Sie ist darüber hinaus zuständig für die Entnahme- und Operationsteams, betreut Wartelisten, koordiniert Gespräche, ist bei der wöchentlichen Transplantkonferenz dabei.

Sie meldet EURO-Transplant potentielle Spenderinnen, organisiert die Organ-Entnahme, bei der sie auch anwesend ist. Sie ist zuständig für den Organ-Transport zur Klinik, in der die Empfängerin wartet.

Wie lange können Organe überleben? Herz und Lunge vier bis sechs Stunden, Leber und Nieren zwölf bis sechsunddreißig Stunden. Die Transplantkoordinatorin ist darüber hinaus auch für das Shipping und die Dokumentation zuständig.

In einer Datenbank werden Daten der Spenderin aufgenommen, wobei die Typisierung und Evaluierung erfolgt. Und: es bleiben sechs Stunden zur Allokation.

Frage aus dem Publikum: wer bestimmt eigentlich den Platz auf der Warteliste? Das wird durch einen Algorithmus bei EURO-Transplant festgelegt.

Aus dem Referat von **Simon Mathis, Anästhesie, Klinik Innsbruck**, habe ich mir notiert, dass Lebertransplantationen nicht mehr in der Nacht durchgeführt werden sollen. Für Patientinnen ist die Zeit laut Mathis nicht relevant, ob in der Nacht oder am Morgen bzw. untertags transplantiert wird.

Die Folgen der anstrengenden Arbeit in der Nacht sind für Ärztinnen in Studien dokumentiert: Risiko der Müdigkeit, fallender Konzentration, Anstieg des Zuckerwertes, Übergewicht, usw.

Beim letzten Beitrag des Kongresses von **Theresia Unger, Soziologin, GÖG Wien**, ging es um das Sinken der Organangebote: heuer (2023) ist der derzeitige Tiefpunkt von 17,8 Spenderinnen pro einer Million Einwohnerinnen erreicht. Das Ziel von dreißig Spenderinnen auf eine Million Einwohnerinnen ist in weite Ferne gerückt. Die Warteliste auf Lebern hat ebenfalls einen Tiefstand erreicht, derzeit gibt es Wartelisten von über 1.000 Personen!

Schluss: der Wunsch des Organisationsteams, neue Perspektiven zu eröffnen, wurde erfüllt! Für mich als Patientenvertreterin und Transplantierte war es ein großer Gewinn zu sehen, mit welchem Engagement, mit wieviel Herzblut die Vortragenden in perfekter Organisation ihre Arbeiten präsentierten für eine bestens funktionierende lebensrettende bzw. lebensverlängernde Maßnahme! Großen Dank dafür!

