

# Richtlinien zur Organtransplantation gem. § 16 TPG

## Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 23.04.2015 auf Empfehlung der Ständigen Kommission Organtransplantation beschlossen, die

### Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation

in der Fassung vom 23.01.2010 (Dtsch. Ärztebl. 2010, 107 [3]: A 111), zuletzt geändert am 13.–14.12.2012, zu ändern.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 30.06.2015 der Richtlinienänderung zugestimmt.

Die Richtlinie samt zugehöriger Begründung ist auf der Internetseite der Bundesärztekammer abrufbar unter [www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/RiliOrgaWIOvLeberTx20150424.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/RiliOrgaWIOvLeberTx20150424.pdf).

Die geltenden Richtlinien zur Organtransplantation sind abrufbar unter [www.bundesaerztekammer.de/organtransplantation](http://www.bundesaerztekammer.de/organtransplantation).

## A Richtlinientext

### I Allgemeine Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation

1. Für die Aufnahme von Patienten in die Warteliste zur Organtransplantation wird der Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Transplantationsgesetzes (TPG) von der Bundesärztekammer in Richtlinien festgestellt.
2. Über die Aufnahme in die Warteliste legt § 13 Abs. 3 Satz 1 TPG fest: „Der behandelnde Arzt hat Patienten, bei denen die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe medizinisch angezeigt ist, mit deren schriftlicher Einwilligung unverzüglich an das Transplantationszentrum zu melden, in dem die Organübertragung vorgenommen werden soll.“  
Vermittlungspflichtige Organe sind nach § 1 a Nr. 2 TPG das Herz, die Lungen, die Leber, die Nieren, die Bauchspeicheldrüse und der Darm postmortalen Spender.
3. Eine Organtransplantation kann medizinisch indiziert sein, wenn Erkrankungen
  - nicht rückbildungsfähig fortschreiten oder durch einen genetischen Defekt bedingt sind und das Leben gefährden oder die Lebensqualität hochgradig einschränken und

– durch die Transplantation erfolgreich behandelt werden können.

4. Kontraindikationen einer Organtransplantation können sich anhaltend oder vorübergehend aus allen Befunden, Erkrankungen oder Umständen ergeben, die das Operationsrisiko erheblich erhöhen oder den längerfristigen Erfolg der Transplantation in Frage stellen wie
  - nicht kurativ behandelte bösartige Erkrankungen, soweit sie nicht der Grund für die Transplantation sind,
  - klinisch manifeste oder durch Immunsuppression erfahrungsgemäß sich verschlimmernde Infektionserkrankungen,
  - schwerwiegende Erkrankungen anderer Organe,
  - vorhersehbare schwerwiegende operativ-technische Probleme.

Die als Beispiele genannten möglichen Kontraindikationen gelten insbesondere dann nur eingeschränkt, wenn die Transplantation eines weiteren Organs indiziert ist.

Auch die unzureichende oder sogar fehlende Mitarbeit des Patienten (Compliance) kann zu einer Kontraindikation werden. Compliance eines potentiellen Organempfängers bedeutet über seine Zustimmung zur Transplantation hinaus seine Bereitschaft und Fähigkeit, an den erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen und -behandlungen mitzuwirken. Compliance ist kein unveränderliches Persönlichkeitsmerkmal, sondern kann aus verschiedenen Gründen im Laufe der Zeit schwanken. Deren Fehlen kann auch auf sprachlichen und somit überbrückbaren Schwierigkeiten beruhen. Anhaltend fehlende Compliance schließt die Transplantation aus. Bevor die Aufnahme in die Warteliste aus diesem Grund ärztlich endgültig abgelehnt wird, ist der Rat einer weiteren, psychologisch erfahrenen Person einzuholen. Die behandelnden Ärzte müssen sowohl bei der Aufnahme in die Warteliste als auch nach der Transplantation auf die Compliance achten und hinwirken.

5. Die Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste, ihre Führung sowie über die Abmeldung eines Patienten trifft eine ständige, interdisziplinäre und organ-spezifische Transplantationskonferenz des Transplantationszentrums. Dies erfolgt im Rahmen des jeweiligen Behandlungsspektrums und unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten. In der interdisziplinären 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. Die Mindestanforderungen an die Zusammensetzung dieser Konferenz sind in den besonderen Regelungen dieser Richtlinie festgelegt.

Die Mitglieder der interdisziplinären Transplantationskonferenz sind der Vermittlungsstelle namentlich zu benennen und sind für alle vermittlungsrelevanten Meldungen und Entscheidungen verantwortlich. Sie unterzeichnen insbesondere die Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste und übermitteln das Dokument als Grundlage für die Anmeldung der Vermittlungsstelle. Die ärztliche Leitung des Klinikums ist darüber zugleich schriftlich, einschließlich eventuell abweichender Stellungnahmen, in Kenntnis zu setzen. Diese kann ggf. ein Votum einer externen Transplantationskonferenz einholen.

Soweit in diesen Richtlinien nichts anderes bestimmt ist, legt die Vermittlungsstelle Form und Inhalt der mit der Anmeldung und fortgesetzten Führung einzureichenden medizinischen Angaben eines Patienten sowie den hierfür namentlich zu benennenden verantwortlichen Personenkreis fest.

Nach Aufnahme eines Patienten in die Warteliste sind alle für die Organvermittlung relevanten Behandlungen, Ergebnisse und Entscheidungen, insbesondere der Zuteilung von eingeschränkt vermittelbaren Organen, von dem jeweils verantwortlichen Arzt nachvollziehbar zu dokumentieren und der interdisziplinären Transplantationskonferenz unverzüglich bekannt zu geben. Die Mindestanforderungen an die Dokumentation sind in den besonderen Regelungen dieser Richtlinie festgelegt.

6. Über die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation ist insbesondere nach Notwendigkeit und Erfolgsaussicht zu entscheiden (§ 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG). Patienten können dann in die jeweilige Warteliste aufgenommen werden, wenn die Organtransplantation mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Lebensverlängerung oder eine Verbesserung der Lebensqualität erwarten lässt als die sonstige Behandlung. Bei der Entscheidung über die Aufnahme ist jeweils zu prüfen, ob die individuelle medizinische Situation des Patienten, sein körperlicher und seelischer Gesamtzustand den erwünschten Erfolg der Transplantation erwarten lässt: das längerfristige Überleben, die längerfristig ausreichende Transplantatfunktion und die verbesserte Lebensqualität. Für diese Beurteilung sind die Gesamtumstände zu berücksichtigen. Dazu gehört auch die Compliance.
7. Vor Aufnahme in die Warteliste zur Transplantation ist der Patient über die Erfolgsaussicht, die Risiken und die längerfristigen medizinischen, psychologischen und sozialen Auswirkungen der bei ihm vorgesehenen Transplantation aufzuklären. Hierzu gehört auch die Aufklärung über die notwendige Immunsuppression mit den potentiellen Nebenwirkungen und Risiken sowie die Notwendigkeit von regelmäßigen Kontrolluntersuchungen. Zudem ist der Patient darüber zu unterrichten, an welche Stellen seine personenbezogenen Daten übermittelt werden. Gegebenenfalls ist der Patient über die Möglichkeiten der Aufnahme in die Warteliste eines anderen Zentrums zu informieren.

8. Bei der Aufnahme in die Warteliste ist der Patient darauf hinzuweisen, dass ausnahmsweise ein ihm vermitteltes Organ aus zentrumsinternen organisatorischen oder personellen Gründen nicht rechtzeitig transplantiert werden kann. Vorsorglich für diese Situation muss der Patient entscheiden, ob er in diesem Fall die Transplantation in einem anderen Zentrum wünscht oder ob er auf das angebotene Organ verzichten will. Die Entscheidung des Patienten ist zu dokumentieren. Gegebenenfalls empfiehlt sich eine vorherige Vorstellung des Patienten mit seinen Behandlungsunterlagen im vertretenden Zentrum.
9. Besteht bei einem auf der Warteliste geführten Patienten vorübergehend eine Kontraindikation gegen die Transplantation, wird er als „nicht transplantabel“ (NT) eingestuft und bei der Organvermittlung nicht berücksichtigt. Besteht die Kontraindikation nicht mehr, ist der Patient umgehend wieder in der Warteliste mit der dann aktuell gegebenen Dringlichkeit als transplantabel zu melden. Der Patient ist jeweils über seinen Meldestatus auf der Warteliste von einem Arzt des Transplantationszentrums zu informieren.
10. Zur Überprüfung bisheriger und Gewinnung neuer Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft auf dem durch diese Richtlinie geregelten Gebiet kann nach vorheriger Unterrichtung der Vermittlungsstelle und der Bundesärztekammer im Rahmen medizinischer Forschungsvorhaben für eine begrenzte Zeit und eine begrenzte Zahl von Patienten von dieser Richtlinie abgewichen werden, sofern durch die Vermittlungsstelle keine Einwände erhoben werden. Die Bewertung der zuständigen Ethik-Kommission oder die Entscheidung der zuständigen Genehmigungsbehörde bleiben unberührt. Die Vermittlungsstelle und die Bundesärztekammer sind nach Abschluss der jeweiligen Studie zeitnah über das Ergebnis zu unterrichten.

## II Allgemeine Grundsätze für die Vermittlung postmortal gespendeter Organe

### II.1 Rechtliche Grundlagen, medizinische Definitionen und Leitgedanken

- a) Vermittlungspflichtige Organe (Herz, Lungen, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse und Darm postmortal Spender) werden zur Transplantation in einem deutschen Transplantationszentrum gemäß dem Transplantationsgesetz (TPG) und dem von der Bundesärztekammer in Richtlinien festgestellten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft (§ 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 TPG) vermittelt. Dabei sind die Wartelisten der Transplantationszentren für das jeweilige Organ als bundeseinheitliche Warteliste zu behandeln. Die Richtlinien sind für die Vermittlungsstelle, die Vermittlungsentscheidungen für die Transplantationszentren verbindlich.
- b) Die vermittlungspflichtigen Organe dürfen nur
  - gemäß den §§ 3 und 4 TPG entnommen,
  - nach Vermittlung durch die Vermittlungsstelle und
  - in dafür zugelassenen Transplantationszentren transplantiert werden (§ 9 Abs. 1 und § 10 TPG).
- c) Die Vermittlung muss insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit erfolgen (§ 12 Abs. 3 Satz 1 TPG) und dem Grundsatz der Chancengleichheit ent-

sprechen. Der Chancengleichheit dient insbesondere, dass die Wartelisten der Transplantationszentren für das jeweilige Organ bei der Vermittlung als bundeseinheitliche Warteliste zu behandeln sind (§ 12 Abs. 3 Satz 2 TPG).

- d) Kriterien des Erfolgs einer Transplantation sind die längerfristig ausreichende Transplantatfunktion und ein damit gesichertes Überleben des Empfängers mit verbesserter Lebensqualität. Die Erfolgsaussichten unterscheiden sich nach Organen, aber auch nach definierten Patientengruppen.
- e) Der Grad der Dringlichkeit richtet sich nach dem gesundheitlichen Schaden, der durch die Transplantation verhindert werden soll. Patienten, die ohne Transplantation unmittelbar vom Tod bedroht sind, werden bei der Organvermittlung vorrangig berücksichtigt. Bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden wird berücksichtigt, dass ihre Entwicklung ohne Transplantation in besonderer Weise beeinträchtigt oder anhaltend gestört wird.
- f) Chancengleichheit der Organzuteilung bedeutet zum einen, dass die Aussicht auf ein vermitteltes Organ insbesondere nicht von Wohnort, sozialem Status, finanzieller Situation und der Aufnahme in die Warteliste eines bestimmten Transplantationszentrums abhängen darf. Zum anderen sollen schicksalhafte Nachteile möglichst ausgeglichen werden. Dem dienen unter anderem die Berücksichtigung der Wartezeit und die relative Bevorzugung von Patienten mit einer seltenen Blutgruppe oder bestimmten medizinischen Merkmalen wie seltene Gewebeeigenschaften und Unverträglichkeiten.
- g) Die Transplantationszentren sind verpflichtet, der Vermittlungsstelle die für die Vermittlungsentscheidung und deren Auswertung benötigten Daten zu übermitteln.
- h) Zur Überprüfung bisheriger und Gewinnung neuer Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft auf dem durch diese Richtlinie geregelten Gebiet kann nach vorheriger Unterrichtung der Vermittlungsstelle und der Bundesärztekammer im Rahmen medizinischer Forschungsvorhaben für eine begrenzte Zeit und eine begrenzte Zahl von Patienten von dieser Richtlinie abgewichen werden, sofern durch die Vermittlungsstelle keine Einwände erhoben werden. Die Bewertung der zuständigen Ethik-Kommission oder die Entscheidung der zuständigen Genehmigungsbehörde bleiben unberührt. Die Vermittlungsstelle, die Bundesärztekammer und ggf. die Koordinierungsstelle sind nach Abschluss der jeweiligen Studie zeitnah über das Ergebnis zu unterrichten.

## II.2 Verfahren der Organvermittlung

Das einzelne Transplantationszentrum kann im Rahmen seines Behandlungsspektrums der Vermittlungsstelle allgemeine Akzeptanzkriterien für die Annahme von Spenderorganen für die in die jeweilige Warteliste aufgenommenen Patienten mitteilen (Zentrumsprofil). Darüber hinaus kann das Transplantationszentrum mit dem einzelnen Patienten nach angemessener Aufklärung persönliche Akzeptanzkriterien absprechen (Patienten-

profil). Das Patientenprofil kann sich im Laufe der Wartezeit ändern und ist gegenüber der Vermittlungsstelle unverzüglich zu aktualisieren. Die Weitergabe der für den Patienten wesentlichen Akzeptanzkriterien des Patientenprofils setzt die informierte Einwilligung des Patienten oder seines bevollmächtigten Vertreters voraus.

Jedes Organ wird nach spezifischen Kriterien unter Verwendung eines Allokationsalgorithmus vermittelt. Die Gewichtung der Allokationsfaktoren wird fortlaufend gemäß dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft überprüft und angepasst. Jede Vermittlungsentscheidung und ihre Gründe sind zu dokumentieren. Dies gilt auch für die Ablehnung eines angebotenen Spenderorgans. Für die Allokation vermittlungspflichtiger Organe gilt die Reihenfolge: thorakale Organe, Leber, Dünndarm, Pankreas, Niere. Im Rahmen kombinierter Organtransplantationen erfolgt die Allokation gemäß den Regeln des nach dieser Reihenfolge führenden Organs.

Darüber hinaus werden die Voraussetzungen bevorzugter kombinierter Transplantationen nicht-renaler Organe jeweils im Besonderen Teil geregelt; in jedem Fall ist dafür ein Auditverfahren bei der Vermittlungsstelle durchzuführen.

Änderungen bei der Organklassifikation, die sich erst nach erfolgtem Organangebot gegenüber einem Transplantationszentrum ergeben, werden nicht mehr berücksichtigt, auch wenn diese zu einer anderen Zuteilung geführt hätten. Das Zentrum wird über diese Änderungen informiert. Entscheidet es sich – gegebenenfalls in Absprache mit dem vorgesehenen Empfänger –, das Angebot daraufhin abzulehnen, wird die Allokation unter Verwendung der neuen Organklassifikation wieder aufgenommen.

Voraussetzung für die Organvermittlung an einen Patienten ist seine Aufnahme in die Warteliste eines Transplantationszentrums und seine Registrierung bei der Vermittlungsstelle mit den für die Vermittlung notwendigen aktuellen medizinischen Daten.

Die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste zur Organtransplantation verpflichtet das Transplantationszentrum sicherzustellen, dass ein für ihn alloziertes Organ transplantiert werden kann, soweit keine medizinischen oder persönlichen Hinderungsgründe auf Seiten des Empfängers vorliegen.

Deshalb muss jedes Transplantationszentrum dafür sorgen, dass es selbst oder ein es vertretendes Zentrum

- über die Annahme eines Organangebots jederzeit und unverzüglich entscheiden kann, und zwar bei der Transplantation allein der Niere in der Regel innerhalb von 60 Minuten, in allen anderen Fällen in der Regel innerhalb von 30 Minuten, und
- ein akzeptiertes Organ unverzüglich transplantiert, um die Ischämiezeit möglichst kurz zu halten; dies schließt ein, dass der Patient, dem das Organ transplantiert werden soll, in angemessener Zeit für die Transplantation vorbereitet und gegebenenfalls in das Zentrum transportiert werden kann.

Ist das Transplantationszentrum dazu nicht in der Lage, muss es dies der Vermittlungsstelle unter Angabe der Gründe unverzüglich mitteilen.

Lässt sich das Transplantationszentrum länger als eine Woche zusammenhängend vertreten, hat es alle Patienten der betroffenen Warteliste, die sich nicht für eine bedarfsweise Transplantation in einem anderen Zentrum entschieden haben, zu informieren.

## II.3 Allokation von eingeschränkt vermittelbaren Organen

### II.3.1 Ausgangssituation

Die Vermittlungsfähigkeit postmortal gespendeter Organe kann durch Funktionsminderungen oder durch Vorerkrankungen der Spender eingeschränkt sein. Eine exakte Definition von Kriterien für diese unter bestimmten Umständen dennoch gut funktionsfähigen Organe ist wegen der Vielfalt von Ursachen und Einzelheiten nicht möglich. Viele dieser Organe können unter den besonderen Bedingungen, wie sie das modifizierte und das beschleunigte Vermittlungsverfahren (s. II.3.3) vorsehen, erfolgreich transplantiert werden. Damit kann ein Organverlust verhindert werden.

Voraussetzung für die Vermittlung nach einem der beiden besonderen Verfahren sind die Angabe der allgemeinen Akzeptanzkriterien durch das einzelne Zentrum gegenüber der Vermittlungsstelle und die mit dem einzelnen Patienten abgesprochenen persönlichen Akzeptanzkriterien.

Generell ist die Vermittlungsstelle verpflichtet, auch für eingeschränkt vermittelbare Organe ein Vermittlungsverfahren durchzuführen und dabei die Zentrums- und Patientenprofile zu berücksichtigen.

### II.3.2 Kriterien für die Einschränkung der Vermittlungsfähigkeit

Die Vermittlungsfähigkeit von Organen wird unter anderem durch schwerwiegende Erkrankungen in der Vorgeschichte des Spenders oder durch Komplikationen im Verlauf seiner tödlichen Erkrankung oder Schädigung oder durch Komplikationen vor oder bei der Organentnahme eingeschränkt, insbesondere durch

- Maligne Tumoren in der Anamnese,
- Drogenabhängigkeit,
- Virushepatitis (jeweils alternativ HBS Ag+, anti-HBC+ oder anti-HCV+),
- Sepsis mit positiver Blutkultur,
- Meningitis.

Im Einzelfall muss die Einschränkung der Vermittlungsfähigkeit von den an der Organentnahme beteiligten Ärzten beurteilt werden.

Auch Domino-Transplantate gelten als eingeschränkt vermittlungsfähig. Domino-Transplantate sind Organe, die einem Empfänger im Rahmen der Transplantation eines Spenderorgans entnommen werden und anderen Patienten übertragen werden können.

### II.3.3 Besondere Vermittlungsverfahren

#### II.3.3.1 Modifiziertes Vermittlungsverfahren

Organe sollen unter den in Abschnitt II.2 beschriebenen Voraussetzungen nur solchen Transplantationszentren für solche Patienten angeboten werden, für die sie nach dem Zentrums- und dem Patientenprofil in Betracht kommen. Im Übrigen erfolgt die Vermittlung nach den allgemeinen Regeln für das jeweilige Organ.

#### II.3.3.2 Beschleunigtes Vermittlungsverfahren

Die Vermittlungsstelle entscheidet über die Einleitung des beschleunigten Vermittlungsverfahrens auf der Grundlage aller vorhandenen Informationen. Dieses Verfahren wird insbesondere durchgeführt, wenn

- durch eine Kreislaufinstabilität des Spenders oder
- aus logistischen oder organisatorischen Gründen oder
- aus spender- oder aus organbedingten Gründen

ein Organverlust droht.

Dabei ist das folgende abgestufte Vorgehen zu beachten:

1. Um die Ischämiezeit möglichst kurz zu halten, wird ein Organ im beschleunigten Vermittlungsverfahren allen Zentren einer Region der Koordinierungsstelle, in der sich das Organ zum Zeitpunkt des Angebotes befindet, sowie anderen nahegelegenen Zentren angeboten. Die Zentren wählen aus ihrer Warteliste bis zu zwei geeignete Empfänger aus und melden diese an die Vermittlungsstelle. Die Vermittlungsstelle vermittelt dann das Organ innerhalb der Gruppe der so gemeldeten Patienten entsprechend der Reihenfolge, wie sie sich aus den im besonderen Teil der Richtlinie beschriebenen Verteilungsregeln ergibt. Für jedes Organangebot gilt eine Erklärungsfrist von maximal 30 Minuten. Wenn sie überschritten wird, gilt das Angebot als abgelehnt.
2. Gelingt eine Vermittlung nach diesem Verfahren nicht, kann die Vermittlungsstelle das Organ auch weiteren Zentren anbieten. Die Zentren teilen ggf. der Vermittlungsstelle den gegenwärtig am besten geeigneten Empfänger mit. Wenn Patienten aus mehr als einem Zentrum in Betracht kommen, wird das Organ dem Patienten zugeteilt, für den die Akzeptanzzerklärung des zuständigen Zentrums als erste bei der Vermittlungsstelle eingegangen ist. Die Zentren müssen die Gründe für ihre Auswahlentscheidung dokumentieren.
3. Gelingt eine Vermittlung des Organs innerhalb des Zuständigkeitsbereichs der Vermittlungsstelle nicht, kann diese das Organ auch anderen Organaustauschorganisationen anbieten, um den Verlust des Organs möglichst zu vermeiden.

### II.3.4 Evaluation

Neben der Dokumentation der Auswahlentscheidung sollen die Ergebnisse der Transplantation aller eingeschränkt vermittelbaren Organe von der Vermittlungsstelle fortlaufend besonders dokumentiert und jeweils in Abständen von zwei Jahren auf der Grundlage eines gemeinsamen Berichts der Vermittlungs- und der Koordinierungsstelle evaluiert werden, soweit die organspezifischen Richtlinien nichts anderes bestimmen.

Die Transplantationszentren sind verpflichtet, der Vermittlungsstelle die für die Evaluation benötigten Daten zu übermitteln.

### II.4 Sanktionen

Bei einem Verstoß gegen die Richtlinien zur Organvermittlung entfallen die Voraussetzungen für die Zulässigkeit der Transplantation (§ 9 Abs. 1 Satz 2 TPG), und es liegt eine Ordnungswidrigkeit vor (§ 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG). Wird der Vermittlungsstelle ein Verstoß bekannt oder hat sie zureichende tatsächliche Anhaltspunkte dafür, unterrichtet sie die nach § 12 Abs. 4 Satz 2 Nr. 4 TPG gebildete Prüfungskommission. Diese entscheidet über die Information der zuständigen Bußgeldstelle.

## III Besondere Regelungen zur Lebertransplantation

### III.1 Gründe für die Aufnahme in die Warteliste

Eine Lebertransplantation kann angezeigt sein bei nicht rückbildungsfähiger, fortschreitender, das Leben des Patienten gefährdender Lebererkrankung, wenn keine akzeptable Behandlungsal-

ternative besteht und keine Kontraindikationen für eine Transplantation vorliegen. Daneben kommen als Indikation für eine Lebertransplantation auch solche genetischen Erkrankungen in Frage, bei denen der genetische Defekt wesentlich in der Leber lokalisiert ist und dieser durch eine Transplantation korrigiert werden kann.

Patienten können in die Warteliste zur Lebertransplantation aufgenommen werden, wenn die Überlebenswahrscheinlichkeit und/oder die Lebensqualität mit Transplantation größer ist als ohne. Die häufigsten Indikationsgruppen sind Leberzirrhose, Krebserkrankungen der Leber, genetische und metabolische Erkrankungen, cholestatische Lebererkrankungen und akutes Leberversagen.

### III.2 Einschränkungen der Aufnahme in die Warteliste

#### III.2.1 Alkoholinduzierte Zirrhose

Bei Patienten<sup>1</sup> mit alkoholinduzierter Zirrhose, die auch in Kombination mit anderen Lebererkrankungen (z. B. Hepatozelluläres Karzinom, HCC) oder als Bestandteil von anderen Lebererkrankungen (z. B. HCV, HBV) vorliegen kann, erfolgt die Aufnahme in die Warteliste erst dann, wenn der Patient anamnestisch für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hat.

- Als Laborparameter zur Beurteilung des Alkoholkonsums wird Ethylglucuronid im Urin (uEthG) bei jeder ambulanten Vorstellung des Patienten bestimmt. Zusätzlich können Ethylglucuronid im Haar (hEthG) und Carbohydrate-Deficient Transferrin (CDT) zur Beurteilung herangezogen werden.<sup>2</sup>
- Zur Beurteilung eines möglichen Suchtverhaltens (schädlichen Gebrauchs) und der Bereitschaft und der Fähigkeit des Patienten, sich an Behandlungsabsprachen zu halten, wird eine Stellungnahme (Transplantationspsychologie, Psychosomatik oder Psychiatrie) unter Berücksichtigung der vorgenannten Laborparameter eingeholt.
- Diese Stellungnahme enthält auch Vorschläge zur weiteren suchttherapeutischen Betreuung oder Behandlung.

Während der Zeit auf der Warteliste erfolgen regelmäßige Laborkontrollen, welche die vorgenannten Laborparameter einschließen. Urin-Ethylglucuronid, eventuell in Kombination mit anderen Alkoholmarkern, wird mindestens alle 3 Monate im Rahmen einer ambulanten Vorstellung des Patienten bestimmt.

Bei Hinweis auf fortgesetzten Alkoholkonsum ist der Patient „nicht transplantabel“ (NT) zu melden und erneut zu evaluieren. Dieses beinhaltet eine erneute transplantationsbezogene psychologische Diagnostik und ggf. therapeutische Intervention.

<sup>1</sup>Personenbezogene Bezeichnungen beziehen sich sowohl auf die weibliche als auch auf die männliche Form.

<sup>2</sup>Urin-EthG erlaubt den retrospektiven Nachweis von Alkoholkonsum für einen Zeitraum von 1–3 Tagen. Zur Optimierung der Spezifität des uEthG-Nachweises und Minimierung des Problems eines positiven uEthG-Tests durch akzidentelle Alkoholaufnahme aus Lebensmitteln (Pralinen, Sauerkraut, Soßen, Kuchen, Eis, alkoholfreies Bier), Medikamenten oder Mundwasser ist für den uEthG-Test ein Cut-Off von 0,5 mg/l anzusetzen. Falsch positive uEthG Befunde können bei Patienten mit Harnwegsinfekt und fortgeschrittener Niereninsuffizienz nicht ausgeschlossen werden, so dass die Befunde ggf. durch Urinstix/-kultur, Bestimmung anderer Alkoholmarker und Patientenanamnese ergänzt werden sollen. Alle positiven mittels EIA-Tests erhobenen Befunde werden mittels LC-MS/MS verifiziert. Ferner empfiehlt sich die Mitbestimmung von Urinkreatinin, um eine absichtliche Verdünnung des Urins durch den Patienten auszuschließen. Die Bestimmung von CDT sollte zur Gewährleistung einer ausreichenden Spezifität bei Patienten mit Leberzirrhose mittels HPLC Verfahren erfolgen.

Bestehen in begründeten Ausnahmefällen, die insbesondere vorliegen bei akut dekompensierter alkoholischer Lebererkrankung, Notwendigkeit und Erfolgsaussicht für die Transplantation, kann die interdisziplinäre Transplantationskonferenz entscheiden, von der Regel abzuweichen, dass der Patient anamnestisch für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hat. Voraussetzung ist, dass die Sachverständigengruppe gemäß Kapitel III.9 dieser Richtlinie dazu Stellung genommen hat.

#### III.2.2 Bösartige Erkrankungen

Bei Patienten mit bösartigen Erkrankungen muss vor der Aufnahme in die Warteliste sowie durch regelmäßige Kontrollen während der Wartezeit extrahepatisches Tumorwachstum ausgeschlossen sein.

Patienten in fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen sollen nur im Rahmen von kontrollierten Studien (z. B. zur Prüfung adjuvanter Therapiemaßnahmen) transplantiert werden. Im Übrigen wird auf die Studienklausel (s. Allgemeine Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation, Punkt 10) verwiesen.

#### III.2.3 Metabolische/genetische Erkrankungen

Patienten mit metabolischen/genetischen Erkrankungen können in die Warteliste aufgenommen werden, wenn die Folgen des Defekts unmittelbar zu irreversiblen Schäden zu führen beginnen oder wenn abzusehen ist, dass ein weiteres Abwarten solche Folgen für den Patienten in nächster Zukunft unabwendbar mit sich bringen würde.

#### III.2.3 Akutes Leberversagen

Bei Patienten mit akutem Leberversagen kann die Indikation zur Transplantation gestellt werden, wenn die hierfür entwickelten Prognosekriterien die Notwendigkeit einer solchen Transplantation anzeigen.

Danach werden Patienten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Transplantation benötigen, wenn folgende Befunde erhoben werden (King's College-Kriterien):

Prothrombinzeit > 100 sec (= Quick < 7 % bzw. INR > 6,7) oder mindestens drei der Folgenden:

- ungünstige Ätiologie,
  - kryptogene Hepatitis,
  - Halothan-Hepatitis,
  - Medikamententoxizität,
- Ikterus mehr als 7 Tage vor Enzephalopathie,
- Alter < 10 Jahre oder > 40 Jahre,
- Prothrombinzeit > 50 sec (= Quick < 15 % bzw. INR > 4),
- Serum Bilirubin > 300 mmol/l.

Spezialkriterien für die Paracetamolintoxikation:

- arterieller pH < 7,3
- oder alle drei Folgenden:
  - Prothrombinzeit > 100 sec (= Quick < 7 % bzw. INR > 6,7),
  - Kreatinin > 300 mmol/l,
  - Enzephalopathie Grad 3 oder 4.

Bei Empfängern mit viraler Hepatitis soll die Transplantationsindikation unter den folgenden Bedingungen gestellt werden (Clichy-Kriterien):

- Enzephalopathie Grad 3 und 4 und
- Faktor V < 20 % bei Empfängern < 30 Jahre oder
- Faktor V < 30 % bei Empfängern > 30 Jahre.

### III.3 Gründe für die Ablehnung einer Aufnahme in die Warteliste

Als Gründe für die Ablehnung einer Aufnahme in die Warteliste gelten die im Allgemeinen Teil genannten Kriterien.

### III.4 Beurteilung der Dringlichkeit einer Transplantation

Ein Maß für die Dringlichkeit einer Transplantation ist der MELD-Score (MELD = Model for Endstage Liver Disease). Der MELD-Score ermöglicht eine Einschätzung der Wahrscheinlichkeit für Patienten im Endstadium einer Lebererkrankung, innerhalb von drei Monaten zu versterben.

Für die meisten Patienten kann der MELD-Score aus den Laborwerten von Serumkreatinin, Serumbilirubin und Prothrombinzeit (International Normalized Ratio, INR) berechnet werden. Dies ist der berechnete MELD-Score, der sogenannte labMELD (s. III.6.2.2.1).

Für einen kleinen Teil der Patienten wird die Dringlichkeit der Transplantation durch den labMELD nicht adäquat ausgedrückt. Diesen Patienten wird auf Antrag ein MELD-Score zugewiesen, der sogenannte matchMELD. Der matchMELD entspricht einem MELD-Score, wie er sich hinsichtlich Dringlichkeit und Erfolgsaussicht für vergleichbare Patienten mit anderen Lebererkrankungen berechnet (s. III.6.2.2.2).

Entsprechend wird für einen Patienten bei Aufnahme in die Warteliste der labMELD berechnet oder auf Antrag ein matchMELD zugewiesen.

### III.5 Zusammensetzung der interdisziplinären Transplantationskonferenz

Der interdisziplinären Transplantationskonferenz nach Kapitel I, Ziff. 5 des Allgemeinen Teils dieser Richtlinien gehören an:

- als Vertreter der beteiligten operativen und konservativen Disziplinen (Leiter oder Vertreter) ein
  1. Transplantationschirurg,
  2. Internist/Gastroenterologe,
  3. Anästhesist/Intensivmediziner
- und 4. ein Vertreter des ärztlichen Direktors.

Der Transplantationskonferenz können Vertreter weiterer medizinischer Disziplinen (Leiter oder Vertreter) angehören. Es kommen in Betracht ein

- Nephrologe,
- Onkologe,
- Psychosomatiker/Psychotherapeut/Psychiater,
- Radiologe

sowie ein Vertreter der Pflege.

Die allokatonsrelevanten Befunde einschließlich der vom Laborarzt bestätigten Laborwerte müssen von der regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Transplantationskonferenz auf Plausibilität geprüft und bestätigt werden.

### III.6 Kriterien für die Allokation von Lebern

#### III.6.1 Blutgruppenidentität und -kompatibilität (A-B-0-System)

Voraussetzung für die Organtransplantation ist die Blutgruppenkompatibilität zwischen Spender und Empfänger. Um aber eine gleichmäßige und zeitgerechte Verteilung zu gewährleisten, erfolgt die Allokation nach den folgenden Regeln. In jeder Dringlichkeitsstufe wird der zu transplantierende Empfänger zunächst nach der Blutgruppenidentität ausgewählt. Sofern kein blutgrup-

penidentischer Empfänger vermittelt werden kann, gilt Blutgruppenkompatibilität.

#### III.6.1.1 Organspender < 46 kg

##### III.6.1.1.1 Dringlichkeitsstufe HU, Erwachsene

Spender Blutgruppe	Empfänger Blutgruppe
A	A und AB
B	B und AB
AB	AB
0	B und 0

##### III.6.1.1.2 Dringlichkeitsstufe HU, Kinder

Spender Blutgruppe	Empfänger Blutgruppe
A	A und AB
B	B und AB
AB	AB
0	A, B, AB und 0

##### III.6.1.1.3 Kombinierte Organtransplantation, Erwachsene und Kinder

Spender Blutgruppe	Empfänger Blutgruppe
A	A und AB
B	B und AB
AB	AB
0	A, B, AB und 0

##### III.6.1.1.4 MELD-Score $\geq 30$ , s. III.6.2.2

Spender Blutgruppe	Empfänger Blutgruppe
A	A und AB
B	B und AB
AB	AB
0	B und 0

##### III.6.1.1.5 MELD-Score < 30, s. III.6.2.2

Spender Blutgruppe	Empfänger Blutgruppe
A	A und AB
B	B und AB
AB	AB
0	0

III.6.1.1.6 Kinder

Spender Blutgruppe	Empfänger Blutgruppe
A	A (AB)**
B	B (AB)**
AB	AB
0	0 (A, B, AB)**

\*\* In jeder Dringlichkeitsstufe erfolgt die Auswahl zu transplantierender Empfänger zunächst nach der Blutgruppenidentität. Sofern kein blutgruppenidentischer Empfänger vermittelt werden kann, gilt Blutgruppenkompatibilität.

III.6.1.2 Organspender > 46 kg, Erwachsene und Kinder

III.6.1.2.1 Dringlichkeitsstufe HU

Spender Blutgruppe	Empfänger Blutgruppe
A	A und AB
B	B und AB
AB	AB
0	B und 0

III.6.1.2.2 Kombinierte Organtransplantation

Spender Blutgruppe	Empfänger Blutgruppe
A	A und AB
B	B und AB
AB	AB
0	A, B, AB und 0

III.6.1.2.3 MELD-Score  $\geq 30$

Spender Blutgruppe	Empfänger Blutgruppe
A	A und AB
B	B und AB
AB	AB
0	B und 0

III.6.1.2.4 MELD-Score < 30

Spender Blutgruppe	Empfänger Blutgruppe
A	A und AB
B	B und AB
AB	AB
0	0

III.6.1.3 Zweiter Teil der Leber bei Leberteiltransplantation, Erwachsene und Kinder

Spender Blutgruppe	Empfänger Blutgruppe
A	A und AB
B	B und AB
AB	AB
0	A, B, AB und 0

III.6.2 Dringlichkeitsstufen

III.6.2.1 Dringlichkeitsstufe High Urgency (HU)

Bei Patienten in akut lebensbedrohlicher Situation (High Urgency, HU) droht ohne Transplantation der Tod in wenigen Tagen. Sie werden daher vorrangig vor allen anderen Patienten bei der Organzuteilung berücksichtigt.

Indikationen für eine Zuerkennung des HU-Status können sein: akutes Leberversagen, akutes Transplantatversagen innerhalb von 14 Tagen nach Transplantation, akute Dekompensation bei Morbus Wilson und Budd-Chiari-Syndrom, lebensbedrohliches Lebertrauma und anhepatischer Zustand als Folge eines akuten Leberversagens mit toxischem Lebersyndrom.

Innerhalb der HU-Patienten erfolgt die Organverteilung nach der Wartezeit innerhalb der Dringlichkeitsstufe HU.

III.6.2.2 Elektive Allokation bei erwachsenen Empfängern ( $\geq 16$  Jahre)

In der Gruppe der elektiven Patienten wird grundsätzlich nach Dringlichkeit der Transplantation alloziert. Maß für die Dringlichkeit der Transplantation ist der MELD-Score (MELD = Model for Endstage Liver Disease). Der MELD-Score ermöglicht eine Einschätzung der Wahrscheinlichkeit für Patienten im Endstadium einer Lebererkrankung, innerhalb von drei Monaten zu versterben.

Tabelle 1: Eckpunkte der MELD-Score-Äquivalente

MELD-Score	3-Monats-Mortalität
6	1 %
10	2 %
15	5 %
20	11 %
22	15 %
24	21 %
26	28 %
27	32 %
28	37 %
29	43 %
30	49 %
31	55 %

MELD-Score	3-Monats-Mortalität
32	61 %
33	68 %
35	80 %
36	85 %
37	90 %
38	93 %
39	96 %
40	98 %
41	99 %
42	100 %

**III.6.2.2.1 Berechneter MELD-Score (labMELD)**

Der MELD-Score wird berechnet aus den Laborwerten von Serum-Kreatinin (in mg/dl), Serum-Bilirubin (in mg/dl) und Prothrombinzeit (International Normalized Ratio, INR). Laborwerte, die niedriger als 1,0 liegen, werden zum Zweck der Berechnung auf 1,0 gesetzt. Der maximale Serum-Kreatininwert wird auf 4,0 mg/dl begrenzt (d. h. für Patienten mit einem Kreatininwert > 4,0 mg/dl wird der Kreatininwert auf 4,0 mg/dl festgesetzt). Ebenso wird der Kreatininwert bei Dialysepatienten zum Zweck der Bestimmung des MELD-Scores auf 4 mg/dl festgesetzt.

Der **MELD-Score** wird wie folgt berechnet:

$$10 \{0,957 \times \text{Log}_e (\text{Kreatinin mg/dl}) + 0,378 \times \text{Log}_e (\text{Bilirubin mg/dl}) + 1,120 \times \text{Log}_e (\text{INR}) + 0,643\}$$

Der so errechnete Wert wird auf ganze Zahlen gerundet und auf maximal 40 begrenzt.

Für die Aktualisierung der Berechnung des MELD-Scores gelten die folgenden Regeln:

**Tabelle 2:**  
**Aktualisierungen von Dringlichkeitsstufen und Laborwerten**

Dringlichkeitsstufe HU	Rezertifizierung nach 7 Tagen	Laborwerte nicht älter als 48 h
MELD ≥ 25	Rezertifizierung nach 7 Tagen	Laborwerte nicht älter als 48 h
MELD ≤ 24, > 18	Rezertifizierung nach 1 Monat	Laborwerte nicht älter als 7 Tage
MELD ≤ 18, ≥ 11	Rezertifizierung nach 3 Monaten	Laborwerte nicht älter als 14 Tage
MELD ≤ 10, > 0	Rezertifizierung nach 12 Monaten	Laborwerte nicht älter als 30 Tage

Erfolgt innerhalb der angegebenen Fristen keine Rezertifizierung, wird der MELD-Score durch die Vermittlungsstelle auf den Wert 6 zurückgestuft.

**III.6.2.2.2 Zugewiesener MELD-Score (matchMELD)**

In Ausnahmefällen wird die Dringlichkeit der Transplantation durch den labMELD nicht adäquat ausgedrückt. Auf Antrag des Transplantationszentrums wird diesen Patienten ein MELD-Score zugewiesen, der sogenannte matchMELD. Der matchMELD entspricht einem MELD-Score, wie er sich hinsichtlich Dringlichkeit und Erfolgsaussicht für vergleichbare Patienten mit anderen Lebererkrankungen berechnet.

Erfüllt die Erkrankung eines Patienten die in Tabelle 3 spezifizierten Standardkriterien, weist ihm der medizinische Dienst der Vermittlungsstelle den zugehörigen matchMELD zu.

**Tabelle 3:**  
**matchMELD-Standardkriterien (Standard Exceptions)**

Erkrankung	Kriterien	Initialer matchMELD – entsprechend einer 3-Monats-Mortalität von:	Höherstufung des matchMELD in 3-Monats-Schritten – entsprechend einer Zunahme der 3-Monats-Mortalität von:
Hepatozelluläres Karzinom (HCC)	<p><i>matchMELD-Kriterien:</i> Patient hat einen Tumor zwischen 2 und 5 cm bzw. bis zu 3 Tumoren kleiner als 3 cm Größe, ist frei von extrahepatischen Metastasen und makrovaskulär invasivem Wachstum (entsprechend den „Mailand-Kriterien“).</p> <p>Diagnose des HCC: 1. Durch Biopsie <i>oder</i> 2. AFP &gt; 400 ng/ml und ein positiver Befund mit Hypervaskularisation mit Hilfe eines bildgebenden Verfahrens (Spiral-CT, MRT, Angiographie) <i>oder</i> 3. zwei positive Befunde mit Hypervaskularisation mit Hilfe zweier verschiedener bildgebender Verfahren (Spiral-CT, MRT, Angiographie). Zwei verschiedene Techniken müssen verwendet worden sein.</p> <p>Zusätzlich: 1. Patienten müssen (auch) zum Zeitpunkt der Höherstufung in 3-Monats-Schritten die Mailand-Kriterien erfüllen.</p>	15 %	+10 %



Erkrankung	Kriterien	Initialer matchMELD – entsprechend einer 3-Monats-Mortalität von:	Höherstufung des matchMELD in 3-Monats-Schritten – entsprechend einer Zunahme der 3-Monats-Mortalität von:
	<p>2. Patienten, die im Verlauf nachweisbar die o. g. matchMELD-Kriterien aufwiesen, jedoch zum Zeitpunkt der Anfrage durch Behandlung nur noch eine Läsion &lt; 2 cm oder keine Läsion mehr aufweisen, erfüllen ebenfalls die matchMELD-Kriterien für das hepatozelluläre Karzinom (HCC).</p> <p>Besteht bei einem Patienten ein HCC mit Läsionen, die nicht durchgehend (sondern z. B. erst durch Downstaging) die Mailand-Kriterien erfüllen, sind auch die Standardkriterien nicht erfüllt.</p>		
Nichtmetastasierendes Hepatoblastom	<p><i>matchMELD-Kriterien:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patient ist &lt; 16 J. alt;</li> <li>2. durch Leberbiopsie bewiesenes, nicht-metastasierendes Hepatoblastom;</li> <li>3. Patient ist ein geeigneter Lebertransplantationskandidat.</li> </ol>	MELD 30	falls nach 30 Tagen kein Organ vermittelt werden konnte, Zuerkennung des HU-Status
Adulte polyzystische Degeneration der Leber (APDL)	<p><i>matchMELD-Kriterien (mindestens 1):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aszites oder Varizenblutungen;</li> <li>2. Budd-Chiari-like-Syndrom mit hepatovenöser Ausflussbehinderung durch Zysten (CT/MRT, Venographie);</li> <li>3. eingeschränkte Möglichkeit zur Zystenfenestrierung wg. Aszites;</li> <li>4. hochgradige Malnutrition (verminderter Armmumfang beim nichtdominanten Arm: Männer: &lt; 23,8 cm, Frauen: &lt; 23,1 cm);</li> <li>5. Dialyseabhängigkeit in Kombination mit einem Kriterium 1–4 (ggf. kombinierte Leber-Nieren-Transplantation);</li> <li>6. Kreatinin-Clearance 20–30 ml/min in Kombination mit einem Kriterium 1–5 (ggf. kombinierte Leber-Nieren-Transplantation).</li> </ol>	10 %	+ 10 %
Primäre Hyperoxalurie Typ 1 (PH1)	AGT-Defizit-Nachweis in Leberbiopsie in allen Fällen		
	Anmeldung zur präemptiven Lebertransplantation ohne signifikanten Nierenschaden	10 %	+ 10 %
	Anmeldung zur kombinierten Leber-Nieren-Transplantation ohne terminale Niereninsuffizienz	10 %	+ 10 %
	Patienten ≥ 1 Jahr und Anmeldung zur kombinierten Leber-Nieren-Transplantation mit terminaler Niereninsuffizienz und Nierenersatztherapie	15 %	+ 10 %
Persistierende Dysfunktion (auch „small for size“ Leber) mit Indikation zur Retransplantation	<p>Feststellung der Retransplantationsindikation durch das Zentrum. Die Indikation kann bis zu 3 Monate nach Transplantation gestellt werden.  <i>Zudem müssen mindestens zwei der folgenden Kriterien erfüllt sein:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bilirubin ≥ 10 mg/dl;</li> <li>2. INR ≥ 1,5;</li> <li>3. Aszites;</li> <li>4. Ischemic Type Biliary Lesions, ITBL (Gallengangischämie)</li> </ol>	Summe aus 3-Monats-Letalität gemäß labMELD und 20 % 3-Monats-Letalität	Anpassung des labMELDs nach Laborwerten jederzeit möglich
Zystische Fibrose (Mukoviszidose)	Lebertransplantation bei FEV1 > 40 %, sonst kombinierte Leber-Lungen-Transplantation	10 %	+ 10 %
Familiäre Amyloidotische Polyneuropathie (FAP)	<p><i>matchMELD-Kriterien (Erfüllung von 1 und 2 und mindestens 1 Kriterium aus 3–5):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biopsie mit Nachweis von Amyloidablagerung in einem Organ;</li> <li>2. Nachweis einer TTR-Genmutation (DNA-Analyse oder Massenspektrometrie (Val30Met vs. Non-Val30Met))</li> </ol> <p><i>Zusätzlich:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Neurologische Symptomatik bzw. modifizierter Polyneuropathy Disability (PND) Score von &lt; IIIb;</li> <li>4. Modifizierter BMI (mBMI) &gt; 700 (mBMI = {Gewicht [kg]/Länge [m]<sup>2</sup>} * S-Albumin [g/L]);</li> <li>5. bei geplanter, alleiniger Lebertransplantation: Ausschluss einer klinisch apparenten kardialen Funktionsstörung und/oder keine lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen und/oder keine Kardiomyopathie mit einer EF &lt; 40 % ± NYHA II Symptome</li> </ol> <p>Bei Vorliegen einer Herzbeteiligung und linksventrikulärer Wanddicke &gt; 12 mm sollte eine kombinierte Herz-Leber-Transplantation erwogen werden. Die FAP-Leber sollte, wenn möglich, zur Domino-Lebertransplantation verwendet werden.</p>	15 %	+ 10 %
Hepatopulmonales Syndrom	<p><i>Kriterien (alle Kriterien müssen erfüllt sein):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PaO<sub>2</sub> &lt; 60 mmHg (im Sitzen bei Raumluft);</li> <li>2. keine weitere pulmonale Pathologie;</li> <li>3. Nachweis intrapulmonaler Shunts und Ausschluss intrakardialer Shunts durch Kontrast-Echokardiographie;</li> <li>4. nachgewiesene Lebererkrankung</li> </ol>	15 %	+ 10 %

Erkrankung	Kriterien	Initialer matchMELD – entsprechend einer 3-Monats-Mortalität von:	Höherstufung des matchMELD in 3-Monats-Schritten – entsprechend einer Zunahme der 3-Monats-Mortalität von:
Portopulmonale Hypertension	<i>Kriterien (alle Kriterien müssen erfüllt sein):</i> 1. Mittlerer Pulmonalarteriendruck (mPAP) 25–35 mmHg (mit oder ohne Therapie); 2. Pulmonaler Gefäßwiderstand $\geq$ 240 dyn/sec; 3. Pulmonalkapillärer Wedgedruck $\leq$ 15 mmHg; 4. Die genannten Messwerte müssen mittels Rechtsherzkatheter erhoben worden sein; 5. nachgewiesene Lebererkrankung	25 %	+ 10 %
Harnstoffzyklusdefekte	<i>matchMELD-Kriterien:</i> 1. Patient ist < 16 J. alt; 2. bewiesene Harnstoffzyklus-Abweichung oder organische Azidämie; 3. Patient ist ein geeigneter Lebertransplantationskandidat	MELD 30	falls nach 30 Tagen kein Organ vermittelt werden konnte, Zuerkennung des HU-Status
Morbus Osler	<i>Kriterien (alle Kriterien müssen erfüllt sein):</i> 1. Symptomatische Leberbeteiligung (Shunts, Abszesse, destruierende Cholangitis, Lebernekrose); 2. Vorliegen eines hyperdynamischen Herz Kreislaufsyndroms mit Herzinsuffizienz durch Shunts; 3. Fachgutachten eines Kardiologen, aus dem hervorgeht, dass das hyperdynamische Herz Kreislaufsyndrom vorranglich leberbedingt ist (und somit die Lebertransplantation kurativ ist).	15 %	+ 10 %
	akutes ischämisches Leberversagen im Rahmen eines Morbus Osler	MELD 40	
Hepatisches Hämangioendotheliom	<i>Die folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:</i> 1. Histopathologischer Nachweis eines nur wenig zellreichen Tumors mit Faktor-VIII Expression auf den Gefäßendothelien. 2. Antrag frühestens ein Jahr nach Aufnahme auf die Warteliste zur Lebertransplantation möglich	15 %	+ 10 %
Biliäre Sepsis/ Sekundär sklerosierende Cholangitis (SSC)	Die biliäre Sepsis ist nur durch Lebertransplantation sanierbar. <i>Zusätzlich müssen folgende Kriterien erfüllt sein:</i> 1. Mindestens zwei spontan auftretende, septische Episoden in 6 Monaten (nicht interventionell verursacht, nicht interventionell sanierbar); 2. Septikämie trotz antibiotischer Therapie  Anmerkung: eingeschlossen sind auch Komplikationen der Lebertransplantation wie ITBL, Ischämie/Gefäßthrombose, Gallengangsnekrose, diffuser Gallengangsschaden, vanishing bile duct syndrome.	Summe aus 3-Monats-Letalität gemäß labMELD und 30 % 3-Monats-Letalität	Anpassung des labMELDs nach Laborwerten jederzeit möglich
Primär sklerosierende Cholangitis (PSC) <sup>1</sup>	Sicherung der Diagnose durch ERCP oder MRCP <i>Zusätzlich müssen mindestens zwei der nachfolgenden Kriterien erfüllt sein:</i> 1. mindestens zwei spontan auftretende, klinische Sepsis-Episoden in 6 Monaten (nicht interventionell verursacht, nicht interventionell oder antibiotisch sanierbar); 2. Entwicklung von dokumentierten dominanten Stenosen der Gallenwege; 3. Body Maß Index-Reduktion > 10 % in 12 Monaten	15 %	+ 10 %
Cholangiokarzinom	<i>Kriterien:</i> 1. Biliäre Strikturen in Cholangiographie <u>und</u> Biopsie bzw. Zytologie mit Nachweis einer Neoplasie (Aneuploidie gilt als Neoplasie); 2. Tumor technisch bzw. auf Grund der Lebererkrankung nicht resezierbar; 3. Läsion (CT/MRT) < 3 cm im Durchmesser; 4. Keine intra- oder extrahepatischen Metastasen im CT/MRT (Thorax, Abdomen), keine Beteiligung regionaler Lymphknoten (Ausschluss in Laparotomie); 5. die Transplantation sollte im Rahmen einer prospektiven Studie erfolgen.	10 %	+ 10 %

Allokation bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren siehe III.6.4.

Erfüllt in Ausnahmefällen die Erkrankung eines Patienten keine der in Tabelle 3 spezifizierten Standardkriterien, begründet das Transplantationszentrum in einem Antrag an die Vermittlungsstelle, warum der labMELD die Dringlichkeit einer Transplantation bei diesem Patienten und seinem Krankheitsbild nicht adäquat widerspiegelt (sog. Non Standard Exception). Von der Vermittlungsstelle wird daraufhin ein Auditverfahren durchgeführt, um zu klären, ob ein vom labMELD abweichender matchMELD zuerkannt werden kann. Wird der Antrag von der Auditgruppe akzeptiert, erhält der Patient einen initialen matchMELD, der einer 3-Monats-Letalität von 15% entspricht. Dieser wird in 3-Mo-

nats-Schritten entsprechend einer Zunahme der 3-Monats-Letalität von 10% erhöht.

Basierend auf diesen durch die Auditgruppe beurteilten Ausnahmefällen (Non Standard Exceptions) werden – wenn medizinisch sinnvoll und aufgrund der Datenlage möglich – neue Vorschläge für Standardkriterien erarbeitet, die der Ständigen Kommission Organtransplantation (zur Ergänzung dieser Richtlinie) vorgelegt werden. Darüber hinaus werden alle Standardkriterien regelmäßig durch die Ständige Kommission Organtransplantation überprüft und ggf. an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst.

Hat ein Patient nach Zuweisung eines matchMELD zu einem späteren Zeitpunkt einen höheren labMELD, so wird dieser höhere MELD Score bei der Allokation berücksichtigt.

Die Höherstufung des matchMELD erfolgt nach Überprüfung in 3-Monats-Schritten.

Die Allokation erfolgt bei erwachsenen Patienten nach dem MELD-Score in absteigender Reihenfolge, so dass Patienten mit dem höchsten Sterblichkeitsrisiko auf der Warteliste und damit der höchsten Dringlichkeit die höchste Priorität besitzen.

### III.6.3 Konservierungszeit/Wartezeit

Die sofortige und adäquate Funktionsaufnahme der transplantierten Leber ist für den Verlauf und den Erfolg nach Transplantation entscheidend. Neben spenderbedingten Faktoren (z. B. Alter, Verfettung, Intensivverlauf) ist ganz besonders die Dauer der Konservierung (kalte Ischämiezeit) für die Frühfunktion von Bedeutung. Eine möglichst kurze kalte Ischämiezeit ist daher anzustreben und bei der Organallokation zu berücksichtigen. Es ist anzunehmen, dass durch die Nutzung der Informations- und Organisationsstrukturen in den gebildeten Organentnahmenregionen die Ischämiezeiten verkürzt werden können. Deshalb wird bei Patienten mit gleichem MELD-Score der regionale Empfänger bevorzugt. Danach erfolgt die Allokation nach Wartezeit. Hierzu werden die zusammenhängenden Tage der Wartezeit mit diesem und ggf. einem unmittelbar vorausgehenden, höheren MELD-Score berücksichtigt. Ist auch diese Wartezeit identisch, erfolgt die Allokation nach der Gesamtwartezeit.

### III.6.4 Lebertransplantation bei Kindern und Jugendlichen (unter 16 Jahren)

Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren muss die Wartezeit möglichst kurz gehalten werden. Wegen der problematischen Größenverhältnisse sollen zunächst alle Organe von Spendern unter 46 kg Körpergewicht primär für die Lebertransplantation von Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren vermittelt werden.

Dazu erfolgt die Allokation mit Hilfe eines matchMELD-Scores in absteigender Reihenfolge, sodass eine Transplantation nach Möglichkeit innerhalb von drei Monaten durchgeführt werden kann. Hierzu wird der initiale matchMELD einer 3-Monats-Mortalität von 15 % entsprechend festgesetzt. Sind Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren nach drei Monaten auf der Warteliste noch nicht transplantiert, wird der matchMELD entsprechend einer Zunahme der 3-Monats-Mortalität um 10 % erhöht. Hat ein Kind oder ein Jugendlicher unter 16 Jahren einen höheren labMELD als den nach den vorgenannten Regeln festgesetzten matchMELD, so wird dieser höhere labMELD-Score bei der Allokation berücksichtigt.

#### III.6.4.1 Kinder (unter 12 Jahren)

Bei Kindern unter 12 Jahren erfolgt die Allokation mit Hilfe eines matchMELD, sodass eine Transplantation nach Möglichkeit innerhalb von drei Monaten durchgeführt werden kann. Hierzu wird der initiale matchMELD einer 3-Monats-Mortalität von 35 % entsprechend festgesetzt. Sind Kinder unter 12 Jahren nach drei Monaten auf der Warteliste noch nicht transplantiert, wird der matchMELD entsprechend einer Zunahme der 3-Monats-Mortalität um 15 % erhöht. Hat ein Kind unter 12 Jahren einen höheren labMELD als der nach den vorgenannten Regeln festgesetzte matchMELD, so wird dieser höhere labMELD-Score bei der Allokation berücksichtigt.

#### III.6.4.2 Jugendliche (über 12 Jahre und unter 16 Jahren)

Bei Jugendlichen erfolgt die Allokation nach dem labMELD.

### III.6.5 Bevorzugte kombinierte Organtransplantation

Unter Berücksichtigung von Indikation und Erfolgsaussicht erfolgt eine vorrangige Allokation für Lebertransplantationen in Kombination mit anderen nicht-renalen Organen, wenn diese Kombinationen nach Prüfung durch die Auditgruppe als besonders dringlich angesehen werden. Somit ergibt sich folgende Allokationsreihenfolge: Gruppe der HU-Patienten > Patienten für eine bevorzugte kombinierte Organtransplantation > Gruppe der elektiven Patienten.

### III.6.6 Leberteiltransplantation

Bei geeigneten Spenderlebern kann im Interesse der Versorgung von zwei Patienten mit einem Transplantat die Möglichkeit der Organteilung (Lebersplit) erwogen werden. Dieses Verfahren wird derzeit vor allem bei Kindern, jedoch auch bei Erwachsenen angewendet.

Erhält ein Patient von der Vermittlungsstelle ein sich aus der Warteliste ergebendes postmortales Leberangebot, so wird die Leber zu Zwecken der Transplantation geteilt, sofern es für eine Durchführung der Transplantation medizinisch erforderlich ist. Die Leber kann darüber hinaus geteilt werden, sofern die Erfolgsaussichten der Transplantation für diesen Patienten nicht unverträglich beeinträchtigt werden. Die Teilung der Leber sollte nach Möglichkeit von den zuständigen Ärzten des explantierenden Zentrums und den zuständigen Ärzten des implantierenden Zentrums gemeinsam durchgeführt werden.

Eine Ischämiezeit von weniger als 12 Stunden für die Teillebertransplantate ist anzustreben.

Die für die Allokation von Teillebern erforderlichen Angaben (Segmentverteilung und Ablaufzeiten) meldet das teilende Zentrum unmittelbar an die Vermittlungsstelle.

Wegen der speziellen medizinischen Bedingungen bei Empfängern einer Teilleber gelten die folgenden Allokationsregeln.

#### III.6.6.1 Asymmetrischer Lebersplit

Im Falle eines asymmetrischen Lebersplits, d. h. bei der Teilung in einen linkslateralen Lappen (Segmente 2 und 3) und einen erweiterten rechten Lappen (anatomisch rechter Leberlappen plus Segment 4 (Segmente 4 bis 8)), handelt es sich bei dem erweiterten rechten Lappen in der Regel nicht um ein Organ mit eingeschränkter Vermittelbarkeit.

##### III.6.6.1.1 Primäre Zuteilung für ein Kind als Empfänger

Bei geplanter Teilung primär für ein Kind als Empfänger des linkslateralen Lappens soll der verbleibende erweiterte rechte Leberlappen nur solchen Transplantationszentren für diejenigen Patienten angeboten werden, die nach dem Zentrums- und dem Patientenprofil für die Transplantation eines erweiterten rechten Leberlappens in Betracht kommen. Im Übrigen erfolgt die Vermittlung nach den allgemeinen Regeln für das jeweilige Organ.

##### III.6.6.1.2 Primäre Zuteilung für einen erwachsenen Empfänger

Bei geplanter Teilung primär für einen Erwachsenen als Empfänger des erweiterten rechten Leberlappens sind für die konsekutive Zuteilung des verbleibenden linkslateralen Lappens die Regeln des beschleunigten Vermittlungsverfahrens zu beachten.

### III.6.6.2 Symmetrischer Lebersplit

Bei geplanter Teilung einer primär entsprechend den Richtlinien zur Organvermittlung allozierten Leber durch einen symmetrischen Lebersplit, d. h. bei der Teilung der Leber in den anatomisch rechten (Segmente 5 bis 8) und den anatomisch linken Leberlappen (Segmente 2 bis 4), sind für die konsekutive Zuteilung des jeweils verbleibenden Lebersplits die Regeln des beschleunigten Vermittlungsverfahrens zu beachten.

### III.7 Verfahrensweise bei der Organvermittlung

Die Regeln der Organallokation der vermittlungspflichtigen Leber-Spenderorgane sind regelmäßig auf ihre Validität zu überprüfen. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Qualitätssicherung ist jährlich zu klären, ob die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft eine Änderung der Kriterien oder ihrer Gewichtung erforderlich macht. Dazu berichtet die Vermittlungsstelle der Ständigen Kommission Organtransplantation jährlich, insbesondere auch zu den in anderen Ländern über Auditverfahren vermittelten Organen für sogenannte Non-Standard-Exceptions. Die Transplantationszentren sind verpflichtet, der Vermittlungsstelle die dafür notwendigen Daten zu übermitteln.

### III.8 Expertengruppe Lebertransplantation (Auditgruppe)

#### III.8.1 Aufgaben der Auditgruppe und Verfahren

##### III.8.1.1 HU-Verfahren

Ein Patient, der zur dringlichen Transplantation (Dringlichkeitsstufe HU) angemeldet wird, muss sich in dem anmeldenden Transplantationszentrum in stationärer Behandlung befinden. Die Einstufung in die Dringlichkeitsstufe HU trifft der medizinische Dienst der Vermittlungsstelle. In Ausnahmefällen führt die Vermittlungsstelle zur Feststellung der Dringlichkeit ein Auditverfahren durch.

##### III.8.1.2 Kombinierte Lebertransplantation

Bei Patienten, bei denen eine Lebertransplantation in Kombination mit anderen nicht-renalen Organen vorgesehen ist, wird von der Vermittlungsstelle auf Antrag des Transplantationszentrums ein Auditverfahren durchgeführt, um zu klären, ob im Einzelfall unter Berücksichtigung von Indikation und Erfolgsaussicht eine vorrangige Allokation vor elektiven Transplantationen angezeigt ist.

##### III.8.1.3 Zuweisung eines matchMELD bei Nichtvorliegen von Standardkriterien (Non Standard Exceptions)

Für Patienten mit Krankheitsbildern, deren Dringlichkeit der Transplantation durch den labMELD nicht adäquat ausgedrückt wird und für die (noch) keine Standardkriterien festgelegt wurden, wird von der Vermittlungsstelle ein Auditverfahren durchgeführt, um zu klären, ob eine Non Standard Exception besteht (s. III.6.2.2.2).

#### III.8.2 Zusammensetzung der Auditgruppe und Verfahren

Die Auditgruppe besteht aus drei in der Lebertransplantation erfahrenen Ärzten aus verschiedenen Zentren im Vermittlungsbereich der Vermittlungsstelle, nicht jedoch aus dem anmeldenden Zentrum. Die Mitglieder der Auditgruppe werden von der Vermittlungsstelle benannt.

Die Entscheidung der Auditgruppe ist mehrheitlich zu treffen und erfolgt im Falle des HU-Verfahrens unverzüglich und für die anderen Auditverfahren zeitnah unter Beachtung der medizinischen

Dringlichkeit. Jedes Votum wird begründet und bei der Vermittlungsstelle dokumentiert.

Die Reevaluation erfolgt auf Veranlassung des anmeldenden Zentrums für die Dringlichkeitsstufe HU nach 14 Tagen und für Standard und Non Standard Exceptions nach 3 Monaten.

#### III.8.3 Evaluation

Die Auditverfahren sollen von der Vermittlungsstelle fortlaufend gesondert dokumentiert und evaluiert werden. Darüber ist der Ständigen Kommission Organtransplantation regelmäßig, jedenfalls jährlich zu berichten, um ggf. neue Erkenntnisse zeitnah in die Richtlinie einzuarbeiten.

Die Transplantationszentren sind verpflichtet, der Vermittlungsstelle die für die Evaluation der Audits notwendigen Daten zu übermitteln.

### III.9 Zusammensetzung der Sachverständigengruppe und Verfahren

Die Sachverständigengruppe besteht aus drei in der Lebertransplantation erfahrenen Ärzten (ein Transplantationschirurg, ein Internist/Gastroenterologe, ein Psychosomatiker/Psychotherapeut/Psychiater) aus verschiedenen Zentren im Bereich der Vermittlungsstelle, nicht jedoch aus dem anmeldenden Zentrum. Die Mitglieder der Sachverständigengruppe werden von der Ständigen Kommission Organtransplantation benannt und von der Vermittlungsstelle zur Beurteilung von Ausnahmefällen herangezogen (s. Abschnitt III.2.1). Damit die Vermittlungsstelle tätig werden kann, muss der Patient der Vermittlungsstelle gemeldet werden. Er erhält zu diesem Zwecke bis zur endgültigen Listungsentscheidung den Status „nicht transplantabel“ (NT).

Die gutachterliche Stellungnahme der Sachverständigengruppe erfolgt unverzüglich, wird durch die Vermittlungsstelle dokumentiert und von dieser der Ständigen Kommission Organtransplantation zugeleitet.

Die Sachverständigengruppe berichtet der Ständigen Kommission Organtransplantation regelmäßig über die von ihr begutachteten Ausnahmefälle. Basierend darauf werden Vorschläge zur Weiterentwicklung dieser Richtlinie erarbeitet.

### III.10 Allokation von eingeschränkt vermittelbaren Organen

#### III.10.1 Kriterien für die Einschränkung der Vermittelbarkeit

Es gelten die im Allgemeinen Teil genannten Kriterien für die Einschränkung der Vermittelbarkeit (II.3.2). Daneben bestehen für die Lebertransplantation spezifizierte erweiterte Spenderkriterien.

Dies sind alternativ:

- Alter des Spenders > 65 Jahre,
- Intensivtherapie einschließlich Beatmung des Spenders > 7 Tage,
- Adipositas des Spenders mit BMI > 30,
- Fettleber (histologisch gesichert) > 40 %,
- S-Natrium > 165 mmol/l (letzter Wert vor der Spendermeldung),
- SGOT oder SGPT > 3 x normal (letzter Wert vor der Spendermeldung) oder
- S-Bilirubin > 3 mg/dl (letzter Wert vor der Spendermeldung).

Im Einzelfall muss es der Einschätzung der an der Organentnahme beteiligten Ärzte überlassen bleiben, ob erweiterte Spender-

kriterien vorliegen. Dies gilt insbesondere auch, wenn im Laufe des Vermittlungsverfahrens oder des Organspendeprozesses gravierende Beeinträchtigungen, zum Beispiel der Kreislaufstabilität des Spenders, auftreten, die eine beschleunigte Organentnahme, Allokation und Transplantation notwendig machen.

### III.10.2 Evaluation

Die Verfahrensevaluation für die Leberallokation von eingeschränkt vermittelbaren Organen soll jährlich vorgenommen werden.

## IV Inkrafttreten

Die Richtlinienänderung tritt am Tag nach ihrer Veröffentlichung auf der Homepage der Bundesärztekammer in Kraft.

## B. Begründung der Änderung der Richtlinie vom 23.04.2015 gemäß § 16 Abs. 2 S. 2 TPG

### I Rechtsgrundlage

Die Bundesärztekammer stellt gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 1 bis 7 Transplantationsgesetz (TPG) den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft fest und legt gem. § 16 Abs. 2 S. 1 TPG das Verfahren für die Erarbeitung der Richtlinien und für die Beschlussfassung fest. Die vorliegende Richtlinie beruht auf der Vorschrift des § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 und 5 TPG.

### II Eckpunkte der Entscheidung

#### II.1 Zusammenfassung und Zielsetzung

Alkoholinduzierte Leberschädigungen sind eine häufige Indikation für eine Lebertransplantation. Sie entstehen in der Regel durch langjährigen, fortgesetzten Alkoholgebrauch und führen über eine chronische Leberentzündung im Endstadium zu einer Leberzirrhose. Alkoholinduzierte Leberschädigungen können auch in Kombination mit Leberschäden folgender anderer Ursache einhergehen: virale Leberentzündungen, genetische oder Stoffwechselerkrankungen. Sie gelten dann als primär alkoholinduziert im Sinne dieser Richtlinie, wenn Suchtverhalten oder schädlicher Gebrauch vorliegt.<sup>1</sup>

Im Einzelfall kann eine massive alkoholinduzierte Leberschädigung auch akut, also ohne wesentliche Lebererschädigung, entstehen und zu einem akuten Leberversagen führen. Die akute alkoholinduzierte Leberschädigung ist nicht Bestandteil dieser Richtlinienänderungen.

Es ist erwiesen, dass eine alkoholinduzierte Leberschädigung selbst im Stadium der Leberzirrhose noch eine beträchtliche Erholungsfähigkeit hat. Durch einen vollständigen Alkoholverzicht kann daher auch bei Patienten mit einer Leberzirrhose erreicht werden, dass sie für viele Jahre noch in guter Lebensqualität leben, ohne sie den Risiken einer Lebertransplantation und der anschließenden Immunsuppression aussetzen zu müssen. Sofern eine Lebertransplantation unumgänglich wird, sichert der vollständige Alkoholverzicht die bestmöglichen Voraussetzungen für den Transplantationserfolg und das Überleben des Patienten. Oberstes Ziel bei Vorliegen einer alkoholinduzierten Leberschädigung muss es daher sein, einen vollständigen Alkoholverzicht sicherzustellen und damit das natürliche Regenerationspotential der Leber auszuschöpfen.

Einer Alkoholkrankheit liegt in der Regel ein langjähriger, fortgesetzter Alkoholgebrauch zugrunde. Die Alkoholkrankheit ist eine Suchterkrankung. Ein vollständiger Alkoholverzicht kann bei suchtkranken Patientinnen und Patienten daher in der Regel nur erreicht werden, wenn auch die Alkoholkrankheit konsequent behandelt wird.

Dieser Sachverhalt ist nicht neu. Bereits seit 1999 sieht die vorliegende Richtlinie bei Vorliegen einer alkoholinduzierten Leberschädigung vor einer Lebertransplantation einen sechsmonatigen vollständigen Alkoholverzicht vor. Anlass dieser Richtlinienänderung ist die zwischenzeitliche Entwicklung diagnostischer und therapeutischer Verfahren zur Verbesserung der Patientenbetreuung bei alkoholinduzierter Leberzirrhose.

Zusammengefasst ist der Ausgangspunkt der vorliegenden Richtlinienänderung die grundsätzliche Therapierbarkeit der chronischen Leberentzündung (Leberzirrhose) ohne eine Organtransplantation. Die absolute Alkoholabstinenz stellt das effektivste Mittel zur Unterbrechung des Krankheitsprozesses dar. Mit der Abstinenz ist in vielen Fällen eine Verbesserung der Organfunktion feststellbar, sodass eine Transplantation vermieden werden kann. Dieses Ziel kann durch eine sorgfältige Diagnosestellung und Einbeziehung anderer Fachgebiete (z. B. Suchtpsychiatrie) erreicht werden. Die Lebertransplantation ist erst angezeigt, wenn die konservativen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind. Daher ist die alkoholinduzierte Leberzirrhose in einem therapeutischen Gesamtzusammenhang zu begreifen. Im Anschluss an eine Lebertransplantation können darüber hinaus nicht identifiziertes und therapiertes Suchtverhalten und die damit verbundene Rückfälligkeit das Überleben des Transplantierten deutlich reduzieren. Aus dem therapeutischen Gesamtzusammenhang folgt, dass entsprechend den Standards in den USA und Europa eine mindestens sechsmonatige Alkoholkarenz vor der Aufnahme in die Warteliste sinnvoll ist.

#### II.2 Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse

##### II.2.1 Erscheinungsformen und Verlauf der Alkoholkrankheit

Chronischer Alkoholgebrauch hat eine hohe Prävalenz in der Bevölkerung. Die Alkoholkrankheit ist eine chronisch rezidivierende Erkrankung. Der Auslöser der Organschädigung ist Ethanol. Täglicher Konsum von zwischen 20g und 80g reinem Ethanol führt zur Leberschädigung [6]. Der individuelle toxische Grenzwert variiert und ist bei Frauen im Gegensatz zu Männern bereits am unteren Ende dieses Bereichs anzusiedeln. Zur Beschreibung der Alkoholkrankheit gehört neben der eigentlichen toxischen Belastung, die Ursache des Organschadens ist, untrennbar auch das Suchtverhalten. Dieses kann individuell verschieden ausgeprägt sein, ist aber generell durch wiederkehrende Rückfälle im Rahmen der Abhängigkeit gekennzeichnet [6]. Bei fortgesetztem Ethanolkonsum entsteht eine chronische Hepatitis, die im Zuge von Entzündungsprozessen zur Bildung von Bindegewebe führt. Bei Frauen, die mehr als 20g Ethanol/Tag, und bei Männern, die 60–80g Ethanol/Tag über 10 Jahre trinken, entwickelt sich in 6–41% eine Leberzirrhose [6]. Am Anfang der Alkoholschädigung steht die Leberentzündung, die – im Falle der Chronizität – zur Zirrhose führt. Das primäre therapeutische Ziel ist es, diesen Entzündungsprozess aufzuhalten. Eine alkoholische Lebererkrankung ist prinzipiell gut konservativ therapierbar, indem die

<sup>1</sup> Schädlicher Gebrauch liegt vor, wenn kein Abhängigkeitssyndrom gegeben ist, jedoch körperliche oder psychische Schäden durch den Alkoholkonsum entstanden sind.

der Organschädigung zugrunde liegende Suchterkrankung und Abhängigkeit therapiert werden. Die komplette Alkoholabstinenz ist dabei das therapeutisch wirksamste Mittel, das zur Unterbrechung des Krankheitsprozesses führt. Bei bereits dekompensierter Lebererkrankung ist eine Rekompensation der Leberfunktion oft möglich, sodass eine Transplantation vermieden werden kann [6]. Diese Überlegungen gelten grundsätzlich auch für den schädlichen Gebrauch. In Einzelfällen kann die Abgrenzung zwischen schädlichem Gebrauch und einer Suchterkrankung schwierig sein. Aus diesem Grund sollte auch bei schädlichem Gebrauch eine psychosoziale Diagnose und Betreuung erwogen werden.

Auch andere Lebererkrankungen können mit Alkoholmissbrauch einhergehen. Aus diesem Grunde sollte bei jeder Lebererkrankung auch eine mögliche Alkoholkrankheit differenzial-diagnostisch miterwogen werden. Aus diesen Überlegungen folgt, dass eine Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Ansätze für die Alkoholkrankheit auch bzw. gerade dann noch notwendig ist, wenn eine alkoholinduzierte Leberschädigung bereits vorliegt. Die amerikanische Leitlinie betont die Bedeutung der Suchtevaluation und Suchtbetreuung sowie die komplette Abstinenz als Kernziel der therapeutischen Bemühungen. Für die Aufnahme auf Transplantationswartelisten nennt sie die „gründliche medizinische und psychosoziale Eignung sowie eine formale Begutachtung der Wahrscheinlichkeit einer langfristigen Abstinenz“ (American Association for the Study of the Liver, AASLD) [6].

### II.2.2 Einfluss von Rückfällen auf den Transplantationserfolg

Bei Vorliegen einer Alkoholkrankheit kann der langfristige Transplantationserfolg [5] dann gefährdet werden, wenn Suchtverhalten unerkannt oder untherapiert bleibt. Nach einer Lebertransplantation können bis zur Hälfte (11 bis 49%) der Transplantierten rückfällig werden [1; 7]. Untersuchungen von transplantierten Patienten belegen, dass erneuter schädlicher Gebrauch das Überleben nach Transplantation reduziert [2; 3]. An über 300 Patienten zeigte sich ein 10-Jahresüberleben von 82% bei Patienten, die abstinent blieben gegenüber denen, die erneut Alkohol konsumierten (47%) oder wieder abhängig wurden (20%) [8]. Der Vergleich von 198 abstinenten Patienten mit 73 Patienten mit Rückfall zeigte ein 10-Jahresüberleben von 80% versus 67% [9]. Eine Analyse der Faktoren, die mit einem Rückfall nach Lebertransplantation assoziiert waren, ergab, dass eine von der Alkoholkrankheit unabhängige psychiatrische Begleiterkrankung und eine Abstinenz von geringer als 6 Monaten vor Transplantation eine Rolle spielen.

### II.2.3 Einfluss von sechsmonatiger Karenz vor Listung auf den Transplantationserfolg und Ausnahmeregelung im Einzelfall

Eine absolute Alkoholkarenz über mindestens 6 Monate ist in den meisten Lebertransplantationsprogrammen in Europa und den USA [12, 13, 14] eine Voraussetzung für die Aufnahme auf die Warteliste. Sie beruht auf der klinischen Erfahrung, dass eine Verbesserung der Leberfunktion bei vollständigem Alkoholverzicht über einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten möglich ist. Dabei wird regelhaft beobachtet, dass ein konservatives Vorgehen mit Alkoholverzicht, unter Ausnutzung aller suchttherapeutischen Möglichkeiten den Patienten nicht gefährdet, sondern auch

bereits innerhalb der 6-Monatsfrist sein Wohlbefinden und Allgemeinzustand stabilisiert. Erst nach Ablauf der 6 Monate kann mit Sicherheit entschieden werden, ob der Patient tatsächlich einer Lebertransplantation bedarf, oder ob ein konservatives Vorgehen erfolgsversprechender und daher eine Listung auf die Warteliste nicht notwendig ist.

Systematische prospektive Evaluationen der vorgeschriebenen Dauer der Karenzzeit liegen derzeit nicht vor. Es gibt jedoch Untersuchungen die belegen, dass die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls in den Alkoholgebrauch nach kürzerer Karenzzeit steigt. Weitere Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall erhöhen, sind begleitende psychosoziale Probleme des Patienten, die Länge der Alkoholabhängigkeit, die Dosis des Alkoholgebrauchs und die Anzahl vorheriger stationärer Behandlungen wegen Alkoholkrankheit [4; 5].

Tritt bei akut dekompensierter chronischer alkoholischer Lebererkrankung keine Regeneration der Leber ein, besteht die Möglichkeit, von der 6-Monatskarenz abzuweichen. Die Entscheidung in einem solchen Fall trifft die interdisziplinäre Transplantationskonferenz des Transplantationszentrums unter Berücksichtigung medizinischer und psychosozialer Erwägungen. Dazu holt sie eine gutachterliche Stellungnahme der Sachverständigengruppe ein.

### II.2.4 Psychosoziale Betreuung

Zur Diagnose und damit zur Einleitung einer geeigneten therapeutischen Intervention ist bei jeder Lebererkrankung, bei der eine Suchterkrankung (Alkoholkrankheit) wahrscheinlich ist, die Stellungnahme und Evaluation durch einen psychologisch, psychiatrisch oder psychosomatisch geschulten Therapeuten erforderlich [6]. Bei schädlichem Gebrauch sollte eine psychosoziale Evaluation und Betreuung ebenfalls erwogen werden.

### II.2.5 Bestimmung der objektiven Ethanolexposition

Die unterstützende Labordiagnostik (siehe Tabelle) beweist die Ethanolexposition eines Patienten und kann dazu beitragen, die Alkoholkrankheit zu diagnostizieren. Dabei kann der bereits seit Jahren verfügbare Test zum direkten Ethanolnachweis im Serum zwar eine wenige Stunden zurückliegende Exposition messen, aber nicht ein Rückfallverhalten oder ein okkultes Suchtverhalten objektivieren [1; 2]. Dieses diagnostische Dilemma der ärztlichen Praxis in Transplantationsprechstunden zeigt sich in einer Studie, die 141 Patienten einer Transplantationsambulanz bei 308 Besuchen (105 Patienten vor, 33 nach und 3 sowohl vor als auch nach Transplantation) untersuchte [10]. Die klinische Evaluation in der Sprechstunde unterschätzt den Alkoholgebrauch. Bei 27 Patienten wurde eine Ethanolexposition trotz angegebener kompletter Karenz nachgewiesen und bei 9 von diesen wurde Alkoholgebrauch selbst nach einer Konfrontation mit dem Laborergebnis negiert. Getestet wurden neben dem Ethanol im Serum (EthOH) auch das Carbohydrat-Deficient Transferrin im Serum (CDT, weist einen chronischen Gebrauch von Ethanol in einer Größenordnung von 50–80g/Tag nach), Ethylglucuronid im Urin (uEthG, weist eine Ethanolexposition von weniger als 5g/Tag noch bis 80 Stunden nach der Ethanoleliminierung aus dem Körper nach) und Ethylglucuronid im Haar (hEthG, eignet sich für den langfristigen Nachweis von Ethanolkonsum, wobei 1 cm Haar ca. einem Monat Ethanolkonsum entspricht), was diese detaillierten Analysen ermöglichte.

## Tests zur Messung der Alkoholexposition

Parameter	Abkürzung	Bemerkung
Carbohydrate-Deficient Transferrin im Serum	CDT	kontinuierlich 50–80g Ethanol/Tag Spezifität: 70%, Sensitivität: 46–73% weist Alkoholabusus von 10–14 Tagen vor dem Test nach und normalisiert sich nach einer Abstinenz wieder innerhalb von 2–3 Wochen
Carbohydrate-Deficient Transferrin mit Blut- und Leberwerten	CDT+MCV+gGT (MCV=mittleres korpuskuläres Hämoglobin; gGT= Gammaglutamyltransferase)	Spezifität: 95%, Sensitivität: 88%
Ethanol im Serum	EthOH	nur wenige Stunden nachweisbar
Urin Ethylglucuronid	uEthG	bis 80 Stunden nach kompletter Ethanolelimination aus dem Körper messbar bei <5g Ethanolkonsum/Tag Spezifität: 63–98%, Sensitivität: 62–100% Suchtprogramme: Cutoff 0,5mg/l Fahrerlaubnisüberwachung: cutoff 0,3–0,1mg/l
Haar Ethylglucuronid	hEthG	langfristiger Nachweis von Alkoholkonsum 1 cm Haar entspricht ca. 1 Monat

Diese Studie zeigt, dass eine bessere Labordiagnostik dazu beitragen kann, die Alkoholkrankheit bzw. den fortgesetzten schädlichen Gebrauch zu identifizieren, und dass durch objektive Parameter Suchtprobleme erkannt werden können, die in einer üblichen klinischen Sprechstunde verborgen bleiben. Auf diesem Wege kann frühzeitig eine therapeutische Intervention beginnen und die Versorgung der betroffenen Patienten verbessert werden [11], wodurch eine klinische Versorgungslücke gefüllt wird und auch spätere Probleme bei der Lebertransplantation vermindert werden können [6].

### II.2.6 Aufgaben der Sachverständigengruppe

Die Sachverständigengruppe entspricht in ihrer Organisation und Arbeitsweise anderen Gremien, die in der Organallokation nach den Richtlinien der Bundesärztekammer eingerichtet sind (vgl. Richtlinien für die Wartelistenführung und die Organvermittlung zur Lungentransplantation, III.3.3). Das Aufgabenspektrum der Sachverständigengruppe und ihre Zusammensetzung sind im Richtlinienentwurf und den besonderen Regelungen zur Lebertransplantation geregelt. Sie wird nur in begründeten Ausnahmefällen und auf Antrag der Vermittlungsstelle tätig. Die Mitglieder der Sachverständigengruppe werden von der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer (StäKO) benannt. Überdies werden der StäKO die gutachterlichen Stellungnahmen zugeleitet, sodass die Erkenntnisse der Sachverständigengruppe in die Tätigkeit der StäKO unmittelbar einfließen können. Damit werden transparente Strukturen geschaffen, die eine Rückkopplung der Praxis an die StäKO bewirkt.

Darüber hinaus wurden einzelne redaktionelle Änderungen hinsichtlich des Richtliniennamens (jetzt Bezeichnung in der Singularform) und der Richtliniengliederung vorgenommen.

## III Verfahrensablauf

Die Arbeitsgruppe zur Revision der Richtlinie für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation hat sich seit 2011 mit der Überarbeitung der Richtlinie für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation befasst.

Nach Vorstellung der Thematik der alkoholinduzierten Leberzirrhose auf der Klausurtagung der StäKO im März 2012 durch Herrn Prof. Dr. Strassburg erhielt die Arbeitsgruppe den Auftrag, die Richtlinie in diesem Punkt zu überarbeiten.

### III.1 Beratungsablauf im Gremium

#### III.1.1 Beratungsablauf in der Arbeitsgruppe zur Revision der Richtlinie für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation

Die Arbeitsgruppe zur Revision der Richtlinie für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation tagte in der Zeit von Juli 2011 bis Oktober 2014 13-mal:

1. Sitzung am 11.07.2011
2. Sitzung am 19.09.2011
3. Sitzung am 21.11.2011
4. Sitzung am 19.12.2011
5. Sitzung am 30.01.2012
6. Sitzung am 29.05.2012
7. Sitzung am 08.10.2012
8. Sitzung am 03.12.2012
9. Sitzung am 12.02.2013
10. Sitzung am 10.02.2014
11. Sitzung am 05.05.2014
12. Sitzung am 07.07.2014
13. Sitzung am 27.10.2014.

Im Zuge der Richtlinienüberarbeitung stand die Arbeitsgruppe u. a. in einem intensiven fachlichen Austausch mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation, der Deutschen Transplantationsgesellschaft und Eurotransplant.

#### III.1.2 Beratungsablauf in der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer

Der Richtlinienänderungsvorschlag wurde in der StäKO am 14.01.2014 in 1. Lesung beraten. Am 08.04.2014 wurde der so abgeänderte Richtlinienänderungsvorschlag in 2. Lesung beraten. Danach beschäftigte sich die Arbeitsgruppe zur Revision der Richtlinie für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation am 05.05.2014 nochmals mit dem Richtlinienänderungsvorschlag. Am 30.06.2014 trat man erneut in die 2. Lesung des Richtlinienänderungsvorschlags ein und beratschlagte am 07.07.2014 und 14.10.2014 nochmals Änderungsanmerkungen. Am 27.10.2014 wurde im Rahmen der Arbeitsgruppe zur Revision der Richtlinie für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation Konsens erreicht und beschlossen, die Richtlinie in der nächsten Sitzung der StäKO zu verabschieden. In der Sitzung der StäKO am 24.03.2015 wurde der Richtlinienänderungsvorschlag angenommen.

#### III.1.3 Beratungsablauf im Vorstand der Bundesärztekammer

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich in seiner Sitzung vom 23./24.04.2015 mit der vorbezeichneten Richtlinie befasst und den geänderten Richtlinienentwurf und seine Begründung verabschiedet.

### III.2 Beteiligung von Experten an den Beratungen

Für die Arbeitsperiode 2010 – 2014 konstituierte sich die Arbeitsgruppe zur Revision der Allokationsrichtlinien für die Lebertransplantation und die Dünndarmtransplantation unter Prof. Dr. Neuhaus als Federführendem am 18.01.2011. Die erste Sitzung der Arbeitsgruppe fand am 11.07.2011 statt. Ab der 10. Sitzung wurde die Arbeitsgruppe aufgrund der Spezifität der erörterten Fragen in AG RL BÄK Leber umbenannt und für Dünndarm eine eigene Arbeitsgruppe gegründet.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe wurden ad personam berufen. In der Arbeitsgruppe waren folgende Mitglieder vertreten:

- Prof. Dr. med. Peter Neuhaus, Direktor, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Medizinische Fakultät Charité Berlin (seit 2014 im Ruhestand)
- Frau Prof. Dr. med. Susanne Beckebaum, Chefarztin, Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie, Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel, Essen
- Prof. Dr. med. Thomas Becker, Direktor, Klinik für Allgemeine Chirurgie und Thoraxchirurgie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel
- PD Dr. med. Jens Gunter Brockmann, Leitender Arzt, Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsspital Zürich
- Frau Dr. med. Gertrud Greif-Higer (seit 3. Sitzung), Geschäftsführerin Ethikkomitee, Universitätsmedizin, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz
- Prof. Dr. med. Markus Guba (seit 7. Sitzung), Leiter Viszerale Transplantation, Chirurgische Klinik und Poliklinik Großhadern, Klinikum der Universität München
- Prof. Dr. med. Björn Nashan, Direktor, Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Prof. Dr. med. Gerd Otto, Leiter der Transplantationschirurgie Universität Mainz (seit 2014 im Ruhestand)
- Dr. med. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand, Deutsche Stiftung Organtransplantation, Frankfurt/Main
- Frau Jutta Riemer, Vorsitzende, Lebertransplantierte Deutschland e. V., Bretzfeld
- Frau PD Dr. med. Christina Schleicher (seit 10. Sitzung), Geschäftsführende Ärztin, DSO der Region Baden-Württemberg, Stuttgart
- Prof. Dr. med. Hartmut Schmidt, Direktor, Klinik und Poliklinik für Transplantationsmedizin, Universitätsklinikum Münster
- Prof. Dr. med. Norbert Senninger, Direktor, Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Münster
- Prof. Dr. med. Christian Strassburg, Direktor, Medizinische Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum Bonn
- Prof. Dr. med. Joachim Thiery (seit 7. Sitzung), Direktor, Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik, Universitätsklinikum Leipzig

Außerdem haben an den Sitzungen der Arbeitsgruppe zur Revision der Richtlinie für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation folgende Experten teilgenommen:

- Prof. Dr. med. Markus Guba (6. Sitzung), Oberarzt für Hepatobiliäre- und Pankreaschirurgie, Chirurgische Klinik und Poliklinik – Großhadern, Klinikum der Universität München

- Dr. jur. Rainer Hess (10. Sitzung), Vorstand, Deutsche Stiftung Organtransplantation, Frankfurt/Main
- Prof. Dr. med. Utz Settmacher (10. Sitzung), Ärztlicher Direktor Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena
- Dr. med. Thorsten Kaiser (12. Sitzung), Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik, Universitätsklinikum Leipzig.

### III.3 Beteiligung der Fachöffentlichkeit im schriftlichen Stellungnahmeverfahren

Im Zuge der Beteiligung der Fachöffentlichkeit im schriftlichen Stellungnahmeverfahren wurde der Richtlinienänderungsentwurf nebst Begründung am 21.02.2014 auf der Internetseite der Bundesärztekammer mit der Möglichkeit zur Stellungnahme bis zum 20.03.2014 veröffentlicht. Im Deutschen Ärzteblatt vom 21.02.2014 (Jahrgang 111, Heft 8) wurde die Veröffentlichung bekannt gemacht und auf die Möglichkeit der Abgabe von Stellungnahmen bis zum 20.03.2014 hingewiesen.

Im Rahmen der Fachanhörung gingen Stellungnahmen von den folgenden Personen bzw. Institutionen ein (Verzeichnis entsprechend der Absenderangaben):

- P. Klaus Schäfer, SAC (Karlsruhe)
- Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Universitätsklinikum Essen
- Prof. Dr. Norbert Roeder, Universitätsklinikum Münster
- Prof. Dr. Norbert Senninger, Universitätsklinikum Münster
- Prof. Dr. Hartmut Schmidt, Universitätsklinikum Münster
- Prof. Dr. med. Peter Falkai, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum der Universität München
- PD Dr. med. Eser-Valeri, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum der Universität München
- Prof. Dr. Frank Lammert, Direktor, Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg
- PD Dr. med. Andreas Umgelter, München
- PD Dr. med. Fabian Geisler, München
- Moritz Tobiasch, München
- Prof. Dr. med. Stefan Thorban, München
- Dr. rer. medic. Dipl. Ing. bio-med. Thomas Karbe, Hamburg
- Dr. jur. Bijan Fateh-Moghadam, Münster
- Prof. Dr. Ansgar Lohse, Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Prof. Dr. Martina Sterneck, Leiterin Bereich Transplantationsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
- Jutta Riemer, Lebertransplantierte Deutschland e. V.
- Dr. Gertrud Greif-Higer, Universitätsmedizin Mainz, Klinisches Ethikkomitee, Arbeitsgruppe bei der Bundesärztekammer Ethik in der Transplantationsmedizin.

### III.4 Allgemeine Bewertung eingegangener Stellungnahmen

Im Rahmen des Fachanhörungsverfahrens gingen von den unter III.3 benannten Personen Stellungnahmen ein. Aufgrund der eingegangenen Stellungnahmen wurden folgende Punkte als relevant für die Fortschreibung der Richtlinie identifiziert:



- genaue Definition der alkoholinduzierten Zirrhose (infolge der Stellungnahme wurde die Definition präzisiert),
- Umgang mit Alkohol als Co-Faktor der Lebererkrankung (infolge der Stellungnahme wurde präzisiert, dass bei diesen Erkrankungen eine transplantationspsychologische Evaluation erfolgen muss),
- Begriffliche Trennung von Alkoholsucht, Alkoholmissbrauch, Alkoholabusus, usw. (infolge der Stellungnahme wurden die Termini präzisiert und die ICD-basierten Bezeichnungen Alkoholsucht und schädlicher Gebrauch verwendet),
- Evidenz einer 6-monatigen Abstinenzforderung (infolge der Stellungnahme wurde präzisiert, dass die Möglichkeit besteht, durch die Entscheidung der Transplantationskonferenz von der mindestens 6-monatigen Karenz abzuweichen),
- die Art der Feststellung des Alkoholkonsums (infolge der Stellungnahme wurde die Art der Feststellung des Alkoholkonsums detailliert erörtert),
- kontroverse Einschätzung zur Evidenz, dass eine Transplantation bei Patienten mit akuter Alkoholhepatitis zu inakzeptabel schlechten Ergebnissen führen würde (infolge der Stellungnahme wurde präzisiert, dass in individuellen Fällen auf Antrag der Transplantationskonferenz ein Audit zugelassen werden kann).

#### IV Fazit

Mit der vorliegenden Richtlinienänderung wird, vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Therapierbarkeit der chronischen Leberentzündung (ohne eine Organtransplantation) eine objektive Verfahrensregelung zur Listung bei alkoholinduzierter Leberzirrhose eingeführt, die die möglichen konservativen Therapieansätze stärker als bislang in das Gesamtkonzept einbindet und in begründeten Fällen Ausnahmen von der Erfordernis einer 6-monatigen Alkoholabstinenzphase vor Listung gestattet.

#### LITERATUR:

- Berlakovich GA, Soliman T, Freundorfer E, Windhager T, Bodingbauer M, Wamser P, Hetz H, Peck-Radosavljevic M and Muehlbacher F (2004) Pretransplant screening of sobriety with carbohydrate-deficient transferrin in patients suffering from alcoholic cirrhosis. *Transpl Int* 17:617–621.
- Burra P, Mioni D, Cillo U, Fagioli S, Senzolo M, Naccarato R and Martinez D (2000) Long-term medical and psycho-social evaluation of patients undergoing orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Transpl Int* 13 Suppl 1:S174–178.
- Cuadrado A, Fabrega E, Casafont F and Pons-Romero F (2005) Alcohol recidivism impairs long-term patient survival after orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Liver Transpl* 11:420–426.
- De Gottardi A, Spahr L, Gelez P, Morard I, Mentha G, Guillaud O, Majno P, Morel P, Hadengue A, Pallard P, Scoazec JY, Boillot O, Giostra E and Dumortier J (2007) A simple score for predicting alcohol relapse after liver transplantation: results from 387 patients over 15 years. *Arch Intern Med* 167:1183–1188.
- El-Masry M, Puig CA and Saab S (2011) Recurrence of non-viral liver disease after orthotopic liver transplantation. *Liver Int* 31:291–302.
- O'Shea RS, Dasarathy S and McCullough AJ (2010) Alcoholic liver disease. *Hepatology* 51:307–328.
- Pageaux GP, Bismuth M, Perney P, Costes V, Jaber S, Possoz P, Fabre JM, Navarro F, Blanc P, Domergue J, Eledjam JJ and Larrey D (2003) Alcohol relapse after liver transplantation for alcoholic liver disease: does it matter? *J Hepatol* 38:629–634.
- Pfützmann R, Schwenger J, Rayes N, Seehofer D, Neuhaus R and Nussler NC (2007) Long-term survival and predictors of relapse after orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Liver Transpl* 13:197–205.
- Schmeding M, Heidenhain C, Neuhaus R, Neuhaus P and Neumann UP (2011) Liver transplantation for alcohol-related cirrhosis: a single centre long-term clinical and histological follow-up. *Dig Dis Sci* 56:236–243.
- Staufer K, Andresen H, Vettorazzi E, Tobias N, Nashan B and Sterneck M (2011) Urinary ethyl glucuronide as a novel screening tool in patients pre- and post-liver transplantation improves detection of alcohol consumption. *Hepatology* 54:1640–1649.
- Sterneck M, Yegles M, von Rothkirch G, Staufer K, Vettorazzi E, Schulz KH, Tobias N, Graeser C, Fischer L, Nashan B, Andresen-Streichert H (2013) Determination of ethyl glucuronide in hair improves evaluation of long-term alcohol abstinence in liver transplant candidates. *Liver Int*. 2013 Jun 16. Doi 10.1111/liv.12243.
- J. Neuberger, K. H. Schulz, C. Day et al., "Transplantation for alcoholic liver disease," *Journal of Hepatology*, vol. 36, no. 1, pp. 130–137, 2002.
- J. E. Everhart and T. P. Beresford, "Liver transplantation for alcoholic liver disease: a survey of transplantation programs in the United States," *Liver Transplantation and Surgery*, vol. 3, no. 3, pp. 220–226, 1997.
- Varma V, Mehta N, Kumar V, Nundy S "Indications and Contraindications for Liver Transplantation" *International Journal of Hepatology*, Volume 2011, Article ID 121862, 9 pages, doi:10.4061/2011/121862.

#### WEITERE IN DER AG DISKUTIERT LITERATUR:

- Burroughs AK (2012) Liver transplantation for severe alcoholic hepatitis saves lives. *J Hepatol* 57(2): 451–452.
- Dureja P and Lucey MR (2010) The place of liver transplantation in the treatment of severe alcoholic hepatitis. *J Hepatol* 52:759–764.
- Gutmann T „Die Hässlichkeit des deutschen Transplantationssystems“ S. 143 in Haarhoff H: Organversagen, Die Krise der Transplantationsmedizin in Deutschland.
- Mathurin P, Moreno C, Samuel D, Dumortier J, Salleron J, Durand F, Castel H, Duhamel A, Pageaux GP, Leroy V, Dharancy S, Louvet A, Boleslawski E, Lucidi V, Gustot T, Francoz C, Letoublon C, Castaing D, Belghiti J, Donckier V, Pruvot FR and Duclos-Vallee JC (2011) Early liver transplantation for severe alcoholic hepatitis. *N Engl J Med* 365:1790–1800.
- Shawcross DL and O'Grady JG (2010) The 6-month abstinence rule in liver transplantation. *Lancet* 376:216–217.
- Volk M (2012) Liver transplantation for alcoholic hepatitis. *Gastroenterology* 142:1037–1038.